BF
20.5
UL
2004
S719
C:2

ISABELLE SOUCY

CONTRIBUTION DES FACTEURS OBJECTIFS ET PSYCHOSOCIAUX OCCUPATIONNELS DANS L'EXPLICATION DE L'INCAPACITÉ CHRONIQUE LIÉE AUX LOMBALGIES

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en psychologie
pour l'obtention du grade de maître en psychologie (M.Ps.)

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

AOÛT 2004

© Isabelle Soucy, 2004

BIBLIOTHÈQUE ★ UNIVERSITÉ LAVAL ★

RÉSUMÉ

La lombalgie est le plus fréquent, coûteux et incapacitant des troubles musculosquelettiques. Les études prospectives documentant la capacité des facteurs liés au travail à prédire la chronicité sont peu nombreuses, la méthodologie utilisée est très diversifiée et les résultats obtenus divergent. La présente étude vise à étudier la capacité des facteurs objectifs et psychosociaux occupationnels à prédire l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Une étude prospective longitudinale avec deux temps de prise de mesure est réalisée. L'échantillon (N = 258) se compose de travailleurs lombalgiques en arrêt de travail compensés par la CSST, au stade subaigu du mal de dos. Parmi toutes les variables occupationnelles mesurées, le soutien social au travail, le stress perçu, les peurs et les croyances face au travail ainsi que l'implication dans un litige, permettent de prédire le statut d'emploi au suivi de six mois. Les autres variables liées au travail, telles les pratiques et les politiques organisationnelles en matière de réintégration au travail, agissent peut-être comme des barrières au retour au travail plutôt que comme des prédicteurs de l'incapacité chronique.

AVANT-PROPOS

Une importante étape de vie se termine avec le dépôt de ce mémoire. Je laisse derrière moi mon statut d'étudiante mais aussi moult souvenirs. L'aboutissement de ce projet, dont je suis très fière, a été possible grâce à l'expertise, aux judicieux conseils et au soutien de nombreuses personnes.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma co-directrice de recherche, Manon Truchon, pour sa disponibilité malgré son horaire chargé, son encadrement, ses connaissances et sa rigueur scientifique. Merci Manon d'avoir cru en moi, d'avoir su exploiter mes capacités et me communiquer ta passion pour la recherche.

Un merci bien spécial à Monsieur Michel Loranger, qui a accepté avec gentillesse d'assumer la direction de mon mémoire de maîtrise. Sans son appui, la réalisation de ce projet de recherche n'aurait pu se faire au sein de l'École de psychologie.

Je ne peux passer sous silence la collaboration extraordinaire de Denis Côté. Sans lui, j'étais vouée à une noyade statistique certaine ! Un gros merci pour le temps consacré à répondre à mes nombreuses questions. Denis, mon « gestionnaire de crises » préféré, a démontré une telle patience au cours des deux dernières années, que je ne peux faire autrement que de lui être reconnaissante. Je crois que personne n'aurait pu endurer aussi longtemps les états d'âmes de Geneviève et moi.

Merci à ma collègue Geneviève Mainville, celle avec qui j'ai travaillé depuis le tout début de la maîtrise. Ensemble, nous avons passé à travers la réalisation de cette grande étape, qui nous a paru bien souvent insurmontable. Avec la collaboration des autres personnes du laboratoire Truchon, nous y sommes arrivées avec succès.

Je remercie également mes parents pour leur soutien, moral et financier, apporté tout au long de mes études universitaires. Mes amis ont, certes eux aussi, grandement contribué à l'accomplissement de ce projet en favorisant l'assainissement de ma santé mentale !!!

J'aimerais aussi remercier l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) pour leur soutien financier. Ils ont grandement facilité la réalisation de ce projet de recherche en me permettant de m'y consacrer entièrement.

À tous et à toutes, sincères remerciements,

Isabelle

TABLE DES MATIÈRES

Page

RÉSUMÉ ii

AVANT-PROPOS iii

TABLE DES MATIÈRES v

LISTE DES TABLEAUX vii

LISTE DES FIGURES ix

CHAPITRE I : INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1. Présentation de la problématique : lombalgies et incapacité chronique 2

1.1.1. Définitions et typologie 3

1.1.2. Prévalence du problème 4

1.1.3. Les déterminants de l'incapacité chronique 5

1.2. Études prospectives sur les facteurs psychosociaux occupationnels 7

1.2.1. Satisfaction au travail 8

1.2.2. Stress perçu et soutien social au travail 11

1.2.3. Peurs et croyances liées au travail 13

1.3. Études portant sur les facteurs occupationnels de nature objective 14

1.3.1. Ancienneté 15

1.3.2. Taille de l'entreprise 15

1.3.3. Syndicalisation 16

1.3.4. Litige 17

1.3.5. Tâches modifiées 17

1.3.6. Pratiques et politiques organisationnelles 21

1.4. Conclusion sur les facteurs liés au travail 22

1.5. Objectifs 23

1.6. Contenu du mémoire 23

CHAPITRE II : CONTRIBUTION DES FACTEURS OBJECTIFS ET PSYCHOSOCIAUX OCCUPATIONNELS DANS L'EXPLICATION DE L'INCAPACITÉ CHRONIQUE LIÉE AUX LOMBALGIES (ARTICLE)

Résumé 26

Introduction 27
Méthode 34
Devis de l'étude 34
Participants 34
Procédure 36
Variables à l'étude 38
Questionnaires 38
Résultats 42
Discussion 46
Références 53
Tableaux 60
Figures 72

CHAPITRE III: CONCLUSION GÉNÉRALE
Conclusion générale 75

RÉFÉRENCES (INTRODUCTION GÉNÉRALE) 77

ANNEXES 84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants en arrêt de travail en phase subaiguë d'une lombalgie (N = 258) *(p.60)*

Tableau 2. Données manquantes des variables continues (N = 258) *(p.61)*

Tableau 3. Moyennes originales et imputées des variables continues *(p.62)*

Tableau 4. Caractéristiques sociodémographiques des personnes non retournées (n = 114) et retournées (n = 144) au travail au suivi de six mois *(p.63)*

Tableau 5. Facteurs psychosociaux occupationnels chez les personnes non retournées et retournées au travail au suivi de six mois *(p.64)*

Tableau 6. Le stress perçu chez les personnes non retournées et retournées au travail au suivi de six mois *(p.65)*

Tableau 7. Facteurs objectifs liés au travail chez les personnes non retournées et celles retournées au suivi de six mois *(p.66)*

Tableau 8. Les pratiques et les politiques organisationnelles chez les personnes non retournées et retournées au travail au suivi de six mois *(p.67)*

Tableau 9. Corrélations entre les variables occupationnelles et le statut d'emploi au suivi de six mois. *(p.68)*

Tableau 10. Résultats de la régression logistique réalisée à partir de l'ensemble des facteurs liés au travail *(p.69)*

Tableau 11. Résultats de la régression logistique réalisée à partir des prédicteurs significatifs *(p.70)*

Tableau 12. Classification du statut d'emploi au suivi de six mois à partir des prédicteurs significatifs *(p.71)*

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Organigramme d'attrition de la participation *(p.72)*

Figure 2. Modèle demande-contrôle (adapté de Karasek, 1979) *(p.73)*

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce premier chapitre vise à exposer de façon générale le thème du présent mémoire, soit la contribution des facteurs occupationnels dans l'explication de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Tout d'abord, quelques définitions ainsi qu'une typologie des lombalgies reconnues dans la littérature seront mentionnées. Ensuite, certaines données statistiques quant à la prévalence et aux coûts engendrés par ces affections vertébrales dresseront un portrait de ce fléau dans notre société. Certaines données épidémiologiques permettant de reconnaître l'aspect multifactoriel de la problématique seront ensuite présentées. Suivra une synthèse des études prospectives portant sur la capacité de facteurs occupationnels psychosociaux et objectifs à prédire l'incapacité chronique. Par la suite, les objectifs de la présente étude seront énoncés. Le contenu du présent mémoire sera finalement décrit.

1.1. Présentation de la problématique : lombalgies et incapacité chronique

Les troubles musculosquelettiques ont un impact significatif sur la société, le système des soins de santé et sur l'individu, à un point tel que la décennie 2000-2010 a été proclamée « The Bone and Joint Decade » par l'Organisation Mondiale de la Santé (The Bone and Joint Decade, 2003). Le nombre croissant de travailleurs souffrant d'un trouble musculosquelettique a moussé l'intérêt pour l'étude de ces affections liées au travail (European Agency for Safety and Health at Work [EASHW], 2000). Chez les travailleurs, la lombalgie est le plus fréquent, coûteux et incapacitant des troubles musculosquelettiques (Cats-Baril & Frymoyer, 1991; Lehmann, Spratt, & Lehmann, 1993). À titre d'exemple, aux États-Unis, les coûts directs et indirects sont estimés entre 40 et 50 milliards de dollars annuellement (Gatchel, Polatin, & Mayer, 1995). Pour le Québec seulement, la Commission de la santé et de la sécurité du travail [CSST] (2003) estime que les argents déboursés durant l'année financière 2002 pour les affections vertébrales survenues au travail se chiffrent à environ 477.2 millions de dollars.

1.1.1. Définitions et typologie

La plupart des affections vertébrales se situent au bas du dos (lombalgie) (Spitzer et al., 1987). Toutefois, l'origine de la douleur est la majorité du temps inconnue (Spitzer et al., 1987), c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'une affection d'origine spécifique comme une fracture, une tumeur ou encore du syndrome de la queue de cheval (Verbeek, 2001). Un diagnostic de douleur d'origine non-spécifique est prononcé dans plus de 90 % des cas (Abenhaim et al., 1995; EASHW, 2000; Spitzer et al., 1987). La lombalgie occupe la région lombaire. La douleur est plutôt basse, médiane ou latéralisée, à localisation imprécise, irradiant vers les fessiers et parfois même à la face postérieure de la cuisse (Sicard, 1977; Valat, Goupille, & Vedere, 1995). Trois stades de lombalgie peuvent être distingués selon la durée de la douleur. Il est question de lombalgie aiguë (lumbago), de lombalgie subaiguë et de lombalgie chronique. Il existe une certaine controverse dans la littérature à l'égard de la délimitation de chacun de ces stades. Selon Spitzer et coll. (1987), un des premiers à utiliser une classification des maux de dos, la douleur aiguë dure moins de sept jours, la douleur subaiguë dure entre 7 jours et 7 semaines et la douleur chronique persiste au-delà de 7 semaines. Cependant, le barème généralement accepté veut que le stade de la douleur aiguë ne dépasse pas 1 mois (3-4 semaines), celui de la douleur subaiguë dure entre 4 et 12 semaines et les lombalgies sont considérées comme chroniques si elles persistent depuis plus de 3 mois (Frank et al., 1996).

La lombalgie aiguë survient de façon brutale et instantanée créant une sensation de craquement ou de blocage dans la région lombaire. Elle s'accompagne d'une incapacité fonctionnelle majeure, et la douleur extrêmement intense régresse progressivement (Valat et al., 1995). Le siège de la douleur de la lombalgie chronique est similaire à celui de la lombalgie aiguë. Par contre, il est plutôt question d'une gêne douloureuse que d'une douleur insupportable (Valat et al., 1995). Malgré cela, la douleur limite les mouvements, restreint les activités et elle peut devenir une véritable obsession (Sicard, 1977).

1.1.2. Prévalence du problème

De 60 à 80 % de la population connaîtra, au cours de leur vie, un épisode de mal de dos (Biering-Sorensen, 1983; Linton & Halldén, 1998). La main-d'œuvre est particulièrement concernée par ce problème. De fait, au Québec seulement, la CSST a indemnisé 33 570 travailleurs ayant eu une affection vertébrale au courant de l'année 2002. Près de 59 % (19 703) de ces affections se situaient au niveau lombaire (CSST, 2003). Certains groupes d'individus sont davantage touchés par la lombalgie. Le groupe des 25-44 ans (hommes et femmes) représentait environ 57 % des individus blessés au dos en l'an 2002. Sans égard à l'âge, près de 70 % des affections vertébrales survenues au cours de la période 1999 à 2002 concernaient des hommes (CSST, 2003). Certains métiers jouent un grand rôle dans l'apparition des maux de dos (Sicard, 1977) dont ceux qui nécessitent la manipulation de charges lourdes. Les surcharges importantes imposées au rachis lombaire et la position dans laquelle s'effectuent les efforts prédisposent le travailleur aux douleurs au bas du dos et provoquent souvent une lombalgie aiguë (Sicard, 1977). En 2002, 42.3 % des affections vertébrales sont survenues à la suite d'un effort excessif (CSST, 2003).

Souvent, ces malaises interfèrent avec le travail à un point tel que plusieurs personnes doivent s'absenter du travail pour quelques semaines, voire quelques mois. La lombalgie est la première cause d'incapacité à travailler chez les personnes de moins de 45 ans et la troisième chez les plus de 45 ans (Gatchel et al., 1995). Après un certain temps, la majorité des affligés retournent au travail tandis que les maux de dos de certains persistent au point qu'ils évoluent vers l'incapacité chronique. En 2002, la durée moyenne d'absence du travail d'une personne atteinte au niveau lombaire était de 50.8 jours, et plus particulièrement de 43.7 jours dans le cas d'une entorse lombaire (CSST, 2003). Lors de cette même année, un peu plus de 50 % des travailleurs ayant eu une affection vertébrale ont dû s'absenter de leur travail pour une période de 2 semaines ou moins. Toutefois, dans 15 % des cas, l'absence se prolonge au-delà de 90 jours et dans 9 % des cas au-delà de 180 jours (CSST, 2003). De plus, il est reconnu que plus l'absence au travail est de longue durée, moins grandes sont les chances que le travailleur blessé retourne au travail (Frank et al., 1996). De fait, la probabilité de retourner au travail après une absence de six mois est évaluée à 20 % (Cats-Baril & Frymoyer, 1991). Il est question d'incapacité chronique

lorsqu'un travailleur blessé est incapable de retourner au travail après une absence de plus de trois mois (Frank et al., 1996). La majorité des coûts associés aux maux de dos est absorbée par cette minorité de travailleurs qui s'absentent de leur travail pour une période prolongée (Abenhaim & Suissa, 1987; CSST, 2003; Gatchel et al., 1995; Spitzer et al., 1987). L'étude de Abenhaim et Suissa (1987) indique que 7.4 % des personnes ayant été en arrêt de travail plus de six mois ont absorbé près de 75 % des jours d'absence, des coûts médicaux et des montants d'indemnisation. Outre l'aspect financier, il ne faut pas oublier que lorsque la lombalgie mène vers un état d'incapacité chronique, les coûts humains sont tout aussi considérables : douleur, impuissance, limitations physiques, perte de la qualité de vie, etc.

1.1.3. Les déterminants de l'incapacité chronique

Considérant l'importance des coûts humains et financiers liés aux lombalgies chroniques, plusieurs études sont réalisées afin d'en identifier les déterminants, et ce, dans l'espoir de prévenir l'évolution vers cet état d'incapacité chronique.

Bien que la plupart des écrits scientifiques traitent des facteurs de risque de l'occurrence des maux de dos (Biering-Sorensen, 1983; Bigos et al., 1992; Bigos et al., 1991; Devereux, Buckle, & Vlachonikolis, 1999; Feyer et al., 2000; Hoogendoorn et al., 2001; Linton, 2001; Macfarlane et al., 1997; Papageorgiou et al., 1997; Power, Frank, Hertzman, Schierhout, & Li, 2001; van Poppel, Koes, Deville, Smid, & Bouter, 1998; Wickstrom & Pentti, 1998), de plus en plus d'écrits traitent des prédicteurs de l'incapacité chronique (Cats-Baril & Frymoyer, 1991; Coste, Delecoeuillerie, Cohen de Lara, Le Parc, & Paolaggi, 1994; Crook, Moldofsky, & Shannon, 1998; Fransen et al., 2002; Haldorsen, Indahl, & Ursin, 1998; Hall, McIntosh, Melles, Holowachuk, & Wai, 1994; Hazard, Haugh, Reid, Preble, & MacDonald, 1996; Infante-Rivard & Lortie, 1996; Lehmann et al., 1993; Linton & Halldén, 1998; Ohlund, Lindstrom, Eek, Areskoug, & Nachemson, 1996; Oleinick, Gluck, & Guire, 1996; Thomas et al., 1999; van der Weide, Verbeek, Salle, & van Dijk, 1999; Williams et al., 1998). Ces écrits révèlent notamment que des facteurs de risque associés à la transition vers la chronicité sont différents de ceux prédisant l'occurrence des maux de dos. Les études visant à comprendre le phénomène de

l'incapacité chronique sont relativement récentes. À la connaissance de l'auteure du présent mémoire, Frymoyer et Cats-Baril (1987) sont parmi les premiers à avoir utilisé un devis de recherche permettant d'identifier les déterminants de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. La plupart des études effectuées dans les années 80 ont été réalisées auprès de populations d'individus déjà chroniques (Truchon, 2001; Truchon & Fillion, 2000). Ces études de nature transversale permettent d'identifier les associations entre les variables mais elles ne permettent pas de savoir si ces variables sont les causes ou les conséquences de la chronicité. Seul un devis longitudinal ou prospectif permet de déterminer si les facteurs mesurés sont prédicteurs de l'incapacité chronique.

Plusieurs études indiquent que les déterminants de l'incapacité chronique sont nombreux et multifactoriels (Feuerstein, Berkowitz, & Huang, 1999; Frank et al., 1996; Linton & Halldén, 1998; Simmonds, Kumar, & Lechelt, 1996; Teasell & Bombardier, 2001; Truchon & Fillion, 2000). Truchon & Fillion (2000) effectuent une recension systématique des écrits sur l'incapacité chronique découlant d'une lombalgie. Ces auteures suggèrent que les facteurs documentés dans les écrits identifiés peuvent être regroupés en quatre grandes catégories : (1) médicaux, (2) ergonomiques et psychosociaux liés au travail, (3) psychosociaux non liés au travail et (4) sociodémographiques.

Main et Burton (2000) proposent une classification des facteurs de risque liés au travail : les *blue flags* et les *black flags*. Ces facteurs concernent respectivement la perception des caractéristiques du travail (p. ex. la satisfaction au travail, le soutien social) et les caractéristiques objectives de celui-ci (p. ex. la structure organisationnelle). Quoique de plus en plus documentés, ces facteurs posent toutefois un problème lorsqu'il s'agit de dégager des conclusions quant à leur contribution dans le phénomène de l'incapacité chronique. Effectivement, les études prospectives documentant la capacité des facteurs liés au travail à prédire la chronicité demeurent peu nombreuses, la méthodologie utilisée est très diversifiée et les résultats obtenus sont contradictoires. De ce fait, des études additionnelles sont nécessaires afin de déterminer l'implication des variables liées au travail dans le fléau de l'incapacité chronique.

1.2. Études prospectives sur les facteurs psychosociaux occupationnels

La satisfaction au travail, le soutien social au travail, le stress perçu ainsi que les peurs et les croyances face au travail sont parmi les variables psychosociales occupationnelles documentées dans le phénomène de l'incapacité chronique. Avant de présenter les résultats des études prospectives réalisées jusqu'à présent, voici à quoi réfère chacune de ces variables.

Tout d'abord, aucune définition de la satisfaction au travail ne semble faire l'unanimité dans la littérature. Nombreux chercheurs créent leur propre définition à partir de l'instrument de mesure utilisé dans leur étude. Malgré cela, plusieurs dimensions sont généralement mesurées : l'appréciation, la communication, les collègues de travail, les conditions de travail, la nature de travail, la reconnaissance, les possibilités d'avancement, la supervision, le salaire, la croissance personnelle, les bénéfices marginaux, etc. (Spector, 1997).

Tout comme la satisfaction au travail, de nombreuses définitions sont proposées concernant le soutien social. Toutefois, pour Karasek, Baker, Marxer, Ahlborn et Theorell (1981), le soutien social dans la sphère professionnelle désigne toute interaction sociale qui apporte une aide ou une reconnaissance de la part des supérieurs et des collègues de travail.

Selon l'*European Agency for Safety and Health at Work* (2004), le stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Les travaux de Karasek (1979) permettent de comprendre plus précisément ce qu'est le stress perçu au travail. Selon ce modèle, le stress provient de la combinaison d'une demande psychologique élevée (stresseurs liés au travail tels la quantité de travail, la complexité de la tâche, la contrainte de temps…) et d'une faible latitude décisionnelle (autorité décisionnelle et utilisation des qualifications).

Enfin, les peurs et les croyances face au travail réfèrent aux perceptions d'un travailleur concernant le rôle joué par son travail dans sa douleur actuelle ainsi que ses

inquiétudes à l'égard d'un éventuel retour au travail (Waddell, Newton, Henderson, Somerville, & Main, 1993).

1.2.1. Satisfaction au travail

Certaines études indiquent que l'insatisfaction au travail est un bon prédicteur de l'incapacité chronique (Cats-Baril & Frymoyer, 1991; Coste et al., 1994; Thomas et al., 1999; Williams et al., 1998) tandis que d'autres affirment le contraire (Fransen et al., 2002; Lehmann et al., 1993; Linton & Halldén, 1998).

Dans leur étude, Cats-Baril et Frymoyer (1991) testent un modèle développé par un groupe de six experts du domaine de l'incapacité et de la douleur chronique, lequel vise à prédire le risque d'incapacité chronique. Le modèle prédictif testé auprès de 232 personnes lombalgiques n'ayant pas été en arrêt de travail plus de trois mois, démontre une exactitude globale de 89 %. Les résultats indiquent que les caractéristiques liées au travail, comme l'insatisfaction, sont des prédicteurs de l'incapacité. Les dimensions mesurées de la satisfaction au travail ne sont toutefois pas mentionnées.

Williams et coll. (1998) évaluent la capacité de la satisfaction au travail à prédire l'incapacité fonctionnelle. Dans cette étude, l'incapacité fonctionnelle est mesurée à l'aide du *Sickness Impact Profile* (SIP) évaluant le degré auquel la douleur interfère avec les activités quotidiennes et du *Quality of Well Being Index* (QWB), une mesure du statut de santé administrée par un interviewer. À partir d'une analyse en composantes principales, les auteurs créent un facteur « satisfaction au travail ». Ce facteur est composé du questionnaire *Work APGAR*, lequel évalue les perceptions de support et le plaisir à effectuer les tâches dans le milieu de travail, et de 4 échelles du *Job Descriptive Index* (la satisfaction associée au travail en général, à la nature précise du travail, à la supervision et aux collègues de travail). Afin de prédire l'incapacité fonctionnelle au suivi de six mois, des analyses de régressions multiples sont réalisées. À elle seule, la satisfaction au travail ajoute 7 % à l'explication de la variance de l'incapacité fonctionnelle mesurée au suivi de six mois. Suite aux résultats obtenus, Williams et coll. concluent que la satisfaction au travail peut protéger l'individu contre l'incapacité chronique alors que l'insatisfaction en

augmente les risques. Les résultats de cette étude sont cependant difficilement généralisables à l'ensemble de la population : la taille de l'échantillon est restreinte (N = 82) et il est constitué d'hommes militaires exclusivement.

Coste et coll. (1994) réalisent une étude auprès de 103 personnes ressentant de la douleur au dos depuis moins de 72 heures (phase aiguë). L'étude comporte cinq suivis s'échelonnant sur une période de trois mois (8, 15, 30, 60 et 90 jours). Le rétablissement (disparition de la douleur et de l'incapacité) et le retour au travail (pour les participants ayant un emploi) sont les variables dépendantes de l'étude. Les résultats des analyses effectuées auprès de personnes ayant un emploi (N=75) indiquent, entre autres, qu'une faible satisfaction au travail est prédictive du nombre de jours d'absence du travail.

Contrairement aux études précédentes mesurant la satisfaction au travail après le déclenchement du mal de dos, Thomas et coll. (1999) évaluent la satisfaction avant son apparition. Selon ces auteurs, les facteurs mesurés après le début des symptômes peuvent être influencés par la douleur de l'épisode de lombalgie. Initialement, ils ont effectué une enquête de population de type transversal auprès de 4501 personnes de la région de Manchester Sud (Papageorgiou, Croft, Ferry, Jayson, & Silman, 1995). Cette étude visait à évaluer la prévalence des lombalgies dans la population générale. À partir des participants de cette étude, une étude prospective longitudinale est ensuite effectuée par Thomas et coll. (1999). La période de recrutement est de 18 mois. Les personnes ayant consulté pour un épisode de lombalgie sont invitées à participer à l'étude prospective. Au total, 180 personnes participent au suivi de 12 mois. Les résultats montrent que la persistance des symptômes, mesurée par le *Hanover back pain activity schedule* au suivi de 12 mois, est influencée par des facteurs « prémorbides », dont l'insatisfaction au travail

Trois autres études prospectives n'observent pas de relation significative entre la satisfaction et l'incapacité chronique (Fransen et al., 2002; Lehmann et al., 1993; Linton & Halldén, 1998). La première est celle Lehmann et coll. (1993). Ces chercheurs réalisent une étude à la suite de celle de Cats-Baril et Frymoyer (1991), décrite précédemment. La population étudiée (N = 45) par Lehmann et coll. est constituée de personnes lombalgiques

en arrêt de travail depuis 2 à 6 semaines et percevant leur problème comme étant de nature occupationnelle. Selon Lehmann et coll., les personnes s'étant peu (< 2 semaines) ou pas absentées de leur travail à la suite d'un épisode de lombalgie ne constituent pas un groupe à haut risque de chronicité. Donc, un modèle prédictif des gens à risque d'évoluer vers l'incapacité chronique ne s'avère pas très utile pour cette catégorie de personnes. C'est pourquoi l'étude de Lehmann et coll. porte sur les gens en phase subaiguë de leur mal dos (entre 2 et 6 semaines d'arrêt de travail). Aucune des variables considérées comme de bons prédicteurs dans l'étude de Cats-Baril et Frymoyer (1991) ne sert à classifier correctement au suivi de six mois, le statut d'emploi des participants de l'étude de Lehmann et coll. (1993). De fait, aucune corrélation significative n'est soulevée entre les variables occupationnelles (p.ex. appréciation du travail, stress...) et l'incapacité chronique. La différence des critères d'inclusion peut expliquer l'incapacité de l'étude de Lehmann et coll. à répliquer les résultats de Cats-Baril et Frymoyer. Premièrement, les personnes ne s'étant jamais absentées du travail sont incluses dans l'étude de Cats-Baril et Frymoyer, ce qui n'est pas le cas pour l'étude de Lehmann et coll. Deuxièmement, l'étude de Cats-Baril et Frymoyer inclut les personnes ayant été en arrêt de travail pour une période allant jusqu'à 3 mois alors que Lehmann et coll. se limitent aux personnes s'étant absentées du travail entre 2 et 6 semaines.

Pour leur part, Linton et Halldén (1998) réalisent une étude prospective auprès de 137 personnes souffrant d'un mal de dos aigu ou subaigu afin de déterminer la capacité de certaines variables psychosociales à prédire l'incapacité chronique. L'étude vise à développer une méthode de dépistage des personnes à risque d'avoir un mauvais pronostic à la suite de leur mal de dos. Dans cette étude, la satisfaction au travail n'est pas identifiée comme étant un bon prédicteur de l'incapacité chronique. Cette absence de relation s'explique peut-être par le fait que la satisfaction au travail est mesurée par un seul item «*If you take into consideration your work routines, management, salary, promotion possibilities, and workmate, how satisfied are you with your job?*»

Pour leur part, Fransen et coll. (2002) mènent une étude prospective (avec suivi à trois mois) auprès de travailleurs lombalgiques recevant des indemnités de remplacement

de revenu. L'étude vise à identifier les facteurs de risques individuels, psychosociaux et occupationnels associés à la transition d'un mal de dos aigu vers la chronicité. Tout comme l'étude de Linton et Halldén (1998), celle-ci ne démontre pas de résultats significatifs concernant la satisfaction au travail ($p = .53$).

En somme, quatre des sept études décrites précédemment identifient la satisfaction au travail comme un bon prédicteur de l'incapacité chronique. Ces résultats contradictoires s'expliquent peut-être par des différences méthodologiques, lesquelles rendent difficile la comparaison des résultats relatifs à la capacité prédictive de la variable. Premièrement, les critères d'inclusion varient sensiblement d'une étude à l'autre (p.ex. la durée de l'épisode du mal de dos des participants et leur statut d'emploi lors de leur entrée dans l'étude). Deuxièmement, la variable dépendante mesurée pour évaluer l'incapacité chronique n'est pas toujours la même (p.ex. le statut d'emploi, l'incapacité fonctionnelle, le nombre de jours d'absence). Troisièmement, les outils de mesure utilisés pour évaluer la satisfaction au travail diffèrent grandement. Aucune étude n'a utilisé le même questionnaire pour évaluer la satisfaction. À la lumière de ces constatations, le rôle joué par la satisfaction au travail dans la transition vers la chronicité n'est pas bien établi. Des études supplémentaires sont donc requises afin d'élucider son rôle.

1.2.2. Stress perçu et soutien social au travail

Peu d'études ont évalué la contribution du stress et du soutien social au travail dans la prédiction de l'incapacité chronique. Trois études prospectives sont identifiées sur le lien entre le stress et le retour au travail ou le nombre de jours d'absence (Linton & Halldén, 1998; Ohlund et al., 1996; van der Weide et al., 1999). La première est celle de Linton et Halldén (1998), décrite antérieurement. Les 137 participants de l'étude doivent indiquer sur une échelle de 1 à 5, à quel point ils se sont sentis tendus et anxieux au cours de la semaine précédente. À la suite d'une analyse discriminante, les auteurs concluent que le stress est l'une des cinq variables pouvant prédire significativement le nombre de jours d'absence au suivi de six mois. Ensemble, ces cinq variables permettent de classifier correctement 73 % des patients selon la durée d'absence.

Quant à eux, Ohlund et coll. (1996) réalisent une étude prospective, avec un suivi à deux ans, auprès de 101 travailleurs cols bleus absents de leur travail depuis plus de six semaines en raison d'une lombalgie d'origine non spécifique. Les travailleurs absents depuis plus de trois mois sont exclus de l'étude. Les auteurs testent un modèle prédictif des lombalgies chroniques comprenant des facteurs intrinsèques (individuels) et extrinsèques (environnementaux). Une analyse univariée identifie les facteurs permettant de discriminer significativement les personnes s'étant absentées pour une période supérieure à six mois, de celles s'étant absentées de trois à six mois. Ces facteurs sont ensuite utilisés dans une analyse de régression logistique afin d'identifier les prédicteurs de l'incapacité chronique (absence du travail > 6 mois). L'analyse de régression logistique indique que le stress provenant d'un travail monotone est une variable significative. En fait, cette variable est l'une des variables du modèle de prédiction de la chronicité qui permet de classifier correctement le statut d'emploi à six mois (retourné ou non retourné) de 87.4 % des travailleurs en phase subaiguë d'une lombalgie.

van der Weide et coll. (1999) réalisent une étude prospective, avec suivis à 3 et 12 mois, auprès de 117 travailleurs des Pays-Bas en arrêt de travail depuis au moins 10 jours en raison d'une lombalgie. Un questionnaire mesurant différentes variables est rempli par les participants afin de prédire (1) l'incapacité fonctionnelle, mesurée par le *Roland Disablity Questionnaire* (RDQ), au suivi de 3 mois et (2) au suivi de 12 mois ainsi que (3) le retour au travail. Concernant l'incapacité fonctionnelle, les participants sont divisés en deux sous-groupes en utilisant le $75^{ième}$ percentile. Les personnes ayant les scores les plus élevés (> $75^{ième}$ percentile) représentent le groupe d'incapacité fonctionnelle élevée (cas les plus sérieux). Les analyses multivariées visant à prédire l'incapacité fonctionnelle élevée au suivi de 3 mois (score de 51 à 100 au RDQ), indiquent qu'aucune variable liée au travail ne démontre une contribution significative. Au suivi de 12 mois, des variables psychosociales comme la monotonie au travail contribuent significativement à prédire l'appartenance au groupe d'incapacité fonctionnelle élevée (RDQ > 34). En ce qui concerne la prédiction du retour au travail, quatre facteurs prédisent de manière significative une durée d'absence plus longue. Deux caractéristiques du travail sont parmi ces facteurs : des relations problématiques avec les collègues et, la cadence et la quantité de travail élevées (stress).

Ces résultats signifient, par exemple, que la probabilité de retourner au travail est 1.2 (1/0.82) fois plus élevée pour les personnes n'ayant pas de problème dans les relations avec leurs collègues de travail. Somme toute, les variables psychosociales occupationnelles sont probablement des meilleurs prédicteurs pour le pronostic à long terme. En effet, certaines d'entre elles sont capables de prédire de manière significative l'incapacité fonctionnelle au suivi de 12 mois ou encore une période prolongée avant le retour au travail alors qu'aucune variable psychosociale liée au travail ne peut prédire l'incapacité fonctionnelle au suivi de trois mois.

Hazard et coll. (1996) mènent une étude prospective auprès de travailleurs en arrêt de travail, recevant des indemnités de remplacement de revenu en raison d'un mal de dos (<11 jours). Précisément, les auteurs bonifient et évaluent l'habileté du *Vermont Disability Prediction Questionnaire* (VDPQ) à prédire le risque relatif d'évoluer vers l'incapacité chronique suite à une lombalgie d'origine professionnelle. Des 699 personnes répondant aux critères d'éligibilité, seulement 166 répondent au VDPQ à l'intérieur du délai de 15 jours suivant leur blessure. Au suivi de trois mois, 10 % des participants sont toujours en arrêt de travail. Une des 11 questions permettant de prédire le risque relatif d'incapacité chronique trois mois après la blessure, réfère à la notion de soutien social : *« On a scale of 0 to 10, how well do you get along with your co-workers? ».* Ainsi, il semble que le soutien social est un facteur jouant un rôle dans la transition vers la chronicité.

Malgré le peu d'études prospectives identifiées sur la capacité du stress perçu (n = 3) et du soutien social (n = 2) à prédire l'incapacité chronique, ces deux variables semblent être des bons facteurs de prédiction. Des études additionnelles sont cependant nécessaires afin de confirmer leur contribution dans le phénomène d'incapacité chronique.

1.2.3. Peurs et croyances liées au travail

Selon Waddell et coll. (1993), les peurs et les croyances sont un facteur cognitif important dans l'ajustement à la douleur lombaire. Ils développent donc un questionnaire mesurant les peurs et les croyances face au travail et face à la pratique d'activités physiques, le *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ). Par le biais de la même

étude, les auteurs évaluent les relations entre une lombalgie, les peurs et les croyances et l'incapacité chronique liée aux activités de vie de tous les jours et au travail. Les résultats de leur étude montrent notamment que les peurs et les croyances à l'égard du travail sont fortement liées au statut fonctionnel et au nombre de jours d'absence du travail.

À ce jour, à la connaissance de l'auteure du présent mémoire, seulement deux études prospectives ont tenté d'évaluer la capacité des peurs et croyances liées au travail, mesurées au stade aigu et subaigu d'un mal de dos, à prédire l'incapacité chronique (Burton, Tillotson, Main, & Hollis, 1995; Linton & Halldén, 1998). Les deux études utilisent le questionnaire FABQ. En ce qui concerne la première étude (Burton et al., 1995), la dimension « travail » du questionnaire n'est pas prise en considération dans les analyses puisque les participants n'avaient pas tous un emploi lors de leur entrée dans l'étude. Il est donc impossible pour Burton et coll. d'évaluer la capacité des peurs et croyances liées au travail à prédire le statut fonctionnel. La seconde étude est celle de Linton et Halldén (1998), décrite à la section 1.2.1. Les auteurs évaluent prospectivement certaines variables psychosociales afin de prédire les personnes à risque d'avoir un mauvais pronostic à la suite d'un mal de dos. Cinq variables s'avèrent de bons prédicteurs du nombre de jours d'absence au suivi de six mois. Les peurs et croyances envers le travail se retrouvent parmi ces variables prédictrices. Pourtant, cette variable n'est mesurée qu'avec un seul item provenant du questionnaire FABQ : « *I should not do my normal work with my present pain* ». Les résultats de cette étude semblent indiquer que les peurs et les croyances liées au travail sont des déterminants de l'incapacité chronique. Là encore, le nombre peu élevé d'études documentant ces aspects suggère que d'autres études sont essentielles avant de conclure quant à leur importance dans l'évolution vers l'incapacité chronique.

1.3. Études portant sur les facteurs occupationnels de nature objective

Des données récentes révèlent que les causes de l'incapacité chronique ne sont pas seulement liées à l'individu mais aussi à l'environnement de travail dans lequel la personne évolue (Frank et al., 1998; Loisel et al., 1997; Loisel et al., 2001). Peu d'études ont toutefois évalué la capacité des facteurs occupationnels de nature objective, comme le litige, la taille de l'entreprise, l'ancienneté ou le fait d'être syndiqué, à prédire l'incapacité

chronique. La section qui suit fait part de certaines études ayant évalué, principalement par un devis prospectif, l'importance de facteurs objectifs en lien avec le travail. Dans le cas où une variable a peu ou pas été étudiée de manière prospective, les données provenant d'études corrélationnelles/transversales sont mentionnées afin d'avoir un meilleur portrait des connaissances sur le sujet.

1.3.1. Ancienneté

Deux études évaluent le rôle de l'ancienneté dans le retour au travail. Dans l'étude de Haldorsen et coll. (1998), une analyse de variance effectuée avec le statut d'emploi au suivi de 12 mois démontre que les personnes non retournées au travail ont plus d'ancienneté que celle retournées ($p = .04$). Par contre, dans l'analyse discriminante, l'ensemble des variables sociodémographiques, dont l'ancienneté, ne permet pas une classification significativement correcte des personnes retournées et non retournées au travail au suivi de douze mois. Quant à elles, Infante-Rivard et Lortie (1996) arrivent à des résultats contradictoires. Ces chercheures évaluent au stade précoce d'un mal de dos et pendant un traitement conventionnel, quels sont les facteurs qui influencent le retour au travail après un premier épisode de mal de dos. Les analyses multivariées indiquent que la durée d'emploi au sein de l'industrie est un facteur favorisant le retour au travail. Plus précisément, les travailleurs ayant plus de 24 mois d'ancienneté sont retournés plus rapidement au travail que les autres (RR *(rate ratio)* = 1.49, IC 95 % = 1.10-2.03). Puisque les deux études mentionnées précédemment parviennent à des résultats contraires, il est difficile de conclure sur la capacité de l'ancienneté à prédire le retour au travail.

1.3.2. Taille de l'entreprise

Une étude évaluant une cohorte de 8 628 travailleurs du Michigan recevant des indemnités de remplacement de revenu en raison de l'arrêt de travail dû à une blessure au dos, distingue les facteurs affectant la phase aiguë (≤ 8 semaines) et les facteurs affectant la phase chronique de l'incapacité (> 8 semaines) (Oleinick et al., 1996). La taille de l'entreprise se retrouve parmi les facteurs compromettant le retour au travail après huit semaines d'arrêt. De fait, les plus petits établissements montrent un plus faible risque relatif de retour au travail que les plus grands établissements. Les coefficients des risques relatifs

selon la taille de l'entreprise sont les suivants : < 25 personnes = .694 ; 25-99 personnes = .804 ; 100-499 = .821 ; 500-999 = .998 et plus de 1000 personnes (taille de référence) = 1. Ces résultats signifient que, plus petite est la taille de l'entreprise, moins grandes sont les chances qu'un travailleur blessé retourne au travail après huit semaines d'arrêt, c'est-à-dire qu'il a plus de chance d'évoluer vers la chronicité. Il est possible que les modalités de retour au travail expliquent les différences observées. La possibilité d'offrir des travaux légers ou modifiés pour accommoder les travailleurs blessés qui réintègrent le travail est sans doute plus grande dans les grandes entreprises.

Les résultats de l'étude de Infante-Rivard et Lortie (1996) décrite précédemment vont dans le même sens que ceux d'Oleinick et coll. (1996). L'analyse univariée portant sur les caractéristiques de l'environnement de travail indique que le fait de travailler dans une entreprise de 100 employés et plus augmente significativement la probabilité de retourner au travail (RR = 1.47, IC 95 % = 1.11-1.94). Cette variable n'est toutefois pas significative dans le modèle multivarié puisque ce sont d'autres variables qui contribuent de façon significative à expliquer le retour au travail. Dans l'étude de Hogg-Johnson et Cole (2003), la taille de l'entreprise ne contribue pas significativement à la prédiction de la durée d'indemnisation et donc du retour au travail. Il est à noter que pour Oleinick et coll. (1996), la phase chronique correspond à une période d'arrêt supérieure à 8 semaines alors que le barème généralement accepté parle de chronicité lorsque la douleur persiste depuis plus de 12 semaines (Frank et al., 1996). Cette nuance contribue peut-être à expliquer les résultats contradictoires observés par Oleinick et coll. (1996), Infante-Rivard et Lortie (1996) et Hogg-Johnson et Cole (2003). Là encore des études supplémentaires sont requises pour tenter d'élucider le rôle de la taille de l'entreprise dans l'évolution vers l'incapacité chronique.

1.3.3. Syndicalisation

À la connaissance de l'auteure du présent mémoire, aucune étude n'a à ce jour tenté d'évaluer si la syndicalisation des employés contribue à expliquer l'évolution vers l'incapacité chronique. Toutefois, les résultats de l'étude empirique d'Habeck, Leahy, Hunt, Chan, et Welch (1991) révèlent que les entreprises ayant un bas taux de réclamations

au *Bureau of Workers' Disability Compensation* tendent à être non syndiquées. Il serait donc intéressant de vérifier le lien entre la syndicalisation et l'incapacité chronique.

1.3.4. Litige

L'implication dans un litige concernant une réclamation d'indemnités de remplacement de revenu est une variable très peu étudiée dans le pronostic des maux de dos. Trief et Stein (1985) sont parmi les premiers à démontrer l'importance de ce facteur dans la problématique des maux de dos. Ces chercheurs évaluent, auprès de personnes souffrant de lombalgie chronique, une variété de mesures physiques et psychologiques, avant et après leur participation à un programme de réadaptation comportementale. Les personnes impliquées dans un litige sont comparées aux personnes sans litige sur plusieurs variables. Les résultats indiquent que les améliorations significatives sur le plan des variables physiques et psychologiques sont observées chez les personnes sans litige. Cela peut signifier que lorsqu'un avocat est impliqué dans le processus de réclamations de compensation, plus grandes sont les probabilités de douleur chronique et d'incapacité (Frymoyer & Cats-Baril, 1987). Cette étude a amené Cats-Baril et Frymoyer (1991) à intégrer la variable litige « *lawyer involvement* » dans leur modèle prédictif d'incapacité chronique liée aux lombalgies. Leur modèle empirique est décrit précédemment (voir la section 1.2.1.). La perception que la blessure est une source de compensation ou non, qui est le fautif pour la blessure, et contact ou non avec un avocat, forment un facteur qui contribue significativement ($p < .001$) à la prédiction du retour au travail (Cats-Baril & Frymoyer, 1991). Dans cet article, la contribution unique du litige n'est cependant pas précisée.

1.3.5. Tâches modifiées

L'incapacité chronique entraîne des coûts financiers en terme d'utilisation du système des soins de santé mais génère aussi des coûts à l'employeur, à cause de la perte de main-d'œuvre et de productivité. Les employeurs ont alors avantage à faciliter le retour au travail de leurs employés blessés. Un moyen possible pour faciliter et accélérer le retour au travail des travailleurs souffrant d'un mal de dos est de leur offrir des tâches modifiées (Krause, Dasinger, & Neuhauser, 1998). D'après Krause et coll. (1998), il existe plusieurs

types de travaux modifiés : *light duty* (travaux légers), *graded work exposure* (retour progressif), *work trial, supported employment* et *sheltered employment*. D'autres termes sont également utilisés dans la littérature pour parler des travaux légers (p.ex. *alternative duty, limited duty, modified duty, restricted duty*). Selon Krause et coll., les travaux légers seraient les plus fréquemment utilisés. Ils réfèrent à : « toute activité temporaire ou permanente, moins exigeante que celle du travail régulier ou à temps plein, qui permet à un travailleur blessé d'exécuter un travail selon un ensemble de conditions prescrites par un professionnel de la santé. Les emplois proposant des travaux légers sont payés et exécutés dans un environnement de travail concurrentiel. Ces emplois offerts peuvent varier. Dans certains cas, une adaptation peut être requise pour permettre au travailleur lésé d'accomplir les tâches exécutées avant l'accident. Dans d'autres cas, le travailleur blessé peut être affecté à un autre poste déjà existant ou spécialement créé pour lui, et ce, au sein de la même ou d'une autre compagnie » (p. 115; traduction libre). Le retour progressif représente une forme particulière de travaux légers. Dans ce cas, le nombre d'heures, les tâches, et/ou la performance attendue au travail sont graduellement augmentés jusqu'à ce que le travailleur soit prêt à retourner à son travail régulier.

Quelques auteurs se sont intéressés à l'impact des tâches modifiées sur le retour au travail, soit par une revue de la littérature (Krause et al., 1998; Teasell & Bombardier, 2001), par une étude longitudinale/prospective (Crook et al., 1998; Hall et al., 1994; Hogg-Johnson & Cole, 2003) ou rétrospective (Hiebert, Skovron, Nordin, & Crane, 2003).

Crook et coll. (1998) réalisent une étude prospective auprès de 148 travailleurs en arrêt de travail depuis plus de trois mois, choisis aléatoirement parmi les dossiers de la Commission des accidents de travail de l'Ontario. Les chercheurs suivent les participants sur une période de 21 mois afin d'identifier les facteurs influençant le retour au travail à la suite d'une blessure musculosquelettique occupationnelle (pas seulement au dos). Les résultats de cette étude montrent, entre autres, que le taux de retour au travail est presque deux fois plus grand (RR *(relative ratio)* = 1.93, IC 95 % = 1.54-2.42) lorsqu'une tâche modifiée est disponible (changement à une position physiquement et psychologiquement

moins exigeante, heures de travail réduites, périodes de repos, modification au niveau de la machinerie ou diminution des attentes au niveau de la performance).

Plus récemment, Hogg-Johnson et Cole (2003) entreprennent une étude prospective auprès de 907 personnes en arrêt de travail afin d'identifier quels facteurs, mesurés au cours des quatre semaines suivant un accident occupationnel, permettent de prédire la durée d'indemnisation. Les participants reçoivent des indemnités de remplacement de revenu en raison d'une blessure musculosquelettique et sont suivis sur une période d'un an. Les résultats indiquent que les personnes ayant eu la possibilité d'avoir certains arrangements spéciaux facilitant leur retour au travail reçoivent moins longtemps des indemnités de remplacement de revenu que celles n'ayant pas eu cette possibilité. Ces arrangements réfèrent le plus souvent à des heures de travail flexibles ou modifiées, ou encore à des tâches modifiées mais rarement à des modifications à l'environnement physique du travail. L'offre d'arrangements sur le plan du travail n'a toutefois pas d'impact sur la durée d'indemnisation pour les personnes ayant la combinaison des variables suivantes : amélioration de la douleur au cours des quatre premières semaines, statut fonctionnel élevé et prévoyant se rétablir prochainement. Somme toute, selon cette étude, l'accès à des travaux modifiés facilite le retour au travail dans la plupart des cas d'indemnisation.

Une étude prospective auprès de 1438 personnes participant à un programme de réadaptation est réalisée par Hall et coll. (1994). Ces auteurs comparent l'impact des recommandations de retour au travail avec ou sans restriction sur le statut d'emploi au suivi de quatre mois. Leurs résultats indiquent que la recommandation d'un retour au travail avec restrictions (tâches modifiées) est un facteur qui affecte négativement le retour au travail. Plus précisément, 84 % des personnes ayant eu la recommandation de retour au travail sans restriction sont retournés au travail au suivi de quatre mois, comparativement à 47 % chez ceux ayant eu la recommandation d'un retour au travail avec restrictions. Cependant, les participants ayant reçu la recommandation de retour au travail sans restriction ont davantage suivi la recommandation (78 %) que ceux ayant reçu la recommandation de retourner au travail avec des restrictions (12 %).

BIBLIOTHÈQUE ★ UNIVERSITÉ LAVAL ★

Hiebert et coll. (2003) mènent, quant à eux, une étude rétrospective visant à évaluer l'association entre la prescription de restrictions au travail (*work restrictions*), le nombre de jours d'absence et la récurrence des cas de lombalgies d'origine non spécifique. Les restrictions concernent certains types de postures, de tâches, une limitation de l'exposition à certains environnements de travail (p. ex. température, travail de nuit), à une limitation de l'usage de certaines parties du corps, etc. Selon une analyse univariée, il n'y a aucune preuve suffisante pour démontrer une association statistiquement significative entre la prescription de tâches modifiées (*work restrictions*) et le retour à n'importe quel travail, c'est-à-dire avec des modifications ou restrictions (HR *(hazard ratio)* = 1.15, IC 95 % = 0.88-1.51). Concernant le retour au travail régulier (sans modification ou restriction), la durée médiane pour retourner au travail est de 47.5 jours pour les travailleurs s'étant fait prescrire un travail restreint et de 15 jours pour ceux n'ayant pas eu cette prescription. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Hall et coll. (1994), c'est-à-dire que ceux n'ayant pas fait de travaux restreints retournent plus rapidement au travail régulier.

Ces différents articles soulèvent une importante distinction, soit celle entre la prescription de tâches modifiées et leur accessibilité. L'accessibilité réfère à la possibilité qu'offre l'employeur d'assumer des tâches modifiées pour faciliter le retour au travail, alors que la prescription est une recommandation externe par un médecin du travail (*occupational health physician*) d'assumer de telles tâches afin de limiter l'exposition à des conditions de travail ou à des tâches pouvant aggraver le mal de dos du travailleur (Hiebert et al., 2003; Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph, & Brand, 2001). Ce ne sont pas toutes les entreprises qui offrent, par leurs pratiques et politiques organisationnelles, l'accès à des tâches modifiées. Ainsi, la prescription est un facteur qui peut inhiber le retour au travail puisque l'exigence n'est pas rencontrée dans toutes les entreprises. Selon Baril, Berthelette et Massicotte (2003) la présence ou l'absence de mesure de retour en emploi serait déterminée par une interaction complexe entre les caractéristiques des travailleurs (âge, sexe, groupe occupationnel), les caractéristiques de la blessure (nature, site, durée de l'absence du travail, rechute) et les caractéristiques organisationnelles de l'employeur (secteur, taille).

Somme toute, les études mentionnées précédemment présentent le travail modifié de manière assez analogue sans pour autant l'exposer du même point du vue. Ainsi, les résultats sont divergents mais non contradictoires. Il semble que l'accès à des arrangements en ce qui a trait aux caractéristiques de l'emploi (p. ex. travaux légers ou heures de travail modifiée) facilite le retour au travail (Crook et al., 1998; Hogg-Johnson & Cole, 2003) alors que la prescription/recommandation l'influence négativement (Hall et al., 1994; Hiebert et al., 2003). Quoiqu'il en soit, des études supplémentaires sont requises afin de documenter le lien entre la disponibilité de tâches modifiées et l'incapacité chronique.

1.3.6. Pratiques et politiques organisationnelles

L'étude de Crook et coll. (1998), décrite dans la section sur les tâches modifiées, soulève l'idée qu'un moyen de prévenir l'incapacité chronique pourrait venir de la part des employeurs en adoptant des pratiques et des politiques organisationnelles facilitant le retour au travail des travailleurs ayant des incapacités. Seulement deux études mesurant ces facteurs dans le contexte des troubles musculosquelettiques sont identifiées. L'une documente notamment le lien entre les déterminants organisationnels et l'incidence des accidents de travail (Habeck et al., 1991) tandis que l'autre documente le lien entre les déterminants organisationnels et l'incapacité chronique (Habeck, Hunt, & VanTol, 1998). En ce qui concerne la première étude, les auteurs développent un questionnaire de 30 items s'adressant aux employeurs et évaluant différents facteurs organisationnels. Ce questionnaire est administré à 124 employeurs du Michigan (entreprises de 50 employés et plus). Les résultats montrent que onze pratiques et politiques organisationnelles corrèlent avec un bas taux de réclamation. Dans la seconde étude, 60 items sont ajoutés au questionnaire utilisé dans l'étude précédente. Une analyse factorielle indique la présence de huit facteurs. Le questionnaire est là encore administré aux employeurs (N = 220). Des analyses de régressions multiples sont ensuite effectuées à l'aide des huit facteurs identifiés. Elles visent, entre autres, à prédire le nombre de jours d'absence. En plus de confirmer les résultats de la première étude (Habeck et al., 1991), Habeck et coll. (1998) concluent que les efforts organisationnels pour réduire le nombre de cas d'incapacité liée au travail semblent prometteurs.

À la suite des résultats obtenus par les deux études du Michigan, Amick et coll. (2000) réalisent une étude prospective avec suivis à 2, 6 et 12 mois, afin de vérifier la fidélité et la validité prédictive du questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles, mais cette fois-ci auprès d'employés. Une version abrégée du questionnaire et destinée aux employés est développée, le questionnaire *Organizational policies and practices*. Cette version est administrée à 197 travailleurs en attente d'une opération du tunnel carpien. Les analyses indiquent que les 22 items du questionnaire se regroupent selon quatre facteurs (la culture d'entreprise orientée vers les individus, le climat axé sur la sécurité des employés, la politique et la pratique d'un plan de gestion des incapacités, la prise en considération de l'ergonomie). Les résultats indiquent que ces facteurs permettent de prédire de façon significative le retour au travail au suivi de 6 mois.

Le questionnaire *Organizational Policies and Practices* (Amick et al., 2000) est traduit et validé en français par Truchon, Fillion, et Gélinas (2003). Pour la phase de validation, le questionnaire (QPPO) est administré à un échantillon d'infirmières (N = 124). En plus de documenter les qualités psychométriques du questionnaire, les auteures vérifient par un devis corrélationnel, les relations entre les dimensions du QPPO et trois facteurs psychosociaux liés au travail. Les résultats indiquent que trois dimensions du questionnaire sont corrélées positivement avec la satisfaction au travail, le soutien social et la latitude décisionnelle mais corrélées négativement avec la demande psychologique.

À ce jour, à la connaissance de l'auteure, aucune étude n'a étudié de manière prospective la capacité des pratiques et des politiques organisationnelles à prédire l'incapacité chronique à la suite d'une lombalgie occupationnelle. Cette lacune justifie la pertinence d'entreprendre de futures recherches à cet égard.

1.4. Conclusion sur les facteurs liés au travail

En résumé, la satisfaction au travail est l'un des facteurs psychosociaux occupationnels le plus étudié dans le phénomène de l'incapacité chronique. Malgré cela, il n'y a pas de consensus quant à sa capacité à prédire la chronicité. Les différences méthodologiques entre les études peuvent expliquer les résultats contradictoires obtenus

(population étudiée, critères d'inclusion, questionnaires utilisés, variables dépendantes considérées, critère de la chronicité...). Quoique peu étudiés, le stress perçu, le soutien social ainsi que les peurs et les croyances face au travail semblent être des variables jouant un rôle dans la transition vers l'incapacité chronique. Pour leur part, les facteurs objectifs occupationnels sont très peu ou pas du tout considérés dans les études prospectives réalisées jusqu'à présent. En plus, il n'existe pas de consensus quant à la capacité de ces variables à prédire l'incapacité chronique. Enfin, aucune étude connue à ce jour, n'a tenté de comparer la capacité des facteurs psychosociaux et objectifs occupationnels à prédire l'incapacité chronique. Des études supplémentaires sont donc requises afin de mieux documenter la contribution des facteurs occupationnels tant psychosociaux qu'objectifs dans l'évolution vers la chronicité.

1.5. Objectifs

Le but de la présente étude consiste à identifier les déterminants occupationnels de l'incapacité chronique. Plus précisément, l'étude vise 1) à évaluer la capacité de variables occupationnelles (psychosociales et objectives) à prédire le statut d'emploi au suivi de six mois et 2) à explorer les interrelations entre les facteurs objectifs et psychosociaux occupationnels et le statut d'emploi.

1.6. Contenu du mémoire

Le premier chapitre du mémoire se veut une introduction générale au problème de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Quant à lui, le chapitre deux est présenté sous forme d'un article scientifique. Cet article représente le corps du mémoire puisque s'y retrouvent les détails de l'étude, les principaux résultats obtenus ainsi que les forces et les limites de l'étude. Une conclusion générale constitue le chapitre trois.

CHAPITRE II

CONTRIBUTION DES FACTEURS OBJECTIFS ET PSYCHOSOCIAUX OCCUPATIONNELS DANS L'EXPLICATION DE L'INCAPACITÉ CHRONIQUE LIÉE AUX LOMBALGIES

(ARTICLE)

Contribution des facteurs objectifs et psychosociaux occupationnels dans l'explication de l'incapacité chronique liée aux lombalgies

Isabelle Soucy (B.A.) et Manon Truchon (Ph.D.)

Université Laval, Québec, Canada

Mots clés : FACTEURS OCCUPATIONNELS ET LOMBALGIES

RÉSUMÉ

La lombalgie est le plus fréquent, coûteux et incapacitant des troubles musculosquelettiques. Les études prospectives documentant la capacité des facteurs liés au travail à prédire la chronicité sont peu nombreuses, la méthodologie utilisée est très diversifiée et les résultats obtenus divergent. La présente étude vise à étudier la capacité des facteurs objectifs et psychosociaux occupationnels à prédire l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Une étude prospective longitudinale avec deux temps de prise de mesure est réalisée. L'échantillon (N = 258) se compose de travailleurs lombalgiques en arrêt de travail compensés par la CSST, au stade subaigu du mal de dos. Parmi toutes les variables occupationnelles mesurées, le soutien social au travail, le stress perçu, les peurs et les croyances face au travail ainsi que l'implication dans un litige, permettent de prédire le statut d'emploi au suivi de six mois. Les autres variables liées au travail, telles les pratiques et les politiques organisationnelles en matière de réintégration au travail, agissent peut-être comme des barrières au retour au travail plutôt que comme des prédicteurs de l'incapacité chronique.

Mots-clés : incapacité chronique, lombalgies, facteurs occupationnels

CONTRIBUTION DES FACTEURS OBJECTIFS ET PSYCHOSOCIAUX OCCUPATIONNELS DANS L'EXPLICATION DE L'INCAPACITÉ CHRONIQUE LIÉE AUX LOMBALGIES

Introduction

De 60 à 80 % de la population connaîtra, au cours de leur vie, un épisode de mal de dos [3,35]. La main-d'œuvre est particulièrement concernée par ce problème. Au Québec seulement, la Commission de la santé et de la sécurité du travail [CSST] a indemnisé 33 570 travailleurs ayant eu une affection vertébrale au courant de l'année 2002 [7]. Près de 59 % de ces affections se situaient au niveau lombaire. La lombalgie est la première cause d'incapacité à travailler chez les personnes de moins de 45 ans et la troisième chez les plus de 45 ans [16]. En 2002, un peu plus de 50 % des travailleurs ayant eu une affection vertébrale ont dû s'absenter de leur travail pour une période de 2 semaines ou moins. Toutefois, dans 15 % des cas, l'absence se prolonge au-delà de 90 jours et dans 9 % des cas au-delà de 180 jours [7]. Il est reconnu que plus l'absence au travail est de longue durée, moins grandes sont les chances que le travailleur blessé retourne au travail [13].

La lombalgie est l'une des conditions médicales les plus coûteuses. Au Québec seulement, la CSST estime que les argents déboursés durant l'année financière 2002 pour les affections vertébrales survenues au travail se chiffrent à environ 477.2 millions de dollars [7]. Toutefois, la majorité des coûts associés aux maux de dos est absorbée par la minorité de travailleurs qui s'absentent de leur travail pour une période prolongée [1,7,16,44]. Outre l'aspect financier, il ne faut pas oublier que lorsque la lombalgie mène

vers un état d'incapacité chronique, les coûts humains sont tout aussi considérables : douleur, impuissance, limitations physiques, perte de la qualité de vie, etc.

Compte tenu des coûts humains et financiers associés à l'incapacité chronique liée aux lombalgies, maintes études sont entreprises afin d'en identifier les déterminants, et ce, dans le but ultime de prévenir l'apparition de cet état de chronicité. Plusieurs auteurs indiquent que les déterminants de l'incapacité chronique sont nombreux et multifactoriels [11,13,35,43,45,47]. Les facteurs documentés dans les écrits sur l'incapacité chronique découlant d'une lombalgie peuvent être regroupés en quatre grandes catégories : (1) médicaux, (2) ergonomiques et psychosociaux liés au travail, (3) psychosociaux non liés au travail et (4) sociodémographiques [47].

Même si les facteurs liés au travail, tant ceux de nature psychosociale qu'objective, sont de plus en plus étudiés, un problème subsiste lorsqu'il s'agit d'établir leur contribution dans le phénomène de l'incapacité chronique. De fait, les études prospectives documentant la capacité des facteurs liés au travail à prédire la chronicité demeurent peu nombreuses, la méthodologie utilisée est très variable et les résultats obtenus divergent. Des études supplémentaires sont donc requises afin d'éclaircir le rôle des facteurs liés au travail dans le phénomène de l'incapacité chronique.

Facteurs psychosociaux occupationnels

La satisfaction au travail, le soutien social, le stress perçu ainsi que les peurs et les croyances face au travail sont parmi les facteurs psychosociaux occupationnels documentés dans la littérature portant sur la prédiction de l'incapacité chronique.

Certaines études prospectives indiquent que l'insatisfaction au travail est un bon prédicteur de l'incapacité chronique [5,8,46,53] tandis que d'autres études ne notent pas de

relation significative entre ces deux variables [14,34,35]. Ces résultats contradictoires peuvent s'expliquer par des différences méthodologiques, lesquelles rendent difficile la comparaison des résultats relatifs à la capacité prédictive de la variable. Premièrement, les critères d'inclusion varient sensiblement d'une étude à l'autre (p.ex. la durée de l'épisode du mal de dos des participants et leur statut d'emploi lors de leur entrée dans l'étude). Deuxièmement, la variable dépendante mesurée pour évaluer l'incapacité chronique n'est pas toujours la même (p.ex. le statut d'emploi, l'incapacité fonctionnelle, le nombre de jours d'absence). Troisièmement, les outils de mesure utilisés pour évaluer la satisfaction au travail diffèrent grandement. Aucune des études identifiées ci-haut n'a utilisé le même questionnaire pour évaluer la satisfaction. À la lumière de ces constatations, il appert que le rôle de la satisfaction au travail dans la transition vers la chronicité n'est pas bien établi.

Trois études prospectives sont identifiées sur le lien entre le stress et le retour au travail ou le nombre de jours d'absence [35,39,51] et deux sur le soutien social [22,51]. Malgré le peu d'études prospectives évaluant la capacité du stress perçu et du soutien social à prédire l'incapacité chronique, ces deux variables semblent être de bons facteurs de prédiction. Des études additionnelles sont cependant nécessaires afin de confirmer leur contribution dans le phénomène d'incapacité chronique.

Par ailleurs, selon Waddell, Newton, Henderson, Somerville, et Main [52], les peurs et les croyances sont un facteur cognitif important dans les maux de dos. Selon eux, les peurs et les croyances à l'égard du travail sont fortement liées au statut fonctionnel et au nombre de jours d'absence du travail. Les résultats de l'étude de Linton et Halldén [35] vont en ce sens, c'est-à-dire que les peurs et croyances face au travail est l'une des cinq variables étant de bons prédicteurs du nombre de jours d'absence au suivi de six mois de leur étude. Burton, Tillotson, Main, et Hollis [4] évaluent eux aussi les peurs et les

croyances face au travail et à la pratique d'activités physiques de leurs participants. Toutefois, la dimension « travail » du questionnaire n'est pas prise en considération dans les analyses puisque ce ne sont pas tous les participants qui avaient un emploi lors de leur entrée dans l'étude. Une fois de plus, des études supplémentaires sont nécessaires avant de conclure quant à l'importance des peurs et des croyances face au travail dans l'évolution vers la chronicité.

Facteurs occupationnels de nature objective

Des données récentes révèlent que les causes de l'incapacité chronique ne sont pas seulement liées à l'individu mais aussi à l'environnement de travail dans lequel la personne évolue [12,36,37]. Peu d'études évaluent la capacité des facteurs objectifs liés au travail, comme le litige, la taille de l'entreprise, l'ancienneté ou encore la présence d'un syndicat, à prédire l'incapacité chronique.

Deux études évaluant le rôle de l'ancienneté dans le retour au travail arrivent à des résultats contradictoires. Les résultats de l'étude de Haldorsen, Indahl, et Ursin [20] montrent que les personnes non retournées au travail ont plus d'ancienneté que celle retournées ($p = .04$) alors que ceux d'Infante-Rivard et Lortie [26] indiquent que la durée d'emploi au sein de l'industrie est un facteur favorisant le retour au travail. Puisque les deux études mentionnées ci-haut parviennent à des résultats contraires, il est impossible de conclure sur la capacité de l'ancienneté à prédire le retour au travail.

Trois études prospectives évaluent la capacité de la taille de l'entreprise à prédire le retour au travail [24,26,40]. Dans l'étude d'Oleinick, Gluck, et Guire [40], la taille de l'entreprise se retrouve parmi les facteurs compromettant le retour au travail. De fait, leurs résultats indiquent que plus petite est la taille de l'entreprise, moins grandes sont les

chances qu'un travailleur blessé retourne au travail après huit semaines d'arrêt. Toutefois, pour Oleinick et coll. [40], la phase chronique correspond à une période d'arrêt supérieure à huit semaines alors que le barème généralement accepté parle de chronicité lorsque la douleur persiste depuis plus de 12 semaines [13]. Les résultats de l'étude de Infante-Rivard et Lortie [26] vont dans le même sens que ceux d'Oleinick et coll. [40], c'est-à-dire que le fait de travailler dans une entreprise de 100 employés et plus augmente significativement la probabilité de retourner au travail (RR *(rate ratio)*= 1.47, IC 95 % = 1.11-1.94). Cette variable n'est toutefois pas significative dans le modèle multivarié. Dans l'étude de Hogg-Johnson et Cole [24], la taille de l'entreprise ne contribue pas significativement à la prédiction de la durée d'indemnisation et donc du retour au travail.

À la connaissance des auteures du présent article, aucune étude prospective n'a, à ce jour, tenté d'évaluer si la syndicalisation des employés contribue à expliquer l'évolution vers l'incapacité chronique. Toutefois, les résultats de l'étude empirique d'Habeck, Leahy, Hunt, Chan, & Welch [18] révèlent que les entreprises ayant un bas taux de réclamations au *Bureau of Workers' Disability Compensation* tendent à être non syndiquées. Il serait donc intéressant de vérifier l'impact de la syndicalisation dans la transition vers la chronicité.

L'implication dans un litige concernant une réclamation d'indemnités de remplacement de revenu est une variable très peu étudiée dans le pronostic des maux de dos. Cats-Baril et Frymoyer [5] ont intégré la variable litige « lawyer involvement » dans leur modèle prédictif d'incapacité chronique liée aux lombalgies. La perception que la blessure est une source de compensation ou non, qui est le fautif pour la blessure, et contact ou non avec un avocat, forment un facteur qui contribue significativement ($p < .001$) à la prédiction du retour au travail. Dans cet article, la contribution unique du litige n'est cependant pas précisée.

L'incapacité chronique entraîne des coûts financiers en terme d'utilisation du système des soins de santé mais génère aussi des coûts à l'employeur, à cause de la perte de main-d'œuvre et de productivité. Les employeurs ont alors avantage à faciliter le retour au travail de leurs employés blessés. Un moyen possible pour faciliter et accélérer le retour au travail des travailleurs souffrant d'un mal de dos est de leur offrir des tâches modifiées [31]. Quelques auteurs s'intéressent notamment à l'impact des tâches modifiées sur le retour au travail, soit par une revue de la littérature [31,45], par une étude longitudinale/prospective [9,21,24] ou rétrospective [23].

Les études évaluant de manière prospective le rôle joué par les tâches modifiées dans le retour au travail arrivent à des résultats divergents mais non contradictoires. Effectivement, tout dépend s'il est question d'accessibilité ou de prescription de tâches modifiées. Deux études portant sur l'accessibilité indiquent que le retour au travail est plus rapide lorsque les travailleurs blessés ont la possibilité d'avoir des arrangements en ce qui a trait aux caractéristiques de leur emploi (p. ex. travaux légers ou heures de travail modifiée) [9,24] alors qu'une autre étude mentionne que la prescription d'un travail avec restrictions influence négativement le retour au travail [21]. Quoi qu'il en soit, des études supplémentaires sont requises afin de mieux documenter le lien entre la disponibilité de tâches modifiées et l'incapacité chronique.

Selon l'étude de Crook, Moldofsky, et Shannon [9] mentionnée précédemment, les employeurs peuvent aider à prévenir l'incapacité chronique en adoptant des pratiques et des politiques organisationnelles facilitant le retour au travail des travailleurs blessés. Différentes études sont justement réalisées sur les facteurs relevant du niveau organisationnel. Par un questionnaire destiné aux employeurs d'entreprises, certains auteurs veulent identifier les déterminants associés à l'incapacité chronique [17]. Une autre étude

est entreprise dans le but de développer un questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles (QPPO) adressé cette fois-ci aux employés [2]. Ce questionnaire a été récemment traduit et validé en français par Truchon, Fillion, et Gélinas [48]. En plus de documenter les qualités psychométriques du questionnaire traduit, les auteures vérifient, par un devis corrélationnel, les relations entre les dimensions du QPPO et trois facteurs psychosociaux liés au travail. Les résultats obtenus indiquent que les trois dimensions du questionnaire sont corrélées positivement avec la satisfaction au travail, le soutien social et la latitude décisionnelle mais corrélées négativement avec la demande psychologique. À ce jour, à la connaissance des auteures du présent article, aucune étude n'a étudié de manière prospective la capacité des pratiques et des politiques organisationnelles à prédire l'incapacité chronique suite à une lombalgie occupationnelle. Cette lacune justifie la pertinence d'entreprendre de futures recherches à cet égard.

Objectifs et hypothèses

Le but de la présente étude consiste à identifier les déterminants occupationnels de l'incapacité chronique. Plus précisément, l'étude vise (1) à évaluer la capacité de variables occupationnelles (psychosociales et objectives) à prédire le statut d'emploi au suivi de six mois et (2) à explorer les interrelations entre les facteurs objectifs et psychosociaux occupationnels et le statut d'emploi. À la lumière des résultats obtenus par différents auteurs, quatre hypothèses sont formulées.

1. Les facteurs psychosociaux occupationnels sont de meilleurs prédicteurs du statut d'emploi au suivi de six mois que les facteurs objectifs.
2. Parmi les facteurs psychosociaux occupationnels mesurés au stade subaigu du mal de dos, le stress perçu, le soutien social ainsi que les peurs et les croyances face au

travail sont des prédicteurs significatifs de l'incapacité chronique. Plus précisément, les personnes non retournées au travail six mois après leur participation initiale sont celles ayant un stress perçu élevé, un faible soutien social et ayant beaucoup de peurs et de croyances face au travail au stade subaigu de leur lombalgie.

3. Concernant les facteurs objectifs, les personnes qui travaillent dans une entreprise de petite taille, qui n'ont pas accès à des tâches modifiées et qui sont impliquées dans un litige concernant leur réclamation d'indemnités, sont moins nombreuses à retourner au travail au suivi de six mois.
4. Enfin, les pratiques et les politiques organisationnelles sont liées de manière significative avec certaines variables psychosociales occupationnelles comme la satisfaction au travail, le soutien social et le stress perçu.

Méthode

La présente étude fait partie d'un projet plus vaste documentant le rôle de plusieurs déterminants potentiels de l'incapacité chronique [49]. La présente étude s'intéresse plus particulièrement aux facteurs occupationnels documentés dans le cadre du projet plus vaste.

Devis de l'étude

Un devis prospectif longitudinal avec suivi à six mois est utilisé.

Participants

L'échantillon se compose de travailleurs en arrêt de travail à cause d'une lombalgie d'origine occupationnelle et recevant des indemnités de remplacement de revenu de la CSST. Du 10 avril 2002 au 24 août 2003, la CSST a sélectionné à partir de leur base de donnée des travailleurs répondant aux critères d'inclusion de l'étude : (a) âgé entre 18 et 60

ans; (b) souffrant d'un premier ou d'un nouvel épisode de lombalgie dans les 12 derniers mois; et (c) en arrêt de travail depuis 2 à 9 semaines. Les travailleurs proviennent de différentes régions du Québec (Québec, Montréal, Laval, Longueuil et la Mauricie). À partir des listes hebdomadaires fournies par la CSST, les travailleurs sont contactés par téléphone pour les inviter à participer. Cet entretien téléphonique permet également d'éliminer les travailleurs qui répondent aux critères d'exclusion de l'étude: (a) une pathologie sévère au niveau de la colonne vertébrale (p. ex. une fracture, une tumeur, une infection, un syndrome de la queue de cheval, des symptômes suggérant une compression des nerfs); (b) une chirurgie antérieure au dos; (c) une grossesse; (d) une connaissance insuffisante du français; (e) être retourné au travail; (f) ne pouvant pas participer à l'étude avant le 84^{e} jour (12 semaines) après leur accident.

Pendant la période de recrutement, la CSST a fourni les coordonnées de 4374 travailleurs (voir Figure 1). Parmi les 3326 personnes contactées, 437 ont participé au temps 0 de l'étude et 292 personnes ont complété le suivi de six mois.

Au suivi de six mois, les participants sont classés dans l'un des trois groupes suivants : (1) retourné au travail (n = 144); (2) non retourné au travail en raison du mal de dos initial (n = 114) et (3) statut d'emploi indéterminé ou en arrêt de travail pour une raison autre que le mal de dos initial (p.ex. : autre problème de santé, chômage, retour aux études...) (n = 34). Le dernier groupe n'est pas inclus dans les analyses puisque le principal intérêt de la présente étude vise à prédire l'incapacité chronique à retourner au travail à la suite d'un épisode de lombalgie.

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final. Tel qu'indiqué dans ce tableau, l'étude est menée auprès de 112 femmes et 146 hommes. L'âge de ces participants varie entre 18 et 60 ans, avec un âge moyen de 39 ans.

L'échantillon est majoritairement composé de personnes vivant en couple, ayant un revenu annuel personnel moyen de 30 000 $ ou moins et ayant un niveau de scolarité inférieur ou égal à un secondaire au moment de remplir le questionnaire.

Procédure

Le présent projet a été soumis au comité d'éthique de l'Institut en réadaptation en déficience physique de Québec et respecte les règles de déontologie de cet établissement.

La CSST effectue une sélection des travailleurs en arrêt de travail selon les critères d'inclusion décrits ci-dessus. La CSST envoie une lettre aux sujets potentiels les informant qu'ils seront contactés pour participer au projet de recherche. Ceux qui le souhaitent peuvent retirer leur nom de la base de données en téléphonant à la CSST. Une liste de travailleurs en arrêt de travail est acheminée hebdomadairement à l'équipe de recherche. Les sujets sont contactés par téléphone pour les inviter à participer et pour s'assurer de leur admissibilité en fonction des critères d'exclusion. Tous les répondants sont libres de décliner l'invitation et ils sont assurés que leur participation à l'étude n'affectera pas leurs indemnisations de la CSST. De plus, la confidentialité de leurs données est garantie.

Le vaste projet comporte deux volets : l'un dit «postal» et l'autre dit «biologique». Plus précisément, le volet postal consiste à compléter uniquement un cahier de questionnaires tandis que le volet biologique consiste à fournir des échantillons biologiques en plus de compléter le cahier de questionnaires utilisé pour le volet postal. Les gens habitant dans la région de Québec et dans la région de Montréal sont sollicités pour participer au volet biologique qui implique la visite à domicile d'une infirmière pour des prises de sang. S'ils refusent, le volet postal leur est proposé. Les participants qui habitent à l'extérieur de Québec ou de Montréal se voient proposer seulement le volet postal. Les

personnes acceptant de participer à l'un ou l'autre des volets de l'étude reçoivent le questionnaire par la poste dans les jours suivants l'appel.

Dans le cadre de la présente étude, les données de deux temps de prise de mesure sont utilisées (T0 et T1).

Volet postal. Lors de la première prise de mesures (T0), les volontaires reçoivent une enveloppe comprenant un formulaire de consentement, une autorisation de divulgation de renseignements ainsi qu'un cahier de questionnaires qu'ils doivent retourner à l'équipe de recherche dans une enveloppe pré-affranchie deux semaines suivant la date d'envoi (voir Annexes A à C). Si le cahier de questionnaires n'est pas reçu dans ce délai, le participant est rappelé afin de l'inviter à le retourner le plus rapidement possible. Au suivi de six mois (T1), les participants sont contactés par téléphone afin de mesurer la variable dépendante. Dans la présente étude, il s'agit du statut d'emploi (retourné au travail ou non retourné au travail). Une chronologie des événements survenus depuis l'accident de travail est réalisée. À partir des différentes dates et événements mentionnés par le participant lors de l'entrevue téléphonique, un assistant de recherche détermine le statut d'emploi du travailleur six mois exactement après leur participation initiale. D'autres variables dépendantes et indépendantes sont également mesurées à l'aide d'un questionnaire complété par les participants au suivi de six mois (T1). Elles ne sont toutefois pas décrites ici puisqu'elles ne sont pas utilisées dans le cadre du présent article.

Volet biologique. Comme dans le volet postal, les volontaires du volet biologique reçoivent par la poste un formulaire de consentement, une autorisation de divulgation de renseignements et un cahier de questionnaires. En plus de remplir ces documents, ces participants fournissent des échantillons biologiques (sang et salive). Une infirmière se rend

au domicile du participant pour faire une prise de sang et recueillir les documents. Il est à noter que les données biologiques ne sont pas considérées dans le présent projet. Au suivi de six mois, tous les participants sont rejoints par téléphone afin de mesurer la variable dépendante de l'étude (statut d'emploi). Cette variable est déterminée de la même façon que dans le volet postal. Là encore, tel que mentionné dans le volet postal, au suivi de six mois, d'autres variables dépendantes et indépendantes sont mesurées à l'aide d'un questionnaire. Ces dernières ne sont pas décrites puisqu'elles ne sont pas utilisées ici.

Variables à l'étude

Outre les caractéristiques sociodémographiques, différentes variables occupationnelles sont mesurées : la satisfaction au travail, le soutien social au travail, le stress perçu, les peurs et croyances face au travail, l'ancienneté du travailleur, la présence d'un litige concernant l'accident de travail ou la réclamation à la CSST, la syndicalisation ou non du travailleur, la taille de l'entreprise ainsi que les pratiques et les politiques organisationnelles. Toutes ces variables sont mesurées par des questionnaires traduits et validés en français. Le statut d'emploi au suivi de six mois est la variable dépendante de l'étude.

Questionnaires

Évaluation sociodémographique et des caractéristiques objectives du travail :

L'âge, le sexe, le dernier niveau de scolarité complété, le revenu personnel annuel moyen, l'ancienneté du travailleur, l'implication dans un litige concernant l'accident de travail ou la réclamation à la CSST, le fait d'être syndiqué ou non et la taille de l'entreprise, sont des variables colligées à l'aide d'un questionnaire sociodémographique.

Évaluation de la satisfaction du travail :

La satisfaction au travail est une sous-échelle du *Job Diagnostic Survey*, un questionnaire développé par Hackman et Oldham [19] visant à évaluer l'impact des caractéristiques du travail sur l'individu. Plusieurs facettes de la satisfaction au travail sont mesurées. L'une d'entre elles se veut une mesure générale du degré auquel l'employé est satisfait et content de son travail. Les participants doivent répondre aux cinq items de satisfaction générale en indiquant à quel point ils sont en accord ou non avec chaque énoncé, en utilisant une échelle de type Likert de 0 (*fortement en désaccor*d) à 6 (*fortement d'accord*). Dans le cadre de la présente étude, la consistance interne est adéquate puisque le coefficient alpha de Cronbach obtenu est de .73.

Évaluation du soutien social au travail :

Le soutien social au travail est mesuré à partir de huit items du questionnaire de Johnson et Hall [27]. Les répondants doivent indiquer à quel point ils sont en accord avec chaque énoncé, en utilisant une échelle de type Likert graduée de 1 (fortement *en désaccord*) à 4 (*fortement d'accord*). Les scores à ce questionnaire peuvent donc varier de 8 à 32. Dans la version du questionnaire utilisée dans la présente étude, il y a un choix de réponse supplémentaire : *ne s'applique pas*. Une réponse en ce sens est traitée comme une donnée manquante. Les résultats de la présente étude indiquent une bonne consistance interne du questionnaire puisque le coefficient alpha de Cronbach obtenu est de .85.

Évaluation du stress perçu au travail :

Le stress perçu au travail est mesuré par les 18 items de la version française [33] du *Job Content Questionnaire* (JCQ) de Karasek et coll. [29]. Ce questionnaire comprend deux échelles : la demande psychologique (9 items) et la latitude décisionnelle (9 items).

Les répondants doivent indiquer à quel point ils sont en accord ou non avec chaque énoncé, en utilisant une échelle de Likert graduée de 1 (*fortement en désaccord*) à 4 (*fortement d'accord*). Les scores de la demande psychologique s'étendent de 9 à 36 et ceux de la latitude décisionnelle, de 24 à 96. Les résultats de la traduction française des deux échelles du *Job Content Questionnaire* réalisée auprès de cols bleus et de cols blancs de la population générale confirment que la consistance interne est adéquate. De plus, ils confirment la structure factorielle et la validité discriminante de l'instrument. Dans la version du questionnaire utilisée dans la présente étude, il y a un cinquième choix de réponse : *ne s'applique pas*. Une réponse en ce sens est traitée comme une donnée manquante. Les scores des échelles sont dichotomisés respectivement à 24.85 et 65.12 pour former les catégories d'exposition à une demande psychologique élevée (> 24.85) et à une latitude décisionnelle faible (≤ 65.12), correspondant au modèle demande-contrôle de Karasek [30] (voir Figure 2). Ces seuils correspondent aux médianes de la distribution de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle observées dans l'ensemble de la population à l'étude. Une variable définissant l'exposition simultanée à une faible latitude décisionnelle et à une demande psychologique élevée est créée [Stress perçu].

Évaluation des pratiques et des politiques organisationnelles :

Les facteurs organisationnels sont évalués à l'aide du questionnaire des pratiques et des politiques organisationnelles (QPPO) développé par Amick et coll. [2]. Ce questionnaire a été récemment traduit et validé en français [48]. Il se compose de 22 items évaluant quatre dimensions : (a) la culture d'entreprise orientée vers les individus [Culture/individus], (b) le climat axé sur la sécurité des employés [Climat/sécurité], (c) la gestion des incapacités [Gestion/incapacités] et (d) la prise en considération de

l'ergonomie. Les participants doivent compléter ce questionnaire à l'aide d'une échelle en 5 points (1 = *fortement en désaccord* à 5 = *fortement en accord*). La version canadienne française a des qualités psychométriques satisfaisantes (structure factorielle, consistance interne, fidélité test-retest, validité de construit). Il est à noter que Truchon et coll. [48] évaluent les qualités psychométriques à partir de trois facteurs, le facteur ergonomique étant soustrait des analyses, puisque les deux items de ce facteur ne sont pas pertinents au contexte de travail de l'échantillon d'infirmières travaillant aux soins palliatifs de leur étude. Pour chacun des trois facteurs, la consistance interne mesurée à l'aide d'un alpha de Cronbach se situe entre .70 et .90. Pour ce qui est de la fidélité test-retest, les coefficients de corrélation intra-classe varient de .45 à .61 [48]. Ces coefficients sont inférieurs à ceux obtenus dans la version originale [2] mais cela peut être attribuable au fait que le laps de temps entre les deux mesures est de quatre semaines au lieu de deux semaines [48]. Les items du facteur ergonomique ne sont pas non plus considérés dans les analyses de la présente étude.

Évaluation des peurs et croyances face au travail :

La version française du *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ) [52] est utilisée afin de mesurer les peurs et croyances face au travail [10]. Le questionnaire français se compose de 14 items évaluant deux dimensions : (a) les croyances concernant le travail (9 items) et (b) les croyances concernant la pratique d'activités physiques (5 items). L'étude de Durand, Loisel, Durand, et Lussier [10] démontre que la version française du FABQ possède des qualités psychométriques adéquates. Le questionnaire a une fidélité test-retest acceptable; les corrélations varient de .60 à .75. Pour les besoins de la présente étude, seulement les items relatifs au travail sont considérés [peurs/croyances_tr]. Les participants

doivent indiquer sur une échelle de type Likert en 7 points, à quel point leur travail affecte ou pourrait affecter leur mal de dos (0 = *complètement en désaccord* à 6 = *complètement d'accord*). Dans la version de Durand et coll., seulement les deux choix de réponse aux extrémités et le choix médian sont verbalisés : complètement en désaccord, indécis, complètement d'accord. Pour la présente étude, les quatre choix de réponse restants sont verbalisés : *en désaccord, un peu en désaccord, un peu en accord, d'accord.*

Variable dépendante

Le statut d'emploi au suivi de six mois, mesure de l'incapacité chronique, est la variable dépendante de l'étude. Au suivi de six mois (T1), chacun des participants est contacté par téléphone afin d'identifier quel était leur statut d'emploi (retourné au travail ou non retourné) six mois après leur participation initiale (T0). Ainsi, une personne non retournée au travail six mois après la participation initiale est considérée comme ayant une incapacité chronique à retourner au travail.

Résultats

Les réponses aux questionnaires ont été compilées à l'aide du logiciel Access et ont par la suite été traitées statistiquement avec le logiciel *Statistical Package of Social Sciences* (S.P.S.S. PC, version 11.0).

Les participants ont complété leur questionnaire entre 33 et 83 jours après leur accident de travail ($M = 62$; $ET = 10$), ce qui correspond à la phase subaiguë du mal de dos [13]. Les participants se sont absentés de leur travail pour une période variant de 48 à 264 jours ($M = 177.09$; $ET = 66.64$). Le maximum de 264 jours est une valeur artificielle

puisque l'étude s'est terminée après le suivi de six mois. Ainsi, la période réelle d'arrêt de travail peut se prolonger bien au-delà des 264 jours mentionnés.

Chacun des items des questionnaires doit avoir une réponse valide afin de calculer la valeur de l'échelle. Autrement, la valeur de l'échelle est considérée comme manquante. Les données manquantes sont résumées dans le Tableau 2. Les données manquantes continues sont imputées en utilisant l'algorithme EM (*expectation-maximization*) du module MVA de SPSS. Le test, non significatif, MCAR de Little, $p = .48$, démontre que l'imputation est valide. Les analyses subséquentes sont donc effectuées avec le fichier comprenant les données imputées (voir Tableau 3).

Différences sociodémographiques entre les personnes retournées et celles non retournées au travail

Des tests du khi carré et des test *t* servent à vérifier la présence de différences entre les personnes retournées au travail au suivi de six mois et celles non retournées en ce qui concerne les variables sociodémographiques (voir Tableau 4).

Parmi les caractéristiques sociodémographiques suivantes, âge, sexe, statut civil, niveau de scolarité complété et revenu personnel annuel moyen, seul le sexe montre une différence significative en ce qui concerne le statut d'emploi au suivi de six mois. Plus précisément, les données révèlent que les femmes sont plus nombreuses à retourner au travail que les hommes (χ^2 (1, $N = 258$) = 9.98, $p = .002$). La variable sexe est prise en considération dans les analyses subséquentes afin de contrôler son effet.

Différences entre les personnes retournées et non retournées en ce qui concerne les facteurs psychosociaux occupationnels et objectifs liés au travail

Les variables suivantes sont analysées individuellement afin d'identifier les différences entre les groupes « non retourné et retourné»: satisfaction au travail, soutien social au travail, stress perçu, peurs et croyances face au travail, ancienneté du travailleur, implication dans un litige, la syndicalisation du travailleur, taille de l'entreprise ainsi que les pratiques et les politiques organisationnelles de l'entreprise (voir Tableaux 5 à 8). Les peurs et les croyances face au travail (t (256) = 6.261, $p < .001$; r = -.36) et le stress perçu (χ^2 (1, N = 258) = 4.162, $p = .041$; r = -.13) sont les deux seules variables psychosociales capables de différencier significativement les personnes retournées des non retournées. Ainsi, le fait d'avoir plus de peurs et de croyances face au travail au stade subaigu du mal de dos et de rapporter un niveau de stress élevé, diminue les chances de retourner au travail six mois plus tard. En ce qui concerne les facteurs objectifs, les analyses indiquent un effet significatif de l'ancienneté et de la syndicalisation du travailleur sur le statut d'emploi au suivi de six mois. En effet, les personnes retournées au travail tendent davantage à être syndiquées (χ^2 (1, n = 257) = 7.26, $p = .007$, r = .17) et à posséder plus d'ancienneté (t (256) = 2,174, $p = .031$, r = .14). Aucune autre différence significative n'est observée.

Analyse corrélationnelle

Les coefficients de corrélation entre les variables sont présentés dans le Tableau 9. Les résultats permettent de confirmer plusieurs relations attendues entre les prédicteurs. Par exemple, les pratiques et les politiques organisationnelles sont liées de manière significative à la satisfaction au travail, au stress perçu, au soutien social au travail ainsi qu'aux peurs et croyances face au travail.

Prédiction du statut d'emploi

Des régressions logistiques directes sont effectuées afin d'identifier les prédicteurs du statut d'emploi au suivi de six mois (retourné ou non retourné). Une analyse est réalisée avec l'ensemble des variables liées au travail : satisfaction au travail, soutien social au travail, stress perçu, peurs et croyances face au travail, ancienneté, litige, syndicalisation, taille de l'entreprise ainsi que pratiques et politiques organisationnelles. La variable sexe est introduite dans les équations de régression puisque l'analyse univariée montre un effet du sexe sur le statut d'emploi au suivi de six mois.

Les analyses indiquent que ce modèle est statistiquement significatif, χ^2 (12, $\underline{n}$ = 254) = 62.55, $\underline{p} < .001$). Ensemble, les variables liées au travail expliquent 21.8 % de la variance du statut d'emploi. Elles ont également un bon taux de succès de prédiction, avec 68.1 % des personnes non retournées et 78.7 % des personnes retournées, pour une exactitude globale de 74 %. Le Tableau 10 présente le coefficient de régression, la statistique de Wald, le niveau de signification, le rapport de cotes (Exp(B)) et l'intervalle de confiance de Exp(B) pour chacun des prédicteurs. Selon le critère de Wald, seuls le sexe ($\underline{z}$ = 6.600, $\underline{p}$ = .010), le stress perçu ($\underline{z}$ = 5.592, $\underline{p}$ = .018), les peurs et croyances face au travail ($\underline{z}$ = 22.303, $\underline{p} < .001$) et l'implication dans un litige ($\underline{z}$ = 3.910, $\underline{p} < .048$) sont toutefois capables de prédire significativement le statut d'emploi. L'analyse montre également une tendance à l'égard du soutien social au travail ($\underline{z}$ = 3.273, $\underline{p}$ = .070). Lorsque ces cinq variables sont entrées seules dans un modèle de prédiction, elles expliquent 19.4 % de la variance du statut d'emploi (voir Tableau 11) et permettent de classifier correctement le pronostic de 70.8 % des participants (voir Tableau 12). Selon les

rapports de cotes, ce sont les peurs et croyances qui ont la plus grande influence sur le retour au travail.

Puisque certaines études ont évalué le rôle joué des tâches modifiées dans le phénomène de l'incapacité chronique [9,21,24], une analyse supplémentaire est réalisée uniquement avec l'item 18 du QPPO. Cet item du QPPO porte justement sur la disposition de l'entreprise à offrir la possibilité d'arrangements (p. ex. tâches modifiées) avec l'employé blessé afin de lui permettre de réintégrer plus facilement le travail. Les résultats de la présente étude indiquent que la possibilité d'arrangements ne permet pas de prédire le statut d'emploi au suivi de six mois.

Discussion

La présente étude consistait à identifier les déterminants occupationnels de l'incapacité chronique. Plus précisément, elle visait : (1) à vérifier la capacité de certaines variables occupationnelles (psychosociales et objectives) mesurées au stade subaigu du mal de dos à prédire le statut d'emploi six mois plus tard et (2) à explorer les interrelations entre les facteurs objectifs et psychosociaux occupationnels et le statut d'emploi.

Variable sociodémographique

La variable sexe s'avère être un bon prédicteur de l'incapacité chronique. Effectivement, les hommes sont proportionnellement moins nombreux à retourner au travail au suivi de six mois et par le fait même, leur durée d'absence du travail est significativement plus longue que les femmes. Ce résultat peut s'expliquer en partie par le fait que les femmes sont davantage scolarisées que les hommes. Or, les emplois demandant un plus haut degré de scolarité sont souvent moins exigeants physiquement, ce qui peut

faciliter le retour au travail d'une travailleuse blessée. La demande physique du travail n'est toutefois pas mesurée dans le cadre de la présente étude de sorte qu'il est impossible de vérifier cette hypothèse alternative. Aussi, dans plusieurs sphères d'activités, les femmes ont un profil motivationnel plus autodéterminé que les hommes [42,50], ce qui peut contribuer à expliquer pourquoi les femmes retournent au travail plus rapidement que les hommes. Même si la présente étude arrive à la même conclusion que Hogg-Johnson, Frank, et Rael [25], ces résultats sont néanmoins quelque peu surprenants puisque plusieurs études n'identifient pas de contribution significative du sexe dans leurs analyses multivariées [4,14,15,20,32,35,40,51] ou parviennent à des résultats contraires [16].

Variables psychosociales occupationnelles

Parmi les variables psychosociales occupationnelles mesurées, le soutien social au travail, le stress perçu ainsi que les peurs et croyances face au travail permettent de prédire le statut d'emploi au suivi de six mois. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans différentes études [22,35,39,51].

Tout comme Main et Burton [38] le mentionnent, de bonnes relations avec les collègues de travail peuvent représenter une motivation à retourner au travail après une blessure tandis que de mauvaises relations peuvent constituer plutôt un obstacle au retour au travail. Par ailleurs, les travaux de Karasek [28,30] indiquent que le stress occupationnel provenant d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle est un facteur de risque pour développer un problème de santé physique ou mentale. La présente étude montre qu'un travail élevé en stress peut également prédisposer un travailleur blessé à l'incapacité chronique. La satisfaction au travail n'apparaît pas comme un bon prédicteur du statut d'emploi au suivi de six mois. Toutefois, cette variable psychosociale

occupationnelle est liée de manière significative aux variables soutien social, stress perçu et peurs et croyances face au travail, qui elles, s'avèrent être de bons prédicteurs.

Les peurs et les croyances face au travail sont les meilleurs prédicteurs de l'incapacité chronique. Deux items du questionnaire FABQ utilisé dans la présente étude réfèrent au sentiment d'efficacité personnelle du travailleur face à son éventuel retour au travail : « Je pense que je ne retournerai pas à mon travail régulier d'ici trois mois » et « Je pense que je ne serai jamais capable de retourner à ce travail ». Cette notion de « *expectation to recovery* » est aussi documentée dans l'étude de Cole, Mondloch et Hogg-Johnson [6]. Ces auteurs évaluent quatre mesures d'*expectation to recovery* (*perceptions regarding progress, expected change in condition, expected time until return to usual activities and expectations regarding return to usual job*) afin de prédire la durée d'indemnisation à 100 % au cours de l'année suivant une blessure musculosquelettique. Ensemble, les quatre mesures expliquent 1/6 de la variance de la durée d'indemnisation. La mesure portant sur l'attente à l'égard d'un retour éventuel au travail régulier ne contribue toutefois pas significativement à prédire la durée d'indemnisation. Ce résultat diffère de celui obtenu dans la présente étude. Effectivement, des analyses supplémentaires a posteriori indiquent que chacune des deux questions du FABQ mentionnées précédemment permettent de prédire significativement le statut d'emploi au suivi de six mois ($p < .001$). Cette divergence de résultats peut s'expliquer par le fait que les participants de l'étude de Cole et coll. [6] doivent remplir leur questionnaire à l'intérieur des trois semaines suivant leur accident de travail alors que dans la présente étude, les peurs et croyances face au travail sont évaluées entre 4 et 12 semaines suivant l'arrêt de travail. Ainsi, il semble que l'attente face à un éventuel retour au travail régulier prend de l'importance avec le temps. Aussi, il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats. De fait, l'arrêt des

indemnités de remplacement de revenu (à 100 %) n'est pas nécessairement associé à un retour au travail. D'autres facteurs peuvent contribuer à la cessation des indemnités (p. ex. la non coopération aux plans de traitement ou de retour au travail) [6].

Variables objectives liées au travail

Dans la présente étude, la variable litige est le seul facteur objectif lié au travail qui permet de prédire le statut d'emploi au suivi de six mois. Malgré cela, cette variable n'explique environ que 1% de la variance du statut d'emploi. Bien que les variables, ancienneté et syndicalisation du travailleur, permettent de distinguer les personnes retournées et non retournées au travail au suivi de six mois, elles ne permettent pas de prédire la chronicité lorsqu'elles sont incluses dans un modèle multivarié. En effet, les variables occupationnelles de nature objective ne sont pas de bons prédicteurs de l'incapacité chronique. D'autres facteurs, présents au stade subaigu de l'épisode de lombalgie, sont probablement plus importants pour prédire l'évolution vers l'incapacité chronique, dont les facteurs psychosociaux.

Variables organisationnelles

Les résultats de la présente étude indiquent que la perception des pratiques et les politiques organisationnelles ne permettent pas de prédire le statut d'emploi au suivi de six mois. Ces résultats ne doivent toutefois pas être interprétés comme étant une preuve de l'inefficacité des pratiques et des politiques organisationnelles dans la réintégration au travail des travailleurs blessés. Il ne faut pas oublier qu'elles sont évaluées subjectivement par les travailleurs blessés. Ainsi, les résultats ne sont peut-être pas le reflet exact des pratiques et des politiques des entreprises. Quoi qu'il en soit, si elles ne jouent pas un rôle de première importance au stade subaigu du mal de dos pour prédire l'incapacité chronique,

elles sont peut-être essentielles lorsqu'il s'agit de comprendre l'incidence du mal de dos de même que les barrières à la réintégration au travail. Une étude a justement démontré qu'une intervention en milieu de travail considérant les facteurs ergonomiques accélère le retour au travail [36].

En somme, concernant les variables sociodémographiques, seulement le sexe permet d'expliquer l'évolution vers l'incapacité chronique. Précisément, le sexe masculin est significativement lié à une plus longue absence du travail. Ainsi, les hommes sont moins nombreux à retourner au travail au suivi de six mois. En ce qui a trait à l'ensemble des variables liées au travail mesurées, le soutien social, le stress perçu, les peurs et les croyances face au travail ainsi que l'implication dans un litige permettent de prédire le statut d'emploi au suivi de six mois. Aucune autre variable liée au travail mesurée au stade subaigu de la lombalgie ne permet de prédire les gens qui seront encore en arrêt de travail six mois plus tard. Ces résultats appuient le fait que les déterminants de l'incapacité chronique sont nombreux et multifactoriels. Ainsi, d'autres variables comme les facteurs médicaux ou psychosociaux non liés au travail, ont certes, eux aussi un rôle considérable à jouer dans la transition vers la chronicité.

Forces et limites de l'étude

À la connaissance des auteures du présent article, cette étude prospective est la première à évaluer à l'intérieur d'une même étude, la capacité respective des facteurs occupationnels psychosociaux et objectifs à prédire l'incapacité chronique chez une population de travailleurs lombalgiques en arrêt de travail. La variable dépendante considérée, le statut d'emploi, représente une mesure objective de l'incapacité chronique. Il serait intéressant de vérifier si les résultats demeurent similaires en utilisant une mesure

plus subjective comme le statut fonctionnel, souvent évalué par le *Disability Questionnaire* de Roland et Morris [41].

Certains éléments doivent être pris en considération avant de généraliser les résultats à d'autres échantillons ou contextes. Premièrement, tous les participants de l'étude sont indemnisés par la CSST en raison d'une lombalgie d'origine professionnelle. Ainsi, il est possible que leur histoire à l'égard de l'incapacité chronique soit différente de celle des gens dont leur mal de dos survient en dehors du contexte de leur travail.

Deuxièmement, plusieurs des travailleurs blessés recevant des indemnités de la CSST pendant la période de recrutement n'ont pas participé à l'étude, et ce, pour diverses raisons (p. ex. retour au travail avant la participation initiale, refus, critères d'exclusion, etc.). Aussi, beaucoup de personnes ayant accepté initialement de participer à l'étude n'ont pas complété leur participation. Ainsi, il y a possiblement des biais qu'il est impossible d'évaluer.

Troisièmement, le statut d'emploi au suivi de six mois représente une limite arbitraire. Il faut faire attention car il ne s'agit pas de prédire le retour au travail six mois après l'accident de travail mais plutôt six mois après l'évaluation initiale (questionnaires). Le nombre de jours d'absence serait probablement une évaluation plus précise.

Enfin, en raison d'un choix de réponse supplémentaire dans les questionnaires sur le stress perçu et sur le soutien social au travail, plusieurs données ont dû être imputées afin de pouvoir calculer le score d'échelle. Même si le test MCAR de Little est non significatif, les résultats doivent tout de même être considérés avec prudence.

En somme, la présente étude démontre une fois de plus la supériorité des facteurs psychosociaux dans l'explication de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Les résultats obtenus montrent, entre autres, l'importance de prendre en considération les peurs

et les croyances face au travail lorsqu'il s'agit d'identifier les personnes en phase subaiguë d'une lombalgique à risque d'évoluer vers la chronicité. Plus particulièrement, le sentiment d'efficacité personnelle face à un éventuel retour au travail est une variable qui doit indubitablement être évaluée par les outils de dépistage des personnes sujettes à l'incapacité chronique. Les interventions visant à faciliter la réintégration au travail suite à une blessure occupationnelle ont également avantage à tenir compte de ce facteur cognitif.

À la lumière de cette étude, certaines questions demeurent sans réponse afin d'enrichir la compréhension du phénomène de l'incapacité chronique. Dans des études ultérieures, il serait intéressant par exemple d'évaluer la motivation des travailleurs et travailleuses à retourner au travail à la suite d'une blessure musculosquelettique de même que les facteurs influençant la motivation, notamment ceux de nature occupationnelle. Par ailleurs, l'analyse des mesures biologiques prélevées dans le cadre du vaste projet dans lequel s'insère la présente étude permettra sans doute de bonifier la compréhension des résultats obtenus (p.ex. le rôle du stress). Enfin, il est clairement démontré que les peurs et croyances face au travail jouent un rôle considérable dans le phénomène de l'incapacité chronique. Toutefois, il serait à propos d'étudier plus en profondeur les sources individuelles et/ou occupationnelles de ces peurs et croyances.

Références

[1] L. Abenhaim and S. Suissa, Importance and economic burden of occupational back pain: a study of 2,500 cases representative of Quebec, *Journal of Occupational Medicine* **29** (1987), 670-674.

[2] B.C. Amick, III, R.V. Habeck, A. Hunt, A.H. Fossel, A. Chapin, R.B. Keller and J.N. Katz, Measuring the impact of organizational behaviors on work disability prevention and management, *Journal of Occupational Rehabilitation* **10** (2000), 21-38.

[3] F. Biering-Sorensen, A prospective study of low back pain in a general population. I. Occurrence, recurrence and aetiology, *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* **15** (1983), 71-79.

[4] A.K. Burton, K.M. Tillotson, C.J. Main and S. Hollis, Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble, *Spine* **20** (1995), 722-728.

[5] W.L. Cats-Baril and J.W. Frymoyer, Identifying patients at risk of becoming disabled because of low-back pain. The Vermont Rehabilitation Engineering Center predictive model, *Spine* **16** (1991), 605-607.

[6] D.C. Cole, M.V. Mondloch and S. Hogg-Johnson, Listening to injured workers: how recovery expectations predict outcomes--a prospective study, *Canadian Medical Association Journal* **166** (2002), 749-754.

[7] Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, *Statistiques sur les affections vertébrales 1999-2002*, CSST, [S.L.], 2003, 22 pp.

[8] J. Coste, G. Delecoeuillerie, A. Cohen de Lara, J.M. Le Parc and J.B. Paolaggi, Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice, *BMJ* **308** (1994), 577-580.

[9] J. Crook, H. Moldofsky and H. Shannon, Determinants of disability after a work related musculetal injury, *The Journal of Rheumatology* **25** (1998), 1570-1577.

[10] M.J. Durand, P. Loisel, P. Durand and A. Lussier *Traduction en français et étude de fidélité test-retest et de validité du Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)*, 1994, pp. 44.

[11] M. Feuerstein, S.M. Berkowitz and G.D. Huang, Predictors of occupational low back disability: implications for secondary prevention, *Journal of Occupational and Environmental Medicine* **41** (1999), 1024-1031.

[12] J. Frank, S. Sinclair, S. Hogg-Johnson, H. Shannon, C. Bombardier, D. Beaton and D. Cole, Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope--if we can just get all the players onside, *Cmaj* **158** (1998), 1625-1631.

[13] J.W. Frank, A.S. Brooker, S.E. DeMaio, M.S. Kerr, A. Maetzel, H.S. Shannon, T.J. Sullivan, R.W. Norman and R.P. Wells, Disability resulting from occupational low back pain. Part II: What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins, *Spine* **21** (1996), 2918-2929.

[14] M. Fransen, M. Woodward, R. Norton, C. Coggan, M. Dawe and N. Sheridan, Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain, *Spine* **27** (2002), 92-98.

[15] R.J. Gatchel, P.B. Polatin and R.K. Kinney, Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: a prospective analysis, *Health Psychology* **14** (1995), 415-420.

[16] R.J. Gatchel, P.B. Polatin and T.G. Mayer, The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability, *Spine* **20** (1995), 2702-2709.

[17] R.V. Habeck, H.A. Hunt and B. VanTol, Workplace factors associated with preventing and managing work disability, *Rehabilitation Counseling Bulletin* **42** (1998), 98-143.

[18] R.V. Habeck, M.J. Leahy, H.A. Hunt, F. Chan and E.M. Welch, Employer factors related to workers' compensation claims and disability management, *Rehabilitation Counseling Bulletin* **34** (1991), 210-226.

[19] J.R. Hackman and G.R. Oldham, Development of the Job Diagnostic Survey, *Journal of Applied Psychology* **60** (1975), 159-170.

[20] E.M. Haldorsen, A. Indahl and H. Ursin, Patients with low back pain not returning to work. A 12-month follow-up study, *Spine* **23** (1998), 1202-1207; discussion 1208.

[21] H. Hall, G. McIntosh, T. Melles, B. Holowachuk and E. Wai, Effect of discharge recommendations on outcome, *Spine* **19** (1994), 2033-2037.

[22] R.G. Hazard, L.D. Haugh, S. Reid, J.B. Preble and L. MacDonald, Early prediction of chronic disability after occupational low back injury, *Spine* **21** (1996), 945-951.

[23] R. Hiebert, M.L. Skovron, M. Nordin and M. Crane, Work restrictions and outcome of nonspecific low back pain, *Spine* **28** (2003), 722-728.

[24] S. Hogg-Johnson and D.C. Cole, Early prognostic factors for duration on temporary total benefits in the first year among workers with compensated occupational soft tissue injuries, *Occupational and Environmental Medicine* **60** (2003), 244-253.

[25] S. Hogg-Johnson, J.W. Frank and E. Rael *Prognostic risk factor models for low back pain: Why they have failed and a new hypothesis*, Institute for Work & Health, Toronto, Ontario, 1994, pp. 1-24.

[26] C. Infante-Rivard and M. Lortie, Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain, *Occupational and Environmental Medicine* **53** (1996), 488-494.

[27] J.V. Johnson and E.M. Hall, Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population, *American Journal of Public Health* **78** (1988), 1336-1342.

[28] R. Karasek and T. Theorell, *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York: Basic Books, 1990.

[29] R.A. Karasek, G. Gordon, C. Pietrokovsky, M. Frese, C. Pieper, J. Schwartz, L. Fry and D. Schirer, *Job Content Instrument: Questionnaire and user' guide*, University of Massachusetts, Lowell, 1985.

[30] R.A. Karasek, Jr., Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign, *Administrative Science Quarterly* **24** (1979), 285-308.

[31] N. Krause, L.K. Dasinger and F. Neuhauser, Modified work and return to work: A review of the literature, *Journal of Occupational Rehabilitation* **8** (1998), 113-139.

[32] D.C. Lanier and P. Stockton, Clinical predictors of outcome of acute episodes of low back pain, *J Fam Pract* **27** (1988), 483-489.

[33] B. Larocque, C. Brisson and C. Blanchette, Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du "Job Content Questionnaire" de Karasek, *Rev Epidemiol Sante Publique* **46** (1998), 371-381.

[34] T.R. Lehmann, K.F. Spratt and K.K. Lehmann, Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant, *Spine* **18** (1993), 1103-1112.

[35] S.J. Linton and K. Halldén, Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain, *The Clinical Journal of Pain* **14** (1998), 209-215.

[36] P. Loisel, L. Abenhaim, P. Durand, J.M. Esdaile, S. Suissa, L. Gosselin, R. Simard, J. Turcotte and J. Lemaire, A population-based, randomized clinical trial on back pain management, *Spine* **22** (1997), 2911-2918.

[37] P. Loisel, M. Durand, D. Berthelette, N. Vezina, R. Baril, D. Gagnon, C. Lariviere and C. Tremblay, Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain, *Disease Management & Health Outcomes* **9** (2001), 351 - 360.

[38] C.J. Main and A.K. Burton, *Economic and occupational influences on pain and disability*, in: C.J. Main and C.C. Spanswick (Eds.), Pain management: An interdisciplinary approach, Harcourt Publishers Limited, Churchill Livingstone, 2000, pp. 63-87.

[39] C. Ohlund, I. Lindstrom, C. Eek, B. Areskoug and A. Nachemson, The causality field (extrinsic and intrinsic factors) in industrial subacute low back pain patients, *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* **6** (1996), 98-111.

[40] A. Oleinick, J.V. Gluck and K. Guire, Factors affecting first return to work following a compensable occupational back injury, *American Journal of Industrial Medicine* **30** (1996), 540-555.

[41] M. Roland and R. Morris, A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain, *Spine* **8** (1983), 141-144.

[42] C. Senécal, R.J. Vallerand and F. Guay, Antecedents and outcomes of work-family conflict: Toward a motivational model, *Personality and Social Psychology Bulletin* **27** (2001), 176-186.

[43] M.J. Simmonds, S. Kumar and E. Lechelt, Psychological factors in disabling low back pain: causes or consequences?, *Disability and Rehabilitation* **18** (1996), 161-168.

[44] W.O. Spitzer, F.E. Leblanc, M. Dupuis, L. Abenhaim, A.Y. Bélanger, R. Bloch, C. Bombardier, R.L. Cruess, G. Drouin, N. Duval-Hesler, J. Laflamme, G. Lamoureux, A. Nachemson, J.J. Pagé, M. Rossignol, L.R. Salmi, S. Salois-Arsenault, S. Suissa and S. Wood-Dauphinée, Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders, *Spine* **12** (1987), S1-59.

[45] R.W. Teasell and C. Bombardier, Employment-related factors in chronic pain and chronic pain disability, *The Clinical Journal of Pain* **17** (2001), S39-45.

[46] E. Thomas, A.J. Silman, P.R. Croft, A.C. Papageorgiou, M.I. Jayson and G.J. Macfarlane, Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study, *BMJ* **318** (1999), 1662-1667.

[47] M. Truchon and L. Fillion, Biopsychosocial determinants of chronic disability and low-back pain: A review, *Journal of Occupational Rehabilitation* **10** (2000), 117-142.

[48] M. Truchon, L. Fillion and C. Gelinas, Validation of a French Canadian version of the Organizational Policies and Practices (OPP) questionnaire, *Work* **20** (2003), 111-119.

[49] M. Truchon, L. Fillion, G. Truchon, C. Dionne, B. Arsenault and C. Viau, *Les déterminants de l'incapacité chronique : étude prospective longitudinale de travailleurs lombalgiques en arrêt de travail*, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Projet # 99-129, 2002, 51 pp.

[50] R.J. Vallerand, Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation, *Advances in Experimental Social Psychology* **29** (1997), 271-361.

[51] W.E. van der Weide, J.H. Verbeek, H.J. Salle and F.J. van Dijk, Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* **25** (1999), 50-56.

[52] G. Waddell, M. Newton, I. Henderson, D. Somerville and C.J. Main, A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability, *Pain* **52** (1993), 157-168.

[53] R.A. Williams, S.D. Pruitt, J.N. Doctor, J.E. Epping-Jordan, D.R. Wahlgren, I. Grant, T.L. Patterson, J.S. Webster, M.A. Slater and J.H. Atkinson, The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* **79** (1998), 366-374.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants en arrêt de travail en phase subaiguë d'une lombalgie (N = 258)

VARIABLES	Fréquence (n)	%*
Âge		
Moyenne	39	
Écart type	9.6	
Sexe		
Homme	146	57
Femme	112	43
Statut civil		
En couple (conjoint de fait ou marié)	159	62
Célibataire, veuf, séparé-divorcé	99	38
Scolarité		
Primaire incomplet	4	2
Primaire	30	12
Secondaire	157	61
Cégep	43	17
Université	22	9
Revenu personnel annuel		
Moins de 10 000 $	7	3
10 001 à 20 000 $	59	23
20 001 à 30 000 $	94	36
30 001 à 40 000 $	52	20
40 001 à 50 000 $	31	12
50 001 $ et plus	8	3

Note. Données manquantes pour la scolarité (n = 2) et pour le revenu personnel annuel moyen (n = 7).

* Les pourcentages sont arrondis

Tableau 2

Données manquantes des variables continues (N = 258)

Variables	Données manquantes (n)
Satisfaction au travail	3
Soutien social au travail	7
Demande psychologique (JCQ)	139
Latitude décisionnelle (JCQ)	119
Peurs/croyances_tr	11
Culture/individus (QPPO)	5
Climat/sécurité (QPPO)	5
Gestion/incapacité (QPPO)	9

Tableau 3

Moyennes originales et imputées des variables continues

	N originaux			Données imputées (N = 258)	
	n	Moyenne	(ET)	Moyenne	(ET)
Satisfaction au travail	245	19.22	(6.00)	19.28	(5.99)
Soutien social au travail	251	21.25	(5.24)	22.51	(3.76)
Demande psychologique (JCQ)	119	24.70	(3.92)	24.85	(2.89)
Latitude décisionnelle (JCQ)	139	65.61	(13.7)	65.12	(11.35)
Peurs/croyances_tr	247	4.21	(0.87)	4.20	(0.86)
Culture/individus (QPPO)	253	2.17	(0.95)	2.16	(0.95)
Climat/sécurité (QPPO)	253	2.13	(0.99)	2.13	(0.98)
Gestion/incapacités (QPPO)	249	1.85	(0.95)	1.86	(0.94)

Note. Le test MCAR de Little, $p = .48$

Tableau 4

Caractéristiques sociodémographiques des personnes non retournées (n = 114) et retournées (n = 144) au travail au suivi de six mois

VARIABLES	Non retourné		Retourné	
Âge moyenne (ET)	39	(8.96)	38	(10.1)
Sexe*				
Homme	77	67.5%	69	47.9%
Femme	37	32.5%	75	52.1%
Statut civil				
En couple (conjoint de fait ou marié)	65	57%	94	65.3%
Célibataire, veuf, séparé-divorcé	49	43%	50	34.7%
Scolarité				
Primaire incomplet	3	2.7%	1	0.7%
Primaire	18	16.1%	12	8.3%
Secondaire	66	58.9%	91	63.2%
Cégep	14	12.5%	29	20.1%
Université	11	9.8%	11	7.6%
Revenu annuel moyen				
Moins de 10 000 $	3	2.7%	4	2.9%
10 001 à 20 000 $	30	26.8%	29	20.9%
20 001 à 30 000 $	41	36.6%	53	38.1%
30 001 à 40 000 $	26	23.2%	26	18.7%
40 001 à 50 000 $	8	7.1%	23	16.5%
50 001 $ et plus	4	3.6%	4	2.9%

Note. Données manquantes pour la scolarité (n = 2) et pour le revenu personnel annuel moyen (n = 7).

* $p = .002$ (khi-deux de Pearson)

Tableau 5

Facteurs psychosociaux occupationnels chez les personnes non retournées et retournées au travail au suivi de six mois

	Non retourné [a]		Retourné [b]	
Satisfaction au travail	18.80	(6.25)	19.66	(5.77)
Soutien social au travail	22.67	(4.26)	22.38	(3.31)
Demande psychologique (JCQ)	24.92	(2.78)	24.80	(2.99)
Latitude décisionnelle (JCQ)	64.47	(12.11)	65.64	(10.72)
Peurs/croyances_tr **	4.55	(0.80)	3.92	(0.81)

Note. Moyenne (ET)

**$p < .01$. (test-t)

[a] (n = 114)

[b] (n = 144)

Tableau 6

Le stress perçu chez les personnes non retournées et retournées au travail au suivi de six mois

VARIABLE	Non retourné [a]		Retourné [b]	
Stress perçu élevé*				
Oui	41	(36%)	35	(24%)
Non	73	(64%)	109	(76%)

*p < .05. (khi-deux de Pearson)

[a] (n = 114)

[b] (n = 144)

Tableau 7

Facteurs objectifs liés au travail chez les personnes non retournées et retournées au suivi de six mois

VARIABLES	Non retourné [a]		Retourné [b]	
Ancienneté*				
Moyenne	4.67		6.57	
Écart type	6.66		7.17	
Implication dans un litige				
Oui	3	2.6%	9	0.3%
Non	111	97.4%	134	93.7%
Syndicalisation**				
Oui	46	40.7%	83	57.6%
Non	67	59.3%	61	42.4%
Taille de l'entreprise				
1 à 20	44	38.6%	39	27.1%
21 à 50	22	19.3%	32	22.2%
51 à 100	20	17.5%	23	16.0%
101 à 500	20	17.5%	32	22.2%
501 et plus	8	7.0%	16	11.1%

Note. Données manquantes pour l'implication dans un litige (n = 1), pour la syndicalisation (n = 1) et pour la taille de l'entreprise (n = 2).

* $p < .05$ (test-t), ** $p < .01$ (khi-deux de Pearson).

[a] (n = 114)

[b] (n = 144)

Tableau 8

Les pratiques et les politiques organisationnelles chez les personnes non retournées et retournées au travail au suivi de six mois

	Non retourné [a]		Retourné [b]	
Culture/individus	2.22	(0.96)	2.12	(0.94)
Climat/sécurité	2.19	(0.96)	2.08	(1.00)
Gestion/incapacités	1.85	(0.98)	1.87	(0.90)

Note. Moyenne (ET)

[a] (n = 114)

[b] (n = 144)

Tableau 9

Corrélations entre les variables occupationnelles et le statut d'emploi au suivi de six mois (T1)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Statut d'emploi (T1)	--	.071	-.039	-.127*	-.364**	-.058	-.055	.008	.135*	.118	.168**	.086
2. Satisfaction au travail		--	.517**	-.383**	-.381**	.467**	.498**	.329**	.101	.063	.116	-.165**
3. Soutien social au travail			--	-.517**	-.177**	.603**	.625**	.472**	.083	.158*	.060	-.148*
4. Stress perçu				--	.239**	-.499**	-.336**	-.410**	-.125*	-.059	.015	.182**
5. Peurs/croyances_tr					--	-.123*	-.016	-.130*	-.227**	-.158*	-.243**	.124*
6. Climat/sécurité (QPPO)						--	.619**	.667**	.099	.129*	.023	-.128*
7. Culture/individus (QPPO)							--	.478**	-.091	-.036	-.055	-.217**
8. Gestion/incapacités(QPPO)								--	.169**	.208**	.091	-.202**
9. Ancienneté									--	.195**	.224**	.009
10. Taille entreprise										--	.379**	.050
11. Syndicalisation											--	.000
12. Litige												--

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Tableau 10

Résultats de la régression logistique réalisée à partir de l'ensemble des facteurs liés au travail

	B	Test de Wald	Signif.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95 % Inf.	Sup.
Sexe (H)	-.761	6.600	.010	.467	.261	.835
Satisfaction au travail	-.020	.383	.536	.980	.920	1.044
Soutien social au travail	-.104	3.273	.070	.902	.806	1.009
Stress perçu	-.950	5.592	.018	.387	.176	.850
Peurs/croyances_tr	-1.047	22.303	.000	.351	.227	.542
Ancienneté	.020	.718	.397	1.020	.974	1.068
Litige	1.659	3.910	.048	5.256	1.015	27.223
Syndicalisation	.253	.639	.424	1.288	.693	2.395
Taille de l'entreprise	.098	.661	.416	1.103	.817	1.395
Culture/individus (QPPO)	.375	2.513	.113	1.455	.915	2.314
Climat/sécurité (QPPO)	-.399	2.693	.101	.671	.416	1.081
Gestion/incapacités (QPPO)	.065	.090	.764	1.068	.696	1.637
Constante	7.463	21.325	.000	1742.435		

Note. $R^2 = .218$ Classification globale = 74%

(n = 254)

Tableau 11

Résultats de la régression logistique réalisée à partir des prédicteurs significatifs

					IC pour Exp(B) 95 %	
	B	Test de Wald	Signif.	Exp(B)	Inf.	Sup.
Sexe (H)	-.755	7.221	.007	.461	.262	.811
Peurs/croyances_tr	-1.045	28.300	.000	.352	.239	.517
Soutien social	-.100	5.042	.025	.905	.829	.987
Stress perçu	-.741	4.076	.043	.477	.232	.979
Litige	1.417	3.381	.066	4.123	.911	18.665
Constante	7.526	26.956	.000	1855.970		

Note. $R^2 = .194$ Classification globale = 70.8%

(n = 257)

Tableau 12

Classification du statut d'emploi au suivi de six mois à partir des prédicteurs significatifs

	Prévu		
Observé	Non retourné	Retourné	% correct
Non retourné	75	39	65.8
Retourné	36	107	74.8
% global			70.8

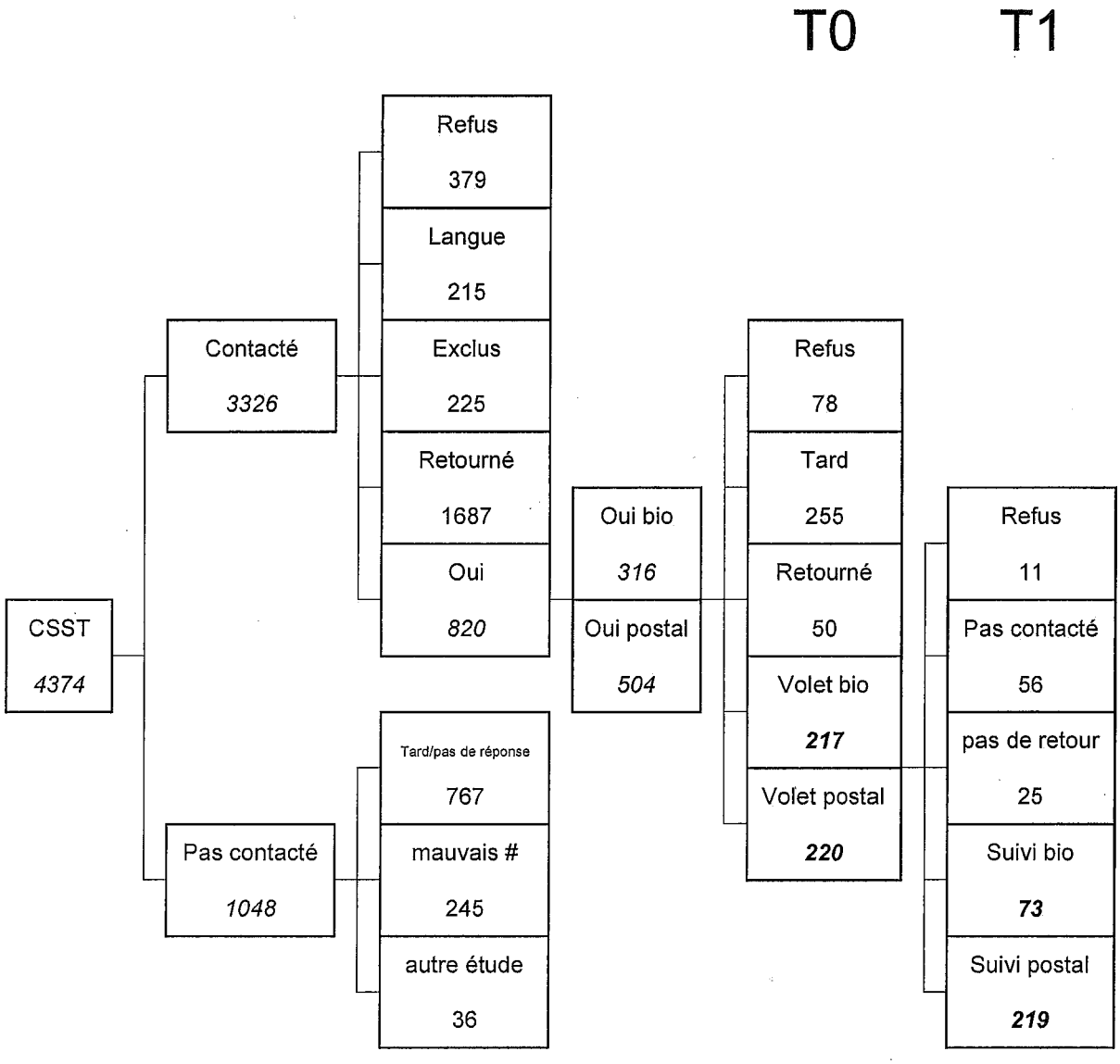


Figure 1 Organigramme d'attrition de la participation

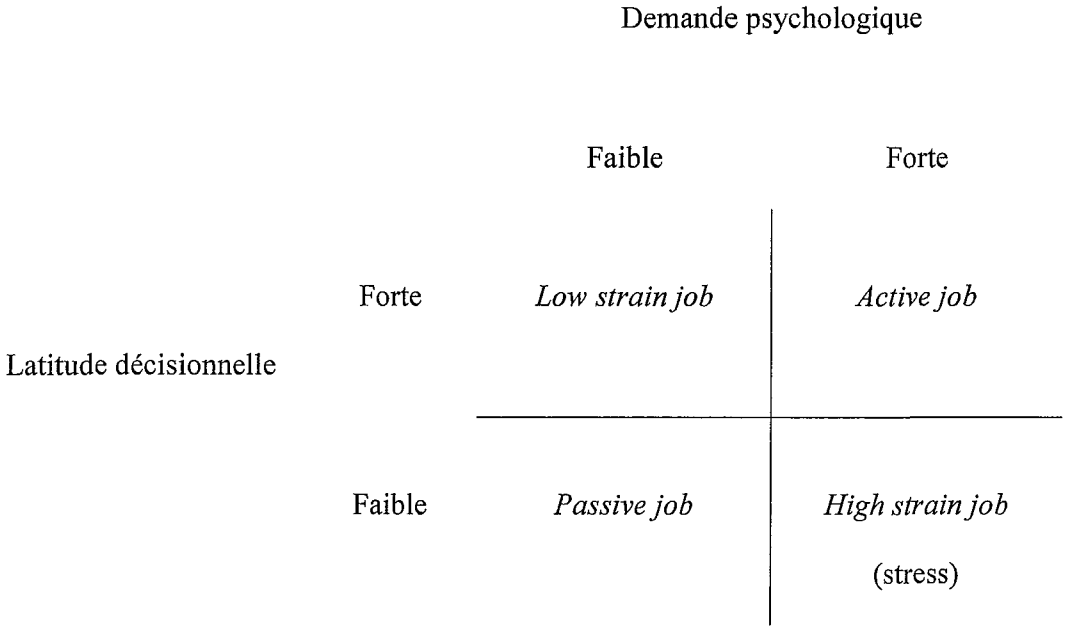


Figure 2 Modèle demande-contrôle (adapté de Karasek, 1979)

CHAPITRE III

CONCLUSION GÉNÉRALE

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le but de la présente étude consistait à identifier les déterminants occupationnels de l'incapacité chronique. Plus précisément, l'étude visait (1) à évaluer la capacité de variables occupationnelles (psychosociales et objectives) à prédire le statut d'emploi au suivi de six mois et (2) à explorer les interrelations entre les facteurs objectifs et psychosociaux occupationnels et le statut d'emploi.

Les résultats obtenus indiquent que le sexe, les peurs et les croyances face au travail mesurées au stade subaigu de la lombalgie, le stress perçu, l'ancienneté et la syndicalisation du travailleur sont des variables permettant de différencier significativement les personnes retournées et non retournées au travail au suivi de six mois. De fait, les personnes non retournées au travail lors du suivi tendent à être de sexe masculin, à avoir beaucoup de peurs et de croyances face au travail, à avoir un travail élevé en stress, à être non syndiquées et à avoir moins d'ancienneté. Toutefois, mis à part le sexe, seules les variables soutien social, stress perçu, peurs et croyances face au travail ainsi que litige permettent de prédire significativement le statut d'emploi au suivi de six mois. Outre la variable litige, ces variables liées au travail sont en fait des variables psychosociales «modifiables». En effet, il est possible d'intervenir auprès des travailleurs blessés afin de diminuer leurs peurs et croyances face au travail, leur niveau de stress perçu et d'améliorer leur soutien social afin de faciliter leur retour au travail. Les autres variables occupationnelles, telles les pratiques et les politiques des entreprises en matière de réintégration au travail, agissent peut-être comme des barrières au retour au travail plutôt que comme des prédicteurs. Les résultats obtenus dans cette étude s'ajoutent au bassin de connaissances permettant de mieux comprendre la contribution relative des facteurs occupationnels dans le phénomène de l'incapacité chronique et démontrent clairement la supériorité des facteurs psychosociaux occupationnels dans l'explication du dit phénomène.

Ces nouvelles connaissances vont permettre de faciliter l'identification des personnes lombalgiques à haut risque de chronicité et d'améliorer les interventions visant la prévention secondaire. À la lumière de ce qui est mentionné précédemment, les facteurs cognitifs, comme les peurs et les croyances à l'égard du travail, devront certainement être préconisés par ces interventions. Somme toute, cette étude contribue

aux efforts visant à diminuer les coûts humains et financiers associés à l'incapacité chronique.

Références (introduction générale)

Abenhaim, L., Rossignol, M., Gobeille, D., Bonvalot, Y., Fines, P., & Scott, S. (1995). The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine, 20*, 791-795.

Abenhaim, L., & Suissa, S. (1987). Importance and economic burden of occupational back pain: a study of 2,500 cases representative of Quebec. *Journal of Occupational Medicine, 29*, 670-674.

Amick, B. C., III, Habeck, R. V., Hunt, A., Fossel, A. H., Chapin, A., Keller, R. B., & Katz, J. N. (2000). Measuring the impact of organizational behaviors on work disability prevention and management. *Journal of Occupational Rehabilitation, 10*, 21-38.

Baril, R., Berthelette, D., & Massicotte, P. (2003). Early return to work of injured workers: multidimensional patterns of individual and organizational factors. *Safety Science, 41*, 277-300.

Biering-Sorensen, F. (1983). A prospective study of low back pain in a general population. I. Occurrence, recurrence and aetiology. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 15*, 71-79.

Bigos, S. J., Battie, M. C., Spengler, D. M., Fisher, L. D., Fordyce, W. E., Hansson, T., Nachemson, A. L., & Zeh, J. (1992). A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting. *Clinical orthopaedics and related research*, 21-34.

Bigos, S. J., Battie, M. C., Spengler, D. M., Fisher, L. D., Fordyce, W. E., Hansson, T. H., Nachemson, A. L., & Wortley, M. D. (1991). A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine, 16*, 1-6.

Burton, A. K., Tillotson, K. M., Main, C. J., & Hollis, S. (1995). Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine, 20*, 722-728.

Cats-Baril, W. L., & Frymoyer, J. W. (1991). Identifying patients at risk of becoming disabled because of low-back pain. The Vermont Rehabilitation Engineering Center predictive model. *Spine, 16*, 605-607.

Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. (2003). *Statistiques sur les affections vertébrales 1999-2002*. [S.L.]: CSST.

Coste, J., Delecoeuillerie, G., Cohen de Lara, A., Le Parc, J. M., & Paolaggi, J. B. (1994). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. *BMJ, 308*, 577-580.

Crook, J., Moldofsky, H., & Shannon, H. (1998). Determinants of disability after a work related musculetal injury. *The Journal of Rheumatology, 25*, 1570-1577.

Devereux, J. J., Buckle, P. W., & Vlachonikolis, I. G. (1999). Interactions between physical and psychosocial risk factors at work increase the risk of back disorders: an epidemiological approach. *Occupational and Environmental Medicine, 56*, 343-353.

European Agency for Safety and Health at Work. (2000). *Research on work-related low back disorders*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Agency for Safety and Health at Work. *Your network to a safer and healthier working environment*. Extrait du site web de l'European Agency for Safety and Health at Work le 17 janvier 2004: http://www.europe.osha.eu.int/good_practice/risks/stress

Feuerstein, M., Berkowitz, S. M., & Huang, G. D. (1999). Predictors of occupational low back disability: implications for secondary prevention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine 41*, 1024-1031.

Feyer, A. M., Herbison, P., Williamson, A. M., de Silva, I., Mandryk, J., Hendrie, L., & Hely, M. C. (2000). The role of physical and psychological factors in occupational low back pain: a prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine, 57*, 116-120.

Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., & Cole, D. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope--if we can just get all the players onside. *Cmaj, 158*, 1625-1631.

Frank, J. W., Brooker, A. S., DeMaio, S. E., Kerr, M. S., Maetzel, A., Shannon, H. S., Sullivan, T. J., Norman, R. W., & Wells, R. P. (1996). Disability resulting from occupational low back pain. Part II: What do we know about secondary prevention?

A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. *Spine, 21*, 2918-2929.

Fransen, M., Woodward, M., Norton, R., Coggan, C., Dawe, M., & Sheridan, N. (2002). Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine, 27*, 92-98.

Frymoyer, J. W., & Cats-Baril, W. (1987). Predictors of low back pain disability. *Clinical Orthopaedics and Related Research, 221*, 89-98.

Gatchel, R. J., Polatin, P. B., & Mayer, T. G. (1995). The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine, 20*, 2702-2709.

Habeck, R. V., Hunt, H. A., & VanTol, B. (1998). Workplace factors associated with preventing and managing work disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 42*, 98-143.

Habeck, R. V., Leahy, M. J., Hunt, H. A., Chan, F., & Welch, E. M. (1991). Employer factors related to workers' compensation claims and disability management. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 34*, 210-226.

Haldorsen, E. M., Indahl, A., & Ursin, H. (1998). Patients with low back pain not returning to work. A 12-month follow-up study. *Spine, 23*, 1202-1207; discussion 1208.

Hall, H., McIntosh, G., Melles, T., Holowachuk, B., & Wai, E. (1994). Effect of discharge recommendations on outcome. *Spine, 19*, 2033-2037.

Hazard, R. G., Haugh, L. D., Reid, S., Preble, J. B., & MacDonald, L. (1996). Early prediction of chronic disability after occupational low back injury. *Spine, 21*, 945-951.

Hiebert, R., Skovron, M. L., Nordin, M., & Crane, M. (2003). Work restrictions and outcome of nonspecific low back pain. *Spine, 28*, 722-728.

Hogg-Johnson, S., & Cole, D. C. (2003). Early prognostic factors for duration on temporary total benefits in the first year among workers with compensated occupational soft tissue injuries. *Occupational and Environmental Medicine, 60*, 244-253.

Hoogendoorn, W. E., Bongers, P. M., de Vet, H. C., Houtman, I. L., Ariens, G. A., van Mechelen, W., & Bouter, L. M. (2001). Psychosocial work characteristics and

psychological strain in relation to low-back pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 27*, 258-267.

Infante-Rivard, C., & Lortie, M. (1996). Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occupational and Environmental Medicine, 53*, 488-494.

Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health, 71*, 694-705.

Karasek, R. A., Jr. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285-308.

Krause, N., Dasinger, L. K., Deegan, L. J., Rudolph, L., & Brand, R. J. (2001). Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine, 40*, 374-392.

Krause, N., Dasinger, L. K., & Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation, 8*, 113-139.

Lehmann, T. R., Spratt, K. F., & Lehmann, K. K. (1993). Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. *Spine, 18*, 1103-1112.

Linton, S. J. (2001). Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 11*, 53-66.

Linton, S. J., & Halldén, K. (1998). Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *The Clinical Journal of Pain, 14*, 209-215.

Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., & Lemaire, J. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine, 22*, 2911-2918.

Loisel, P., Durand, M., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., Gagnon, D., Lariviere, C., & Tremblay, C. (2001). Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes, 9*, 351 - 360.

Macfarlane, G. J., Thomas, E., Papageorgiou, A. C., Croft, P. R., Jayson, M. I., & Silman, A. J. (1997). Employment and physical work activities as predictors of future low back pain. *Spine, 22*, 1143-1149.

Main, C. J., & Burton, A. K. (2000). Economic and occupational influences on pain and disability. In C. J. Main & C. C. Spanswick (Eds.), *Pain management: An interdisciplinary approach* (pp. 63-87). Churchill Livingstone: Harcourt Publishers Limited.

Ohlund, C., Lindstrom, I., Eek, C., Areskoug, B., & Nachemson, A. (1996). The causality field (extrinsic and intrinsic factors) in industrial subacute low back pain patients. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 6*, 98-111.

Oleinick, A., Gluck, J. V., & Guire, K. (1996). Factors affecting first return to work following a compensable occupational back injury. *American Journal of Industrial Medicine, 30*, 540-555.

Papageorgiou, A. C., Croft, P. R., Ferry, S., Jayson, M. I., & Silman, A. J. (1995). Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester Back Pain Survey. *Spine, 20*, 1889-1894.

Papageorgiou, A. C., Macfarlane, G. J., Thomas, E., Croft, P. R., Jayson, M. I., & Silman, A. J. (1997). Psychosocial factors in the workplace--do they predict new episodes of low back pain? Evidence from the South Manchester Back Pain Study. *Spine, 22*, 1137-1142.

Power, C., Frank, J., Hertzman, C., Schierhout, G., & Li, L. (2001). Predictors of low back pain onset in a prospective British study. *American Journal of Public Health, 91*, 1671-1678.

Sicard, A. (1977). *Savoir interpréter une lombalgie* (2e ed.). Paris: Maloine.

Simmonds, M. J., Kumar, S., & Lechelt, E. (1996). Psychological factors in disabling low back pain: causes or consequences? *Disability and Rehabilitation, 18*, 161-168.

Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: application, assessment, cause, and consequences.* Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, Inc.

Spitzer, W. O., Leblanc, F. E., Dupuis, M., Abenhaim, L., Bélanger, A. Y., Bloch, R., Bombardier, C., Cruess, R. L., Drouin, G., Duval-Hesler, N., Laflamme, J., Lamoureux, G., Nachemson, A., Pagé, J. J., Rossignol, M., Salmi, L. R., Salois-

Arsenault, S., Suissa, S., & Wood-Dauphinée, S. (1987). Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine, 12*, S1-59.

Teasell, R. W., & Bombardier, C. (2001). Employment-related factors in chronic pain and chronic pain disability. *The Clinical Journal of Pain, 17*, S39-45.

The Bone and Joint Decade. Extrait du site web Bone and Joint Decade 2000-2010 le 25 septembre 2003: http://www.bonejointdecade.org/organisation/default.html

Thomas, E., Silman, A. J., Croft, P. R., Papageorgiou, A. C., Jayson, M. I., & Macfarlane, G. J. (1999). Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ, 318*, 1662-1667.

Trief, P., & Stein, N. (1985). Pending litigation and rehabilitation outcome of chronic back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 66*, 95-99.

Truchon, M. (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation, 23*, 758-767.

Truchon, M., & Fillion, L. (2000). Biopsychosocial determinants of chronic disability and low-back pain: A review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 10*, 117-142.

Truchon, M., Fillion, L., & Gelinas, C. (2003). Validation of a French Canadian version of the Organizational Policies and Practices (OPP) questionnaire. *Work, 20*, 111-119.

Valat, J.-P., Goupille, P., & Vedere, V. (1995). *Lombalgies et sciatiques*. Paris: Doin.

van der Weide, W. E., Verbeek, J. H., Salle, H. J., & van Dijk, F. J. (1999). Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 25*, 50-56.

van Poppel, M. N., Koes, B. W., Deville, W., Smid, T., & Bouter, L. M. (1998). Risk factors for back pain incidence in industry: a prospective study. *Pain, 77*, 81-86.

Verbeek, J. H. (2001). Vocational rehabilitation of workers with back pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 27*, 346-352.

Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain, 52*, 157-168.

Wickstrom, G. J., & Pentti, J. (1998). Occupational factors affecting sick leave attributed to low-back pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 24*, 145-152.

Williams, R. A., Pruitt, S. D., Doctor, J. N., Epping-Jordan, J. E., Wahlgren, D. R., Grant, I., Patterson, T. L., Webster, J. S., Slater, M. A., & Atkinson, J. H. (1998). The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 79*, 366-374.

ANNEXE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet:
Les déterminants de l'incapacité chronique: une étude prospective longitudinale de travailleurs lombalgiques en arrêt de travail

Responsables du projet:
Manon Truchon, Lise Fillion, Ginette Truchon, Clermont Dionne, Bertrand Arsenault, Claude Viau

1. On m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche, ainsi que de son déroulement.
2. On m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à ma participation.
3. Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
4. Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques par les partenaires identifiés au feuillet d'information.
5. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
6. Ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement hôte, ni le commanditaire de leurs obligations professionnelles et légales envers moi.
7. J'ai en ma possession un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement.
8. J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude.

Je désire recevoir un rapport résumant les résultats de la recherche. ☐ oui ☐ non

Nom du participant	Date	Signature
Nom du chercheur	Date	Signature
Nom du témoin*	Date	Signature

* Sauf exemption à cet effet

ANNEXE B

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Je, soussigné, *«PRENOM» «NOM»*, résidant au *«ADRESSE»*, à *«VILLE»*, autorise la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à communiquer à Manon Truchon, chercheure responsable pour l'IRSST, les documents et renseignements suivants contenus dans mon dossier n° *«NO_DOSS»* et, de ce fait, dégage la CSST de toute responsabilité eu égard aux communications de renseignements personnels faites en vertu de la présente.

Manon Truchon n'est autorisée à recueillir auprès de la CSST que les documents et renseignements qui sont nécessaires à la recherche « Les déterminants de l'incapacité chronique : étude prospective longitudinale de travailleurs lombalgiques en arrêt de travail » et à ne les utiliser qu'à cette fin. Il s'agit des renseignements suivants :

- Le nombre d'événements antérieurs;
- Présence de limitation fonctionnelle à un autre siège ou au dos due à une lésion antérieure;
- Nombre de jours d'absence;
- Date de retour au travail;
- Statut d'emploi.

Signée le « DATE ».

_____

Signature

ANNEXE C

CAHIER DE QUESTIONNAIRES

Indiquez la date à laquelle vous répondez à ce questionnaire :

_____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Sexe : ☐ femme ☐ homme

Age : _____ans.

Quel est votre état civil actuel?

☐ célibataire

☐ conjoint(e) de fait Depuis combien de temps?__

☐ marié(e) Depuis combien de temps?__

☐ séparé(e) ou divorcé(e) Depuis combien de temps?__

☐ veuf-veuve Depuis combien de temps?__

Avez-vous des enfants?

☐ non

☐ oui

<u>Si oui</u>, combien en avez-vous?_____

<u>Si oui</u>, combien vivent avec vous présentement?_____

Quel est votre dernier niveau de scolarité complété?

☐ primaire incomplet

☐ primaire

☐ secondaire

☐ cégep

☐ université

Quel est approximativement votre revenu personnel annuel avant impôt?

- ☐ aucun revenu (zéro)
- ☐ moins de 10 000 $
- ☐ 10 001 $ à 20 000 $
- ☐ 20 001 $ à 30 000 $
- ☐ 30 001 $ à 40 000 $
- ☐ 40 001 $ à 50 000 $
- ☐ 50 001 $ et plus

VOTRE TRAVAIL

Quelle est votre occupation?_____

Depuis combien d'années travaillez-vous chez votre employeur actuel?

_____Années

Avant votre arrêt de travail, combien d'heures par semaine travailliez-vous?

_____heures par semaine

Quelle est la taille de l'entreprise ou de l'organisation pour laquelle vous travaillez? Ne considérez que l'établissement (le lieu physique, l'endroit) auquel vous êtes rattaché(e).

- ☐ 1 à 20 employé(e)s
- ☐ 21 à 50 employé(e)s
- ☐ 51 à 100 employé(e)s
- ☐ 101 à 500 employé(e)s
- ☐ 501 employé(e)s et plus

Êtes-vous syndiqué?

- ☐ non
- ☐ oui

Etes-vous impliqué dans un litige ou une contestation concernant votre accident, votre dossier à la CSST ou votre retraite?

- ☐ non
- ☐ oui

VOTRE TRAVAIL
(SATISFACTION AU TRAVAIL)

En pensant à votre travail, indiquez à quel point vous êtes en accord ou non avec chacun des énoncés suivants.

Cochez ✓

	Fortement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	Neutre	Un peu d'accord	D'accord	Fortement d'accord
De façon générale, je suis très satisfait(e) de mon emploi							
Je songe souvent à laisser cet emploi							
Je suis généralement satisfait(e) avec le type de tâches que je fais à ce travail							
La plupart des gens à mon travail sont très satisfaits par leur emploi							
Les gens à mon travail pensent souvent à démissionner							

VOTRE TRAVAIL
(SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL)

En pensant à votre travail, indiquez à quel point vous êtes en accord ou non avec chacun des énoncés suivants.

Cochez ✓

	ne s'applique pas	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
Mon supérieur immédiat se soucie du bien-être des personnes qui sont sous sa supervision					
Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis					
Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail					
Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble					
Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent					
Les gens avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi					
Les gens avec qui je travaille sont amicaux					
Les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail					

VOTRE TRAVAIL
(STRESS PERÇU)

En pensant à votre travail, indiquez à quel point vous êtes en accord ou non avec chacun des énoncés suivants.

Cochez ✓

	ne s'applique pas	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles					
Mon travail exige un niveau élevé de qualifications					
Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité					
Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses					
J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail					
Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome					
Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes					
J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail					
Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles					
Mon travail exige d'aller très vite					
Mon travail exige de travailler très fort mentalement					
On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail					
J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail					

VOTRE TRAVAIL (STRESS PERÇU) (suite)

Cochez ✓

	ne s'applique pas	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres					
Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes					
Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard					
Mon travail est très mouvementé					
Je suis souvent ralenti(e) dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur					

VOTRE DOULEUR ET VOTRE TRAVAIL
(PEURS ET CROYANCES FACE AU TRAVAIL)

Veuillez indiquer à quel point votre travail affecte ou pourrait affecter votre mal de dos.

Cochez ✓

	Complètement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	Indécis	Un peu en accord	D'accord	Complètement d'accord
Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail							
Mon travail a aggravé ma douleur							
Mon travail est trop exigeant pour moi							
Mon travail empire ou pourrait empirer ma douleur							
Mon travail pourrait nuire à ma situation							
Je ne devrais pas faire mon travail régulier avec ma douleur actuelle							
Je ne devrais pas faire mon travail régulier avant que ma douleur ne soit traitée							
Je pense que je ne retournerai pas à mon travail régulier d'ici 3 mois							
Je pense que je ne serai jamais capable de retourner à ce travail							

VOTRE ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL
(PRATIQUES ET POLITIQUES ORGANISATIONNELLES)

Les phrases suivantes décrivent des situations reliées au travail. Chaque énoncé décrit une caractéristique ou un événement qui peut se produire dans votre environnement de travail. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce qui est important, c'est de connaître votre situation actuelle de travail.

Maintenant, en pensant à votre travail, indiquez à quel point vous êtes en accord ou non avec chacun des énoncés. Ne prenez pas trop de temps à répondre, ça n'améliore pas vraiment la qualité des réponses.

Cochez ✓

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins d'accord	D'accord	Fortement d'accord
Les employés sont consultés par l'employeur lors de décisions à prendre ou lors de la planification.					
Les employés ont confiance en l'employeur.					
La communication est ouverte et les employés se sentent à l'aise d'exprimer leurs préoccupations et de faire des suggestions.					
Les relations de travail sont basées sur la coopération.					
Les employés ont tendance à rester longtemps avec cet employeur.					
La haute direction s'implique activement dans le ou les programme(s) de sécurité.					
L'employeur investit du temps et de l'argent pour améliorer la sécurité.					
L'employeur valorise autant la sécurité des employés que la quantité et la qualité du travail.					
Les conditions de travail non sécuritaires sont identifiées et corrigées rapidement.					
Le matériel et les équipements sont bien entretenus.					
Des mesures sont prises lorsque les règles de sécurité ne sont pas respectées.					
Les employés reçoivent de la formation en matière de sécurité au travail en relation avec les risques auxquels ils sont exposés.					

VOTRE ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (suite)

Cochez ✓

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins d'accord	D'accord	Fortement d'accord
Les tâches sont planifiées de façon à minimiser le déplacement de charges lourdes.					
Les tâches sont planifiées de façon à minimiser les mouvements répétitifs.					
À la suite d'une maladie ou d'un accident, quelqu'un de l'établissement contacte rapidement l'employé afin de s'informer de son état et de lui offrir de l'aide.					
L'établissement tient un registre des absences et des retours au travail.					
L'établissement travaille de concert avec le médecin traitant afin de développer un plan de retour au travail.					
L'établissement fait des arrangements avec l'employé blessé tels que lui fournir des équipements adaptés, des heures flexibles ou des tâches modifiées afin de lui permettre de réintégrer le travail.					
Lorsque l'employé blessé ne peut retourner au travail, l'employeur fait un suivi et ajuste la situation de travail aux besoins de l'employé.					
Lorsqu'un employé blessé ne peut retourner à ses fonctions, l'employeur lui offre une nouvelle période de formation.					
Les employés et l'employeur travaillent en partenariat pour réintégrer les employés blessés au travail.					
Les employés et l'employeur travaillent en partenariat pour les questions de santé/sécurité.					