

É

Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-748



**Stratégies de prévention de l'incapacité prolongée
chez les travailleurs indemnisés pour troubles
musculo-squelettiques d'origine professionnelle**
Une revue systématique et descriptive de la littérature

*Iuliana Nastasia
Rodica Tcaciuc
Marie-France Coutu*



Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2012
ISBN : 978-2-89631-629-8 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
septembre 2012

Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-748

Stratégies de prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle Une revue systématique et descriptive de la littérature

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Iuliana Nastasia
Prévention des problématiques de SST et réadaptation, IRSST

Rodica Tcaciuc
Direction de la recherche et de l'expertise, IRSST

Marie-France Coutu
FMSS Département de réadaptation, Université de Sherbrooke

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteures.
Cette publication a été traduite, seule la version originale (R-719) fait foi.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes et organisations ont contribué d'une façon ou d'une autre à la réalisation de ce rapport d'analyse documentaire.

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à Jacques Blain, à Lynda Cloutier et à Maryse Gagnon pour leur précieuse contribution en ce qui a trait à l'interrogation des bases de données scientifiques et à l'utilisation du logiciel « *Reference Manager* » .

Il convient également de souligner les précieux commentaires et suggestions transmis au premier auteur par nombre de ses collègues et mentors, dans le cadre des séminaires et des échanges informels qui ont eu lieu à l'occasion des différentes activités du programme de formation de 3^{ème} cycle « *Work Disability Prevention* » .

Enfin, un merci tout particulier aux évaluateurs scientifiques qui ont contribué à l'amélioration de la présentation des résultats dans le présent rapport.

Cette activité de recherche a été soutenue par des subventions provenant de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – subvention FRN : 53909.

RÉSUMÉ

Les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle (TMSOP) représentent un lourd fardeau économique pour notre société en raison du nombre sans cesse croissant de journées de travail perdues par un faible pourcentage de travailleurs dont l'incapacité au travail se prolonge. La prolifération continue des concepts dans le domaine de l'incapacité au travail, la diversité des interventions et des contextes de mise en œuvre, de même que les intérêts variés des intervenants impliqués dans le processus de réadaptation et de retour au travail (RAT) des travailleurs indemnisés pour TMSOP posent des défis de taille aux chercheurs et aux praticiens actifs dans le domaine de l'incapacité au travail. Les buts premiers de cette revue de la littérature étaient de fournir un aperçu des principaux thèmes et tendances dans la recherche contemporaine en ce qui concerne l'intervention en prévention de l'incapacité au travail, et d'identifier les modalités d'intervention susceptibles de contribuer à la prévention de l'incapacité prolongée au travail chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP.

Une recherche électronique systématique des articles publiés en anglais ou en français entre janvier 2000 et janvier 2008 a été réalisée dans dix bases de données scientifiques. Les descripteurs et les mots clés recherchés dans les bases de données se rapportaient à cinq concepts clés: avec l'absentéisme au travail, les TMSOP, les interventions en matière d'incapacité au travail, les interventions en matière de réadaptation et de RAT, et les questions d'indemnisation. Des analyses descriptives ont été effectuées sur 186 articles traitant d'une ou plusieurs études révélatrices, sur 20 articles théoriques et sur 12 revues de la littérature. Afin d'identifier les principaux thèmes et les tendances dans les études, les articles ont été classés en fonction du principal objectif de l'étude, du ou des intervenants impliqués dans l'étude ou intéressés par les résultats de l'étude, du domaine d'application et de la perspective de recherche. Des analyses de contenu narratives ont ensuite été réalisées à partir des 88 articles identifiés par les auteurs comme contenant des descriptions des éléments stratégiques d'intervention visant à prévenir une incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques.

Les principaux thèmes abordés dans les études sur l'incapacité au travail concernent les facteurs à l'origine de l'incapacité prolongée et les modalités d'intervention auprès des personnes qui présentent un risque d'incapacité prolongée, ces modalités suscitant un intérêt évident. Les interventions multidisciplinaires, multimodales et ciblées – constituent les modalités les plus évoqués dans les études revues. En outre, l'étude des facteurs d'ordre psychosocial et ergonomique liés au milieu de travail, plus particulièrement chez les travailleurs tenus pour présenter un risque d'incapacité prolongée, est souvent considérée. La prise en compte du point de vue des différents intervenants, décideurs et praticiens constitue une tendance très répandue dans les études sur les interventions visant à prévenir l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP.

Enfin, la revue de littérature permet de dégager un certain nombre de stratégies susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée. Premièrement, le dépistage précoce des travailleurs blessés qui présentent un risque d'incapacité prolongée et la concentration des efforts d'intervention sur eux sont cités comme des moyens efficaces de prévenir l'incapacité prolongée. Deuxièmement, une intervention précoce fondée sur des approches multimodales incluant des facteurs biopsychosociaux et des facteurs du milieu de travail semble essentielle à un RAT efficace et durable, de même qu'à une gestion efficace des travailleurs exposés à un risque d'incapacité prolongée. Troisièmement, l'amélioration de la communication entre les décideurs et

les intervenants et l'amélioration de la coordination entre les actions des acteurs impliqués dans le processus d'intervention sont présentées comme des stratégies étant essentielles pour accroître l'efficacité des interventions multidisciplinaires dans la prévention de l'incapacité prolongée.

Les conclusions de la présente revue de la littérature élargissent les horizons des décideurs, des intervenants et des praticiens actifs dans le domaine de la réadaptation et du retour au travail, en leur fournissant des stratégies susceptibles de les guider dans la prévention de l'incapacité prolongée et de l'information sur des domaines précis qui nécessitent davantage de recherches concernant les travailleurs indemnisés pour TMSOP.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Les troubles musculo-squelettiques comptent parmi les types de blessures professionnelles les plus répandus dans les pays industrialisés, et ils représentent un fardeau économique de taille pour la société contemporaine. Les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle (TMSOP) comptent en outre parmi les principales causes de souffrance chez la personne atteinte, et ils occasionnent de lourdes pertes de productivité de même que d'importants coûts financiers pour la société. Une grande partie de ce fardeau tient au grand nombre de jours de travail perdus par un faible pourcentage de travailleurs indemnisés pour une incapacité prolongée des troubles musculo-squelettiques.

Dans le domaine de la recherche sur l'incapacité au travail au cours des deux dernières décennies, de nombreuses études ont décrit et évalué différents types d'interventions susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité chez les travailleurs atteints de TMSOP, nombre de ces interventions relevant du domaine de la réadaptation et du retour au travail (RAT). Plus récemment, plusieurs revues de la littérature systématiques et méta-analyses ont été publiées dans le but de fournir aux décideurs des données factuelles sur les interventions qui contribuent le mieux à prévenir l'incapacité au travail. Néanmoins, très peu d'études abordent la question de la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. De plus, la nature controversée des résultats d'évaluation de l'efficacité des différentes interventions, la description incomplète des sujets participant aux études et l'absence d'explications concernant le processus et les stratégies mises en œuvre dans le cadre des différents programmes et interventions rendent leur application dangereuse dans la pratique. La prolifération sans fin des concepts dans le domaine de l'incapacité au travail, la diversité des interventions et des contextes de mise en œuvre ainsi que la multiplicité des intérêts et des points de vue des intervenants impliqués dans le processus d'intervention ajoutent à la complexité des défis à relever, non seulement par les chercheurs, mais aussi par les gestionnaires et les praticiens, en ce qui a trait à la prévention de l'incapacité prolongée. De nombreuses questions subsistent, surtout en ce qui concerne les stratégies à employer pour prévenir l'incapacité prolongée et pour promouvoir une réadaptation fructueuse et un retour au travail durable. Les décideurs ont encore besoin d'études exhaustives offrant des synthèses détaillées des interventions et de leur contexte d'application, plus particulièrement sous l'angle de la prévention de l'incapacité prolongée. En conséquence, les principaux objectifs de cette revue de la littérature étaient de fournir un aperçu des principaux thèmes et tendances récentes en recherche sur l'intervention en prévention de l'incapacité au travail, et d'identifier des modalités d'intervention susceptibles de contribuer à la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP.

Une recherche électronique systématique de la littérature a été réalisée dans dix bases de données scientifiques par un bibliothécaire spécialisé. Les descripteurs et les mots clés recherchés dans les bases de données se rapportaient à cinq concepts clés: 1) l'absentéisme au travail, 2) les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle, 3) les interventions en matière d'incapacité au travail, 4) les interventions en matière de réadaptation et de retour au travail, et 5) les questions d'indemnisation. Après correction de la liste des références pour éliminer les doublons et les répétitions dues aux fautes d'orthographe, et après vérification des références par rapport aux critères d'inclusion et d'exclusion, 218 articles ont été conservés pour des analyses: 186 articles traitant d'une ou plusieurs études révélatrices, 20 articles théoriques et 12 revues de la littérature. Les résumés des articles ainsi sélectionnés ont ensuite fait l'objet d'analyses

descriptives et quantitatives. Afin de circonscrire les principaux thèmes et les tendances récentes dans les recherches en matière d'intervention, les articles ont d'abord été répertoriés selon le pays du premier auteur, la revue dans laquelle ils avaient été publiés, de même que le type et le stade de TMSOP dont il y était question. Les articles traitant d'une ou plusieurs études révélatrices (186) ont ensuite été classés en fonction du principal objectif de l'étude, du ou des intervenants impliqués dans l'étude ou intéressés par les résultats de l'étude, de la perspective de recherche et du domaine d'application. Une grille élaborée à ces fins précises a été utilisée pour classer les articles et compiler les informations pertinentes. Deux examinateurs, dont les décisions ont été prises par consensus, ont déterminé les principales classes et catégories à inclure dans la grille, puis classé les articles et extrait l'information pertinente à la description des thèmes et des tendances identifiés. Une base de données a été créée pour référence ultérieure. Enfin, les articles identifiés par les examinateurs comme décrivant des éléments stratégiques d'intervention visant à prévenir l'incapacité prolongée (88 des 186 articles traitant d'une ou plusieurs études révélatrices) ont fait l'objet d'analyses qualitatives afin d'identifier ces éléments stratégiques dans les différents programmes, politiques, stratégies et lignes directrices mentionnés par les auteurs, et d'identifier les principales stratégies axées sur la prévention de l'incapacité prolongée, de manière à pouvoir expliquer leur utilité pour les praticiens et les intervenants dans leurs processus décisionnels.

Cinq grands thèmes ont été identifiés dans les études recensées. Un premier grand thème concerne les facteurs qui favorisent l'incapacité prolongée et l'intérêt marqué pour le développement de modalités de dépistage des personnes qui présentent un risque d'incapacité prolongée en vue de les assurer d'interventions appropriées. Un deuxième grand thème porte sur l'évaluation des résultats obtenus au moyen de différents programmes ou d'interventions combinées, soit sous l'angle du ou des éléments d'intervention isolés ou combinés à retenir pour obtenir de meilleurs résultats, ou du point de vue des meilleures pratiques à utiliser par les praticiens ou les intervenants concernés pour obtenir de tels résultats. Des modalités d'intervention multidisciplinaire, multimodale ou ciblée étaient souvent décrites comme étant intégrées au développement de tels programmes. Selon la littérature, les facteurs d'ordre psychosocial et ergonomique liés au milieu de travail semblent être les éléments les plus fréquemment associés aux processus qui visent à prévenir une incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Un troisième sujet d'intérêt pour les chercheurs dans le domaine de l'incapacité au travail tient à la documentation et à l'évaluation des pratiques des acteurs clés concernant leurs interventions en matière de réadaptation et de RAT. Plus précisément, nous avons noté un intérêt manifeste pour la description des rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans le processus de réadaptation et de RAT. Un quatrième grand thème concerne la question de l'indemnisation. Les différences de résultats liées aux différents systèmes d'indemnisation en place, ou entre les personnes dont le statut d'indemnisation varie, sont les principaux enjeux explorés. Enfin, un cinquième thème se rapporte aux différentes questions méthodologiques liées à l'élaboration, à la validation et à l'évaluation des outils essentiels dans le cadre du processus de gestion des dossiers d'incapacité, surtout en ce qui concerne la mesure des résultats obtenus auprès de diverses populations selon différents types d'interventions en matière d'incapacité.

Quatre tendances récentes ressortent des documents à l'étude. Premièrement, les auteurs font souvent état des phénomènes liés à l'incapacité prolongée, mais ils mettent rarement l'accent sur la prévention de ces phénomènes. Deuxièmement, ils semblent considérer la prise en compte du

point de vue des différents intervenants comme un élément clé dans la prévention de l'incapacité prolongée. Troisièmement, les études descriptives dans le domaine révèlent l'intérêt des chercheurs à l'égard d'une meilleure compréhension du processus de mise en œuvre (rôle des différents acteurs, rôle des facteurs contextuels, obstacles et facilitateurs) des différentes formes d'intervention (programmes, politiques, stratégies, etc.). Une dernière tendance observée tient à la prise en compte des travailleurs dans l'équation afin de sensibiliser davantage les décideurs et les différents intervenants et praticiens aux conséquences économiques, sociales et personnelles de l'incapacité. De fait, certaines études semblent suggérer que la perception qu'ont les travailleurs du phénomène de l'incapacité au travail et des enjeux connexes joue un rôle puissant dans les interventions visant à améliorer leurs chances de passer du statut de travailleur avec une incapacité à celui de travailleur capable d'accomplir son travail, ou encore d'un sentiment d'impuissance à un sentiment d'autonomie.

Bien que les études recensées diffèrent par leurs méthodes, leurs objectifs, leurs domaines d'application et leurs perspectives de recherche, et bien qu'elles présentent les divers intervenants et praticiens concernés comme ayant des points de vue et des préoccupations différents, elles s'accordent à reconnaître les mêmes stratégies clés comme étant susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Premièrement, le dépistage précoce des travailleurs blessés qui présentent un risque d'incapacité prolongée et la concentration des efforts sur eux à travers des interventions ciblées semblent être des moyens efficaces de prévenir l'incapacité prolongée. Deuxièmement, l'inclusion de différents types d'interventions ou de combinaisons d'interventions dans un même programme semble favoriser la prévention de l'incapacité prolongée et la promotion du RAT. Les programmes multidisciplinaires et multimodaux sont fréquemment associés à des résultats positifs, tels le retrait des travailleurs des régimes de prestations ou le retour au travail, et tenus pour avoir un impact favorable sur les facteurs suivants : présence au travail, taux de récurrence, statut d'incapacité au travail, rentabilité, répercussions socio-économiques, intensité de la douleur, incapacité, dépression, capacité physique cumulative et performance physique. De plus, une intervention précoce ciblée auprès des personnes tenues pour être à risque à la suite d'un dépistage fondé sur les facteurs d'ordre psychosocial et ergonomique semble jouer un rôle de premier plan dans la prévention de l'incapacité prolongée et la promotion d'un RAT durable et sécuritaire. Troisièmement, les pratiques des acteurs ont un impact significatif sur la mise en œuvre des interventions. Les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé, les infirmiers ou infirmières responsables des cas d'incapacité ou les représentants en assurance, de même que les acteurs du milieu de travail jouent tous un rôle important dans le processus de prévention de l'incapacité prolongée, tant par leurs actes que par leurs interactions avec les travailleurs. D'autres éléments clés des pratiques des divers acteurs, qu'il s'agisse de fournir un accès précoce à des conseils appropriés, de garder les travailleurs au travail ou d'assurer leur retour au travail aussi rapidement que possible, ou encore le fait, pour un employeur et les représentants de la commission d'indemnisation des accidentés du travail, de rester en contact avec la personne visée et ses médecins pendant son absence du travail, semblent également jouer un rôle important selon différents auteurs. Le fait de fournir continuellement aux praticiens des lignes directrices et des directives à jour en vue d'améliorer leurs pratiques semble avoir, du moins en théorie, un impact favorable sur leur capacité à prévenir l'incapacité prolongée. Le fait de les informer des résultats associés à diverses conditions d'application pourrait rehausser leur capacité à adapter leurs pratiques à des contextes de mise en œuvre précis. Quatrièmement, l'amélioration de la

collaboration et de la communication entre les principaux acteurs et intervenants pourrait renforcer la coordination des actions visant à prévenir l'incapacité prolongée. De fait, la coordination des actions des intervenants clés semble essentielle pour accroître l'efficacité des interventions multidisciplinaires précoces visant à prévenir l'incapacité prolongée. Cinquièmement, le fait de fournir des renseignements adéquats non seulement aux travailleurs blessés, mais aussi aux multiples acteurs et intervenants impliqués dans le processus de réadaptation et de RAT, et de les sensibiliser aux répercussions humaines et sociales de l'incapacité prolongée semble aussi être essentiel pour assurer un RAT durable des travailleurs blessés indemnisés pour TMSOP.

Les conclusions de cette revue de la littérature renseignent les décideurs, les intervenants et les praticiens actifs dans le domaine des interventions en matière de prévention de l'incapacité au travail sur les principaux thèmes et les tendances actuelles en ce qui concerne la recherche sur les interventions visant à assurer une réadaptation fructueuse et un RAT durable des travailleurs indemnisés pour TMSOP. De plus, en identifiant des stratégies susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée, cette revue fournit aux décideurs, aux intervenants et aux praticiens concernés quelques pistes d'action possibles. Enfin, cette revue met en évidence certaines réflexions essentielles à l'élaboration de programmes d'intervention à même d'atteindre de nombreux employés et de promouvoir des résultats positifs pour tous les travailleurs – surtout pour ceux qui en ont le plus besoin.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
RÉSUMÉ	III
SOMMAIRE EXÉCUTIF	V
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	XIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XIV
GLOSSAIRE	XV
1. CONTEXTE	1
1.1 Cadre conceptuel	1
1.1.1 Définition de l'incapacité	2
1.1.2 Modèles d'étude de l'incapacité au travail.....	3
1.1.3 Interventions en matière d'incapacité au travail.....	4
1.2 Cadre méthodologique	7
1.2.1 Potentiel des différents types de revues de la littérature.....	7
1.2.2 Revues de la littérature antérieures et contemporaines.....	8
1.2.3 Raison d'être et originalité de la présente revue.....	9
2. BUTS ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	11
3. MÉTHODOLOGIE	13
3.1 Approche globale	13
3.2 Stratégie de recherche	14
3.3 Sélection des articles	15
3.3.1 Procédure	15
3.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
3.3.3 Évaluation de la qualité.....	16
3.4 Collecte des données	16
3.5 Analyses	16
3.6 Bibliographie sélective	17

3.7	Liste de liens et documents utiles aux praticiens.....	18
4.	RÉSULTATS.....	19
4.1	Description de la littérature	19
4.1.1	Revue de la littérature.....	19
4.1.2	Articles théoriques	19
4.1.3	Études.....	20
4.2	Thèmes et tendances	23
4.2.1	Objectifs	23
4.2.2	Détenteurs d'enjeux	25
4.2.3	Domaines d'application.....	28
4.2.4	Perspectives de recherche	30
4.3	Modalités d'intervention	32
4.3.1	Programmes	32
4.3.2	Politiques.....	36
4.4.3	Stratégies.....	38
4.4.4	Lignes directrices axées sur l'amélioration des interventions.....	42
4.4.5	Futures recherches	46
5.	DISCUSSION.....	49
5.1	Forces et limitations.....	49
5.2	Thèmes et tendances	50
5.3	Stratégies.....	52
5.4	Recherches ultérieures.....	54
	CONCLUSION	56
	BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE.....	58
	ANNEXES.....	78
	ANNEXE 1	79
	STRATÉGIE DE RECHERCHE UTILISÉE PAR LE BIBLIOTHÉCAIRE SPÉCIALISTE POUR TROUVER LES RÉFÉRENCES PERTINENTES	79
	ANNEXE 2	81

DÉFINITIONS DES CATÉGORIES ET DES CLASSES UTILISÉES DANS LES ANALYSES DE CATÉGORISATION	81
ANNEXE 3	82
LIENS ET RÉFÉRENCES AUX DOCUMENTS PERTINENTS ET PRATIQUES	82
ANNEXE 4	85
PRINCIPALES QUESTIONS ABORDÉES DANS LES REVUES DE LA LITTÉRATURE	85
ANNEXE 5	88
PRINCIPALES QUESTIONS ABORDÉES DANS LES ARTICLES THÉORIQUES	88
ANNEXE 6	90
RÉPARTITION DES ARTICLES PAR REVUE SCIENTIFIQUE ET PAR ANNÉE DE PUBLICATION	90
ANNEXE 7	92
PRÉDICTEURS, FACTEURS ET DÉTERMINANTS DE L'INCAPACITÉ AU TRAVAIL	92
ANNEXE 8	99
SOMMAIRE DES ARTICLES CONSACRÉS À L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES	99
ANNEXE 9	107
SOMMAIRE DES ARTICLES CONSACRÉS À L'ÉVALUATION DES POLITIQUES ET DES STRATÉGIES	107
ANNEXE 10	112
SOMMAIRE DES ARTICLES CONSACRÉS À L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS CLINIQUES	112

ANNEXE 11	116
SOMMAIRE DES ARTICLES METTANT L'ACCENT SUR LES POINTS DE VUE, LES EXPÉRIENCES ET LES PERCEPTIONS DES ACTEURS	116
ANNEXE 12	123
SOMMAIRE DES ARTICLES COMPARANT LES SYSTÈMES D'INDEMNISATION, LES COMPÉTENCES RÉGIONALES ET LES PAYS.....	123
ANNEXE 13	126
SOMMAIRE DES ARTICLES CONSACRÉS À L'ÉVALUATION DE L'IMPACT DU STATUT D'INDEMNISATION OU DU TYPE D'ASSURANCE SUR L'INCAPACITÉ ET LES RÉSULTATS RELATIFS AU RAT.....	126
ANNEXE 14	132
SOMMAIRE DES ARTICLES METTANT L'ACCENT SUR LE DÉVELOPPEMENT OU LA VALIDATION D'OUTILS D'ÉVALUATION	132
ANNEXE 15	136
SOMMAIRE DES ARTICLES METTANT L'ACCENT SUR LES CONSÉQUENCES DE L'INCAPACITÉ POUR LES TRAVAILLEURS BLESSÉS ET LEURS FAMILLES....	136
ANNEXE 16	140
SOMMAIRE DES ARTICLES METTANT L'ACCENT SUR LES QUESTIONS RELATIVES AU PARCOURS DES TRAVAILLEURS BLESSÉS	140

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 – Approche méthodologique globale et principaux résultats attendus.....	13
Figure 2 – Répartition des études selon le pays du premier auteur	21
Figure 3 – Répartition des études selon l'approche méthodologique	21
Figure 4 – Répartition des études selon le site de TMS.....	22
Figure 5 – Répartition des études selon le stade de la blessure TMS	22
Tableau 1 – Thèmes abordés dans les études sur les travailleurs indemnisés pour TMSOP.....	24
Tableau 2 – Répartition des études selon les détenteurs d'enjeux impliqués ou concernés	26
Tableau 3 – Thèmes selon les détenteurs d'enjeux concernés.....	27
Tableau 4 – Thèmes abordés dans les études selon les domaines d'application	29
Tableau 5 – Thèmes abordés dans les études selon les perspectives de recherche.....	31
Tableau 6 – Programmes	34
Tableau 7 – Politiques.....	37
Tableau 8 – Stratégies.....	40
Tableau 9 – Lignes directrices axées sur l'amélioration des interventions	44

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAT	Commission des accidents du travail
CIFHS	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CS	Contexte sociétal
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DL	Douleur lombaire (lombalgie)
DLC	Douleurs lombaires chroniques (lombalgie chronique)
ECC	Essais cliniques contrôlés
ECR	Essai contrôlé randomisé
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSST	Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail
MT	Milieu de travail
MTR	Microtraumatismes répétés
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDT	Perte de temps
RAT	Retour au travail
RP	Réadaptation professionnelle
SCC	Syndrome du canal carpien
SS, FSS, SSS	Soins de santé, Fournisseur de soins de santé, Système de soins de santé
T	Travailleur
T(B)DMS	Trouble (blessure) d'un membre supérieur
TMS	Trouble musculo-squelettique
TMSOP	Trouble musculo-squelettique d'origine professionnelle

GLOSSAIRE

Chronique

Cet adjectif sert à qualifier un état pathologique persistant et durable, par opposition à une maladie ou une blessure récurrente donnant lieu à des rechutes répétées entrecoupées de périodes de rémission. Le qualificatif « chronique » est généralement associé à un trouble ou une maladie d'une durée de plus de trois mois. Les taux d'incidence et de développement des maladies récurrentes ou de longue durée sont les mesures les plus couramment utilisées dans le domaine.

Déficiences

Anomalie dans la structure ou le fonctionnement d'un système organique résultant d'un processus pathogénique sous-jacent et entraînant des changements chez une personne. Les interventions ciblées en fonction du niveau de déficience comprennent l'utilisation d'équipement et l'application de mesures comportementales auprès du patient ou du dispensateur de soins afin d'accroître la capacité de fonctionnement, ou le recours à la chirurgie pour améliorer la structure.

Détenteur d'enjeux

Groupe d'individus avec des intérêts communs, directement ou indirectement impliqués dans le processus d'intervention et dont la participation et le support sont cruciaux à la réalisation d'un objectif commun. Les principaux détenteurs d'enjeux en prévention de l'incapacité sont représentés par des acteurs en provenance des cinq systèmes différents: le système de santé, le système d'indemnisation, l'entreprise et les milieux de travail et le travailleur lui-même. Chacun de ces groupes peut contenir des décideurs et des intervenants, des praticiens et des professionnels ou d'autres acteurs intervenant dans le processus de réadaptation et de retour au travail (conseillère, agent d'indemnisation, superviseur, infirmière, responsable des ressources humaines etc.).

Gestion de cas

Processus concerté qui consiste à étudier, planifier, mettre en œuvre, coordonner, surveiller et évaluer les options et les services nécessaires pour répondre aux besoins d'une personne en matière de santé. Le responsable d'un cas fait appel à la communication et aux ressources disponibles pour favoriser l'obtention de résultats de qualité au meilleur coût possible. Dans le domaine de la réadaptation, la gestion de cas relève d'une approche orientée-but qui vise à garder les employés au travail et à faciliter un RAT précoce.

Handicap

Désavantage résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite une personne ou l'empêche de remplir un rôle normal dans la société, modifiant dès lors son mode de fonctionnement sur le plan social. Les interventions ciblées en fonction d'un handicap visent à rehausser le fonctionnement social de la personne sur le plan qualitatif et quantitatif en élargissant son répertoire comportemental et en augmentant ses occasions d'interaction sociale, notamment en assurant son transport.

Incapacité

Impossibilité partielle ou totale d'accomplir une activité de façon normale en raison d'une déficience qui modifie le comportement d'une personne ou sa manière d'interagir avec l'environnement. L'incapacité peut ou non résulter de l'activité en question en milieu de travail. Les interventions ciblées en fonction du niveau d'incapacité comprennent la rééducation professionnelle axée sur l'atteinte de l'objectif de RAT en faisant appel à de nouvelles méthodes de travail (inclusion faite de nouveaux équipements), ou en modifiant l'environnement physique ou personnel du travailleur. Beaucoup de personnes handicapées sont aptes au travail, et les emplois qu'elles peuvent occuper varient selon les capacités et les limitations de chacune. Seule la personne elle-même, en collaboration avec un professionnel de la santé, peut décider des tâches qu'elle est en mesure d'accomplir.

Incapacité prolongée

Une incapacité est généralement évaluée sur la base de critères tels que la gravité et la durée. Alors qu'une incapacité « grave » signifie qu'une personne est incapable d'exercer régulièrement un emploi lucratif, une incapacité « prolongée » signifie qu'une personne sera dans l'incapacité de retourner au travail au cours des 12 mois à venir, ou qu'elle est susceptible d'entraîner la mort.

Intervenant

Personne ou groupe de personnes concerné par l'atteinte des objectifs d'un projet ou directement impliqué dans la poursuite des objectifs en question, et dont la participation et le soutien sont essentiels à la réussite du projet. Dans le cadre du processus de réadaptation et de RAT, les intervenants sont le travailleur blessé, le milieu de travail, le système de soins de santé, la commission d'indemnisation des accidentés du travail et la société.

Intervention

Acte d'intervenir, d'interagir et d'agir en tant qu'intermédiaire, dans le but de modifier un résultat. En médecine, une intervention vise généralement à favoriser le traitement ou la guérison d'une maladie. Divers types d'intervention (p. ex. prise en charge médicale, physiothérapie, ergothérapie, évaluation ergonomique, conditionnement au travail / réentraînement à l'effort, programmes d'éducation) visent à assister une personne aux différents stades de son incapacité et à l'aider à surmonter les difficultés qu'elle éprouve dans ses activités courantes, y compris au travail.

Prévention

Niveau d'intervention visant à aider les travailleurs à se prémunir contre les TMSOP, à favoriser la restauration d'une fonction et à permettre le recouvrement de la capacité de retourner au travail.

Programme

Ensemble des interventions axée sur un ou plusieurs résultats qui réunissent les services concertés, dans le cadre des équipes interdisciplinaires, afin de mesurer l'ampleur des incapacités, d'améliorer le fonctionnement des personnes en proie à la douleur et de favoriser une utilisation appropriée des systèmes et services de soins de santé. Les

programmes consistent en un ensemble d'interventions variées et sont généralement offerts à l'issue des traitements, mais ils peuvent aussi, dans certaines circonstances, être offerts parallèlement aux traitements.

Réadaptation

Processus de restauration des aptitudes ou des capacités fonctionnelles d'une personne visant à lui faire retrouver un maximum d'autosuffisance et à lui permettre de fonctionner normalement ou de façon aussi normale que possible. La réadaptation se fait au moyen d'interventions médicales, physiques, psychiatriques, psychologiques, sociales, éducatives, professionnelles, économiques et financières pratiquées par un large éventail de personnes. Les intervenants en question devraient comprendre la personne elle-même, et ne pas en exclure les membres de sa famille, ses pairs, ses éducateurs, ses collègues de travail, ses employeurs et des aidants professionnels dûment formés.

Réadaptation professionnelle

Intervention ciblée visant à aider une personne à exercer un travail et à rester au travail. Ce terme a plusieurs synonymes, dont « rééducation professionnelle ».

Récidive

Épisode d'incapacité au travail ou de soins médicaux qui surviennent après une première blessure suivie d'une apparente guérison.

Retour au travail - processus

Ensemble de mesures liées à la mise en œuvre d'une intervention interdisciplinaire de réadaptation au travail effectuée dans un but de réinsertion dans le milieu de travail, avant ou après le retour physique au travail.

Retour au travail - résultat

Mesure du taux de remise d'une incapacité associé à la reprise d'une activité productive à la suite d'une intervention précise ou d'une étude pronostique.

Stade d'évolution d'une blessure

Les TMSOP se développent habituellement suivant quatre grandes étapes. Au premier stade, la douleur apparaît dans un groupe musculaire ou articulaire lorsqu'on travaille de façon essentiellement continue ou répétitive dans une position donnée pendant une longue période. Au deuxième stade, la douleur commence à apparaître peu de temps après le début de l'activité, et elle persiste après que l'activité ait cessé, de façon souvent plus notable au repos. Au troisième stade, la douleur apparaît peu de temps après le début de l'activité et persiste longtemps après que l'activité ait cessé, au point de commencer à entraver les activités quotidiennes. Au quatrième stade, la douleur est constante et invalidante. Les trois premiers stades peuvent être gérés et traités avec succès par l'évaluation et l'ajustement du travail, par divers protocoles de traitement spécialisés, des programmes d'exercices, etc. Au quatrième stade, par contre, la guérison s'avère très difficile et peut demander beaucoup de temps ou n'offrir que peu de possibilités de reprendre la même charge de travail.

Stade de guérison d'une blessure

On dénombre trois grands stades de guérison à la suite d'une blessure provoquant des douleurs dorsales ou cervicales : douleur aiguë (survient au moment de la blessure et subsiste jusqu'à 4 jours), douleur subaiguë (survient entre le 4^e et le 21^e jour après la blessure) et douleur chronique (commence au-delà du 21^e jour après la blessure et peut se poursuivre pendant un temps plus ou moins long). Divers types de traitement ou d'intervention peuvent être appliqués à chacun des stades de manière à prévenir une incapacité prolongée ou permanente.

Stratégie

Plan d'action conçu pour atteindre un objectif particulier. Dans le cadre de la prévention de l'incapacité au travail, la stratégie se distingue du programme en ce que le programme touche la nature même des éléments inclus dans l'intervention, tandis que la stratégie porte sur la façon dont les différents éléments sont mis en place et sur la pertinence de l'examen des différentes conditions réunies pour atteindre l'objectif visé.

Traitement

Intervention relevant des soins de santé – traitement, chirurgie, procédure ou technique.

Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle (TMSOP)

Ensemble d'atteintes douloureuses des tissus mous (c.-à-d. muscles, tendons et nerfs) survenant lorsqu'il y a inadéquation entre les exigences physiques de l'emploi et les capacités physiques du corps humain. Les facteurs de risque précisément associés aux TMSOP comprennent entre autres les mouvements répétitifs, le soulèvement d'objets lourds, les efforts violents, les pressions de contact, les vibrations et les postures contraignantes. Les dorsalgies, la tendinite, le syndrome du défilé thoracobrahial, le syndrome de la tension cervicale et le syndrome du canal carpien sont des exemples de TMSOP qui surviennent en milieu de travail.

1. CONTEXTE

Malgré l'étendue des recherches effectuées au cours des deux dernières décennies, les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle (TMSOP) demeurent une importante cause d'incapacité chez les travailleurs du monde entier. Les TMSOP comptent parmi les problèmes professionnels les plus coûteux; ils provoquent de grandes souffrances humaines et ils représentent un lourd fardeau économique pour les employeurs, les milieux de travail, les travailleurs et la société. Des statistiques récentes révèlent qu'aux É.-U., les travailleurs perdent plus de 647 000 jours de travail en raison de TMSOP, ce qui représente 34 % de tous les jours de travail perdus pour cause de blessure ou de maladie. Les TMSOP coûtent aux employeurs des É.-U. entre 15 et 20 milliards \$ par année en frais d'indemnisation. En outre, les coûts indirects liés aux TMSOP peuvent atteindre de 45 à 60 milliards \$. Au Québec, les TMSOP comptaient pour 42 % des demandes d'indemnités pour temps perdu, et pour 50 % des jours de travail avec de perte de temps entre 2001 et 2005. L'indemnisation et la réadaptation des travailleurs souffrant de TMSOP coûtent 3,3 milliards \$ à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et 12 milliards \$ aux employeurs de la province, en coûts directs et indirects (Duguay et al., 2008).

Un nombre sans cesse croissant de jours de travail sont perdus par un faible pourcentage de travailleurs qui restent absents du travail en raison d'une incapacité prolongée. Bien que ces travailleurs ne représentent que 3,8 % de l'ensemble des cas de blessures professionnelles, ils comptent pour près de 38 % des indemnités versées. En ce qui concerne le siège des blessures, les traumatismes médullaires constituent la principale pathologie nécessitant une réadaptation, comptant pour 32,6 % des cas, suivis des blessures aux membres supérieurs, comptant pour 22,8 % des cas. En fait, après un congé de maladie dû à une blessure musculo-squelettique, la plupart des gens retournent rapidement au travail et se portent bien. Cependant, une proportion faible mais significative de travailleurs – environ 10 % – restent absents du travail pendant de longues périodes de temps, voire de façon permanente, et engendrent des coûts démesurés (Nachemson et Jonsson, 2000, Waddell et al., 2002). Comme l'ont récemment souligné Schultz et Gatchel (2005) : « Seule une minorité d'individus qui subissent un traumatisme ou une blessure se retrouvent aux prises avec un problème chronique, mais ils contribuent de façon disproportionnée à la hausse des coûts des soins de santé, des coûts d'indemnisation et des frais de litige, de même qu'aux pertes de productivité. » Les conséquences d'une absence du travail pendant une longue période de temps sont de taille pour le milieu de travail (baisse de productivité, de rentabilité, de qualité et de motivation), pour le travailleur touché (douleur, souffrance, gain de poids, perte de forme physique, morbidité et mortalité accrues, isolement et dépression), de même que pour la collectivité (augmentation des coûts financiers et répercussions sur la perception que la collectivité a d'elle-même).

1.1 Cadre conceptuel

Les deux dernières décennies ont vu se multiplier les concepts dans le domaine de l'incapacité, et cette tendance a eu un impact direct sur les modèles de classification des personnes handicapées ainsi que sur les modèles d'intervention en matière de réadaptation et de retour au travail. Il ressort des recherches continues des deux dernières décennies que la plupart des efforts

d'intervention en matière de réadaptation et de RAT n'ont donné que des résultats limités en ce qui concerne la prévention des incapacités prolongées.

1.1.1 Définition de l'incapacité

Diverses définitions ont été utilisées pour améliorer les modèles théoriques et opérationnels destinés à soutenir l'intégration des personnes handicapées dans la société. Les premiers modèles, qui tenaient l'invalidité pour le résultat d'une déficience, la définissaient comme une capacité restreinte ou une incapacité à accomplir une activité de façon normale ou dans les limites tenues pour normales pour un être humain. L'*Americans with Disabilities Act* (1990) définit l'incapacité comme « une déficience physique ou mentale qui limite considérablement une ou plusieurs activités vitales importantes »¹. Comme l'a par la suite expliqué Nagi dans son modèle², l'incapacité n'est pas inhérente à la personne, mais plutôt fonction de l'interaction de l'individu avec l'environnement. Dans son modèle, l'environnement comprend l'environnement naturel, l'environnement construit, la culture, le système économique, le système politique et les facteurs psychologiques.

La compréhension de la notion d'incapacité est alors passée d'une signification associée à la maladie, à l'affection et à la déficience à une autre associée plutôt à la présence de limitations fonctionnelles et autres obstacles à la participation au travail issus de ces facteurs. En 1991, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a adopté la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIFHS), qui est un système de classification biopsychosocial du fonctionnement au niveau du corps ou d'une partie du corps, de la personne dans son ensemble, et de la personne dans son ensemble dans le contexte social³. Ce système fournit un cadre de référence commun en ce qui a trait à la description des conséquences de diverses affections et à la compréhension des dimensions de la santé et du fonctionnement. La Société canadienne et le Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) ont sensiblement contribué à l'élargissement des connaissances en clarifiant la relation entre la personne handicapée et l'environnement, de même que la compréhension du processus de formation du handicap (Fougeyrollas, 1995, 1991). Cette approche conceptuelle permet en effet d'actualiser la compréhension des notions de « handicap » et de « fonctionnement », le handicap étant désormais considéré non seulement comme étant la conséquence d'une affection, mais aussi comme pouvant être déterminé par l'environnement physique, les services disponibles dans la société, ainsi que les attitudes et les lois, qui sont autant de facteurs environnementaux à cet égard. La CIFHS est particulièrement pertinente pour les sciences de la réadaptation, du fait que les problèmes de santé des personnes qui requièrent des services de réadaptation sont généralement chroniques, et que les déficiences qui en découlent ne peuvent être corrigées. L'axe central du cadre de référence est le fonctionnement,

¹ <http://www.ada.gov/pubs/adastatute08.htm>

² Tiré de « *Disability Concepts Revisited: Implications for Prevention* » par S.Z. Nagi, tel que présenté par l'Institute of Medicine dans son rapport de 1991 (*Disability in America: Toward A National Agenda for Prevention* par A.M. Pope et A.R. Tarlov [Éd.], 1991, Washington, DC : National Academy Press).

³ <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

qui englobe les fonctions organiques, les structures corporelles, l'activité, les composantes de la participation, les mesures de résultats utilisées en réadaptation clinique et la recherche.

Un grand nombre de pays ont adopté ce cadre de référence, et sa pertinence pour les secteurs professionnels de la réadaptation et de la santé publique est reconnue dans les pays avancés. Néanmoins, le soutien à l'intégration des personnes handicapées dans la société reste une tâche difficile, et les gouvernements utilisent encore leurs propres modèles pour déterminer l'admissibilité aux programmes de prestations d'invalidité et collecter des données sur le terrain. Comme l'ont suggéré Waddell et al. (2002), une certaine confusion ressort des modèles en usage, en ce qu'aucun d'eux n'a de capacité explicative. En outre, bon nombre des principes utilisés pour déterminer l'admissibilité aux programmes de prestations d'incapacité sont dérivés de cas de personnes souffrant de lourds handicaps à vie (cécité, confinement à un fauteuil roulant, etc.), alors que ces personnes ne représentent qu'une minorité des personnes handicapées. La réadaptation et la réintégration dans la société des personnes atteintes de formes plus courantes de maladie et d'incapacité, comme les dorsalgies ou les troubles musculo-squelettiques, doivent également être considérées, car ces personnes suscitent des problèmes complètement différents en matière de services, plus particulièrement en ce qui concerne les soins de réadaptation et le soutien au RAT.

1.1.2 Modèles d'étude de l'incapacité au travail

Les chercheurs ont déployé des efforts considérables pour élaborer des modèles conceptuels efficaces en matière d'incapacité au travail. Le succès mitigé de l'approche biomédicale traditionnelle, mettant l'accent sur une vision de la douleur chronique et de l'incapacité fondée sur la maladie, et préconisant essentiellement des traitements axés sur l'identification et l'éradication de la cause des symptômes, a conduit à l'élaboration de modèles biopsychosociaux. D'ailleurs, en ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques, le modèle conceptuel dominant actuellement utilisé pour expliquer et traiter l'incapacité au travail est le modèle biopsychosocial (Gatchel, 2004, Verbrugge et Jette, 1994, Feuerstein, 1991) qui s'éloigne des causes anatomiques susceptibles d'être corrigées pour se tourner vers des déterminants et des systèmes plus complexes à l'intérieur desquels les détenteurs d'enjeux et leurs interactions ainsi que le rôle du contexte et de l'individu sont mis de l'avant (Loisel et al., 2005). Le modèle biopsychosocial intègre des facteurs économiques, sociaux, physiques et environnementaux au processus d'établissement de l'incapacité et au processus d'intervention, tout en soulignant la relation entre les environnements physique et social de l'incapacité au travail, et l'importance des facteurs externes qui influent sur le développement de l'incapacité de travail.

La recherche a mis en lumière le fait que l'incapacité est due non seulement à des traits personnels du patient (physiques et psychologiques), mais aussi à son environnement – le milieu de travail, le système d'indemnisation et même le système de prestation des soins de santé (Durand et al., 2002, Loisel et al., 2001). Le paradigme du traitement de la maladie a été remplacé par un paradigme de prévention de l'incapacité au travail faisant appel à une approche de la gestion de l'incapacité fondée sur la rassurance du patient et une intervention en lien avec le milieu de travail (Loisel, 2005, Durand et al., 2002, Loisel et al., 2001). Un tel modèle de gestion des cas d'incapacité, à même d'encourager les cliniciens, les employeurs, les syndicats et les assureurs – de même que les chercheurs dans le domaine – à travailler ensemble sous l'angle du

paradigme de l'incapacité, semble être la meilleure façon d'éviter une évolution indue vers la chronicité (Loisel et al., 2001). Toutefois, la prévention de l'incapacité au travail demeure un problème complexe. La prolifération des nouveaux concepts, la diversité des contextes d'application et les multiples intérêts des détenteurs d'enjeux impliqués dans les processus d'indemnisation, de réadaptation et de RAT constituent autant de pierres d'achoppement pour les chercheurs et les décideurs. De nombreuses questions subsistent quant aux meilleures modalités et stratégies d'intervention pour prévenir l'incapacité prolongée et assurer un RAT durable.

1.1.3 Interventions en matière d'incapacité au travail

Interventions en matière de réadaptation

Le domaine de la réadaptation est vaste, et l'étendue de la littérature sur le sujet est difficile à gérer en raison de l'absence de consensus quant aux définitions (Waddell et Burton, 2004, Livneh et Livneh, 1989). Dans le *Webster's New World Medical Dictionary* (2008), la réadaptation est définie comme le processus de restauration des compétences nécessaires, chez une personne qui a souffert d'une maladie ou d'une blessure, pour retrouver un maximum d'autonomie et pour fonctionner d'une manière normale ou aussi près de la normale que possible. La réadaptation au travail implique en outre la restauration de la capacité à exercer une activité productive (Hanson et al., 2006). Selon ce point de vue, les notions de réadaptation au travail et de réadaptation professionnelle sont souvent interchangeables. Les interventions en matière de réadaptation au travail font appel à des techniques multidimensionnelles pour favoriser la restauration fonctionnelle, le maintien au travail, le retour au travail ou la réinsertion dans le milieu de travail des employés souffrant de blessures ou de maladies qui les ont amenés à s'absenter du travail, et les techniques en question sont déployées par des experts provenant de diverses disciplines.

Au cours des deux dernières décennies, de nombreuses études ont été publiées en vue d'améliorer les interventions cliniques axées sur la réadaptation des travailleurs atteints de TMSOP. Les études portent souvent sur des travailleurs avec une incapacité due à une lombalgie, et beaucoup se concentrent sur un stade précis de la blessure (c.-à-d. aiguë, subaiguë ou chronique). Seules quelques-unes d'entre elles abordent l'ensemble des troubles musculo-squelettiques, portent sur un trouble spécifique (p. ex. le syndrome du canal carpien ou le coup de fouet cervical) ou s'intéressent aux trajectoires de l'incapacité. Les interventions sont généralement axées sur un groupe d'acteurs particulier (p. ex. les médecins généralistes, les fournisseurs de soins de santé, les superviseurs ou les infirmières), sur un domaine d'intervention précis (p. ex. les soins de réadaptation, la réadaptation professionnelle ou le milieu de travail), sur une perspective de recherche spécifique (le pronostic, les coûts d'incapacité, la formation ou l'information du public), ou encore sur une activité ou une industrie en particulier (p. ex. les utilisateurs d'ordinateur ou le secteur des soins infirmiers).

Interventions en matière de RAT

D'innombrables études ont démontré qu'un retour au travail dès que possible après la guérison complète d'une blessure ou d'une maladie est dans l'intérêt de tous. Une première tentative d'envergure visant à fournir des données rigoureuses sur les résultats des efforts de RAT a été

entreprise au milieu des années 1990. Cette étude en trois volets portait sur les interventions aiguës liées aux cas de lombalgie (Scheer et al., 1995), sur les dorsalgies d'origine discale (Scheer et al., 1996) de même que sur les interventions subaiguës et chroniques (Scheer et al., 1997). Les auteurs ont observé que peu d'études de qualité étaient disponibles à l'époque, et que l'efficacité de la plupart des traitements et des procédures alors couramment en usage demeurait incertaine. Les résultats relatifs au RAT étaient encore moins susceptibles d'être mis en lumière, et la connaissance du fait que la faible minorité des affections chroniques comptait pour la plus grande partie des coûts d'intervention n'avait pas encore suscité l'élaboration de stratégies de gestion efficaces.

Rowlingson et Berthoud (1996) ont déjà souligné que la capacité physique ou mentale à accomplir certaines tâches ne représente qu'un aspect de l'obtention et de la conservation d'un emploi. La capacité ou l'incapacité au travail dépend d'interactions complexes entre l'état de santé et la capacité physique d'un travailleur, les exigences ergonomiques de l'emploi et les facteurs psychosociaux en cause. Par ailleurs, les facteurs qui influent sur l'arrêt de travail peuvent différer de ceux qui influent sur la durée de l'absence du travail, de même que de ceux qui influent sur le retour au travail. Le processus associé au fait de tomber malade et de devenir handicapé s'opère probablement de façon insidieuse et inconsciente. Le processus de guérison et de retour au travail peut s'avérer complètement différent, et ne pas constituer un simple renversement du processus à l'origine de l'arrêt de travail. Le RAT dépend notamment du marché du travail et des conditions économiques, il reflète l'état de la relation employeur-employé, et il peut être influencé par des approches stratégiques, y compris des mesures d'aide à l'entreprise et des programmes de gestion des incapacités en milieu de travail visant à réduire l'absentéisme pour cause de maladie. Les cultures d'entreprise, les philosophies et les stratégies concernant la maladie et l'incapacité ne sont pas bien documentées, alors qu'elles sont susceptibles d'avoir une incidence majeure sur les taux de RAT (Waddell et al., 2002). En effet, comme l'ont souligné Waddell et al. (2002), les systèmes de sécurité sociale et d'indemnisation peuvent modifier le comportement des travailleurs malades et handicapés de même que celui de leurs employeurs, tout comme ils peuvent influencer sur l'éventualité, pour les travailleurs concernés, de conserver ou de quitter leur emploi. Les indemnités de maladie réglementaires ou négociées peuvent favoriser le maintien de la relation employeur-travailleur, et les coûts afférents peuvent inciter les employeurs à soutenir le RAT. Les enjeux liés aux niveaux de remplacement des salaires, aux pièges inhérents aux indemnités, à la possibilité de RAT avec des prestations partielles, à l'évaluation de type « tout ou rien » de l'incapacité au travail et à la présomption que les indemnités sont permanentes peuvent tous influencer sur les chances de retourner au travail et de conserver ou de quitter un emploi. L'incertitude et l'appréhension (aussi bien chez le travailleur que chez l'employeur) constituent également des obstacles au RAT compte tenu de la dépendance à la capacité de composer avec l'incapacité de réaliser certains travaux et avec les personnes avec des incapacités.

Le processus de réinsertion d'un travailleur s'étant absenté à cause de son incapacité à réaliser son travail habituel présente de nombreux défis pour les employés, les employeurs, les fournisseurs de soins de santé et les assureurs (Waddell et al., 2002, Loisel et al., 2005). Il existe maintenant de nombreux programmes d'intervention novateurs et expérimentaux, quoique l'évaluation de leur mise en œuvre et de leurs résultats à long terme fournisse peu de preuves concluantes de leur efficacité. On reconnaît de plus en plus la nécessité d'adapter le milieu de

travail dans une mesure raisonnable pour répondre aux besoins des individus et les aider à surmonter leurs handicaps (Waddell et al., 2002). De fait, la gestion du RAT présuppose que les entreprises assument le contrôle et la responsabilité de la prévention, du suivi des interventions précoces, et de la réinsertion des travailleurs handicapés ou blessés.

Prévention de l'incapacité prolongée

La prévention de l'incapacité prolongée constitue une préoccupation majeure pour tous les détenteurs d'enjeux impliqués dans la gestion des cas d'incapacité pour cause de TMSOP, car il a été observé qu'après avoir été absente du travail et obtenu des prestations à long terme pour une période allant au-delà de 6 à 12 mois, une personne a très peu de chances de retourner au travail (Spitzer et Walter, 1986). Il y a encore très peu de preuves selon lesquelles un système donné peut efficacement prévenir ou enrayer ce phénomène (Waddell et al., 2002).

Trois niveaux d'intervention différents sont pris en compte dans la recherche sur la prévention de l'incapacité (Frank et al., 1996). Le niveau de prévention primaire consiste à empêcher le développement de la maladie avant qu'elle n'entraîne une incapacité. La prévention secondaire, aussi appelée « dépistage », vise à identifier et à détecter la maladie dès ses premiers stades. Les interventions en prévention secondaire comprennent la prévention des complications, des récurrences ou des aggravations d'une maladie déjà diagnostiquée. Une étude canadienne a examiné les données sur la prévention secondaire de la perte de travail après l'apparition d'une lombalgie d'origine professionnelle (Frank et al., 1996). Les auteurs ont conclu, en s'appuyant sur des preuves solides, que les employeurs qui proposent rapidement des tâches raisonnablement modifiées peuvent réduire d'au moins 30 % le temps perdu par épisode de lombalgie. En outre, ils ont constaté que de plus en plus de preuves indiquent qu'une intervention subaiguë entre 3 et 12 semaines après une blessure a le potentiel de réduire le temps de travail perdu de 30 % à 50 %. Bien que ces observations ne soient pas directement exprimées sous forme d'analyses coûts-avantages, elles montrent clairement que ce type d'intervention permet des économies substantielles. La prévention tertiaire comprend la prévention de la progression de la maladie et, en ce qu'elle s'adresse généralement à des personnes déjà atteintes d'incapacités, tout effort visant à réduire l'incapacité qui en découle, de même que la restauration fonctionnelle. De plus, elle tend à améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de diverses maladies en limitant les complications et les incapacités qui en résultent, en réduisant la gravité de la maladie, en ralentissant la progression de la maladie et en offrant des mesures de réadaptation (thérapies axées sur la restauration fonctionnelle et l'autonomie).

La récente réorientation des efforts d'intervention de la prévention tertiaire vers la prévention secondaire, aussi bien dans le domaine des soins de santé qu'en milieu de travail, offre une excellente occasion d'intégrer les plus récentes connaissances sur la prévention de l'incapacité dans une approche systémique mettant l'accent sur les obstacles à une guérison complète (Main et al., 2005).

1.2 Cadre méthodologique

1.2.1 Potentiel des différents types de revues de la littérature

Pour les décideurs et les praticiens impliqués dans la prévention des incapacités professionnelles prolongées dues aux TMSOP, il s'avère difficile de rester au fait des recherches pertinentes et utiles. Dans le domaine de la prévention de l'incapacité au travail comme dans celui des soins de santé, les revues de la littérature sont précieuses en ce qu'elles fournissent aux décideurs et aux praticiens les meilleures données factuelles à jour de même que des pistes stratégiques. Cela dit, il convient de distinguer les revues systématiques des revues narratives quant à leur rôle dans le processus décisionnel.

Les revues systématiques appliquent des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et évaluer les recherches pertinentes afin de répondre à des questions clairement formulées et de fournir aux praticiens et aux décideurs les meilleures données probantes actuelles. Les meilleures données probantes actuelles consistent en renseignements à jour tirés d'études pertinentes et valides sur les effets de différentes formes de soins de santé, sur les dangers possibles de l'exposition à des agents particuliers, sur l'exactitude des tests diagnostiques et sur le pouvoir prédictif des facteurs pronostiques⁴. Les revues systématiques et les méta-analyses, comme celles qu'on trouve dans la base de données Cochrane, fournissent les meilleures données disponibles sur les interventions en soins de santé et examinent les éléments de preuve à l'appui ou à l'encontre de l'efficacité et de la pertinence des interventions (médication, chirurgie, éducation, etc.) selon des circonstances particulières. Les revues systématiques aident à identifier les interventions qui fonctionnent et celles qui ne fonctionnent pas, voire celles qui sont même nuisibles, en comparant les résultats d'essais contrôlés randomisés semblables. Des méthodes statistiques quantitatives (p. ex. méta-analyse) peuvent ou non être employées pour analyser et résumer les résultats des études prises en compte⁵. Les revues systématiques évaluent en outre les essais, et combinent ceux qui sont de qualité et sans biais pour en dégager des résultats statistiquement fiables et facilement applicables dans d'autres contextes. La valeur des résultats fournis par les revues systématiques repose sur leur méthodologie explicite et rigoureuse. La nature même d'une revue systématique exige qu'elle se concentre sur les points communs entre différentes études, au détriment des caractéristiques exclusives de chaque étude, et ceci limite la mesure dans laquelle des éléments de preuve concernant une composante spécifique peuvent fournir des réponses définitives. Par ailleurs, les revues systématiques portent souvent que sur des essais contrôlés randomisés (ECR) ou des essais cliniques contrôlés (ECC). Les ECR présentent assurément une grande valeur pour ce qui est de savoir si un traitement ou une intervention spécifique a globalement produit ou non les résultats attendus, et ils sont très utiles aux praticiens au moment de prendre des décisions en matière de soins de santé. Les besoins vont toutefois bien au-delà sur le plan des interventions, car de telles études ne fournissent qu'une petite partie des pistes que la recherche peut offrir en ce

⁴ Premier atelier annuel des pays nordiques sur l'analyse critique et l'utilisation des preuves dans les décisions concernant les soins de santé, Institut national de santé publique, Oslo, Norvège, 1996.

⁵ Higgins JPT, Green S, éditeurs. Lexique des termes utilisés dans la Collaboration Cochrane. Manuel Cochrane pour les revues systématiques des interventions en santé (*Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5*) [mis à jour en mai 2005]. <http://www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm> (consulté le 30 août 2006).

qui concerne les pratiques en santé. Les ECR sont sans doute puissants et impressionnants en soi, mais ils doivent être complétés par d'autres types de connaissances, notamment par celles qui émanent des recherches qualitatives (Grypdonck, 2006).

À l'opposé, les revues narratives sont le plus souvent non ciblées, et elles décrivent généralement tous les aspects d'un sujet donné : l'affection, l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et les effets d'une variété de traitements. Les revues narratives sont généralement tenues pour ratisser large, et soulèvent des critiques en ce qu'elles peuvent fonder leurs recommandations sur les seules études que leurs auteurs veulent porter à l'attention du lecteur plutôt que sur l'ensemble de la littérature. Cela dit, bien que les revues narratives ne soient vraisemblablement pas les sources les plus fiables de données probantes à même d'éclairer les prises de décisions cliniques, elles ont une utilité certaine dès lors qu'elles fournissent des renseignements contextuels sur des thèmes et des tendances en matière de recherche et d'intervention à divers points dans le temps, ou du fait qu'elles mettent en lumière certaines indications quant aux facteurs et aux conditions qui sous-tendent des résultats d'intervention positifs ou qui expliquent au contraire pourquoi des travailleurs demeurent absents. À titre d'exemple, la recherche qualitative peut favoriser la compréhension de processus tels que l'adoption ou l'autogestion d'un régime thérapeutique, et par conséquent servir de fondement à l'élaboration d'interventions axées sur les facteurs en cause dans de telles situations (Grypdonck, 2006). D'autre part, la recherche qualitative peut fournir des explications et permettre une meilleure compréhension des facteurs nécessaires à l'application adéquate et sécuritaire des résultats observés, généralement par l'expression de relations entre les variables, ou de relations de cause à effet. Une combinaison des approches systématiques et narratives dans une même revue de la littérature semble constituer une façon prometteuse de fournir aux praticiens et aux chercheurs des données pertinentes à utiliser dans le processus décisionnel (Grypdonck, 2006).

1.2.2 Revues de la littérature antérieures et contemporaines

Au cours des deux dernières décennies, de nombreuses revues systématiques de la littérature et un certain nombre de revues narratives ont été publiées dans le but d'éclairer le processus décisionnel des praticiens et décideurs par des données factuelles sur les meilleures formes d'intervention en matière de réadaptation et de RAT chez les travailleurs atteints de TMSOP. De récentes revues systématiques, dont certaines figurent dans la base de données Cochrane, examinent l'efficacité de différentes interventions afin de fournir aux praticiens et aux décideurs des lignes directrices pertinentes et appropriées, fondées sur des données probantes, en ce qui concerne les pratiques dans les domaines de la réadaptation et du RAT (Arnau et al., 2006, Breen et al., 2006, Staal et al., 2003, Verhagen et al., 2003, Koes et al., 2001, van Tulder et al., 2004, Verbeek, 2001, Côté et al., 2001, Guzman et al., 2001, Karjalainen et al., 2000, 2001, Waddell et Burton, 2001, Heymans et al., 2005, Schönstein et al., 2003). La Collaboration Cochrane a récemment produit des revues systématiques sur la réadaptation biopsychosociale multidisciplinaire relativement aux cas de lombalgie subaiguë et chronique (Guzman et al., 2001, Karjalainen et al., 2001, Karjalainen et al., 2005). Les auteurs rapportent que la réadaptation biopsychosociale multidisciplinaire intensive assortie d'une approche de restauration fonctionnelle favorise le soulagement de la douleur et l'amélioration des capacités fonctionnelles (Guzman et al., 2001). En ce qui concerne les microtraumatismes répétés de même que les douleurs à l'épaule et au cou, les auteurs concluent que les preuves disponibles sont insuffisantes

pour en tirer un verdict (Karjalainen et al., 2000, Karjalainen et al., 2005). Les programmes de conditionnement physique intensif en lien avec le travail et comportant une composante d'intervention cognitivo-comportementale semblent réduire efficacement le nombre de jours de maladie chez certains travailleurs atteints de dorsalgie chronique de même que chez les travailleurs souffrant de douleurs dorsales et cervicales (Schönstein et al., 2003). Un examen de l'efficacité des écoles du dos pour les lombalgies aspécifiques (Heymans et al., 2005) suggère qu'en contexte de travail, à court et à moyen terme, ces écoles réduisent la douleur et améliorent les capacités fonctionnelles ainsi que les perspectives de RAT des patients souffrant de lombalgie chronique et récurrente par rapport aux exercices, aux manipulations, à la thérapie myofasciale, aux conseils, à l'utilisation d'un placebo ou aux sujets témoins se trouvant sur une liste d'attente. Cependant, la nature controversée des résultats d'évaluation de l'efficacité des différents programmes et types d'interventions, la description incomplète des caractéristiques des participants aux études, et l'absence d'explications concernant le processus et les stratégies de mise en œuvre des différents programmes et types d'interventions, rendent leur application dangereuse dans la pratique. De plus, seules quelques-unes des revues élargissent la question à l'application de telles interventions dans le domaine de l'incapacité prolongée et auprès des populations de travailleurs indemnisés.

Bien que les auteurs reconnaissent généralement la diversité des champs de répercussion potentiels à long terme de l'incapacité au travail, ils ne décrivent et n'évaluent que rarement ou sommairement les stratégies de prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs atteints de TMSOP. Les stratégies mentionnées demeurent concentrées sur une approche clinique de l'intervention (McCarthy et al., 2007, Cates et al., 2006, Hagberg, 2005, Koes et al., 2001) ou sur l'évaluation critique de la mesure des résultats (Walsh et al., 2008, McCarthy et al., 2007, Gross et al., 2006), et elles sont rarement spécifiques aux interventions en milieu de travail axées sur le RAT (van Oostrom et al., 2009, Franche et al., 2007). Certaines autres revues mettent l'accent sur des lignes directrices d'ordre clinique et en matière de santé et sécurité au travail afin de fournir aux détenteurs d'enjeux, des renseignements utiles sur la mise en œuvre fructueuse des meilleures pratiques, ou de réviser les politiques ou la conception des études conformément au paradigme de prévention de l'incapacité au travail (Loisel et al., 2005, Schultz et Gatchel, 2005, van Tulder et al., 2004, Staal et al., 2003, Waddel et Burton, 2001). Cependant, les intervenants, y compris les professionnels en santé et sécurité au travail, les consultants en ergonomie et d'autres acteurs intervenant dans les domaines de la médecine, de la réadaptation et du RAT, continuent d'avoir du mal à prendre des décisions éclairées. Ils ont tout particulièrement besoin de revues de la littérature fournissant des synthèses de qualité (Loisel et al., 2005) des meilleures pratiques et stratégies, assorties d'une compréhension plus approfondie du contexte et des conditions de mise en œuvre, et de spécifications plus détaillées permettant de situer une intervention sur le continuum d'aiguë à chronique de l'incapacité.

1.2.3 Raison d'être et originalité de la présente revue

Comme mentionné précédemment, au cours des deux dernières décennies, de nombreuses études ont décrit et évalué les interventions axées sur les travailleurs atteints de TMSOP. Cependant, seules quelques-unes reposaient sur le paradigme de l'incapacité au travail, lequel met directement l'accent sur l'incapacité en soi (plutôt que de l'aborder sous l'angle médical), en cherche les causes et explore des solutions au niveau tant de la personne que de son

environnement. Plus récemment, plusieurs revues et méta-analyses systématiques de la littérature ont été publiées dans le but d'orienter le processus décisionnel en fournissant des données factuelles sur les meilleures formes d'intervention. Néanmoins, très peu d'études abordent la question de la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. La prolifération sans fin des concepts dans le domaine de l'incapacité au travail, la diversité des interventions et des contextes de mise en œuvre ainsi que la multiplicité des intérêts et des points de vue des détenteurs d'enjeux impliqués dans le processus d'intervention ajoutent à la complexité des défis à relever, par les chercheurs, mais aussi par les gestionnaires et les praticiens, en ce qui a trait à la prévention de l'incapacité prolongée.

Cette revue de la littérature avait principalement pour objet de fournir aux gestionnaires et aux praticiens un aperçu des avancements en recherche contemporaine afin de mettre en lumière les principaux thèmes et les tendances récentes en ce qui concerne les modalités d'intervention visant à prévenir une incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. La première partie de la revue est consacrée à l'analyse des principaux thèmes et des tendances récentes en matière de recherche sur les interventions pour prévenir l'incapacité à partir d'un classement des articles selon leur principal objectif, leur domaine d'application, la perspective de recherche et le ou les détenteurs d'enjeux impliqués ou concernés. Cette revue de la littérature visait en outre à identifier des stratégies tenues pour favoriser la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP, et à souligner les conditions nécessaires à leur mise en œuvre fructueuse. Ainsi la deuxième partie de la revue décrit-elle les programmes, les politiques et les stratégies d'intervention qui favorisent la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP, pour ensuite fournir des lignes directrices en matière d'intervention et de recherche. Cette revue de la littérature fait appel à des méthodes aussi bien quantitatives que qualitatives. Des méthodes quantitatives ont été utilisées pour décrire les principaux thèmes et les tendances récentes en matière de recherche sur les modalités d'intervention dans les domaines de la réadaptation et du RAT des travailleurs indemnisés pour des troubles musculo-squelettiques. Des méthodes qualitatives ont été utilisées pour décrire les stratégies tenues pour susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée dans cette même population.

2. BUTS ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Cette revue de la littérature visait principalement à fournir un aperçu des principaux thèmes et des tendances récentes dans les études sur les interventions en matière d'incapacité au travail auprès des travailleurs indemnisés pour TMSOP, et à mettre en évidence les modalités d'intervention susceptibles de favoriser la prévention d'une incapacité prolongée chez ces travailleurs.

Trois objectifs particuliers ont donc été poursuivis aux fins d'analyse :

1. Décrire les travaux de recherche récents sur l'incapacité au travail et identifier les études relatives aux interventions précisément axées sur la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP.
2. Identifier les principaux thèmes et les tendances récentes dans les études sur les interventions en matière d'incapacité au travail.
3. Décrire les modalités d'intervention susceptibles de favoriser la prévention d'une incapacité prolongée et de promouvoir un RAT durable chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP.

Deux objectifs opérationnels ont en outre été retenus :

4. Compiler une bibliographie sélective destinée à fournir, aux principaux détenteurs d'enjeux, praticiens, aux as et aux nouveaux chercheurs des références utiles concernant les études pertinentes à la prévention des incapacités au travail chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP.
5. Compiler une liste de liens et de références à des documents pertinents et pratiques pour les praticiens actifs auprès des travailleurs indemnisés pour TMSOP.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Approche globale

L'approche méthodologique globalement utilisée dans cette revue de la littérature, le type d'analyses effectuées et les principaux résultats attendus sont présentés à la Figure 1.

Une recherche électronique systématique de descripteurs a été réalisée dans dix bases de données scientifiques. Les descripteurs et les mots clés recherchés dans les bases de données se rapportaient à cinq notions fondamentales : 1) l'absentéisme au travail, 2) les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle, 3) les interventions en matière d'incapacité au travail, 4) la réadaptation et le retour au travail, et 5) les questions d'indemnisation. L'application d'une procédure rigoureuse a permis la sélection de 218 références (186 articles traitant d'une ou plusieurs études révélatrices, 20 articles théoriques et 12 revues de la littérature) et une collecte systématique de données.

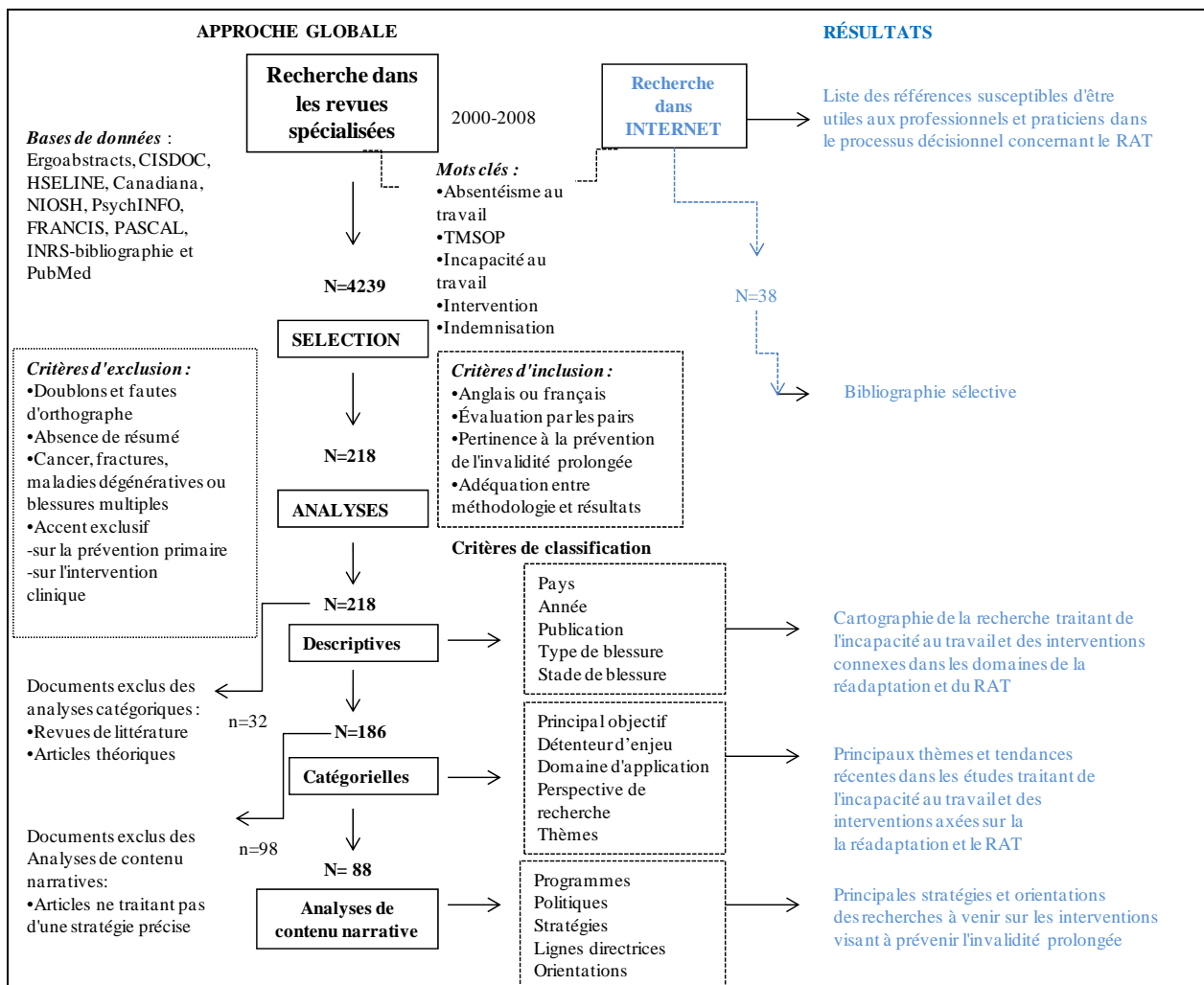


Figure 1 – Approche méthodologique globale et principaux résultats attendus

Des analyses quantitatives descriptives ont été effectuées sur tous les résumés eu égard aux objectifs particuliers énoncés à la section précédente. Aux fins de description des documents examinés, les résumés ont été classés selon le pays du premier auteur, la publication en cause ainsi que le type et le stade de TMSOP abordés. Dans un second temps, les articles traitant d'une ou plusieurs études révélatrices ont été classés selon quatre grands critères (l'objectif principal, le ou les détenteurs d'enjeux impliqués dans l'étude ou intéressés par les résultats de l'étude, la perspective de recherche et le domaine d'application) afin d'identifier les principaux thèmes et les tendances récentes dans la recherche sur les interventions en matière d'incapacité au travail axées sur la réadaptation et le RAT. Enfin, des analyses qualitatives ont été réalisées sur 88 articles (sélectionnés à partir des 186 articles portant sur des études révélatrices) qui décrivaient des éléments stratégiques d'intervention afin de relier ces derniers à différentes modalités d'intervention (programmes, politiques, stratégies, lignes directrices et besoins en recherche) et d'identifier les principales stratégies tenues pour susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP afin d'évaluer leur utilité potentielle pour les détenteurs d'enjeux, décideurs et praticiens.

Nous avons compilé une bibliographie sélective à partir des articles examinés et d'autres références récentes que nous avons consultées et en lien avec l'interprétation des résultats de notre revue de la littérature. Nous avons parallèlement effectué une recherche dans Internet afin de compiler une liste de documents et de liens à même d'aider les praticiens et les intervenants à adapter leurs pratiques dans le but de prévenir l'incapacité prolongée.

3.2 Stratégie de recherche

Une recherche électronique systématique des documents scientifiques publiés entre janvier 2000 et janvier 2008, en anglais ou en français, a été réalisée par un bibliothécaire spécialisé. La date de départ a précisément été choisie en raison de l'application présumée du paradigme de prévention de l'incapacité à compter de 2000. Différents groupes de descripteurs ont fait l'objet de recherches dans les dix bases de données interrogées – Ergoabstracts, CISDOC, HSELINE, Canadiana, NIOSH, PsychINFO, FRANCIS, PASCAL, INRS-bibliographie et PubMed – en utilisant des combinaisons de mots clés liés à cinq grands thèmes. Le premier thème comprenait des termes liés à l'absentéisme au travail pour cause de maladie. Le deuxième thème comprenait des termes liés aux troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle. Le troisième thème comprenait des termes liés à l'incapacité au travail (p. ex. invalidité, handicap, incapacité). Le quatrième thème comprenait des termes liés aux interventions axées sur la prévention de l'incapacité au travail (p. ex. réadaptation, réinsertion, réintégration, retour au travail, RAT, tâches modifiées, renforcement, kinésithérapie, réadaptation professionnelle, intervention comportementale ou psychologique). Le dernier thème comprenait des termes liés aux questions d'indemnisation. Après élimination rigoureuse des doublons et correction des fautes d'orthographe, 4239 références ont été retenues et enregistrées pour référence ultérieure dans une base de données de Reference Manager. Les détails relatifs aux recherches précises effectuées sont présentés à l'Annexe 1.

3.3 Sélection des articles

3.3.1 Procédure

Les titres et les résumés des documents de référence retenus à l'étape précédente ont ensuite été filtrés afin d'établir une sélection d'articles pertinents. Cette opération a été effectuée de façon indépendante par deux des auteurs de cette revue de la littérature (RT, IN). Tout d'abord, les titres et les résumés ont fait l'objet d'une nouvelle recherche portant sur le terme « troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle » ou un terme apparenté (p. ex. microtraumatismes répétés, *cumulative trauma disorders*, *repetitive strain injuries*, lombalgie, trouble/blessure/douleur musculo-squelettique, *musculoskeletal disorder/injury/pain*, trouble/blessure/douleur au dos/au cou/aux membres supérieurs, *back/neck/upper extremity disorder/injury/pain*, syndrome du canal carpien, *carpal tunnel syndrome*). Il en est ressorti 1210 articles traitant d'une ou plusieurs études distinctes, 116 revues de la littérature, 18 articles de conférence, 13 rapports de recherche et 5 chapitres de livres.

Dans un second temps, les résumés ont été relus dans le but d'isoler les articles qui traitaient spécifiquement d'éléments stratégiques des interventions en matière d'incapacité prolongée. Ont ainsi été écartées 793 références dont l'objet premier – la prévention primaire – n'était pas pertinent à la présente étude. Enfin, les deux examinateurs ont passé au crible les 569 références restantes de façon à ne retenir que les articles relatifs aux questions d'indemnisation ou aux populations indemnisées qui satisfaisaient aux critères d'inclusion. Ils ont pour ce faire scruté les titres et les résumés à partir de mots clés judicieusement tronqués (*indemis**, *assur**, *insur**, *compens**, *claim**). Au terme de cette opération, il restait 279 références pertinentes. Après correction des fautes d'orthographe, élimination des doublons et vérification ultime des critères d'inclusion et d'exclusion, 218 documents ont été retenus aux fins des analyses quantitatives : 186 articles traitant d'une ou plusieurs études révélatrices, 12 revues de la littérature et 20 articles théoriques. Il s'est par ailleurs avéré que 88 de ces documents décrivaient des modalités d'intervention précisément axées sur la prévention de l'incapacité prolongée, et ils ont donc été retenus aux fins des analyses qualitatives.

3.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Seuls des articles scientifiques évalués par les pairs et publiés dans des revues spécialisées ont été retenus. La langue de publication devait être l'anglais ou le français. Les articles sans résumé ont été exclus, de même que les articles traitant essentiellement des résultats d'une forme d'intervention clinique (chirurgie, traitement médicamenteux, utilisation effective de médicaments, etc.). Ont de même été exclues les études sur des diagnostics tels que les fractures, le cancer, les maladies rhumatismales et dégénératives, et les blessures multiples, qui, bien qu'ils puissent également entraîner une déficience ou un handicap et nécessiter des interventions particulières, ont des répercussions sur la santé qui diffèrent passablement de celles auxquelles on peut s'attendre dans le cas des troubles musculo-squelettiques.

Une procédure d'accord interjuges a été appliquée pour vérifier les décisions prises par les examinateurs (RT et IN) eu égard au respect des critères d'inclusion et d'exclusion. Le taux de fidélité interjuges, calculé à partir d'un échantillon aléatoire de 44 articles, se situait entre 89 % et 95 % en ce qui concerne les critères d'inclusion et d'exclusion pris en compte (incapacité, travail,

intervention, présence d'éléments stratégiques, TMSOP, indemnisation, prévention secondaire et tertiaire seulement). Les décisions finales quant au rejet ou à la rétention des articles ont été prises par consensus.

3.3.3 Évaluation de la qualité

Compte tenu de la diversité des méthodologies décrites dans les résumés des articles examinés, de la nature variable de l'information extraite et de l'éventail des résultats rapportés, il était impossible d'utiliser une seule grille pour compiler les données sur la pertinence et la qualité des études. Cela dit, les critères minimaux qui suivent en matière de pertinence et de qualité devaient être respectés pour qu'un article soit retenu aux fins d'analyse : but clairement énoncé, adéquation entre le choix de l'approche méthodologique et les objectifs poursuivis, et pertinence des objectifs à l'égard de la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. La décision de retenir ou non une étude donnée aux fins de la présente revue de la littérature reposait sur le jugement des deux examinateurs et devait être prise de façon consensuelle.

3.4 Collecte des données

Trois bases de données Excel ont été utilisées pour stocker les données tirées des résumés. La première base de données a servi à l'enregistrement des données provenant des 186 articles traitant d'une ou plusieurs études distinctes. Les deux autres bases de données ont servi à l'enregistrement des données provenant des 12 revues de la littérature et des 20 articles théoriques, respectivement. Si nous avons choisi d'utiliser trois bases de données différentes pour recueillir les données provenant de ces trois types d'articles, c'est en raison de la variété des renseignements fournis.

Après une lecture préliminaire des résumés, les examinateurs ont pu construire une grille d'extraction et de compilation systématique des différents types de renseignements pertinents à cette revue à partir des articles traitant d'une ou plusieurs études distinctes. Les catégories descriptives incluaient le titre de l'article, le nom des auteurs, l'année de publication, le pays des premiers auteurs, les objectifs énoncés dans le résumé, ainsi que le siècle et le stade des TMSOP. Les catégories d'analyse correspondaient aux quatre grands critères de classement : l'objectif principal, le ou les détenteurs d'enjeux impliqués dans l'étude ou intéressés par les résultats de l'étude, la perspective de recherche et le domaine d'application.

3.5 Analyses

Des analyses descriptives et catégorielles ont été effectuées sur les résumés afin de cartographier les articles et d'identifier les principaux thèmes et les tendances récentes en matière de recherche dans le domaine. Lorsque des éclaircissements étaient nécessaires, l'information voulue était recherchée dans les articles originaux.

Les analyses descriptives ont permis de cartographier tous les articles ($n = 218$) sélectionnés à partir de la recherche documentaire qui satisfaisaient aux critères d'inclusion en ce qui concerne leur origine (continent, pays, centre de recherche, revue spécialisée), l'année de publication, l'objectif principal ainsi que le type et le stade de trouble à l'étude. Les données extraites des

articles théoriques et des revues de la littérature ne concernaient que le pays, l'objectif premier et les principales conclusions (voir les Annexes 4 et 5). Aucune autre analyse n'a été effectuée sur ces articles. Cette décision a été prise du fait que l'information présentée dans ces articles se rapportait généralement à des études menées avant la période de référence convenue ou déjà incluses dans la présente revue.

Des analyses catégorielles ont été effectuées à partir des articles traitant d'une ou plusieurs études distinctes (n = 186) afin de dégager les principaux thèmes et les tendances récentes en matière de recherche et d'interventions visant à prévenir l'incapacité prolongée. Les articles ont été classés selon quatre critères : l'objectif principal, le ou les détenteurs d'enjeux impliqués dans l'étude ou intéressés par les résultats de l'étude, la perspective de recherche et le domaine d'application). Une technique de regroupement des données en fonction de leur similitude a été utilisée pour construire les différentes classes au sein d'une même catégorie. Chaque article a été assigné à une seule catégorie ou classe. L'Annexe 2 résume la définition des catégories et des classes utilisées pour les analyses catégorielles. Une procédure d'accord interjuges a été appliquée pour tester la concordance entre les jugements des examinateurs. La décision finale d'assigner un article à une catégorie ou une classe reposait sur un processus consensuel. Le taux de fidélité interjuges, calculé à partir d'un échantillon de 40 résumés, était d'environ 90 %.

Des analyses qualitatives ont été effectuées afin d'identifier des modalités d'intervention susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP et de promouvoir un RAT durable au sein de cette population. Après un filtrage rigoureux visant à isoler les résumés qui faisaient état d'éléments stratégiques d'intervention axés sur la prévention de l'incapacité prolongée chez ces travailleurs, des analyses narratives de contenu ont pu être réalisées sur 88 des 186 articles traitant d'une ou plusieurs études distinctes. Des programmes, des politiques, des stratégies, des lignes directrices axées sur l'amélioration des interventions et de futurs besoins en recherche rapportés par les auteurs des articles composaient les éléments stratégiques décrits. Les analyses qualitatives consistaient à extraire des passages significatifs sur les éléments stratégiques mentionnés, à les décrire et ensuite à les regrouper par modalité d'intervention. Les deux mêmes examinateurs (RT et IN) ont identifié les articles pertinents en fondant leurs décisions sur un processus consensuel reposant sur des critères préalablement définis. Le taux global de fidélité interjuges était de plus de 82 %.

3.6 Bibliographie sélective

Une bibliographie sélective a été constituée à partir des références utilisées dans la revue de la littérature et est présentée à la fin de ce rapport. Cette bibliographie est destinée à fournir aux praticiens, aux détenteurs d'enjeux et aux nouveaux chercheurs des références utiles concernant les études menées dans le domaine de la prévention de l'incapacité au travail en lien avec les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Elle comprend 186 articles scientifiques traitant d'une ou plusieurs études distinctes, 12 revues de la littérature et 20 articles théoriques. Trente-huit autres références – essentiellement des tutoriels, des chapitres de livres, des rapports et des articles scientifiques – ont été ajoutées à la bibliographie en raison de leur pertinence en ce qui a trait à la compréhension du sujet dont traite cette revue de la littérature ainsi que des résultats présentés.

3.7 Liste de liens et documents utiles aux praticiens

Parmi les 72 références initialement obtenues à partir d'une recherche dans Internet, 32 documents et liens ont été jugés compatibles avec les recherches actuelles sur la prévention de l'incapacité au travail, et susceptibles de s'avérer utiles aux praticiens actifs dans les différents domaines d'intervention visant à prévenir l'incapacité prolongée. Ces références proviennent généralement de commissions d'indemnisation et de centres de recherche du monde entier, et elles diffèrent quant à leur nature – rapports, articles destinés au grand public, lignes directrices publiées, questionnaires, etc. Une liste de ces références est présentée à l'Annexe 3, et elle vise à fournir aux praticiens des renseignements utiles pour adapter leurs pratiques à une perspective de prévention de l'incapacité prolongée.

4. RÉSULTATS

4.1 Description de la littérature

Cette section porte sur la description des études examinées dans la présente revue de la littérature. En premier lieu, des analyses descriptives ont été effectuées sur les titres et les résumés des articles retenus. Les données concernant notamment le pays du premier auteur ou son affiliation, la principale question abordée, les éditeurs, le type et le stade de blessure à l'étude ont alors été enregistrées. En second lieu, des analyses catégorielles ont été effectuées sur les 186 articles traitant d'une ou plusieurs études distinctes qui satisfaisaient aux critères d'inclusion. Les articles ont ainsi été classés selon quatre critères : l'objectif de l'article, le ou les détenteurs d'enjeux impliqués dans l'intervention ou intéressés par les résultats de l'intervention, le domaine d'application des résultats et le point de vue des chercheurs sur les moyens susceptibles d'améliorer l'intervention.

4.1.1 Revues de la littérature

La recherche documentaire a permis de trouver 12 revues de la littérature parues en provenance de 10 publications différentes. Les articles proviennent de six pays différents : les États-Unis (4), le Canada (2), la Suède (2), les Pays-Bas (2), le Royaume-Uni (1) et l'Australie (1). Les questions abordées sont très diverses : efficacité des différentes modalités d'évaluation clinique, d'intervention et de gestion dans les domaines de la réadaptation ou du RAT, facteurs pronostiques de RAT ou d'incapacité prolongée, évaluation des coûts de réadaptation et d'indemnisation et de leur impact sur l'incapacité prolongée, attribution de troubles particuliers à des causes professionnelles, performance des acteurs au chapitre des meilleures pratiques, etc. Bien que la lombalgie, aiguë ou chronique, constitue l'intérêt premier des auteurs, d'autres troubles, dont la ténosynovite, l'épicondylite et le coup de fouet cervical, ou d'autres sièges de la douleur, tels que le cou, les membres supérieurs et les épaules, ont aussi retenu leur attention. Lorsque l'objet principal de l'article est la prévention de l'incapacité prolongée, les questions sont abordées de façon plus générale, quel que soit le siège ou le type de l'incapacité. Les lecteurs intéressés trouveront à l'Annexe 4 les principales questions abordées dans ces revues de la littérature (auteurs, pays, objectif, principaux résultats ou conclusions).

4.1.2 Articles théoriques

Les vingt articles théoriques provenaient de 16 revues scientifiques différentes. Les pays des premiers auteurs sont les États-Unis (14 articles), le Canada (3 articles) et la Suisse (3 articles). Les auteurs discutent tous des résultats d'expériences nationales ou internationales d'envergure qu'ils analysent sous un angle comparatif ou du point de vue de leur reproductibilité, et ils examinent les preuves scientifiques découlant d'un domaine d'intervention particulier en mettant l'accent sur des thèmes spécifiques. Les lecteurs intéressés trouveront à l'Annexe 5 les principales questions abordées dans ces articles théoriques (auteurs, pays du premier auteur, questions).

4.1.3 Études

Les 186 résumés provenaient de 60 revues scientifiques différentes (Annexe 6). Un rapide survol des tables des matières des revues publiées au cours de la période de référence a permis de constater que le domaine de la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP ne compte que pour une très faible portion des études publiées. De fait, seulement 2 % des titres compilés pour la période à l'étude font référence à cette population.

La Figure 2 présente la répartition des articles selon le pays d'origine du premier auteur de la recherche. Comme le montre ce graphique, plus de trois articles sur quatre proviennent des États-Unis ou du Canada. Les centres de recherche les plus représentés sont ceux en provenance du Liberty Mutual Research Institute for Safety, aux États-Unis, de l'Institut de recherche sur le travail et la santé de Toronto et de l'Université de Toronto au Département des sciences de la santé publique, au Canada. Au Québec, les premiers auteurs des études recensées travaillent dans différents centres, comme le Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT), la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, le Département d'épidémiologie et de biostatistique et le Département de neurochirurgie de l'Université McGill, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), etc. Parmi les autres pays, les plus représentés dans les études recensées sont les pays scandinaves (Danemark, Finlande, Norvège, Suède), l'Australie et la Nouvelle-Zélande. La majorité des travaux de recherche ont été effectués dans plus d'un centre, et les articles résultent généralement d'une collaboration entre deux ou plusieurs auteurs. Dans l'ensemble, les articles sont également répartis à travers les années couvertes par la revue.

Comme l'indique la Figure 3, les articles recensés reposent sur des méthodologies variables. Bien que les approches quantitatives (ECR, études de contrôle, etc.) prédominent (76 %), des méthodologies qualitatives (p. ex. théorie à base empirique) (6 %) et mixtes (18 %) sont également utilisées. Plus de 30 % des études se fondent sur des données rétrospectives, alors que près de 70 % sont de nature prospective. Les études font principalement appel à l'observation, mais des études portant sur l'évaluation d'interventions cliniques sont aussi fréquemment utilisées. Les études s'appuient rarement sur des mesures objectives, et reposent le plus souvent sur des données administratives (extraites de bases de données de CAT et autres) ou subjectives (recueillies au moyen de questionnaires). Les populations visées par les études se composaient de travailleurs indemnisés pour TMSOP ou d'acteurs impliqués dans le processus de réadaptation. Les méthodes de collecte et d'analyse des données étaient variables : enquête, questionnaires conçus à des fins précises et extraction de données à partir des bases de données de différentes organisations. Les résultats d'analyse – de nature souvent quantitative et rarement qualitative – sont plus fréquemment présentés selon un modèle d'évaluation que sous un angle descriptif.

En ce qui concerne le siège des TMSOP (voir la Figure 4), les articles examinés mettent pour la plupart l'accent sur les troubles et les douleurs lombaires. Cependant, certains des articles examinés font état de résultats relatifs aux TMSOP en général, aux troubles des membres supérieurs (TDMS) et à une articulation (cou, épaule, etc.) ou à une affection précise (p. ex. syndrome du canal carpien [SCC], épicondylite). Seulement un article sur deux précise le stade de la blessure musculo-squelettique. Plus d'un article sur trois traite de problèmes chroniques – douleur, récurrence ou re-blessure – (Figure 5).

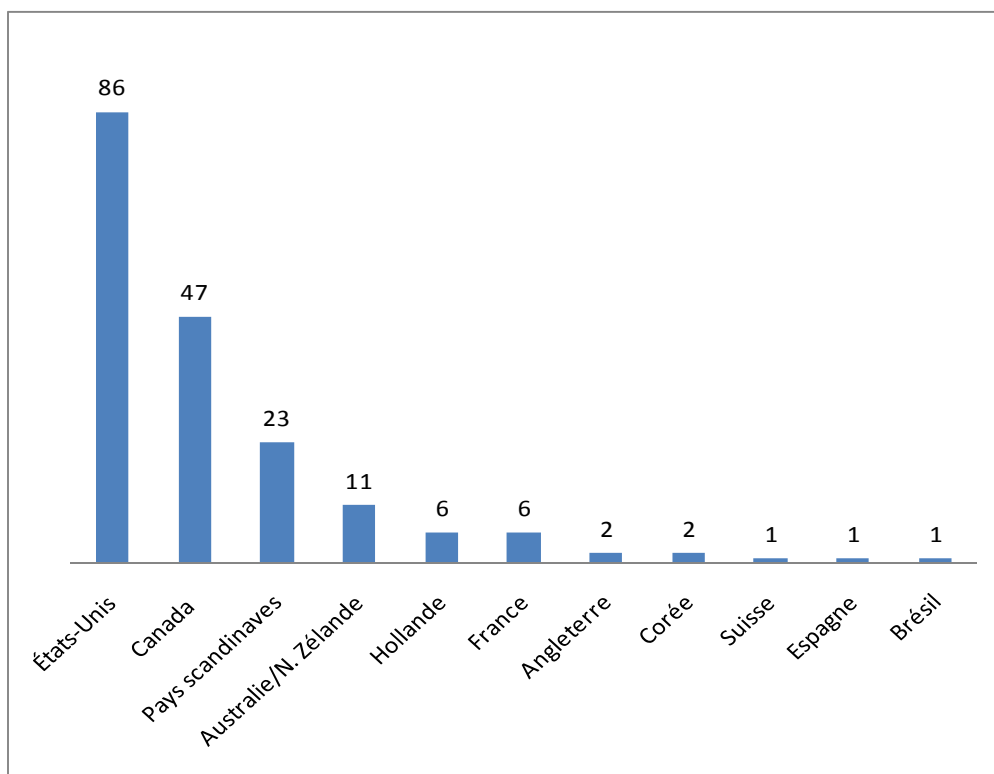


Figure 2 – Répartition des études selon le pays du premier auteur

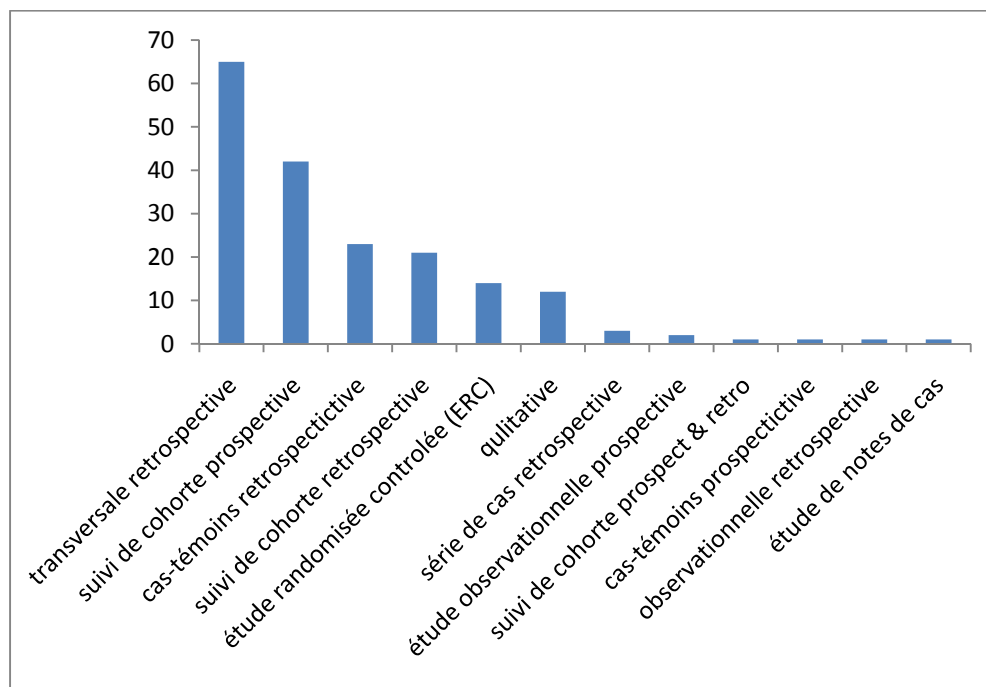


Figure 3 – Répartition des études selon l'approche méthodologique

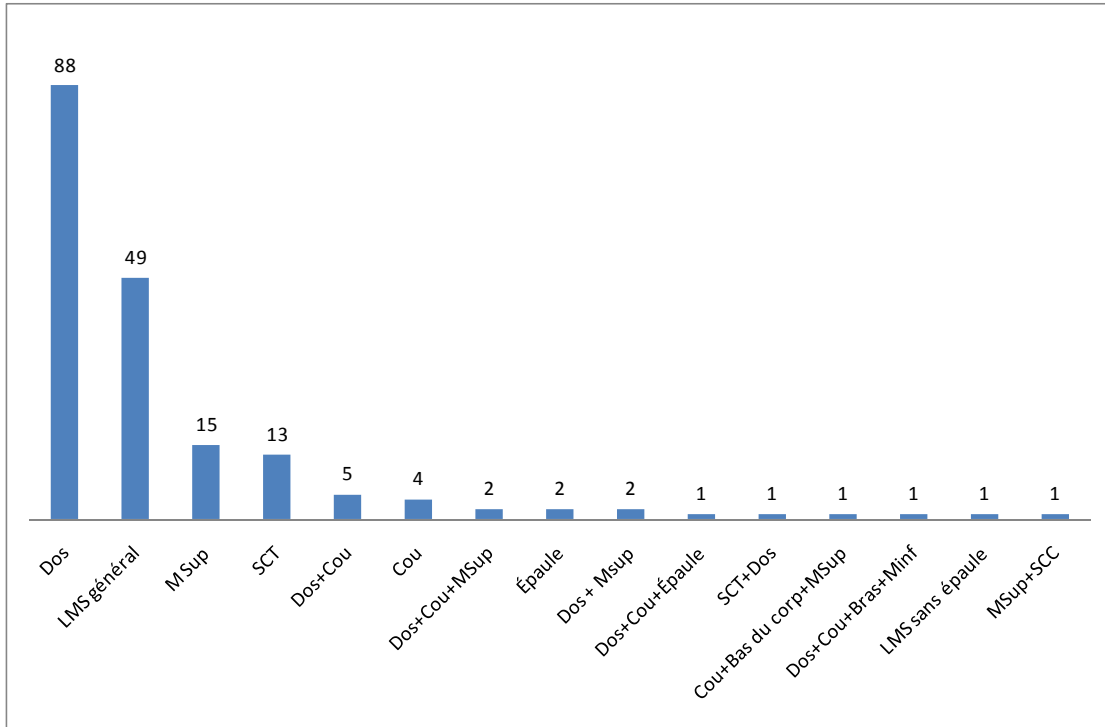


Figure 4 – Répartition des études selon le site de TMS

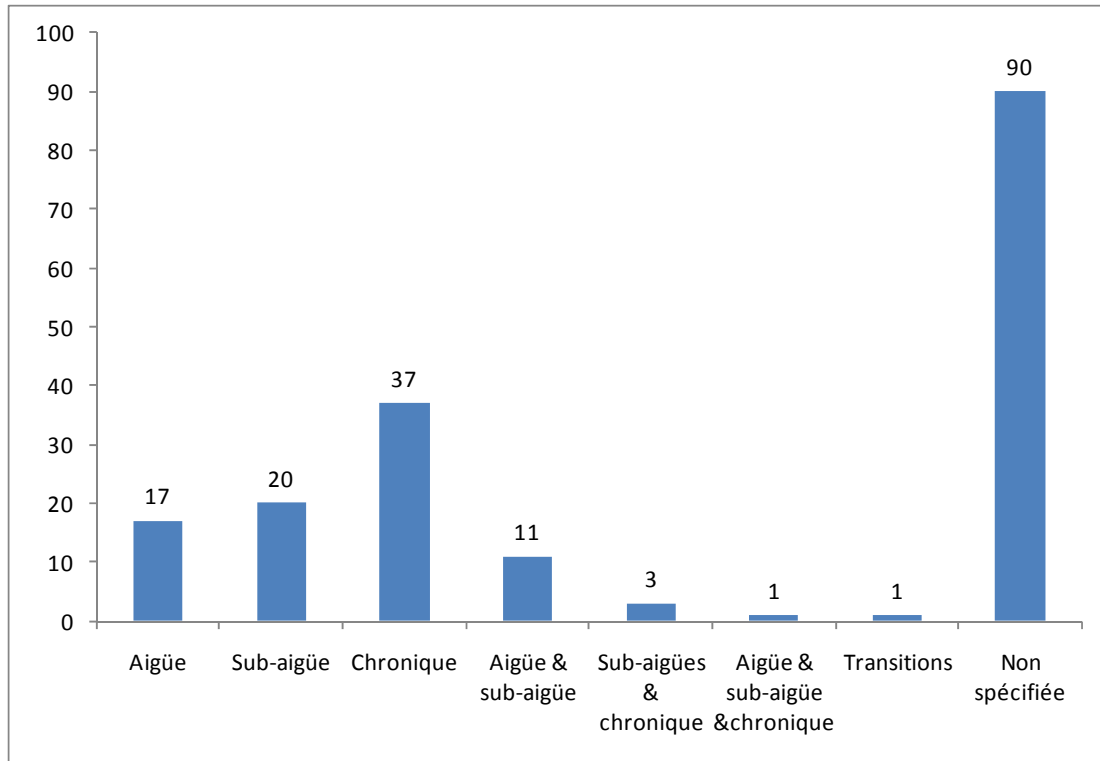


Figure 5 – Répartition des études selon le stade de la blessure TMS

4.2 Thèmes et tendances

4.2.1 Objectifs

Une fois identifiés les objectifs énoncés par les auteurs dans le résumé, les articles ont été classés, selon leur principal objectif, en 10 thèmes différents : évaluation des facteurs de risque et des déterminants connexes, évaluation de l'efficacité des programmes et des interventions, efficacité des stratégies et des politiques, efficacité des traitements et des chirurgies, description des points de vue, des expériences et des perceptions des acteurs, comparaison des résultats entre pays et type de régime d'indemnisation, impact du type et du statut d'indemnisation, développement et validation d'outils, description des conséquences de l'incapacité, description des parcours des travailleurs. Les enjeux les plus importants en lien avec les objectifs, les résultats et les conclusions tirés des énoncés des auteurs ont été résumés pour chaque thème, et sont présentés aux Annexes 7 à 16. Les articles ont ensuite été regroupés en cinq grands thèmes de recherche en matière de prévention de l'incapacité prolongée (voir le Tableau 1).

Comme le montre le Tableau 1, les études axées sur l'évaluation des facteurs de risque et des déterminants de l'incapacité sont manifestement prédominantes (66/186). Les détails relatifs aux facteurs de risque et aux déterminants de certains résultats se trouvent à l'Annexe 7. Le résultat le plus évalué est la douleur chronique ou l'incapacité prolongée qui en résulte, suivi du statut par rapport au RAT et du coût des blessures ou des demandes d'indemnisation. La majorité des études soulèvent des interrogations quant aux déterminants sociaux, démographiques et cliniques. Seuls quelques articles traitent de facteurs psychologiques, sociaux et ergonomiques en milieu de travail.

Un deuxième grand thème porte sur l'efficacité des interventions (51/186). Les détails relatifs à l'efficacité des interventions sont présentés aux Annexes 8, 9 et 10. L'évaluation de l'efficacité des programmes constitue le deuxième thème majeur dans le domaine de la prévention de l'incapacité prolongée (Annexe 8). Même si une variété de résultats sont mesurés à partir d'une évaluation de l'impact des programmes (incapacité, demande d'indemnité pour temps perdu, coût des demandes d'indemnisation, coûts directs et indirects, incidence des demandes d'indemnisation, coûts des soins de santé, frais médicaux), la majorité d'entre eux ne se rapportent qu'à une forme ou une autre d'absence-maladie, de RAT et de coûts (voir l'Annexe 9), sans s'étendre à des résultats tels que la qualité de vie. Les articles axés sur l'évaluation de l'efficacité des stratégies en milieu de travail ou de l'impact des politiques favorisent l'analyse des résultats relatifs au RAT, tandis que les études axées sur l'évaluation de l'efficacité des traitements cliniques et des chirurgies favorisent généralement divers résultats cliniques dans différentes populations (voir l'Annexe 10). Les programmes multidisciplinaires et multimodaux de même que les interventions ciblées sont des thèmes abordés sous l'angle de leur efficacité et de leur valeur en matière de prévention de l'incapacité prolongée. Les facteurs psychosociaux et ergonomiques en milieu de travail semblent être les déterminants les plus souvent associés aux processus de prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP et à l'obtention de résultats sécuritaires durables. Bien que de nombreux auteurs reconnaissent l'importance du rapport coût-efficacité dans l'évaluation des différents programmes d'intervention, très peu ont abordé cette question. Certaines études descriptives révèlent par ailleurs l'intérêt des chercheurs à l'égard de la description des processus d'intervention (facteurs contextuels, conditions de réussite de l'intervention et expériences des acteurs).

Un troisième grand thème porte sur la description des points de vue, des expériences et des perceptions des différents acteurs directement ou indirectement impliqués dans le processus d'intervention (voir l'Annexe 11). Cinquante-huit articles présentent des résultats concernant un ou plusieurs acteurs impliqués dans un processus d'intervention visant à prévenir l'incapacité au travail. La majorité de ces articles décrivent les points de vue et les expériences des praticiens impliqués dans le processus d'intervention. Les pratiques ou expériences d'acteurs les plus étudiées sont celles des médecins. Seuls quelques articles se concentrent sur le travailleur – son parcours et les conséquences de son incapacité sur sa vie personnelle ou sociale – ou sur les perceptions qui découlent de ses interactions avec les différents systèmes en cause : soins de santé, milieu de travail, indemnisation (voir les Annexes 11, 15, 16). Les parcours des travailleurs blessés et les conséquences de leur incapacité pour eux et leur famille n'intéressent la plupart des auteurs qu'en termes de coûts humains et financiers pour l'individu, la société et les différents systèmes en cause (soins de santé, milieu de travail, indemnisation).

Un quatrième grand thème porte sur les questions d'indemnisation. Les articles traitent soit de comparaisons entre compétences géographiques, entre les pays ou entre les systèmes d'indemnisation – eu égard à leur performance par rapport au problème de l'incapacité au travail (voir l'Annexe 12) –, soit de l'impact du statut d'indemnisation des travailleurs ou du type d'assurance sur les résultats obtenus en ce qui concerne la gestion des dossiers d'incapacité (voir l'Annexe 13).

Enfin, un cinquième grand thème concerne les questions de mesure dans le domaine de l'incapacité au travail et de l'état de préparation au RAT (voir l'Annexe 14). Les articles qui l'abordent traitent du développement des outils et des techniques de mesure ou d'un ou plusieurs aspects de la validité ou de la fiabilité des méthodes employées ou devant être employées par les différents cliniciens et praticiens actifs dans les domaines de la réadaptation et du RAT.

Tableau 1 – Thèmes abordés dans les études sur les travailleurs indemnisés pour TMSOP

Thème	Nombre d'articles
Évaluation des facteurs de risque et des déterminants connexes	66
Évaluation de l'efficacité de l'intervention	51
• Programme / intervention	24
• Stratégie / politique	15
• Traitement / chirurgie	12
Description des points de vue, des perceptions et des expériences des acteurs	32
• Points de vue, expériences et perceptions des acteurs	18
• Conséquences de l'incapacité sur le travailleur blessé et sa famille	9
• Parcours des travailleurs blessés	5
Questions d'indemnisation	23
• Impact du statut ou du type d'indemnisation sur les résultats	15
• Comparaison des résultats entre régions / pays / systèmes d'indemnisation	8
Questions de mesure	14
<i>Total</i>	<i>186</i>

4.2.2 Détenteurs d'enjeux

Les détenteurs d'enjeux mentionnés et les préoccupations des auteurs quant au contexte sociétal ont été pris en compte en ce qui a trait à la description des tendances qui ressortent des recherches récentes sur les interventions en matière d'incapacité au travail. Les articles ont d'abord été classés selon les principaux détenteurs d'enjeux mentionnés (Tableau 2), puis selon le principal objectif de l'étude et les détenteurs d'enjeux mentionnés (Tableau 3). Un détenteur d'enjeux est un groupe d'acteurs appartenant à un même système impliqué dans la prévention de l'incapacité.

Comme prévu, la quasi-totalité des articles traite d'une manière ou d'une autre du *système d'indemnisation des travailleurs*. De fait, 150 articles en font mention, de façon isolée ou conjointement à un ou plusieurs autres détenteurs d'enjeux, et en tant que participant direct à l'étude ou qu'éventuel utilisateur final des résultats de l'étude. Outre le système d'indemnisation, le détenteur d'enjeux le plus souvent mentionné est le système de soins de santé, soit en tant qu'détenteur d'enjeu principal ou de concert avec un autre détenteur d'enjeu. Le *système de soins de santé* est mentionné dans 96 articles, dont 83 mentionnent également d'autres détenteurs d'enjeux. En outre, la combinaison de détenteurs d'enjeux la plus fréquemment mentionnée est celle de la *commission d'indemnisation des travailleurs* et du *système de soins de santé*.

Dans les études examinées, l'implication ou la considération de plus d'un détenteur d'enjeux s'avère être une tendance actuelle. En effet, dans plus de la moitié des études examinées, deux ou plusieurs détenteurs d'enjeux sont mentionnés (100/186 articles). Cela dit, la prise en compte du contexte sociétal dans les analyses ou dans l'interprétation des résultats, constitue une autre tendance importante observée (25/186 articles). Seuls 10 articles focalisent sur le milieu de travail ou le travailleur lui-même. Cependant, 26 autres articles font mention du travailleur ou du milieu de travail en interaction avec d'autres détenteurs d'enjeux dans le processus de réadaptation et de RAT. Le pronostic constitue le principal sujet d'intérêt surtout pour la commission d'indemnisation des travailleurs et le système de soins de santé. Par ailleurs, dans le cas de ce dernier détenteur d'enjeux, l'évaluation de l'efficacité des interventions cliniques ou d'autres traitements dans différentes catégories de la population des travailleurs indemnisés semble également être un sujet digne d'attention.

Tableau 2 – Répartition des études selon les détenteurs d'enjeux impliqués ou concernés

	Nombre d'articles
Détenteur d'enjeux unique	86
commission d'indemnisation	54
commission d'indemnisation + contexte sociétal	8
système de soins de santé	13
système de soins de santé + contexte sociétal	1
milieu de travail	7
travailleur	2
travailleur + contexte sociétal	1
Deux détenteurs d'enjeux	91
commission d'indemnisation, système de soins de santé	54
commission d'indemnisation, milieu de travail	6
commission d'indemnisation, travailleur	5
système de soins de santé, milieu de travail	4
système de soins de santé, travailleur	5
milieu de travail, travailleur	2
commission d'indemnisation, système de soins de santé + contexte sociétal	13
commission d'indemnisation, milieu de travail + contexte sociétal	1
commission d'indemnisation, travailleur + contexte sociétal	1
Plusieurs détenteurs d'enjeux	9
commission d'indemnisation, système de soins de santé, milieu de travail	1
commission d'indemnisation, milieu de travail, travailleur	2
système de soins de santé, milieu de travail, travailleur	1
commission d'indemnisation, système de soins de santé, milieu de travail, travailleur	5
<i>Total</i>	<i>186</i>

Tableau 3 – Thèmes selon les détenteurs d'enjeux concernés

Détenteur d'enjeux ¹	Facteurs de risque et déterminants	Efficacité de programme/ intervention	Points de vue/ expériences/ perceptions	Efficacité de stratégie/ politique	Impact statut d'indemnisation	Problèmes de mesure	Efficacité traitement /chirurgie	Conséquences travailleur et sa famille	Comparaison entre régions / pays / SI	Parcours travailleurs blessés
CAT	30	3	3	2	7	6	-	2	-	1
SSS	4	-	2	2	-	5	2	-	-	-
MT	1	5	1	-	-	-	-	-	-	-
T	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
CAT + CS	4	-	-	1	-	1	-	1	1	-
SSS + CS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
T + CS	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
	40	8	6	5	7	12	2	6	1	1
CAT, SSS	12	10	5	4	8	2	9	3	-	2
CAT, MT	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-
CAT, T	3	-	1	-	-	-	-	-	-	1
SSS, MT	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-
SSS, T	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-
MT, T	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
CAT, SSS + CS	1	2	-	3	-	-	-	-	5	-
CAT, MT + CS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
CAT, T + CS	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	22	14	10	10	8	2	10	3	7	3
CAT, SSS, MT	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
CAT, MT, T	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SSS, MT, T	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAT, SSS, MT, T	1	1	2	-	-	-	-	-	-	1
	4	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Total	66	24	18	15	15	14	12	9	8	5

¹Chaque article a été classé sous un seul grand thème, mais il pouvait faire référence à un ou plusieurs détenteurs d'enjeux.

Légende

CAT : Commission des accidents du travail (commission d'indemnisation);
 SSS : système de soins de santé;
 MT : milieu de travail;
 T : travailleur;
 CS : contexte sociétal

4.2.3 Domaines d'application

Les domaines d'application mentionnés par les auteurs dans les résumés ont été pris en compte pour dégager des tendances dans la recherche sur l'incapacité au travail traitant des interventions axées sur les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Cinq domaines d'application ont été retenus pour classer les études : *gestion des demandes d'indemnisation; prise de décision clinique; gestion de la réadaptation; gestion des dossiers d'incapacité en milieu de travail; évaluation de l'état de préparation au RAT*. Un domaine d'application a été défini comme un secteur d'intervention ou une phase du processus d'intervention au cours de laquelle le paradigme de l'incapacité est abordé.

Le classement des articles selon leur thème principal et leur domaine d'application révèle que la majorité des études sont menées afin d'orienter la gestion des demandes d'indemnisation et la prise de décision clinique, et ce, dans le but de favoriser un meilleur pronostic des facteurs de risque et des déterminants de l'incapacité prolongée (51/186). D'ailleurs, comme l'indique le Tableau 4, les résultats découlant de la plus grande partie des études ont trait au domaine de la gestion des blessures ou des demandes d'indemnisation (70/186), plus précisément dans le but d'identifier des prédicteurs, des facteurs et des déterminants en matière de gestion des incapacités (40/70).

Dans le domaine de la prise de décision clinique, bien que les études se concentrent surtout sur les questions liées aux prédicteurs les plus fiables (42/186), elles traitent également de l'efficacité de différents traitements pour les travailleurs handicapés. De fait, plus d'une étude sur quatre dans ce domaine met l'accent sur l'établissement de la capacité d'un traitement donné à influencer sur le cours de l'incapacité.

Les articles en lien avec la gestion des dossiers d'incapacité en milieu de travail (36/186) et la gestion de la réadaptation (23/186) portent essentiellement sur l'évaluation de l'impact des différents programmes, interventions et stratégies sur les résultats obtenus en ce qui concerne la gestion des incapacités chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP (29/59). Bien que moins fréquente, la description des meilleures pratiques pour obtenir ces résultats fait également partie des thèmes courants associés à ces domaines d'application (9/59).

Le domaine de l'évaluation de l'état de préparation au RAT repose surtout sur les résultats d'études portant sur les outils disponibles, en développement ou en cours de validation pour mieux évaluer la capacité des travailleurs à réintégrer le milieu de travail (7/13).

Tableau 4 – Thèmes abordés dans les études selon les domaines d'application

Objectif	gestion des demandes d'indemnisation des blessures	prise de décision clinique	gestion des dossiers d'incapacité en milieu de travail	gestion de la réadaptation	évaluation de l'état de préparation au RAT	Total
<i>Évaluation</i>						
Facteurs de risque et déterminants	40	11	7	4	4	66
<i>Évaluation</i>						
Efficacité d'un programme ou d'une intervention	2	4	9	9	-	24
Efficacité d'une stratégie ou d'une politique	-	4	7	4	-	15
Efficacité d'un traitement	-	11	-	1	-	12
<i>Description</i>						
Points de vue/ expériences/ perceptions des acteurs	2	6	8	1	1	18
Conséquences pour les travailleurs et leur famille	6	-	3	-	-	9
Parcours des travailleurs blessés	4	-	1	-	-	5
<i>Questions d'indemnisation</i>						
Impact sur la situation au point de vue de l'assurance	10	5	-	-	-	15
Comparaison entre compétences /pays/systèmes	4	1	1	1	1	8
<i>Questions de mesure</i>						
	2	2	-	3	7	14
Total	70	44	36	23	13	186

4.2.4 Perspectives de recherche

Le point de vue des auteurs sur la façon d'améliorer les interventions a été pris en compte afin de dégager d'autres tendances dans les études sur l'incapacité au travail traitant des interventions axées sur les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Huit perspectives de recherche ont été retenues pour classer les résumés : *pronostic, lignes directrices, outils, facteurs contextuels, sensibilisation, formation/éducation, obstacles/facilitateurs, rapport coût-efficacité*. Une perspective a été définie comme l'orientation du ou des auteurs quant à l'élément ou aux éléments à prendre en considération pour améliorer les interventions en matière de réadaptation et de RAT. Le classement des articles selon la perspective de recherche et l'objectif principal est présenté dans le Tableau 5.

Bien que la majorité des études aient été réalisées dans une perspective de pronostic (66/186), avec pour objectif principal d'établir les facteurs de risque et les déterminants associés aux résultats obtenus en matière de gestion des incapacités (50/66), d'autres perspectives de recherche ont aussi fréquemment été adoptées, notamment l'établissement de lignes directrices en matière d'intervention ou des pratiques des différents acteurs concernés (45/186) et l'évaluation de l'incapacité (34/186). Cette dernière perspective est généralement associée à l'élaboration de meilleures stratégies de dépistage des travailleurs handicapés afin de mieux cibler les interventions appropriées (15/34), ou à une meilleure évaluation de l'incapacité (14/34).

Bien que moins souvent retenues, des perspectives telles que la compréhension des facteurs contextuels, la sensibilisation aux conséquences sociales et économiques de l'incapacité, et la formation des acteurs impliqués dans le processus d'intervention sont aussi adoptées par les auteurs. Ces dernières perspectives sont principalement associées à des thèmes comme l'évaluation de l'efficacité de différents types d'intervention, l'évaluation de programmes et de politiques, la description des différences entre les contextes d'intervention (rôle des acteurs, conditions, obstacles et barrières) dans différents pays, compétences régionales ou systèmes d'indemnisation, et l'amélioration des pratiques des acteurs impliqués dans le processus d'intervention.

Enfin, seules quelques études (5/186) avaient pour unique perspective l'évaluation du rapport coût-efficacité.

Tableau 5 – Thèmes abordés dans les études selon les perspectives de recherche

Objectif	Pronostic	Lignes directrices	Évaluation de l'incapacité	Facteurs contextuels	Sensibilisation	Formation/éducation	Obstacles/facilitateurs	Rapport coût-efficacité	Total
<i>Évaluation</i>									
Facteurs de risque et déterminants	50	1	15	-	-	-	-	-	66
<i>Évaluation</i>									
Efficacité d'un programme	1	14	-	-	-	6	-	3	24
Efficacité d'une stratégie ou d'une politique	1	12	-	1	-	1	-	-	15
Efficacité d'un traitement ou d'une chirurgie	2	10	-	-	-	-	-	-	12
<i>Description</i>									
Points de vue/ expériences/ perceptions des acteurs	3	8	1	-	-	1	5	-	18
Parcours des travailleurs blessés	1	1	1	-	2	-	-	-	5
Conséquences pour les travailleurs et leur famille	-	-	-	-	7	-	-	2	9
<i>Questions d'indemnisation</i>									
Comparaison entre compétences /pays/systèmes en matière d'IDT	1	2	2	3	-	-	-	-	8
Impact du statut d'indemnisation des travailleurs	7	-	1	7	-	-	-	-	15
<i>Problèmes de mesure</i>	-	-	14	-	-	-	-	-	14
Total	66	48	34	11	9	8	5	5	186

4.3 Modalités d'intervention

Des analyses descriptives ont été effectuées sur le contenu de 88 articles identifiés comme traitant de programmes, de politiques, de stratégies et de lignes directrices axées sur l'amélioration des interventions et tenus par les auteurs pour présenter des modalités d'intervention stratégiques à même de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP.

4.3.1 Programmes

Parmi les 42 articles qui décrivent, évaluent ou comparent des programmes ou des politiques, 25 font état du type d'intervention inclus dans le programme à titre d'élément stratégique visant à prévenir l'incapacité prolongée. Les programmes, les types d'intervention et l'impact potentiel des résultats obtenus sur l'incapacité prolongée sont présentés dans le Tableau 6.

Les programmes multidisciplinaires et multimodaux regroupant différentes disciplines et modalités d'intervention, telles que la réadaptation médicale à vocation professionnelle (Taylor et al., 2001), la thérapie cognitivo-comportementale et la physiothérapie (Jensen et al., 2005), l'exercice, la gestion de l'incapacité et la restauration fonctionnelle (Mayer et al., 2002, Hinter et al., 2006), la réadaptation professionnelle et clinique (Loisel et al., 2002), la pédagogie, l'autogestion, la gestion clinique et les tâches administratives (Storro et al., 2004, Taylor et al., 2001), sont associés à des effets potentiellement bénéfiques dans le cadre des interventions secondaires ou tertiaires. Huit articles font état de résultats positifs en prévention secondaire ou tertiaire : retrait du régime de prestations de maladie (Taylor et al. 2001), retour au travail des demandeurs d'indemnités (Aakvik et al., 2003), statut par rapport aux congés de maladie (Storro et al., 2004, Jensen et al., 2005), taux de récurrence, statut d'incapacité au travail, rapport coût-efficacité (Abasolo et al., 2005, Jensen et al., 2005, Loisel et al., 2002), résultats socio-économiques, intensité de la douleur, incapacité, dépression et capacité physique cumulative (Mayer et al., 2002), performances physiques et symptômes musculo-squelettiques subjectifs (Arokoski et al., 2002). Seuls deux articles font état d'un effet modéré ou nul des programmes de restauration fonctionnelle dans le cadre des interventions tertiaires (Proctor et al., 2004, McGeary et al., 2003).

Six programmes unidisciplinaires fondés sur des types d'intervention précis sont dits avoir des effets potentiellement bénéfiques en matière d'intervention secondaire ou tertiaire. Les interventions de type psychosocial (Sullivan et al., 2005), ergonomique (Anema et al., 2004) ou cognitivo-comportemental (Linton et Nordin, 2006) et les programmes de gestion fondés sur une intervention précoce à faible mobilisation (Hagen et al., 2000), avec activité physique supervisée (Heymans et al. 2007), produisent de bons résultats en matière de prévention secondaire et tertiaire. Les programmes de restauration fonctionnelle (Hunter et al., 2006) et de rééducation par l'exercice (Kenny, 2000) sont bénéfiques dans un contexte d'intervention tertiaire. Cependant, les indicateurs de résultats évalués dans les articles diffèrent : taux de RAT (Anema et al., 2004), effets sanitaires et économiques à long terme (Linton et Nordin, 2006), durée des congés de maladie (Hunter et al., 2006, Hagen et al., 2000), statut par rapport au travail (Heymans et al., 2005, Kenny, 2000), performance physique et douleurs musculo-squelettiques subjectives au dos et au cou (Hunter et al., 2006), et état psychologique (Sullivan et al., 2005, Hunter et al., 2006).

Enfin, les programmes en milieu de travail sont fréquemment signalés comme ayant produit des résultats positifs. Les programmes de gestion de l'incapacité professionnelle, portant notamment sur la gestion des incapacités musculo-squelettiques (Bunn et coll. 2006) d'origine professionnelle (Badii et al., 2006, Abasolo et al., 2005, Lemstra et Olszynski, 2003) et le RAT précoce, actif et sécuritaire (Davis et al., 2004), auraient donné de bons résultats quant à l'incidence, à la durée et aux coûts des demandes d'indemnisation pour blessures lombaires (Abasolo et al., 2005, Davis et al., 2004, Lemstra et Olszynski, 2003), aux coûts d'indemnisation et de soins de santé (Badii et al., 2006, Loisel et al., 2002), aux frais médicaux et à la productivité (Bunn et coll., 2006), ainsi qu'à l'amélioration des résultats obtenus en ce qui concerne la gestion des incapacités professionnelles de courte et longue durée (Abasolo et al., 2005). Les programmes de formation axés sur l'amélioration des compétences et des connaissances des acteurs du milieu de travail impliqués dans la gestion des incapacités sont tenus pour offrir un grand potentiel de réduction durable des nouvelles demandes d'indemnités pour temps perdu (Shaw et al., 2006). Ces programmes contribuent à susciter des changements aux pratiques et aux comportements des infirmiers ou infirmières responsables des cas d'incapacité en ce qui a trait au processus d'adaptation du lieu de travail (Lincoln et al., 2002), de même qu'à ceux des superviseurs pour ce qui est de la mesure dans laquelle ils sont susceptibles de blâmer les employés de leurs blessures, de prendre leur état au sérieux ou de décourager les travailleurs blessés de présenter une demande d'indemnisation (Pransky et al., 2001). Une étude sur les interventions contrôlées randomisées souligne en outre l'impact positif d'une intervention minimale au niveau des postes en milieu de travail sur la réduction globale des congés de maladie (Fleten et Johnsen, 2006).

Tableau 6 – Programmes

Type de programme	Description du programme et impact sur les résultats	Auteurs
<u>Programmes multidisciplinaires/multimodaux (10)</u>		
Programme de gestion de la réadaptation médicale à vocation professionnelle	Gestion de la réadaptation médicale à vocation professionnelle; effets positifs sur la performance physique de même que sur les dorsalgies et les cervicalgies musculo-squelettiques subjectives.	Arokoski et al., 2002
Traitement ambulatoire multidisciplinaire	Programme de traitement ambulatoire multidisciplinaire pour dorsalgie; effet positif sur la probabilité de quitter le régime de prestations de maladie.	Aakvik et al., 2003
Programme de réadaptation	Programme de réadaptation caractérisé par une approche cognitivo-comportementale avec autogestion, reconditionnement, réadaptation professionnelle et gestion de la douleur psychologique; impact positif sur le retour au travail des demandeurs d'indemnisés.	Taylor et al., 2001
Programme multidisciplinaire actif pour patients chroniques	Programme de réadaptation multidisciplinaire actif pour douleurs chroniques au bas du dos, au cou ou aux épaules procurant de meilleurs effets à long terme que les traitements habituels.	Storro et al., 2004
Réadaptation professionnelle et clinique pour patients avec dorsalgies subaiguës	Intervention axée sur la réadaptation professionnelle et clinique combinée sur le modèle de la gestion de la lombalgie subaiguë; avantageuse en termes de coûts pour les CAT, permet d'épargner davantage de jours de prestations que les soins habituels ou les interventions partielles.	Loisel et al., 2002
Programme de réadaptation axé sur la médecine comportementale	Programme de réadaptation axé sur la médecine comportementale, incluant la physiothérapie à vocation comportementale et la thérapie cognitivo-comportementale; effets les plus marqués chez les femmes.	Jensen et al., 2005
Réadaptation interdisciplinaire	Exercices progressifs quantitativement dirigés + approche multimodale à la gestion des incapacités; n'est pas contre-indiquée pour autant que les cas complexes puissent bénéficier d'une réadaptation interdisciplinaire.	Mayer et al., 2002
Réadaptation tertiaire en vue d'une restauration fonctionnelle chez les patients souffrant de DL persistantes	Programme de restauration fonctionnelle tertiaire; amélioration de l'état psychologique, de la douleur perçue, de l'incapacité et de la capacité au travail, réduction des absences-maladie et des besoins en restrictions de travail post-traitement, diminution des cas de retraite pour problèmes de santé et des demandes d'indemnisation.	Hunter et al., 2006
Réadaptation tertiaire multidisciplinaire/multimodale en vue d'une restauration fonctionnelle	Programme de réadaptation tertiaire en vue d'une restauration fonctionnelle combinant des exercices progressifs quantitativement dirigés et une approche multimodale à la gestion des incapacités assortie de techniques psychologiques et de gestion de cas; chez les hommes : amélioration modérée des résultats socio-économiques un an après traitement.	McGeary et al., 2003
Réadaptation en vue d'une restauration fonctionnelle	Programme de réadaptation en vue d'une restauration fonctionnelle chez les patients chroniques; 25 % des patients ont recours à d'autres services de santé après avoir terminé le programme, sous-groupe responsable d'une part importante de la perte de productivité, prestations d'incapacité ininterrompues et consommation excessive de soins de santé.	Proctor et al., 2004

Interventions unidisciplinaires (6)

Intervention psychosociale	Intervention psychosociale en prévention secondaire de l'incapacité; approche viable de gestion.	Sullivan et al., 2005
Intervention ergonomique	Intervention ergonomique : adaptation des tâches et des heures de travail; effet positif sur le taux de RAT après un congé de maladie de plus de 200 jours	Anema et al., 2004
Intervention cognitivo-comportementale	Intervention cognitivo-comportementale axée sur les dorsalgies; bienfaits sanitaires et économiques à long terme.	Linton et Nordin, 2006
Intervention précoce à faible mobilisation	Intervention précoce à faible mobilisation; réduction importante des congés de maladie chez les patients souffrant de DL.	Hagen et al., 2000
Activité physique	Programme d'activité physique supervisée; amélioration du statut par rapport au travail chez les patients souffrant de DL.	Heymans et al., 2007
Kinésithérapie	Programme de rééducation tertiaire par l'exercice; amélioration du statut par rapport au travail.	Kenny, 2000

Programmes d'intervention et de gestion des dossiers d'incapacité en milieu de travail (5)

Prévention des TMS / RAT	Programme de gestion intégré des cas d'incapacité en milieu de travail visant à réduire les BMS dans un grand hôpital; RAT accéléré des employés blessés et, par rapport à la moyenne des données historiques, réduction des coûts d'indemnisation et de soins de santé au cours de la première année.	Badii et al., 2006
Prévention des TMS / RAT	Programme visant à réduire l'absentéisme dû aux TMS, mis en œuvre dans une usine nord-américaine; RAT accéléré des employés blessés, réduction des coûts d'indemnisation et de soins de santé au cours de la première année.	Bunn et al., 2006
Prévention des TMS / RAT	Programme de RAT en toute sécurité combinant la prévention primaire et une intervention précoce sur place, mis en œuvre dans un grand hôpital urbain; réduction des pertes de temps et des paiements d'indemnités chez les professionnels de la santé (infirmiers, thérapeutes, techniciens).	Davis et al., 2004
Gestion de la santé et sécurité au travail et des dossiers d'incapacité	Approche axée sur la gestion de la santé et sécurité au travail; tenue pour être une option recommandable, par rapport aux soins courants ou à une intervention précoce, en ce qui concerne la gestion des demandes d'indemnisation pour blessure professionnelle.	Lemstra et Olszynski, 2003
Gestion de la santé et sécurité au travail et des dossiers d'incapacité	Programme de santé fondé sur l'éducation, la gestion clinique et les tâches administratives, destiné aux travailleurs atteint d'une récente incapacité; amélioration à court et à long terme des résultats en matière de gestion des incapacités en milieu de travail, rapport coût-efficacité avantageux.	Abasolo et al., 2005

Programmes de formation ou d'information à l'intention des responsables des cas d'incapacité et des acteurs en milieu de travail (4)

Infirmiers : mise en œuvre d'aménagements de travail	Programme de formation; facilitation de la mise en œuvre d'aménagements en milieu de travail, modification des comportements des responsables des cas d'incapacité en matière de pratique.	Lincoln et al., 2002
Superviseurs : attitudes	Programme de formation visant à réduire la tendance à blâmer les employés, à ne pas prendre leur état au sérieux et à décourager les travailleurs blessés de présenter une demande d'indemnisation.	Pransky et al., 2001
Superviseurs : compétences et pratiques	Atelier de formation axé sur les aptitudes à la communication et les aménagements ergonomiques propres à optimiser la réaction aux blessures; réduction des nouvelles demandes d'indemnisation et des demandes d'indemnités pour temps perdu.	Shaw et al., 2006
Informers les travailleurs blessés	Intervention au niveau des postes en milieu de travail; réduction de la durée des congés de maladie pour l'ensemble des congés de maladie d'une durée de 12 semaines ou plus.	Fleten et Johnsen, 2006

4.3.2 Politiques

Parmi les 42 articles qui décrivent, évaluent ou comparent des programmes ou des politiques, 8 traitent d'éléments stratégiques en matière de prévention de l'incapacité prolongée en lien avec la mise en œuvre de diverses politiques, ainsi que des résultats qui en découlent. Le Tableau 7 résume les données sur chaque politique, le contexte de sa mise en œuvre et les résultats rapportés.

Trois articles rapportent des résultats positifs après la mise en œuvre d'une législation précise en matière d'indemnisation (Eden et al., 2006, Becker et al., 2006, Aakvik et al., 2003). Une étude sur l'impact, en Suède, d'une nouvelle loi permettant aux bénéficiaires d'une pension d'incapacité de retourner au travail sans risquer de perdre leurs prestations (Eden et al., 2006) révèle qu'il peut être utile de poursuivre ou reprendre les efforts de réadaptation même auprès des travailleurs indemnisés depuis plusieurs années. Un article sur l'évaluation des effets de la mise en œuvre, en Norvège, d'une réforme de l'assurance sociale visant à élargir le programme de traitement ambulatoire multidisciplinaire des patients souffrant de dorsalgies fait état d'effets positifs sur la probabilité de quitter le régime de prestations de maladie (Aakvik et al., 2003). Une étude descriptive rapportant les résultats d'une initiative de réadaptation professionnelle de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), en France, recommande le maintien au travail des employés blessés souffrant de dorsalgies, tout en assurant la restauration fonctionnelle de leur dos, en faisant les aménagements nécessaires sur les lieux de leur travail, et en les aidant à gérer les peurs et les croyances liées à l'association travail-douleur (Becker et al., 2006).

Certaines observations remettent toutefois en question l'impact positif de diverses politiques – particulièrement en ce qui a trait aux lois en matière d'indemnisation et à leur contexte d'application – sur le comportement des travailleurs ou des acteurs impliqués dans leur réadaptation (McNaughton et al., 2006, Wasiak et McNeely, 2006). Les résultats d'une étude d'examen rétrospectif de notes de cas suivant la mise en œuvre d'une nouvelle politique concernant les travailleurs souffrant de dorsalgies dans le cadre d'un système d'indemnisation en 24 heures des accidents sans égard à la faute, en Nouvelle-Zélande, suggèrent que cette législation particulière risque de décourager le RAT en raison de son contexte d'application (McNaughton et al., 2006). Les auteurs rapportent que la Nouvelle-Zélande possède un système unique d'indemnisation des accidents qui incite les professionnels de la santé à classer les personnes souffrant de dorsalgies comme ayant une blessure au dos, et qui incite par ailleurs les bénéficiaires d'indemnités pour dorsalgies à continuer de réclamer des prestations plus longtemps que dans d'autres systèmes d'indemnisation. Les résultats d'une étude couvrant sept régions aux États-Unis et portant sur les différences d'utilisation et de coûts des soins chiropratiques pour dorsalgie d'origine professionnelle par rapport aux politiques d'indemnisation en vigueur soulignent la nécessité de dispositions axées sur la limitation des coûts (Wasiak et McNeely, 2006).

Trois articles décrivent les résultats obtenus après la mise en œuvre d'une politique en Norvège. La politique en question émane de l'Administration nationale des assurances de Norvège (ANAN) et vise les patients atteints de lombalgie (Scheel et al., 2002 a, b, c). Depuis son adoption en 1993, l'option « absence tout en restant actif » (ATRA) permet aux employés de toucher l'intégralité de leur salaire en retournant au travail moyennant des tâches modifiées.

L'Administration nationale des assurances (ANA) paie la totalité du salaire, ce qui permet à l'employeur d'engager un travailleur de remplacement sans coûts supplémentaires. Les auteurs rapportent que même si tous les acteurs concernés considèrent que cette politique réduit efficacement l'absentéisme à long terme tout en favorisant le RAT et en améliorant la qualité de vie des patients, les efforts visant à accroître le recours à l'ATRA ne sont vraisemblablement pas susceptibles d'entraîner une amélioration de la santé ou des avantages économiques mesurables au niveau de la population. Selon eux, « si le retour précoce au travail est effectif grâce à des tâches modifiées, sa mise en œuvre peut exiger des interventions ciblées à l'égard d'obstacles connus (manque d'information et de temps, communication déficiente et coordination des efforts entre les acteurs requis pour la mise en œuvre de la politique) ».

Tableau 7 – Politiques

Informations sur le contenu de la politique et le contexte de sa mise en œuvre	Élément stratégique	Auteurs
Réforme de l'assurance sociale en Norvège visant à promouvoir les traitements ambulatoires multidisciplinaires.	L'élargissement du programme ambulatoire multidisciplinaire pour le traitement des patients souffrant de dorsalgies a un effet positif sur la probabilité de quitter le régime de prestations de maladie.	Aakvik et al., 2003
Nouvelle législation en Suède introduisant une « pension d'incapacité de soutien » qui permet aux bénéficiaires de garder leurs prestations après RAT.	Poursuite ou reprise des efforts de réadaptation dans le but de motiver un RAT, même auprès des travailleurs indemnisés depuis plusieurs années.	Eden et al., 2006
Rééducation professionnelle des travailleurs assurés souffrant de DLC, entente avec la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), en France.	Maintien au travail des employés blessés souffrant de dorsalgies tout en assurant la restauration fonctionnelle de leur dos, en faisant les aménagements nécessaires sur les lieux de leur travail, et en les aidant à gérer leurs peurs et leurs croyances.	Becker et al., 2006
Absence tout en restant actif (ATRA) des patients souffrant de DL : option offerte par l'Administration nationale des assurances de Norvège (ANAN)	Les efforts visant à accroître le recours à l'ATRA ne sont vraisemblablement pas susceptibles d'entraîner une amélioration de la santé ou des avantages économiques mesurables au niveau de la population.	Scheel et al., 2002 a
Absence tout en restant actif (ATRA) des patients souffrant de DL : option offerte par l'Administration nationale des assurances de Norvège (ANAN)	Retour précoce au travail effectif grâce à des tâches modifiées. La mise en œuvre du RAT par le recours à l'ATRA exige des interventions ciblées à l'égard d'obstacles connus (ex. manque d'information et de temps, communication déficiente entre les acteurs).	Scheel et al., 2002 b
Absence tout en restant actif (ATRA) des patients souffrant de DL : option offerte par l'Administration nationale des assurances de Norvège (ANAN)	Une intervention proactive à l'égard des obstacles connus à la mise en œuvre de l'ATRA a permis d'accroître son utilisation. L'intervention tenait à un contact direct avec les patients et à des appels téléphoniques visant à les motiver.	Scheel et al., 2002 c
Politiques d'indemnisation des travailleurs dans sept régions géographiques des États-Unis	Les différences d'utilisation et de coûts des soins chiropratiques pour DOP soulignent la nécessité de dispositions axées sur la limitation des coûts.	Wasiak et McNeely, 2006
Indemnisation en 24 heures des accidents sans égard à la faute, en Nouvelle-Zélande	Législation susceptible de décourager le RAT.	McNaughton et al., 2006

4.4.3 Stratégies

Parmi les 58 articles dont le résumé fait explicitement mention d'une ou plusieurs stratégies, 24 font état de stratégies susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée et la gestion d'un RAT durable chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Quatre groupes de stratégies ont été identifiés dans les articles analysés : celles qui portent sur le triage ou le dépistage des travailleurs exposés à un risque d'incapacité prolongée dans le but d'orienter une intervention appropriée et efficace, celles qui visent à rehausser les compétences des principaux acteurs afin d'assurer une meilleure coordination de leurs actions et des interactions plus efficaces avec le milieu de travail, celles qui visent à fournir des lignes directrices en matière de pratiques efficaces, et celles qui visent à informer les travailleurs et le public des implications humaines, sociales et économiques de l'incapacité et des conséquences qui en découlent. Le Tableau 8 présente la description des stratégies telles que rapportées par les auteurs.

Six études infèrent que le triage et le dépistage des personnes qui présentent un risque d'incapacité prolongée constituent une stratégie efficace pour identifier d'éventuels candidats à une incapacité prolongée et pour orienter une intervention ciblée. Les prédicteurs d'une incapacité prolongée dans les nouvelles demandes d'indemnisation – premier traitement médical tardif après blessure, âge avancé, emploi dans le secteur de la construction ou en foresterie, demande d'indemnisation tardive après traitement médical, blessure au dos, emploi au sein d'une petite entreprise, sexe féminin, taux de chômage élevé, personnes à charge, etc. – sont tenus pour utiles en ce qui concerne l'identification des emplois ou des travailleurs qui présentent un risque accru d'incapacité prolongée justifiant une intervention préventive, de même que pour orienter les efforts de prévention secondaire et les interventions ciblées auprès des demandeurs à risque élevé (Stover et al., 2007, Sewitch et al., 2000). Ces prédicteurs pourraient s'avérer utiles aux acteurs impliqués dans le processus de gestion ou d'intervention en les aidant à se concentrer sur les travailleurs blessés qui requièrent une intervention plus poussée. Un petit ensemble de facteurs pronostiques pourrait en outre permettre aux médecins du travail de procéder au triage des travailleurs blessés dès le premier mois et de se concentrer sur ceux dont le RAT nécessite une aide supplémentaire (Hogg-Johnson et Cole, 2002). Une connaissance de la valeur prédictive d'indicateurs précis, comme la durée de l'affection, l'incapacité fonctionnelle, le traitement d'une hernie discale et les croyances en matière d'évitement par peur de la douleur, de la part des médecins et des physiothérapeutes (Heymans et al., 2007, Webster et al., 2007) peut améliorer la prise de décision clinique et favoriser le rétablissement du patient. En outre, certaines variables liées au travail, notamment le stress perçu ou les peurs et les croyances, semblent suffisamment importantes pour être prises en compte dans l'identification des personnes qui présentent un risque d'incapacité prolongée, surtout dans la phase subaiguë des douleurs lombaires (Soucy et al., 2006, Pransky et al., 2006). Par conséquent, la collecte de données et la prévision du risque fournissent aux gestionnaires de cas et aux praticiens, non seulement des renseignements précis sur les personnes qui requièrent une intervention, mais aussi certaines indications quant aux facteurs à prendre en compte (Pransky et al., 2006, Sewitch et al., 2000).

Dix études traitent de stratégies ciblées visant à améliorer les pratiques des acteurs intervenants dans la prévention de l'incapacité prolongée. Certains des éléments stratégiques prennent la forme de recommandations de lignes directrices concernant, en général, l'ensemble du processus de gestion de l'incapacité, ou, en particulier, un groupe d'acteurs ou le milieu de travail. La prestation de soins fondés sur des données probantes est tenue pour favoriser le maintien au

travail des patients, une réduction de la durée d'absence ou du temps passé à effectuer des tâches modifiées, de même qu'une réduction des taux de récurrence et d'incapacité prolongée. Des gains sont réalisés grâce à des interventions actives telles que des échanges verbaux francs et directs avec les patients, un RAT précoce et la mise en valeur de la capacité fonctionnelle et des aptitudes des employés (McGuirk et Bogduk, 2007, Dasinger et al., 2001). Le fait de permettre aux responsables des cas d'incapacité de jouer un rôle plus actif (Arnetz et al., 2003) et d'engager un ergonome relativement à l'adaptation du lieu de travail (Arnetz et al., 2003, Shaw et al., 2002) est tenu pour favoriser un RAT précoce fructueux et pour réduire l'absentéisme au travail. Ces stratégies consistent notamment à tenir compte des limitations fonctionnelles perçues, de l'exposition au risque ergonomique et de la gravité des symptômes (Feuerstein et al., 2003) pour améliorer les tâches modifiées proposées aux travailleurs souffrant de douleurs persistantes ou d'un handicap, à offrir un ajustement du travail (Franche et al., 2005), à identifier les facteurs qui favorisent la satisfaction des employés au travail, à stimuler la motivation des employés en reconnaissant ouvertement leur apport au milieu de travail, en permettant aux employés d'acquérir de nouvelles aptitudes et de faire de nouveaux apprentissages, et à fournir des services de physiothérapie sur place (Fisher, 2003, Sadi et al., 2007). Les politiques et procédures d'entreprise, la satisfaction au travail, les relations de travail et l'environnement de travail sont autant de facteurs liés au RAT. Il serait moins difficile de communiquer avec les employeurs en présence d'une stratégie organisationnelle explicite conçue pour apaiser les inquiétudes des médecins de famille quant à savoir si un rapport direct avec un employeur est inapproprié ou constitue une violation du secret professionnel (Russell et al., 2005).

Le troisième groupe de stratégies vise l'amélioration des pratiques et des compétences des principaux acteurs impliqués dans la gestion des cas de blessure professionnelle ou dans le processus d'intervention axé sur le retour au travail. Ces stratégies portent essentiellement sur les aptitudes à la communication (Franche et al., 2007, Kosny et al., 2006, Schönstein et al., 2002, Côté et al., 2001, Dasinger et al., 2000) ou sur des questions de collaboration (Loisel et al., 2005, Hultberg et al., 2005, 2006, Shaw et al., 2001). Par exemple, la communication entre les fournisseurs de soins de santé et le milieu de travail est tenue pour essentielle dans le cadre des interventions visant à favoriser un RAT précoce (Franche et al., 2005), et une meilleure communication entre les acteurs (chiropraticiens, médecins et commissions d'indemnisation des travailleurs) est tenue pour réduire les tensions interprofessionnelles et pour contribuer au rétablissement des travailleurs atteints de TMSOP (Côté et al., 2001). Cela dit, de façon générale, le fait d'approuver les principes thérapeutiques d'une équipe et d'avoir confiance dans son approche constitue, pour les détenteurs d'enjeux, un facteur particulièrement important dans la réussite des interventions (Loisel et al., 2005). Une collaboration cofinancée entre les prestataires de soins primaires, le régime d'assurance sociale et les services sociaux en ce qui a trait à la réadaptation des personnes atteintes de TMSOP est tenue pour produire des résultats positifs aussi bien sur le personnel que sur l'organisation (Hultberg et al., 2006).

D'autres stratégies, le plus souvent axées sur l'éducation et sur la sensibilisation du public, pourraient favoriser la collaboration entre les différents détenteurs d'enjeux et contribuer à optimiser les résultats des interventions (Shaw et al., 2001, Keogh et al., 2000). Un article traite du potentiel évident des campagnes d'information en tant que stratégie visant à changer les croyances populaires (quant au repos ou au fait de rester actif) et les attitudes (aide professionnelle demandée et conseils reçus) (Waddell et al., 2007).

Tableau 8 – Stratégies

Stratégie	Description de la stratégie considérée et évaluation de son impact en termes de résultats	Auteurs
<u>Triage/dépistage des travailleurs exposés à un risque d'incapacité prolongée dans le but d'orienter une intervention appropriée et efficace (7)</u>		
Concentration sur un petit ensemble de facteurs pronostiques	Concentration sur un petit ensemble de facteurs pronostiques pour permettre aux médecins du travail de procéder au triage des travailleurs blessés dès le premier mois et de se concentrer sur ceux dont le RAT nécessite une aide supplémentaire.	Hogg-Johnson et Cole, 2002
Connaissance de la valeur prédictive des indicateurs	Une connaissance de la valeur prédictive de certains indicateurs (durée de l'affection, incapacité fonctionnelle, traitement d'une hernie discale et croyances en matière d'évitement par peur de la douleur) de la part des médecins et des physiothérapeutes peut favoriser l'identification de sous-groupes de patients et ainsi améliorer les prises de décisions cliniques.	Heymans et al., 2007
Collecte de données et prévision du risque visant à fournir des renseignements précis et une orientation en matière d'intervention	La collecte de données et la prévision du risque par les infirmiers et les infirmières ou les responsables des cas d'incapacité fournissent des renseignements précis qui peuvent être utilisés pour identifier les personnes qui ont besoin d'une intervention, de même que certaines indications quant aux facteurs à prendre en compte.	Pransky et al., 2006
Identifier les emplois ou les travailleurs qui présentent un risque d'incapacité prolongée	Des facteurs pronostiques peuvent être utilisés pour identifier les emplois ou les travailleurs qui présentent un risque accru d'incapacité prolongée.	Stover et al., 2007
Connaissance du profil psychologique et des antécédents de DL	La connaissance du profil psychologique et des antécédents de DL des clients peut favoriser leur guérison.	Sewitch et al., 2000
Prise en compte des peurs et des croyances en tant qu'indicateurs	La prise en compte des peurs et des croyances au sujet du travail s'avère importante lorsqu'il s'agit d'identifier les personnes en phase subaiguë de DL qui risquent de développer une incapacité chronique.	Soucy et al., 2006
<u>Amélioration des compétences des principaux acteurs afin d'assurer une meilleure coordination de leurs actions (7)</u>		
Amélioration de la communication entre les détenteurs d'enjeux	Une meilleure communication entre les détenteurs d'enjeux (chiropraticiens, médecins et commissions d'indemnisation des travailleurs) réduit les tensions interprofessionnelles et favorise la guérison des patients.	Côté et al., 2001
Pratiques de communication entre physiothérapeutes et assureurs	Proposition de moyens visant à améliorer les pratiques de communication entre les physiothérapeutes et les assureurs.	Schönstein et al., 2002
Communication entre les FSS, le patient et le milieu de travail	Une communication proactive précoce entre les FSS, le patient et le milieu de travail joue un rôle actif dans le processus de RAT.	Kosny et al., 2006
Collaboration interorganisationnelle en réadaptation professionnelle	Collaboration interorganisationnelle en réadaptation professionnelle : perceptions d'une équipe de réadaptation interdisciplinaire.	Loisel et al., 2005
Collaboration cofinancée : soins primaires, assurance sociale et services sociaux	Collaboration cofinancée entre les prestataires de soins primaires, le régime d'assurance sociale et les services sociaux en ce qui a trait à la réadaptation des personnes atteintes de TMS : effets sur l'auto-évaluation de l'état de santé et la performance physique.	Hultberg et al., 2005, 2006

Éducation des employeurs et des médecins en matière d'ergonomie	L'éducation des employeurs et des médecins en matière d'ergonomie pourrait favoriser la prévention des MTRMS.	Keogh et al., 2000
Formation en résolution de problèmes liés aux aménagements ergonomiques (infirmiers ou infirmières)	Atelier visant à aider les infirmiers responsables des cas d'incapacité à identifier les facteurs de risque ergonomique, à fournir des solutions d'aménagement et à acquérir des compétences en résolution de problèmes.	Shaw et al., 2001
<u>Amélioration des pratiques des principaux acteurs et détenteurs d'enjeux (10)</u>		
Médecins : parler aux patients	Les soins fondés sur des données probantes contribuent à maintenir les patients au travail, à réduire la durée d'absence du travail ou le temps passé à effectuer des tâches modifiées, de même qu'à réduire les taux de récurrence et de chronicité. Des gains sont réalisés en parlant directement et franchement aux patients.	McGuirk et Bogduk, 2007
Médecins : prescription d'opioïdes	L'utilisation d'opioïdes dans la gestion des DL aiguës va à l'encontre du rétablissement.	Webster et al., 2007
Médecins : communication proactive et recommandation précoce de RAT	Communication proactive précoce et recommandation de RAT par le médecin dans les 3 mois suivant la blessure.	Dasinger et al., 2001
Responsables des dossiers d'assurance : concentration sur le RAT	Concentration sur le RAT et mise en valeur de la capacité fonctionnelle et des aptitudes des employés. Rôle plus proactif pour les responsables des dossiers d'assurance et intervention précoce en milieu de travail auprès des employés dont l'absentéisme est lié à des TMS.	Arnetz et al., 2003
FSS : ajustement du travail et communication avec le milieu de travail, conseils	L'ajustement du travail et une communication ciblée des FSS avec le milieu de travail sont essentiels dans le cadre des interventions visant à favoriser un RAT précoce : offre et acceptation d'ajustement du travail, conseils connexes des FSS au milieu de travail et visite d'un ergonome.	Franche et al., 2007
Milieu de travail : tâches modifiées et évaluation adéquate	Modification des tâches pour les travailleurs souffrant de TDMSOP persistants renforcée par une évaluation des limitations fonctionnelles perçues et de l'exposition au risque ergonomique.	Feuerstein et al., 2003
Milieu de travail : techniques d'adaptation à la douleur et résolution de problèmes active	Utilité des techniques d'adaptation à la douleur et de la résolution de problèmes active pour surmonter les obstacles fonctionnels et réduire l'exposition au risque ergonomique en milieu de travail.	Shaw et al., 2002
Milieu de travail : services de physiothérapie sur place	Des services de physiothérapie sur place peuvent favoriser une gestion précoce et rentable des TMSOP; réduction importante des demandes d'indemnisation.	Sadi et al., 2007
Milieu de travail : stratégie organisationnelle explicite de liaison directe entre employeurs et médecins	La communication serait améliorée si les entreprises se dotaient d'une stratégie organisationnelle explicite conçue pour apaiser les inquiétudes des médecins de famille quant à savoir si un rapport direct avec un employeur est inapproprié ou constitue une violation du secret professionnel.	Russell et al., 2005
Milieu de travail : stimuler la motivation et la satisfaction au travail	Identifier les facteurs qui favorisent la satisfaction des employés au travail, élaborer un plan destiné à rehausser la reconnaissance des employés auprès de tous les travailleurs du milieu de travail, et permettre aux employés d'acquérir de nouvelles aptitudes et de faire de nouveaux apprentissages devraient permettre de stimuler la satisfaction au travail et améliorer le RAT.	Fisher, 2003
<u>Informez les travailleurs et les acteurs des implications humaines, sociales et économiques de l'incapacité et des conséquences qui en découlent (1)</u>		
Campagne d'éducation multimédia	Campagne d'éducation multimédia à l'intention du public et des professionnels de la santé comprenant des brochures d'information pour les personnes souffrant de dorsalgies, pour tous les professionnels de la santé qui traitent les dorsalgies, ainsi que pour les employeurs, dans le but de modifier les croyances populaires concernant la gestion des dorsalgies.	Waddell et al., 2007

4.4.4 Lignes directrices axées sur l'amélioration des interventions

Vingt-trois autres articles renferment des lignes directrices axées sur l'amélioration des interventions visant à prévenir l'incapacité prolongée, sans nécessairement mettre l'accent sur la présentation ou l'évaluation d'un programme, d'une politique ou d'une stratégie en particulier (voir le Tableau 9). Ces lignes directrices ont trait à quatre principales modalités d'intervention visant à prévenir l'incapacité prolongée : la réadaptation active axée sur l'implication des acteurs clés et la collaboration avec le milieu de travail, les initiatives de formation, d'éducation ou d'information visant à améliorer les compétences, les pratiques et les attitudes des principaux acteurs et détenteurs d'enjeux, les facteurs contextuels jouant un rôle dans la mise en œuvre des interventions, et les questions méthodologiques à l'appui des interventions.

Un premier groupe de lignes directrices porte précisément sur la réadaptation active, l'implication des acteurs clés et la coopération avec le milieu de travail. La gestion active de la réadaptation consiste à miser sur le fait qu'à un certain point dans le temps, le travailleur devrait se préparer à un RAT, le moment en question étant déterminé en fonction du temps de repos prévu (Kim et al., 2005). Une prise de décision conjointe entre le médecin et le patient quant au RAT est alors essentielle à la guérison (Nicot et Nicot, 2006). Dans le cas des personnes en absence prolongée ou des travailleurs qui ont des récidives, un grand potentiel d'amélioration en milieu de travail repose sur l'implication et la collaboration des acteurs (Heijbel et al., 2005). Les organismes de soutien ont un impact sur la reprise fructueuse du travail après intervention clinique et réadaptation (Amick et al., 2004). La satisfaction des travailleurs à l'égard de la façon dont l'entreprise traite leurs demandes de prestations d'incapacité et à l'égard des fournisseurs de soins de santé joue un rôle important dans le RAT (Butler et al., 2007).

Un deuxième groupe de lignes directrices porte sur les facteurs contextuels à prendre en considération dans la mise en œuvre des interventions en matière de réadaptation et de RAT. Une meilleure intégration de la prévention, un RAT précoce et actif, les programmes de sécurité, le suivi et une plus grande attention à l'environnement socio-politique (Davis et al., 2004) constituent des éléments importants à prendre en considération dans le milieu de travail. Le succès ou l'échec des programmes de RAT pour les travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques est tenu pour dépendre de facteurs tels que la confiance, le respect, la communication et les relations de travail (Baril et al., 2003). Un grand nombre de facteurs mentionnés dans ce groupe ont trait aux questions d'indemnisation, plus particulièrement à une meilleure compréhension de la dynamique familiale contemporaine, aux obstacles à la liaison avec le milieu de travail (Russell et al., 2005) et aux déterminants de l'escalade du coût des demandes d'indemnisation des travailleurs à faible risque (Bernacki et al., 2007, DeBerard et al., 2003, Wasiak et al., 2006). Les systèmes d'indemnisation des travailleurs s'intéressent également aux politiques de paiement, et certains articles traitent des éléments nécessaires à une limitation efficace des coûts (Wasiak et al., 2006, Evans et al., 2001).

Un troisième groupe de lignes directrices porte sur les initiatives de formation, d'éducation ou d'information visant à améliorer les compétences, les pratiques et les attitudes des principaux acteurs et détenteurs d'enjeux. Ces initiatives portent notamment sur l'évaluation des besoins en information des travailleurs blessés (Hazard et al., 2000), sur la formation à la résolution de problèmes des infirmiers ou infirmières responsables des cas d'incapacité, sur la mise en valeur

des facteurs de guérison les plus saillants qui influent sur le RAT (Shaw et al., 2003), de même que sur l'éducation des employeurs, des superviseurs de première ligne et des médecins en matière d'ergonomie (Keogh et al., 2000). Les professionnels de la réadaptation pourraient être en mesure d'améliorer les pratiques de gestion de l'incapacité et les capacités d'aménagement, notamment en éduquant les employeurs (Pransky et al., 2001).

Enfin, un quatrième groupe de lignes directrices porte sur l'utilisation efficace de différentes méthodologies à l'appui des interventions visant à prévenir l'incapacité prolongée. Les méthodologies en question couvrent trois grands volets : l'identification des travailleurs exposés à un risque d'incapacité prolongée, l'évaluation de l'état de préparation au RAT, et l'évaluation des effets à long terme de l'incapacité prolongée. Le questionnaire d'Örebro sur les douleurs musculo-squelettiques (OMPQ) est tenu pour être utile en matière de dépistage de routine, à même de faciliter les prises de décisions cliniques en permettant une identification précoce des individus susceptibles d'échouer un programme, et il pourrait être utilisé dans le cadre d'interventions biopsychosociales plus poussées (Margison et French, 2007, Dunstan et al., 2005). L'auto-évaluation de l'état de santé, mesuré au moyen du questionnaire SF-36, aide aussi à identifier les patients dont le rétablissement risque d'être retardé (Hee et al., 2001). En fait, l'administration de simples mesures d'auto-évaluation des facteurs individuels, psychosociaux et du milieu de travail peut contribuer à l'identification des individus qui présentent un risque accru d'incapacité professionnelle chronique (Fransen et al., 2002), les évaluations et les interprétations subjectives des travailleurs étant tenues pour être des prédicteurs plus puissants des perspectives de guérison après blessure que les seules évaluations médicales (Hunt et al., 2002). L'échelle d'état de préparation au RAT (EPRAT) est un outil proposé dans le but de faciliter l'offre de services ciblés selon les besoins spécifiques des travailleurs aux différents stades de leur blessure, et destiné à être utilisé dans le cadre de l'évaluation des interventions axées sur le RAT (Franche et al., 2007). Enfin, l'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT), qui sert à mesurer l'atteinte des objectifs des patients et à quantifier l'impact perçu d'un trouble donné ainsi que l'écart entre l'état actuel et l'état recherché, est tenu pour offrir un degré de validité et de réactivité appréciable chez les travailleurs en congé de maladie pour cause de TMSOP. Par ailleurs, il est recommandé de l'utiliser dans le cadre de recherches futures en tant qu'instrument de mesure dont les résultats peuvent servir à évaluer les effets à plus long terme des programmes de réadaptation (Coutu et al., 2005).

Tableau 9 – Lignes directrices axées sur l'amélioration des interventions

Perspective	Directives d'intervention	Auteurs
<u>Réadaptation active, implication des principaux acteurs et détenteurs d'enjeux, et collaboration avec le milieu de travail (5)</u>		
Réadaptation active	La gestion active de la réadaptation des patients souffrant de DL d'origine professionnelle devrait miser sur le fait qu'à un certain point dans le temps, le travailleur devrait se préparer à un RAT, le moment en question étant déterminé en fonction du temps de repos prévu.	Kim et al., 2005
Implication et collaboration des principaux acteurs et détenteurs d'enjeux	Dans le cas des personnes en absence prolongée, un grand potentiel d'amélioration de la réadaptation en milieu de travail repose sur l'implication et la collaboration des acteurs existants.	Heijbel et al., 2005
	Proposer aux patients lombalgiques de partager la décision de reprise du travail malgré la douleur, non comme une sanction, mais comme un élément indispensable à la guérison.	Nicot et Nicot, 2006
	Les organismes de soutien ont un impact sur la reprise fructueuse du travail après intervention clinique et réadaptation.	Amick et al., 2004
	La satisfaction des travailleurs à l'égard de la façon dont l'entreprise traite leurs demandes de prestations d'incapacité et à l'égard des FSS joue un rôle important dans la détermination du RAT.	Butler et al., 2007
<u>Facteurs contextuels intervenant dans la mise en œuvre des interventions (7)</u>		
Environnement socio-politique	Une meilleure intégration de la prévention, davantage d'efforts de suivi et une plus grande attention à l'environnement socio-politique s'avèrent nécessaires.	Davis et al., 2004
Prise en compte des obstacles et des facilitateurs	Dans le cadre des programmes de RAT de 3 provinces canadiennes, le succès ou l'échec des interventions auprès des travailleurs blessés dépend de facteurs tels que la confiance, le respect, la communication et les relations de travail.	Baril et al., 2003
Questions d'IDT : déterminants responsables de l'escalade des coûts	Les dossiers qui présentent certaines caractéristiques (notamment le recours à un avocat et la durée des prestations visées par la demande d'indemnisation) peuvent être identifiés et traités avant qu'un petit nombre de demandes n'entraîne une flambée des coûts.	Bernacki et al., 2007
	Les patients qui ont des récurrences peuvent constituer une cible particulièrement importante en ce qui a trait aux efforts de prévention secondaire.	Wasiak et al., 2006
	L'identification de facteurs biopsychosociaux pourrait servir la cause des programmes de réduction des coûts (réduction des frais médicaux et des coûts d'indemnisation).	DeBerard et al., 2003
	Les DL liées à des antécédents discrets tels que des chutes ou des accidents de véhicule à moteur méritent d'être abordées sous l'angle d'une incapacité exceptionnellement grave.	Murphy et Courtney, 2000
Questions d'IDT : compréhension de la dynamique familiale contemporaine et des obstacles à la liaison avec le milieu de travail	Les autorités en matière d'IDT pourraient bénéficier d'une meilleure compréhension de la dynamique des pratiques actuelles en contexte familial, et tout particulièrement des obstacles à la liaison avec le milieu de travail.	Russell et al., 2005

Initiatives de formation, d'éducation, d'information visant à améliorer les compétences, les pratiques et les attitudes des acteurs et détenteurs d'enjeux (4)

Formation des infirmiers ou infirmières responsables des cas d'incapacité à la résolution de problèmes	La formation des infirmiers ou infirmières responsables des cas d'incapacité aux techniques de résolution de problèmes peut favoriser une focalisation des services de gestion de dossiers sur les facteurs de rétablissement les plus saillants qui influent sur le RAT.	Shaw et al., 2003
Besoins en information des travailleurs blessés	Les efforts visant à prévenir par l'éducation l'incapacité due aux dorsalgies devraient inclure une évaluation des besoins en information des travailleurs blessés.	Hazard et al., 2000
Éducation des employeurs et des médecins en matière d'ergonomie	L'éducation des employeurs et des médecins en matière d'ergonomie pourrait favoriser la prévention des MTRMS.	Keogh et al., 2000
Éducation des employeurs et formation des superviseurs	Les professionnels de la réadaptation pourraient être en mesure d'améliorer les pratiques de gestion de l'incapacité et les capacités d'aménagement en éduquant les employeurs, et tout particulièrement en orientant la formation vers les superviseurs de première ligne.	Pransky et al., 2001

Questions méthodologiques et d'évaluation (7)

Détection précoce des travailleurs exposés à un risque d'incapacité prolongée	Identification précoce des travailleurs accidentés qui présentent un risque d'incapacité de longue durée à l'aide du questionnaire d'Örebro sur les douleurs musculo-squelettiques (OMPQ) en guise d'outil de dépistage de routine.	Dunstan et al., 2005
	L'OMPQ peut faciliter les prises de décisions cliniques grâce à l'identification précoce des individus susceptibles d'échouer un programme de physiothérapie qui pourraient bénéficier d'une intervention biopsychosociale plus poussée.	Margison et French, 2007
	L'administration de simples mesures d'auto-évaluation des facteurs individuels, psychosociaux et du milieu de travail lors d'une demande initiale d'indemnisation pour dorsalgie en fonction des revenus peut permettre d'identifier les individus qui présentent un risque accru d'incapacité professionnelle chronique.	Fransen et al., 2002
	Le questionnaire SF-36 peut être utilisé pour identifier objectivement les patients dont le rétablissement risque d'être retardé. Les protocoles à venir devraient accorder une attention particulière à l'amélioration de la qualité de vie en lien avec la santé, surtout en ce qui a trait à l'état de santé général et à la capacité physique fonctionnelle des patients indemnisés par suite d'un traumatisme médullaire.	Hee et al., 2001
État de préparation au RAT	Les évaluations et les interprétations subjectives des travailleurs sont tenues pour être des prédicteurs plus puissants des perspectives de guérison après blessure que les seules évaluations médicales.	Hunt et al., 2002
	L'échelle d'état de préparation au RAT (EPRAT) est susceptible de faciliter l'offre de services ciblés selon les besoins spécifiques des travailleurs aux différents stades de leur blessure, et elle peut être utilisée dans le cadre de l'évaluation des interventions axées sur le RAT.	Franche et al., 2007
Évaluation des effets à long terme des programmes	L'Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT) est un instrument de mesure dont les résultats pourraient servir à l'évaluation des effets à plus long terme des programmes de réadaptation.	Coutu et al., 2005

4.4.5 Futures recherches

Vingt-cinq études traitent explicitement de besoins à aborder dans les recherches à venir afin d'atteindre les objectifs de prévention de l'incapacité prolongée. Trois enjeux font l'objet de recommandations visant à améliorer les interventions axées sur la prévention de l'incapacité prolongée : la connaissance des facteurs les plus pertinents et les plus susceptibles d'influer sur l'incapacité prolongée et le RAT, la validation des résultats obtenus dans le cadre d'études exploratoires antérieures, et le développement d'une meilleure méthodologie d'évaluation de l'incapacité.

Premièrement, la connaissance des facteurs les plus pertinents et les plus utiles à des fins pronostiques, notamment le rôle des caractéristiques du travailleur (Stover et al., 2006), les facteurs psychosociaux (Coste et al., 2004) ainsi que les croyances et les attentes envers le processus thérapeutique (Waylett-Rendall et Niemeyer, 2004), est tenue pour avoir d'importantes répercussions sur la gestion des dossiers d'incapacité et sur les interventions visant à prévenir l'incapacité prolongée. Par ailleurs, la nature de l'association entre les facteurs de gestion clinique, tels que l'utilisation des soins de santé et la détermination initiale de la durée de l'incapacité par le médecin, mériterait d'être explorée plus à fond (Mahmud et al., 2000). Les fournisseurs de services de réadaptation professionnelle doivent être conscients de l'influence que des facteurs démographiques et professionnels particuliers peuvent avoir sur les perspectives d'emploi d'un demandeur d'indemnité pour blessure au dos (Blackwell et al., 2004). Bien que la collecte de données sur les facteurs de risque soit possible et utile en contexte d'assurance, de futures études devraient explorer d'autres variables et d'autres méthodes raffinées de collecte de données afin d'obtenir des prévisions plus précises (Okurowsky et al., 2003). Il importe en outre de mieux comprendre les liens entre différents modèles de soins et les résultats obtenus auprès des patients indemnisés, de même que la façon dont ces patients se comparent à ceux qui ne sont pas indemnisés. Enfin, la compréhension des facteurs qui amènent ou non les patients à impliquer leur fournisseur de soins de santé primaires dans le processus de demande d'indemnisation semble également constituer un sujet de recherche d'intérêt majeur eu égard au traitement des dossiers d'incapacité prolongée (Atlas et al., 2004).

Deuxièmement, les résultats rapportés dans les études exploratoires antérieures en ce qui concerne les modalités d'intervention efficaces demandent à être confirmés à plus grande échelle (Loisel et al., 2002, Azoulay et al., 2005, Dasinger et al., 2001), sur des échantillons variés (Chibnall et Tait, 2005) et dans différents contextes d'intervention (Evans et al., 2001), et ce, de manière à fournir davantage de données probantes à des fins de pratique. De plus vastes échantillons devraient servir à confirmer la rentabilité à long terme d'interventions telles que le modèle de Sherbrooke en matière de gestion de la lombalgie professionnelle subaiguë, qui fonde la réadaptation sur une combinaison d'interventions en santé et sécurité au travail et d'interventions cliniques (Loisel et al., 2002). Par exemple, une étude portant sur l'utilité du questionnaire d'Örebro sur les douleurs musculo-squelettiques (OMPQ) pour prédire les résultats relatifs au RAT dans une population de travailleurs blessés susceptibles d'être indemnisés demande à être reproduite avec un plus vaste échantillon (Dunstan et al., 2005). De même, une étude comparant les patients qui ont des récurrences par rapport à ceux qui n'en ont pas doit être reproduite dans d'autres contextes afin de déterminer si les résultats obtenus sont applicables à l'ensemble de la population des travailleurs indemnisés (Evans et al., 2001). Des études

prospectives devraient en outre être menées pour confirmer l'effet d'une communication proactive entre patient et médecin sur la durée de l'incapacité (Dasinger et al., 2001). Enfin, des études longitudinales devraient être menées dans le but de déterminer plus clairement si certains aspects plus généraux de la maladie sont des aspects antécédents, coïncidents ou confusionnels des microtraumatismes répétés (Helfenstein et Feldman, 2000).

Troisièmement, certaines questions relatives aux méthodologies utilisées en matière d'interventions visant à prévenir l'incapacité prolongée nécessitent plus d'attention. L'efficacité et l'utilité de l'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF), couramment utilisée pour déterminer l'état de préparation au RAT et pour guider la prise de décision de RAT à la suite d'une blessure d'origine professionnelle, ont été fortement remises en question ces dernières années (Vent et al., 2006, Gross et al., 2006, Gross et Battie, 2005). La validité de l'ECF, notamment en ce qui concerne l'objectivité de la méthode de mesure et la redondance de l'information, doit faire l'objet de recherches ultérieures. De futures études sur l'ECF devraient examiner les effets d'un certain nombre de facteurs potentiellement influents, y compris la variabilité du jugement des évaluateurs dans différents contextes, l'interaction évaluateur-patient et les attentes des patients quant à l'influence des résultats de l'ECF sur leurs prestations d'incapacité (Asante et al., 2007, Reneman et al., 2006). Les problèmes méthodologiques liés à la mesure des résultats constituent un autre enjeu tenu par les auteurs pour nécessiter davantage de recherches (Hultberg et al., 2006, Koehorn et al., 2006, Pole et al., 2006). Les auteurs d'études à venir qui envisagent d'intégrer les jours d'absence comme variable de résultat devraient soigneusement examiner les mesures les plus appropriées à cette fin, et possiblement recueillir aussi bien des données d'auto-évaluation que des données administratives afin d'évaluer les écarts. En effet, de nombreuses études ont utilisé les jours d'absence indemnisables déclarés par l'assureur comme mesure de résultat dans le contexte des blessures ou des maladies d'origine professionnelle, car les données d'assureur sont moins coûteuses à recueillir que les données sur les jours d'absence autodéclarés. Or, des travaux antérieurs ont révélé que les données d'assureur en matière d'indemnisation sous-estiment invariablement la durée des absences par rapport aux données autodéclarées (Pole et al., 2006). De nettes différences observées entre les résultats de six bureaux locaux d'assurance nationale en Suède, concernant l'efficacité de diverses mesures de réadaptation, ont conduit les auteurs à affirmer que l'impact des facteurs sociaux et démographiques sur le processus de réadaptation nécessite un examen plus approfondi (Ahlgren et al., 2004). La cohérence des définitions et des paramètres de suivi entre les études est en outre requise pour permettre des comparaisons valables entre les bases de données administratives (Wasiak et al., 2003).

5. DISCUSSION

Cette revue de la littérature visait essentiellement à fournir un aperçu des principaux thèmes et des tendances récentes dans les études sur les interventions en matière d'incapacité au travail auprès des travailleurs indemnisés pour TMSOP, et à mettre en évidence les modalités d'intervention susceptibles de favoriser la prévention d'une incapacité prolongée chez ces travailleurs.

5.1 Forces et limitations

L'originalité de la présente revue de la littérature tient à ce qu'elle examine la littérature récente sous l'angle du paradigme de la prévention de l'incapacité au travail, et ce, suivant une méthodologie mixte, soit quantitative et qualitative. Un atout majeur de cette revue tient en effet à ce qu'elle accorde de l'importance aux variables liées, non seulement à l'efficacité des interventions, mais aussi au processus de mise en œuvre. Ces éléments sont essentiels, car ils permettent d'aborder les véritables enjeux relatifs à la facilité avec laquelle une intervention peut être mise en œuvre et à la mesure dans laquelle l'intervention est bien reçue ou non (Franche et al., 2005), ce qui permet d'orienter des stratégies efficaces et efficientes offrant un énorme potentiel de mise en œuvre fructueuse (Loisel et al., 2005).

Certaines limitations doivent également être mentionnées. Le processus de recherche et d'extraction de données limite l'interprétation des résultats au domaine de la prévention des incapacités au travail et aux travailleurs indemnisés pour des troubles musculo-squelettiques. Bien que les recherches aient porté sur les principales bases de données bibliographiques, ces dernières renferment surtout de l'information provenant de revues scientifiques facilement accessibles en langue anglaise. On sait toutefois que beaucoup de sources d'éléments probants (manuels, éditoriaux, revues non exhaustives et lignes directrices), bien qu'importants pour les décideurs et les praticiens, ne sont toujours pas publiés, et ne figurent donc pas dans ces bases de données. En outre, la littérature grise n'a pas été examinée de façon systématique en raison de la difficulté d'accès à ce type d'information. Par conséquent, la liste de références dressée en vue de réaliser le premier objectif opérationnel ne saurait être exhaustive. Par exemple, certains programmes en milieu de travail ont forcément été ignorés en raison du choix initial des bases de données à inclure dans la recherche. De plus, le choix de n'analyser que des articles scientifiques limite les conclusions sur le plan des connaissances relatives aux meilleures modalités d'intervention. La sélection des articles examinés et la nature des analyses effectuées limitent également l'interprétation des résultats actuels. En effet, la sélection des articles a été faite à partir de titres et de résumés d'articles, de sorte que d'autres articles intéressants dont le titre ou le résumé ne contenait pas les mots clés peuvent avoir été ignorés. Enfin, même si des critères de qualité ont été appliqués pour déterminer – par consensus – le sérieux des études examinées, aucun critère n'a été appliqué à l'évaluation de la robustesse de la méthodologie retenue dans les articles sélectionnés aux fins d'analyse. Cela a permis d'inclure de nombreuses études descriptives et qualitatives présentant une valeur informative appréciable dans le processus décisionnel des détenteurs d'enjeux impliqués.

5.2 Thèmes et tendances

Malgré la grande hétérogénéité des méthodologies et des objectifs présentés dans les articles examinés dans le cadre de la présente revue de la littérature, les analyses catégorielles ont permis d'identifier cinq principaux thèmes et quatre tendances récentes dans les études contemporaines sur l'incapacité au travail traitant des interventions axées sur la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Aux fins de cette revue, un thème a été défini comme un concept qui présente un intérêt pour les chercheurs et qui retient leur attention dans un domaine d'intervention particulier. Les thèmes ont été déterminés par suite d'une classification des articles scientifiques selon les principaux objectifs énoncés dans les résumés. Une tendance a été définie comme une direction générale vers laquelle la recherche semble s'orienter. Les tendances ont été dégagées par suite d'une classification des articles en fonction du ou des principaux détenteurs d'enjeux impliqués dans le processus de réadaptation et de RAT, du domaine d'intervention et de la perspective de recherche.

Un premier grand thème concerne l'évaluation des facteurs de risque et des déterminants de l'incapacité. Le pronostic de l'incapacité intéresse de toute évidence les chercheurs préoccupés par le développement de modalités de dépistage précoce des personnes qui présentent un risque d'incapacité prolongée. Le but du dépistage est d'identifier les individus qui sont plus susceptibles que d'autres de développer une affection particulière. Même si de multiples prédicteurs ont été étudiés dans le but de les relier à différents stades et résultats en matière de gestion de l'incapacité et de statut par rapport au RAT, on sait peu de choses sur les caractéristiques des travailleurs qui présentent un risque d'incapacité prolongée et sur la façon de mieux intervenir pour les empêcher de développer une incapacité prolongée. Seules quelques études ont examiné des prédicteurs dans de multiples domaines et à partir d'un vaste échantillon. L'utilisation de concepts très variés pour identifier les prédicteurs psychosociaux des congés de maladie à long terme a jusqu'ici rendu impossible toute détermination du rôle de ces facteurs (Steenstra et al., 2005). Un survol des facteurs associés au RAT à la suite d'une réadaptation professionnelle pour des problèmes au cou, au dos ou aux épaules révèle qu'un grand nombre de facteurs démographiques, psychologiques, sociaux, médicaux et en lien avec le processus de réadaptation, le milieu de travail et le système d'indemnisation sont en cause. Les personnes les plus susceptibles de retourner au travail à la suite d'une réadaptation professionnelle sont plus jeunes, natives de la région, très instruites et titulaires d'un emploi stable; elles touchent un revenu élevé, elles sont mariées et elles ont un réseau social stable; elles sont sûres d'elles et heureuses de leur sort, elles ne sont pas déprimées, la gravité de leur maladie est faible et elles ne souffrent pas; elles ont beaucoup d'ancienneté au travail, de longues années de service et un employeur qui se soucie d'elles et qui souhaite les voir revenir au travail. Malheureusement, les personnes ayant un tel profil sont rares parmi les malades de longue durée (Selander et al., 2002). Il semble y avoir un consensus grandissant dans le domaine de la recherche et des interventions quant au fait que des facteurs psychosociaux (détresse/dépression) et ergonomiques agissent comme prédicteurs des résultats relatifs au RAT et jouent un rôle important à un stade précoce des interventions. Ces conclusions concordent avec les résultats d'études antérieures sur la valeur prédictive des facteurs psychosociaux en matière de RAT (Schultz et al., 2005, Feuerstein et al., 2003).

Un deuxième grand thème porte sur le développement et l'évaluation de divers types d'interventions visant à produire des résultats favorables en matière de prévention de l'incapacité prolongée et de RAT durable chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Les programmes multidisciplinaires et les interventions multimodales en contexte de gestion clinique et de gestion de la santé et sécurité au travail semblent être tenus pour donner de bons résultats en prévention secondaire et tertiaire. La prise en compte des facteurs psychosociaux en tant que modificateurs importants quant au processus d'intervention et à ses résultats s'impose comme une tendance de plus en plus marquée dans la recherche sur les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Des résultats récents ont démontré les effets positifs des interventions psychologiques, surtout dans les cas de lombalgie chronique. Des considérations ergonomiques sont également incluses de façon notable dans les interventions en milieu de travail. Par ailleurs, il y a eu une évolution dans la compréhension de la façon de réaliser une réadaptation efficace, dans la mesure où l'on reconnaît désormais que le milieu de travail joue un rôle clé dans le rétablissement de l'employé. Ainsi les efforts de réadaptation doivent-ils se concentrer, non seulement sur un traitement approprié et sur des activités visant à favoriser la restauration fonctionnelle, mais aussi sur les tâches requises au travail.

La description des points de vue, des expériences et des compétences des principaux acteurs directement ou indirectement impliqués dans le processus de réadaptation et de RAT constitue un troisième grand thème dans les études récentes. Plus précisément, nous avons constaté un intérêt pour le rôle et les responsabilités des différents acteurs dans le processus de réadaptation et de RAT. Une meilleure collaboration et une meilleure communication entre les détenteurs d'enjeux clés, spécialement entre les milieux de travail (p. ex. superviseurs, infirmiers ou infirmières) et les acteurs du domaine de l'assurance s'avèrent essentielles à la mise en œuvre de stratégies efficaces auprès des travailleurs atteints de troubles musculo-squelettiques qui présentent un risque d'incapacité prolongée, et elles offrent par le fait même un grand potentiel pour ce qui est d'éviter le développement d'une incapacité prolongée. Une meilleure communication entre tous les acteurs, notamment les chiropraticiens, les médecins, les travailleurs et les commissions d'indemnisation, contribuerait vraisemblablement à réduire les tensions interprofessionnelles, à améliorer la coordination des activités inhérentes au processus de réadaptation et de RAT, à permettre la reproduction des exigences de travail en milieu clinique et à susciter des prises de décisions informées quant à savoir s'il vaut mieux exposer graduellement les travailleurs à l'environnement de travail réel ou plutôt en réduire les exigences de façon permanente.

Un quatrième grand thème porte sur l'ouverture d'esprit nécessaire pour considérer les pratiques de rémunération en vigueur dans d'autres contextes sociaux ou géographiques. Certains des articles répertoriés aux fins de la présente revue de la littérature traitent de comparaisons entre nombre de compétences géographiques, de pays ou de systèmes d'indemnisation. D'autres se concentrent sur l'évaluation de l'impact de différents types d'assurances et de différentes situations au point de vue de l'assurance sur les résultats obtenus en matière de gestion des incapacités ou de RAT. Dans l'ensemble, on reconnaît que les coûts d'indemnisation touchent tous les détenteurs d'enjeux, y compris les travailleurs, les employeurs, les fournisseurs, les régulateurs, les législateurs et les assureurs, et qu'ils continuent de constituer un défi, compte tenu de la nécessité d'équilibrer les coûts, les avantages et la qualité des soins médicaux et de santé. Par conséquent, un engagement continu envers la qualité, l'accessibilité des soins et la

limitation des coûts contribuera à faire en sorte que les travailleurs se voient offrir des soins accessibles, de qualité et rentables. L'indemnisation des maladies professionnelles peut être problématique en ce qui concerne les troubles qui ne sont pas spécifiques à un travail donné et pour lesquels il n'existe pas de caractéristiques cliniques distinctives dans les cas à composante professionnelle. Des prestations peuvent toutefois être accordées selon la prépondérance des probabilités s'il existe des preuves convaincantes que le risque est au moins deux fois plus élevé dans un groupe professionnel donné. Une étude récente met en évidence le manque relatif de données à l'appui d'une telle attribution à l'égard de la ténosynovite et de l'épicondylite, et fait état des problèmes d'indemnisation pour troubles des membres supérieurs (Palmer et al., 2007).

Enfin, un cinquième grand thème concerne les questions méthodologiques, le développement, la validation et l'évaluation des outils nécessaires à des interventions fructueuses, et leur utilité dans le cadre du processus de gestion de l'incapacité au travail. Bien que les chercheurs reconnaissent généralement la diversité des domaines d'impact potentiel de l'incapacité au travail, les études se confinent le plus souvent à une vision relativement étroite des résultats, et par conséquent à une approche plutôt restreinte des mesures.

Quatre tendances récentes émergent des études traitant des interventions axées sur la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Premièrement, nous avons constaté un intérêt marqué des auteurs pour l'incapacité prolongée. Néanmoins, leurs études mettent rarement l'accent sur ce phénomène. Deuxièmement, la prise en compte des divers points de vues des détenteurs d'enjeux impliqués dans le processus de mise en œuvre ainsi que du contexte sociétal et des interventions liées à la prévention et à la gestion de l'incapacité prolongée constitue une autre tendance. Troisièmement, diverses études descriptives témoignent de l'intérêt des chercheurs pour la description du processus d'intervention (rôle et pratiques des différents acteurs, facilitateurs, obstacles, contexte de mise en œuvre de l'intervention) dans le domaine de la prévention de l'incapacité prolongée. Une dernière tendance observée tient à la prise en compte des travailleurs dans l'équation afin de sensibiliser davantage les différents détenteurs d'enjeux aux conséquences économiques, sociales et personnelles de l'incapacité. En effet, des études descriptives semblent suggérer que les perceptions qu'ont les travailleurs du phénomène de l'incapacité au travail et des questions connexes jouent un rôle de taille dans les interventions visant à améliorer leurs chances de passer du statut de handicapé à celui de salarié, ou d'un sentiment d'impuissance à une perception habilitante d'eux-mêmes.

5.3 Stratégies

Notre analyse a mis en lumière cinq stratégies plus particulièrement susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Premièrement, le dépistage de routine précoce des travailleurs blessés qui présentent un risque d'incapacité prolongée, suivi d'interventions ciblées sur les facteurs de risque précisément identifiés, est considéré comme un moyen efficace pour prévenir le développement de l'incapacité prolongée de façon proactive de même que pour favoriser un RAT durable et sécuritaire.

Deuxièmement, certains types d'interventions semblent eux-mêmes favoriser la prévention de l'incapacité prolongée et un RAT fructueux. Les programmes multidisciplinaires et multimodaux

sont fréquemment associés à des résultats positifs, comme le retrait du régime de prestations de maladie et le retour au travail des demandeurs d'indemnisés, et tenus pour avoir un impact favorable sur les facteurs suivants : statut par rapport aux congés de maladie, taux de récurrence, statut d'incapacité au travail, rentabilité, répercussions socio-économiques, intensité de la douleur, incapacité, dépression, capacité physique cumulative, performance physique ainsi que dorsalgies et cervicalgies musculo-squelettiques subjectives. Une intervention précoce sur les facteurs physiques, ergonomiques et biopsychosociaux semble jouer un rôle important dans la prévention efficace de l'incapacité prolongée de même qu'à l'égard du RAT des travailleurs indemnisés pour TMSOP identifiés comme étant exposés à un risque d'incapacité prolongée. Une intervention précoce à faible mobilisation et une intervention précoce active sur les lieux de travail physiques et sur les facteurs biopsychosociaux semblent constituer des éléments stratégiques essentiels à la prévention de l'incapacité prolongée et à un RAT efficace et durable des travailleurs indemnisés pour TMSOP. Bien que des aménagements aux lieux de travail physiques puissent être utiles, ils ne suffisent pas en soi à garantir une réadaptation fructueuse des travailleurs atteints de TMS. Des approches complémentaires contribueraient à la gestion d'un RAT durable et sécuritaire. Comme indiqué dans une récente revue systématique Cochrane (van Oostrom et al., 2010) : « Il existe des preuves de qualité moyenne à l'appui de l'utilisation d'interventions en milieu de travail pour réduire les absences-maladie chez les travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques par rapport aux soins courants. » Toutefois, le développement d'outils appropriés pour évaluer l'évolution de la capacité fonctionnelle et assurer le suivi des effets à long terme des interventions cliniques et réadaptatives demeure essentiel, et s'impose comme un thème récurrent dans les études pertinentes au domaine (Coutu et al., 2005, Gross et Battie, 2006).

Troisièmement, les pratiques des détenteurs d'enjeux et des praticiens ont une grande influence sur la mise en œuvre des interventions. Par leurs actions et leurs interactions avec les travailleurs, trois catégories d'acteurs jouent un rôle important dans la prévention de l'incapacité prolongée : les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé, les assureurs et les infirmiers ou infirmières responsables des cas d'incapacité, et les acteurs du milieu de travail. Une étude récente (Rainville et al., 2005) met en lumière le rôle des médecins en tant que médiateurs dans les cas d'incapacité temporaire ou permanente chez les patients souffrant d'affections musculo-squelettiques chroniques. Les recommandations des médecins en matière d'activité semblent avoir d'importantes implications sanitaires et financières. Dans les faits, les désirs des patients influent fortement sur les diagnostics d'incapacité (les médecins acquiescent souvent aux demandes des patients). Les efforts les plus susceptibles d'influencer les recommandations des médecins semblent être liés à une communication de masse visant à influencer les attitudes du public tout en renforçant les normes de pratique courantes pour les médecins. Il existe en outre de solides preuves scientifiques de la rentabilité des pratiques de gestion de cas, en ce qu'elles réduisent la durée d'absence du travail, la perte de productivité et le coût des soins de santé (Hanson et al., 2006). La « gestion de cas » est une approche orientée-but qui vise à maintenir les employés au travail et à faciliter un RAT précoce. Elle peut reposer sur des traitements, des programmes ou la réadaptation professionnelle (Lemstra et Olszynski, 2003), et ce, de façon isolée ou conjointe, ou encore ne retenir aucune de ces modalités d'intervention, selon la prémisse que les gestionnaires de cas décrivent leur rôle comme étant de « faire ce qu'il faut, avec les moyens disponibles et aussi longtemps que nécessaire, pour obtenir le résultat voulu » (Missouri Foundation for Health, 2003). La formation compte également parmi les stratégies

spécifiques associées à l'obtention d'un changement dans les pratiques des fournisseurs de soins de santé, des responsables des cas d'incapacité ou des médecins du travail dans le processus d'adaptation du lieu de travail.

Quatrièmement, une amélioration des compétences des principaux professionnels et praticiens, détenteurs d'enjeux, notamment en matière de communication et de collaboration entre acteurs et gestionnaires de dossiers d'incapacité en milieu de travail, est tenue pour renforcer la coordination de leurs efforts dans le processus de réadaptation, de RAT et d'intervention en milieu de travail, et pour constituer une stratégie essentielle en matière de prévention de l'incapacité prolongée. En effet, de récents modèles conceptuels (Franche et al., 2002, Schultz et al., 2007) et de récentes études (Loisel et al., 2008, Loisel et al., 2005, Franche et al., 2005, Friesen et al., 2001) suggèrent que des relations optimales entre détenteurs d'enjeux comptent parmi les conditions importantes pour maximiser l'efficacité des interventions axées sur le RAT. Une meilleure coordination et une plus grande collaboration entre les principaux détenteurs d'enjeux et les différents acteurs impliqués dans le processus de réadaptation et de RAT sont essentielles pour accroître l'efficacité des interventions visant à prévenir l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP. Comme le souligne une récente revue de la littérature sur les modèles de gestion et de prévention de l'incapacité en lien avec la communication, des interventions misant sur la communication peuvent réduire les relations conflictuelles et améliorer les résultats attendus tout en s'avérant rentables (Pransky et al., 2004). Dans une tout autre perspective, une communication sentie et plus poussée entre les principaux acteurs permet aux chercheurs et aux cliniciens de mieux reproduire les exigences de travail en milieu clinique et de prendre plus rapidement des décisions éclairées quant à savoir s'il vaut mieux exposer graduellement les travailleurs à l'environnement de travail réel ou plutôt en réduire les exigences de façon permanente.

Cinquièmement, la communication d'informations adéquates aux travailleurs blessés, mais aussi aux multiples détenteurs d'enjeux et autres acteurs et impliqués dans le processus de réadaptation et de RAT, semble être essentielle à un RAT durable et efficace des travailleurs blessés indemnisés pour TMSOP. Cette stratégie est reliée à la promotion d'un engagement informé et actif des travailleurs envers le processus de réadaptation et de RAT en établissant des objectifs communs à la fois clairs et transparents.

5.4 Recherches ultérieures

La présente revue de la littérature permet de dégager quatre grands axes de développement que pourraient explorer les personnes qui financent ou dirigent des programmes de recherche de manière à favoriser l'avancement des connaissances sur les principales stratégies efficaces en matière de prévention de l'incapacité professionnelle prolongée. Premièrement, une conceptualisation plus claire nécessite la prise en compte du processus et du contexte de mise en œuvre ainsi que de leurs interactions, de manière à favoriser l'élaboration de nouveaux programmes à l'appui d'un RAT optimal et durable parmi les travailleurs aux prises avec une incapacité prolongée. Dans cette même perspective, une récente revue de la littérature (Schultz et al., 2007) décrivant l'évolution des modèles en usage face à l'incapacité révèle que des modèles biomédicaux, psychosociaux, biopsychosociaux, écologiques et axés sur la gestion de cas sont actuellement utilisés par les différents détenteurs d'enjeux. Or, les auteurs soulignent la nécessité

de développer de nouveaux modèles vraiment multidisciplinaires qui abordent les aspects temporels et multidimensionnels de l'incapacité professionnelle. Il en découle que les études devraient mettre à contribution de multiples détenteurs d'enjeux, et viser l'élaboration de stratégies novatrices efficaces et efficientes offrant un potentiel de mise en œuvre fructueuse (Loisel et al., 2005). Plus précisément, des programmes et des stratégies d'amélioration des compétences en matière de gestion des dossiers d'incapacité en milieu de travail s'avèrent nécessaires.

Deuxièmement, la réalisation d'études de grande qualité à même de produire des résultats fondés sur de solides preuves suppose l'élucidation des caractéristiques particulières des mesures et de leur influence sur les résultats, et s'avère désormais essentielle. Par exemple, la simple mesure du taux de RAT ne semble pas couvrir l'éventail complet des répercussions liées à l'emploi. À vrai dire, une limitation majeure des documents analysés tient à ce qu'aussi bien au niveau des études prises isolément qu'à celui de la littérature prise dans son ensemble, on ne reconnaît pas suffisamment l'étendue des facteurs en cause dans le retour au travail effectif d'une personne ou d'un groupe donné. Le choix du moment du RAT, la réduction des risques ergonomiques liés à l'emploi et l'ajustement adéquat du travail semblent également jouer un rôle important dans un retour sécuritaire au travail à la suite d'une blessure musculo-squelettique d'origine professionnelle (Pransky et al., 2002). Par ailleurs, la prise en compte de résultats tels que les récurrences et les re-blessures pourrait fournir une image plus précise des conséquences à long terme de l'incapacité et de la durabilité des résultats de différentes interventions. En outre, l'hypothèse sous-jacente à l'examen des facteurs de risque d'incapacité prolongée est que les instruments d'auto-évaluation de l'incapacité au travail et du statut par rapport au RAT mesurent essentiellement la même chose. Il apparaît toutefois justifié de débattre que les instruments d'auto-évaluation de l'incapacité au travail et du statut par rapport au RAT mesurent des choses fort différentes. Étant donné l'importance des implications théoriques, cliniques et politiques des résultats de la recherche sur les facteurs de risque, d'autres études sont requises pour clarifier les avantages et les limitations respectivement liés à l'utilisation d'instruments d'auto-évaluation de l'incapacité au travail par rapport aux instruments d'auto-évaluation du statut par rapport au RAT (Gauthier et al., 2006).

Troisièmement, il conviendrait de comparer plus fréquemment les interventions et les résultats émanant de différents systèmes d'indemnisation des travailleurs afin d'identifier les attributs des systèmes d'assurance incapacité et des politiques les plus efficaces pour assurer la protection de la population active. Les variables à considérer devraient inclure la générosité, l'opportunité et la durée des prestations des différents régimes d'indemnisation, le coût de différents régimes pour les employeurs, le niveau d'investissement dans les services de prévention en SST, la viabilité financière des régimes, ainsi que les mécanismes et procédures d'assurance équité en place.

Enfin, des études quantitatives et qualitatives sont requises afin de préciser les exigences relatives à la mise en œuvre fructueuse de différentes interventions. Des revues descriptives systématiques et des méta-analyses devraient synthétiser les données recueillies dans le cadre de ces études de manière à mieux équiper les acteurs et les détenteurs d'enjeux concernés par le résultat des interventions. Cela implique par ailleurs le développement de nouveaux outils facilement adaptables à des contextes juridiques, sociaux, administratifs et culturels particuliers.

CONCLUSION

Cette revue de la littérature révèle que seules quelques études traitent directement du paradigme de la prévention de l'incapacité au travail dans une perspective à long terme. Les résultats d'analyse mettent en lumière cinq principaux thèmes dans la recherche contemporaine sur les modalités d'intervention visant à prévenir une incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP : l'identification des facteurs qui favorisent une incapacité prolongée, le développement et l'évaluation d'interventions efficaces, la description de pratiques potentiellement efficaces pour les acteurs impliqués dans le processus de réadaptation et de RAT, l'exploration des questions d'indemnisation et l'amélioration des méthodes liées au développement, à la validation et à l'évaluation d'outils utiles dans le cadre du processus de gestion de l'incapacité au travail. Quatre tendances ont été observées dans la littérature de recherche sur les interventions visant à prévenir l'incapacité professionnelle prolongée. Tout d'abord, un intérêt manifeste pour le dépistage des personnes qui présentent un risque d'incapacité prolongée a été observé. Les interventions multidisciplinaires, multimodales et ciblées étaient également jugées d'intérêt dans les études recensées. De même, la prise en compte des facteurs d'ordre psychosocial et ergonomique liés au milieu de travail, particulièrement en ce qui concerne les travailleurs identifiés comme étant exposés à un risque d'incapacité prolongée, constitue une tendance importante dans la recherche. Enfin, la prise en compte du point de vue des différents détenteurs d'enjeux et du contexte de mise en œuvre s'est avérée être une tendance récente dans les études réalisées dans le domaine.

Certaines stratégies clés ont été identifiées dans le cadre de la présente revue comme pouvant être fructueuses et dignes d'examen afin de rehausser l'efficacité des interventions et de leur mise en œuvre, de même que les mesures de prévention de l'incapacité prolongée. Le dépistage précoce des travailleurs blessés qui présentent un risque d'incapacité prolongée et la concentration des efforts sur eux à travers des interventions ciblées semblent être des moyens efficaces de prévenir l'incapacité prolongée. Une intervention précoce sur les facteurs physiques, ergonomiques et biopsychosociaux semble également essentielle à la prévention de l'incapacité prolongée et à la promotion d'un RAT efficace et durable. Une amélioration de la communication entre les principaux détenteurs d'enjeux semble renforcer la coordination des efforts des acteurs impliqués dans le processus d'intervention. Enfin, la transmission d'informations adéquates aux travailleurs blessés, mais aussi aux multiples acteurs et détenteurs d'enjeux impliqués dans le processus de réadaptation et de RAT, de même qu'une amélioration de la communication entre eux, semblent être essentielles pour assurer un RAT efficace et durable des travailleurs blessés indemnisés pour TMSOP.

Cette revue de la littérature met aussi en évidence certaines réflexions essentielles à l'élaboration de programmes d'intervention à même d'atteindre de nombreux employés et de promouvoir des résultats positifs pour tous les travailleurs – surtout pour ceux qui en ont le plus besoin. En effet, de nombreuses préoccupations doivent encore être abordées pour améliorer la mise en œuvre et l'efficacité des interventions. Il en résulte un défi de taille, d'autant que les nouvelles méthodologies et les nouveaux modèles théoriques devront faire fond sur le volume croissant de la littérature. Une approche interdisciplinaire et biopsychosociale devra être utilisée pour prendre en compte les facteurs individuels, l'environnement de travail, les variables socio-culturelles, les enjeux relatifs au système de santé et l'économie en général afin d'endiguer l'épidémie actuelle de

troubles incapacitants à laquelle nous sommes confrontés, et qui menace de continuer à s'aggraver dans le futur si rien n'est fait. Bien que la tâche soit énorme, les études recensées révèlent d'importantes avancées, et la poursuite des efforts en ce sens est d'une importance capitale.

Enfin, les conclusions de cette revue de la littérature fournissent aux détenteurs d'enjeux et aux praticiens actifs dans le domaine de la réadaptation et du RAT des stratégies potentiellement fructueuses de prévention de l'incapacité professionnelle prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMSOP, tout en identifiant des enjeux précis qui nécessitent davantage de recherches.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

- Aakvik, A., T. H. Holmas, E. Kjerstad. « A low-key social insurance reform--effects of multidisciplinary outpatient treatment for back pain patients in Norway ». *J Health Econ*, vol. 22, n° 5, 2003, p. 747-762.
- Abasolo, L., M. Blanco, J. Bachiller, G. Candelas, P. Collado, C. Lajas, M. Revenga, P. Ricci, P. Lazaro, M. D. Aguilar, E. Vargas, B. Fernandez-Gutierrez, C. Hernandez-Garcia, L. Carmona, J. A. Jover. « A health system program to reduce work disability related to MSDs ». *Ann Intern Med*, vol. 143, n° 6, 2005, p. 404-414.
- Ahlgren, A., A. Bergroth, J. Ekholm. « Work resumption or not after rehabilitation? A descriptive study from six social insurance offices ». *Int J Rehabil Res*, vol. 27, n° 3, 2004, p. 171-180.
- Amick, B. C. 3rd, R. V. Habeck, J. Ossmann, A. H. Fossel, R. Keller et J. N. Katz. « Predictors of successful work role functioning after carpal tunnel release surgery ». *J Occup Environ Med*, vol. 46, n° 5, 2004, p. 490-500.
- Anema, J. R., B. Cuelenaere, A. J. Van der Beek, D. L. Knol, H. C. de Vet et W. Van Mechelen. « The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after LBP; a prospective two year cohort study in six countries on LBP patients sicklisted for 3-4 months ». *Occup Environ Med*, vol. 61, n° 4, 2004, p. 289-294.
- Anema J. R., A. M. van der Giezen, P. C. Buijs, W. van Mechelen. « Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return to work : a cohort study on low back pain patients sick listed for 3-4 months. *Occup Environ Med*, vol. 59, n° 11, 2002, p. 729-733.
- Arnau J. M., A. Vallano, A. Lopez, F. Pellisé, M. J. Delgado, N. Prat. « A critical review of guidelines for low back pain treatment ». *Eur Spine J*, vol.15 n° 5, 2006, p. 543-553.
- Arnetz, B. B., B. Sjogren, B. Rydehn. « Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism : a prospective controlled intervention study ». *J Occup Environ Med*, vol. 45, n° 5, 2003, p. 499-506.
- Arokoski, J. P., M. Juntunen, J. Luikku. « Use of health-care services, work absenteeism, leisure-time physical activity, musculoskeletal symptoms and physical performance after vocationally oriented medical rehabilitation-description of the courses and a one-and-a-half-year follow-up study with farmers, loggers, police officers and hairdressers ». *Int J Rehabil Res*, vol. 25, n° 2, 2002, p. 119-131.
- Asante, A. K., E. S. Brintnell, D. P. Gross. « Functional self-efficacy beliefs influence functional capacity evaluation ». *J Occup Rehabil*, vol. 17, n° 1, 2007, p. 73-82.
- Athanasou, J. A. « RTW following whiplash and back injury : a review and evaluation ». *Med Leg J*, vol. 73, n° Pt 1, 2005, p. 29-33.
- Atlas, S. J., Y. Chang, E. Kammann, R. B. Keller, R. A. Deyo, D. E. Singer. « Long-term disability and RTW among patients who have a herniated lumbar disc : the effect of disability compensation ». *J Bone Joint Surg Am*, vol. 82, n° 1, 2000, p. 4-15.

- Atlas, S. J., R. Wasiak, M. van den Ancker, B. Webster, G. Pransky. « Primary care involvement and outcomes of care in patients with a workers' compensation claim for back pain ». *Spine*, vol. 29, n° 9, 2004, p. 1041-1048.
- Atlas, S. J., Y. Chang, R. B. Keller, D. E. Singer, Y. A. Wu, R. A. Deyo. « The impact of disability compensation on long-term treatment outcomes of patients with sciatica due to a lumbar disc herniation ». *Spine*, vol. 31, n° 26, 2006, p. 3061-3069.
- Azoulay, L., D. Ehrmann-Feldman, M. Truchon, M. Rossignol. « Effects of patient--clinician disagreement in occupational LBP : a pilot study ». *Disabil Rehabil*, vol. 27, n° 14, 2005, p. 817-823.
- Badii, M., D. Keen, S. Yu, A. Yassi. « Evaluation of a comprehensive integrated workplace-based program to reduce occupational musculoskeletal injury and its associated morbidity in a large hospital ». *J Occup Environ Med*, vol. 48, n° 11, 2006, p. 1159-1165.
- Baldwin, M. L. « Reducing the costs of work-related MSDs : targeting strategies to chronic disability cases ». *J Electromyogr Kinesiol*, vol. 14, n° 1, 2004, p. 33-41.
- Baldwin, M. L., R. J. Butler. « Upper extremity disorders in the workplace : costs and outcomes beyond the first RTW ». *J Occup Rehabil*, vol. 16, n° 3, 2006, p. 303-323.
- Baldwin, M. L., R. J. Butler, W. G. Johnson, P. Cote. « Self-reported severity measures as predictors of return-to-work outcomes in occupational back pain ». *J Occup Rehabil*, vol. 17, n° 4, 2007, p. 683-700.
- Balk, M. L., W. C. Hagberg, G. A. Buterbaugh, J. E. Imbriglia. « Outcome of surgery for lateral epicondylitis (tennis elbow) : effect of worker's compensation ». *Am J Orthop*, vol. 34, n° 3, 2005, p. 122-126.
- Baril, R., J. Clarke, M. Friesen, S. Stock, D. Cole. « Management of return-to-work programs for workers with MSDs : a qualitative study in three Canadian provinces ». *Soc Sci Med*, vol. 57, n° 11, 2003, p. 2101-2114.
- Becker, F. D., V. Stoffel, B. Grosso-Lebon, G. Weill. « Lombalgie chronique, COTOREP et reclassement professionnel en Moselle ». *Pratiques et organisation des soins*, vol. 37, n° 3, 2006, p. 197-204, ill.
- Berger, E. « Late postoperative results in 1000 work related lumbar spine conditions. ». *Surg Neurol*, vol. 54, n° 2, 2000, p. 101-108.
- Bernacki, E. J., L. Yuspeh, X. Tao. « Determinants of escalating costs in low risk workers' compensation claims ». *J Occup Environ Med*, vol. 49, n° 7, 2007, p. 780-790.
- Bishop, P. B., P. C. Wing. « Compliance with clinical practice guidelines in family physicians managing worker's compensation board patients with acute lower back pain ». *Spine J*, vol. 3, n° 6, 2003, p. 442-450.
- Bitar, G., J. Alexandrides, R. Missirian, D. Sotereanos, A. Nystrom. « Carpal tunnel release in the United States and Sweden : reimbursement patterns, cost for treatment, and RTW ». *Plast Reconstr Surg*, vol. 109, n° 5, 2002, p. 1574-1578.
- Blackwell, T. L., S. J. Leierer, S. S. Haupt, A. Kampitsis, J. R. Wolfson. « Prediction of vocational outcomes for workers' compensation claimants with back injury ». *J Appl*

Rehabil Counsel, vol. 35, n° 2, 2004, p. 32-38.

- Breen A. C., M. W. van Tulder, B. W. Koes, I. Jensen, R. Reardon, G. Bronfort. « Mono-disciplinary or multidisciplinary back pain guidelines? How can we achieve a common message in primary care? ». *Eur Spine J*, vol. 15, n° 5, 2006, p.641-647.
- Brooker, A. S., D. C. Cole, S. A. Hogg-Johnson, J. M. Smith, J. W. Frank, and Early Claimant Cohort Prognostic Modeling Workgroup. « Modified work : prevalence and characteristics in a sample of workers with soft tissue injuries ». *J Occup Environ Med*, vol. 43, n° 3, 2001, p. 276-284.
- Brouwer, S., M. F. Reneman, P. U. Dijkstra, J. W. Groothoff, J. M. Schellekens, L. N. Goeken. « Test-retest reliability of the Isernhagen Work Systems Functional Capacity Evaluation in patients with chronic LBP ». *J Occup Rehabil*, vol. 13, n° 4, 2003, p. 207-218.
- Brown, J. A., H. S. Shannon, C. A. Mustard, P. McDonough. « Social and economic consequences of workplace injury : a population-based study of workers in British Columbia, Canada ». *Am J Ind Med*, vol. 50, n° 9, 2007, p. 633-645.
- Bultmann, U., R.-L. Franche, S. Hogg-Johnson, P. Côté, H. Lee, C. Severin, M. Vidmar, N. Carnide. « Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with MSDs ». *Qual Life Res.*, vol. 16, n° 7, 2007, p. 1167-1178.
- Bunn, W. B. 3rd, R. S. Baver, T. K. Ehni, A. D. Stowers, D. D. Taylor, A. M. Holloway, D. Duong, D. B. Pikelnny, D. Sotolongo. « Impact of a musculoskeletal disability management program on medical costs and productivity in a large manufacturing company ». *Am J Manag Care*, vol. 12 Spec n°, 2006, p. SP27-SP32.
- Butler, R. J., W. G. Johnson, P. Cote. « It pays to be nice : employer-worker relationships and the management of back pain claims ». *J Occup Environ Med*, vol. 49, n° 2, 2007, p. 214-225.
- Cates, J. R., D. N. Young, D. S. Bowerman, R. C. Porter. « An independent AGREE evaluation of the Occupational Medicine Practice Guidelines ». *Spine J*, vol. 6, n° 1, 2006, p.72-77.
- Chaise, F., P. Bellemere, J. P. Fril, E. Gaisne, P. Poirier, A. Menadi. « Return-to-work interval and surgery for carpal tunnel syndrome. Results of a prospective series of 233 patients ». *J Hand Surg [Br]*, vol. 29, n° 6, 2004, p. 568-570.
- Chen, C., S. Hogg-Johnson, P. Smith. « The recovery patterns of back pain among workers with compensated occupational back injuries ». *Occup Environ Med*, vol. 64, n° 8, 2007, p. 534-540.
- Chibnall, J. T., R. C. Tait, S. C. Merys. « Disability management of low back injuries by employer-retained physicians : ratings and costs ». *Am J Ind Med*, vol. 38, n° 5, 2000, p. 529-538.
- Chibnall, J. T., R. C. Tait, E. M. Andresen, N. M. Hadler. « Race and socioeconomic differences in post-settlement outcomes for African American and Caucasian Workers' Compensation claimants with low back injuries ». *Pain*, vol. 114, n° 3, 2005, p. 462-472.
- Chibnall, J. T., R. C. Tait. « Disparities in occupational low back injuries : predicting pain-related disability from satisfaction with case management in African Americans and Caucasians ». *Pain Med*, vol. 6, n° 1, 2005, p. 39-48.

- Chibnall, J. T., R. C. Tait. « Confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale in African American and Caucasian Workers' Compensation claimants with low back injuries ». *Pain*, vol. 113, n° 3, 2005, p. 369-375.
- Chibnall, J. T., R. C. Tait, E. M. Andresen, N. M. Hadler. « Clinical and social predictors of application for social security disability insurance by workers' compensation claimants with LBP ». *J Occup Environ Med*, vol. 48, n° 7, 2006, p. 733-740.
- Clifton, D. W. jr. « The functional IME : A linkage of expertise across the disability continuum ». *Work*, vol. 26, n° 3, 2006, p. 281-285.
- Coste, J., G. Lefrancois, F. Guillemin, J. Pouchot. « Prognosis and quality of life in patients with acute LBP : insights from a comprehensive inception cohort study ». *Arthritis Rheum*, vol. 51, n° 2, 2004, p. 168-176.
- Côté, P., J. S. Clarke, S. Deguire, J. W. Frank, A. Yassi. « Chiropractors and return-to-work : The experiences of three Canadian focus groups ». *J Manipulative Physiol Ther*, vol. 24, n° 5, 2001, p.309-316.
- Coutu, M. F., M.-J. Durand, P. Loisel, G. Dupuis, S. Gervais. « Measurement properties of a new quality of life measure for patients with work disability associated with musculoskeletal pain ». *J Occup Rehabil*, vol. 15, n° 3, 2005, p. 295-312.
- Daniell, W. E., D. Fulton-Kehoe, L. A. Chiou, G. M. Franklin. « Work-related carpal tunnel syndrome in Washington State workers' compensation : temporal trends, clinical practices, and disability ». *Am J Ind Med*, vol. 48, n° 4, 2005, p. 259-269.
- Dasinger, L. K., N. Krause, L. J. Deegan, R. J. Brand, L. Rudolph. « Physical workplace factors and RTW after compensated low back injury : a disability phase-specific analysis ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 42, n° 3, 2000, p. 323-333.
- Dasinger, L. K., N. Krause, P. J. Thompson, R. J. Brand, L. Rudolph. « Doctor proactive communication, return-to-work recommendation, and duration of disability after a workers' compensation low back injury ». *J Occup Environ Med*, vol. 43, n° 6, 2001, p. 515-525.
- Davis, P. M., M. Badii, A. Yassi. « Preventing disability from occupational musculoskeletal injuries in an urban, acute and tertiary care hospital : results from a prevention and early active return-to-work safely program ». *J Occup Environ Med*, vol. 46, n° 12, 2004, p. 1253-1262.
- DeBerard, M. S., K. S. Masters, A. L. Colledge, E. B. Holmes. « Presurgical biopsychosocial variables predict medical and compensation costs of lumbar fusion in Utah workers' compensation patients ». *Spine J*, vol. 3, n° 6, 2003, p. 420-429.
- Dembe, A. E., S. E. Fox, J. S. Himmelstein. « The RWJF Workers' Compensation Health Initiative : Findings and Strategies ». *Health Affairs*, 2002, p. 251255.
- Dionne, C. E., R. Bourbonnais, P. Fremont, M. Rossignol, S. R. Stock, A. Nouwen, I. Larocque, E. Demers. « Determinants of "RTW in good health" among workers with back pain who consult in primary care settings : a 2-year prospective study ». *Eur Spine J*, vol. 16, n° 5, 2007, p. 641-655.

- Duguay, P., P. Massicotte, P. Prud'homme, A. Boucher. Indicateurs quinquennaux, Québec, 2000-2002. Les troubles musculo-squelettiques, I – Portrait statistique. IRSST, 2008, Montréal.
- Dunstan, D. A., T. Covic, G. A. Tyson, I. G. Lennie. « Does the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire predict outcomes following a work-related compensable injury? ». *Int J Rehabil Res*, vol. 28, n° 4, 2005, p. 369-370.
- Durand, M.-J., P. Loisel, Q. N. Hong, N. Charpentier. « Helping Clinicians in Work Disability Prevention : The Work Disability Diagnosis Interview ». *J Occup Rehabil* vol. 12, n° 3, 2002, p. 191-204.
- Eden, L., I. H. Andersson, G. Ejlertsson, B. I. Ekstrom, Y. Johansson, I. Leden, J. Petersson. « RTW still possible after several years as a disability pensioner due to MSDs : a population-based study after new legislation in Sweden permitting "resting disability pension" ». *Work*, vol. 26, n° 2, 2006, p. 147-155.
- Eley, C. « Magnetic resonance imaging for low back injuries : appropriate use in managing workers' compensation claims ». *AAOHN J*, vol. 54, n° 10, 2006, p. 429-433.
- Evans, T. H., T. G. Mayer, R. J. Gatchel. « Recurrent disabling work-related spinal disorders after prior injury claims in a chronic LBP population ». *Spine J*, vol. 1, n° 3, 2001, p. 183-189.
- Fang, S., J. Dropkin, R. Herbert, D. Triola, P. Landsbergis. « Workers' compensation experiences of computer users with MSDs ». *Am J Ind Med*, vol. 50, n° 7, 2007, p. 512-518.
- Feuerstein, M. « A multidisciplinary approach to the prevention, evaluation, and management of work disability ». *J Occup Rehabil*, vol. 1, n° 1, 1991, p. 5-12.
- Feuerstein, M., W. S. Shaw, A. E. Lincoln, V. Miller, P. M. Wood. « Clinical and workplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders ». *Pain*, vol. 102, n° 1-2, 2003, p. 51-61.
- Fisher, T. F. « Perception differences between groups of employees identifying the factors that influence a RTW after a work-related musculoskeletal injury ». *Work*, vol. 21, n° 3, 2003, p. 211-220.
- Fleten, N., R. Johnsen, O. H. Forde. « Length of sick leave - why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals ». *BMC Public Health*, vol. 4, 2004, p. 46.
- Fleten, N., R. Johnsen. « Reducing sick leave by minimal postal intervention : a randomised, controlled intervention study ». *Occup Environ Med*, vol. 63, n° 10, 2006, p. 676-682.
- Foley, M., B. Silverstein, N. Polissar. « The economic burden of carpal tunnel syndrome : long-term earnings of CTS claimants in Washington State ». *Am J Ind Med*, vol. 50, n° 3, 2007, p. 155-172.
- Forestier, R., A. Francon, F. S. Arroman, C. Bertolino. « French version of the Copenhagen neck functional disability scale ». *Joint Bone Spine*, vol. 74, n° 2, 2007, p. 155-159.

- Fougeyrollas, P. « The Handicap Creation Process – how to use the conceptual model - Examples ». *International Network Journal of Human Development, Disability & Social Change*, vol. 4, n° 3, 1991, p. 3-59.
- Fougeyrollas, P. « Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process : Quebec contributions relating to ICIDH and social participation of people with functional differences ». *Disability & Rehabilitation*, Vol. 17, n° 3-4, 1995, p. 145-153.
- Franche, R.-L., N. Krause. « Readiness for RTW following injury or illness : conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors ». *J Occup Rehabil*, vol. 12, n° 4, 2002, p. 233-256.
- Franche R-L, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. et al. « Workplace-based return-to-work interventions : A systematic review of the quantitative literature ». *J Occup Rehabil*, vol. 15, n° 4, 2005, p. 607-631.
- Franche, R.-L., M. Corbière, H. Lee, F. C. Breslin, C. G. Hepburn. « The Readiness for Return-To-Work (RRTW) scale : Development and Validation of a Self-report Staging Scale in Lost-time Claimants with MSDs ». *J Occup Rehabil*, vol. 17, n° 3, 2007, p. 450-472.
- Franche, R.-L., J. D. Pole, S. Hogg-Johnson, M. Vidmar, C. Breslin. « The impact of work-related MSDs on workers' caregiving activities ». *Am J Ind Med*, vol. 49, n° 9, 2006, p. 780-790.
- Franche, R.-L., C. N. Severin, S. Hogg-Johnson, P. Cote, M. Vidmar, H. Lee. « The Impact of Early Workplace-Based Return-to-Work Strategies on Work Absence Duration : A 6-Month Longitudinal Study Following an Occupational Musculoskeletal Injury ». *J Occup Environ Med*, vol. 49, n° 9, 2007, p. 960-974.
- Frank, J. W., A. S. Brooker, S. E. DeMaio, M. S. Kerr, A. Maetzel, H. S. Shannon, T. J. Sullivan, R. W. Norman, 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*, vol. 21, n° 24, 1996, p.2 918-2929.
- Fransen, M., M. Woodward, R. Norton, C. Coggan, M. Dawe, N. Sheridan. « Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain ». *Spine*, vol. 27, n° 1, 2002, p. 92-98.
- Freburger, J. K., G. M. Holmes, T. S. Carey. « Physician referrals to physical therapy for the treatment of musculoskeletal conditions ». *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 84, n° 12, 2003, p. 1839-1849.
- Freburger, J. K., T. S. Carey, G. M. Holmes. « Management of back and neck pain : who seeks care from physical therapists? ». *Phys Ther*, vol. 85, n° 9, 2005, p. 872-886.
- Fritz, J. M., J. A. Cleland, G. P. Brennan. « Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute LBP delivered by physical therapists? ». *Med Care*, vol. 45, n° 10, 2007, p. 973-980.
- Gatchel, R. J. « Psychosocial Factors that Can Influence the Self-Assessment of Function ». *J Occup Rehabil*, vol. 14, 2004, p. 197-206.

- Gauthier, N., M., J. Sullivan, H. Adams, W. D. Stanish, P. Thibault. « Investigating risk factors for chronicity : the importance of distinguishing between return-to-work status and self-report measures of disability ». *J Occup Environ Med*, vol. 48, n° 3, 2006, p. 312-318.
- Gilbert, S., A. Kerley, A. Lowdermilk, P. C. Panus. « Nontreatment variables affecting return-to-work in Tennessee-based employees with complaints of LBP ». *Tenn Med*, vol. 93, n° 5, 2000, p. 167-171.
- Goldberg, E. J., K. Singh, U. Van, R. Garretson, H. S. An. « Comparing outcomes of anterior cervical discectomy and fusion in workman's versus non-workman's compensation population ». *Spine J*, vol. 2, n° 6, 2002, p. 408-414.
- Gross, D. P., M. C. Battie. « Construct validity of a kinesiophysical functional capacity evaluation administered within a worker's compensation environment ». *J Occup Rehabil*, vol. 13, n° 4, 2003, p. 287-295.
- Gross, D. P., M. C. Battie, J. D. Cassidy. « The prognostic value of functional capacity evaluation in patients with chronic LBP : part 1 : timely RTW ». *Spine*, vol. 29, n° 8, 2004, p. 914-919.
- Gross, D. P., M. C. Battie. « The prognostic value of functional capacity evaluation in patients with chronic LBP : part 2 : sustained recovery ». *Spine*, vol. 29, n° 8, 2004, p. 920-924.
- Gross, D. P., M. C. Battie. « Predicting timely recovery and recurrence following multidisciplinary rehabilitation in patients with compensated LBP ». *Spine*, vol. 30, n° 2, 2005, p. 235-240.
- Gross, D. P., M. C. Battie. « Work-related recovery expectations and the prognosis of chronic LBP within a workers' compensation setting ». *J Occup Environ Med*, vol. 47, n° 4, 2005, p. 428-433.
- Gross, D. P., M. C. Battie. « Factors influencing results of functional capacity evaluations in workers' compensation claimants with LBP ». *Physical Therapy*, vol. 85, n° 4, 2005, p. 315-322.
- Gross, D. P., M. C. Battie. « Functional capacity evaluation performance does not predict sustained RTW in claimants with chronic back pain ». *J Occup Rehabil*, vol. 15, n° 3, 2005, p. 285-294.
- Gross, D. P., M. C. Battie, A. Asante. « Development and validation of a short-form functional capacity evaluation for use in claimants with low back disorders ». *J Occup Rehabil*, vol. 16, n° 1, 2006, p. 53-62.
- Gross, D. P. « Are functional capacity evaluations affected by the patient's pain? ». *Curr Pain Headache Rep*, vol. 10, n° 2, 2006, p. 107-113.
- Gross, D. P., M. C. Battie. « Does functional capacity evaluation predict recovery in workers' compensation claimants with upper extremity disorders? ». *Occup Environ Med*, vol. 63, n° 6, 2006, p. 404-410.
- Grypdonck, M. H. F. « Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice ». *Qualitative Health Research*, vol. 16, n° 10, 2006, p.1371-1385.

- Guzman, J., R. Esmail, K. Karjalainen, A. Malmivaara, E. Irvin, C. Bombardier. « Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain : systematic review ». *BMJ*, vol. 322, n° 7301, 2001, p. 1511-1516.
- Haahr, J. P., J. H. Andersen. « Prognostic factors in lateral epicondylitis : a randomized trial with one-year follow-up in 266 new cases treated with minimal occupational intervention or the usual approach in general practice ». *Rheumatology (Oxford)*, vol. 42, n° 10, 2003, p. 1216-1225.
- Haahr, J. P., P. Frost, J. H. Andersen. « Predictors of health related job loss : a two-year follow-up study in a general working population ». *J Occup Rehabil*, vol. 17, n° 4, 2007, p. 581-592.
- Hagberg, M. « Clinical assessment, prognosis and RTW with reference to work related neck and upper limb disorders ». *G Ital Med Lav Ergon*, vol. 27, n° 1, 2005, p. 51-57.
- Hagen, E. M., H. R. Eriksen, H. Ursin. « Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for LBP? ». *Spine*, vol. 25, n° 15, 2000, p. 1973-1976.
- Halpern, M. « The costs of job accommodations for employees with LBP ». *Work*, vol. 21, n° 3, 2003, p. 271-278.
- Hanson, A. M., K. Burton, N. A. S. Kendall, R. L. Lancaster, A. Pilkington. « The costs and benefits of active case management and rehabilitation for musculoskeletal disorders ». Research rapport 493. Prepared by HuTechAssociates Ltd for the Health and Safety Executive 2006 by HCE.
- Harding, W. E. « Worker's compensation litigation of the upper extremity claim ». *Clin Occup Environ Med*, vol. 5, n° 2, 2006, p. 483-490.
- Harper, J. D. « Determining foot and ankle impairments by the AMA fifth edition guides ». *Foot Ankle Clin*, vol. 7, n° 2, 2002, p. 291-303.
- Hazard, R. G., A. A. Clark, S. Reid. « Educating back-injured workers : what should we be teaching? ». *Work*, vol. 15, n° 3, 2000, p. 159-166.
- Hee, H. T., T. S. Whitecloud, 3rd, L. Myers, J. Gaynor, W. Roesch, J. E. Ricciardi. « SF-36 health status of workers compensation cases with spinal disorders ». *Spine J*, vol. 1, n° 3, 2001, p. 176-182.
- Hee, H. T., T. S. Whitecloud 3rd, L. Myers, W. Roesch, J. E. Ricciardi. « Do worker's compensation patients with neck pain have lower SF-36 scores? ». *Eur Spine J*, vol. 11, n° 4, 2002, p. 375-381.
- Hefti, K. S., R. J. Farnham, L. Docken, R. Bentaas, S. Bossman, J. Schaefer. « Back injury prevention : a lift team success story ». *AAOHN J*, vol. 51, n° 6, 2003, p. 246-251.
- Heijbel, B., M. Josephson, I. Jensen, E. Vingard. « Employer, insurance, and health system response to long-term sick leave in the public sector : policy implications ». *J Occup Rehabil*, vol. 15, n° 2, 2005, p. 167-176.

- Helpfenstein, M., D. Feldman. « The pervasiveness of the illness suffered by workers seeking compensation for disabling arm pain ». *J Occup Environ Med*, vol. 42, n° 2, 2000, p. 171-175.
- Hemmila, H. M. « Quality of life and cost of care of back pain patients in Finnish general practice ». *Spine*, vol. 27, n° 6, 2002, p. 647-653.
- Heymans, M. W., J. J. Ford, J. M. McMeeken, A. Chan, H. C. de Vet, W. van Mechelen. « Exploring the contribution of patient-reported and clinician based variables for the prediction of low back work status ». *J Occup Rehabil*, vol. 17, n° 3, 2007, p. 383-397.
- Heymans, M. W., M. W. van Tulder, R. Esmail, C. Bombardier, B. W. Koes. « Back schools for nonspecific low back pain : a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group ». *Spine*, vol. 30, n 19, 2005, p. 2153-2163.
- Hodges, S. D., S. C. Humphreys, J. C. Eck, L. A. Covington, H. Harrom. « Predicting factors of successful recovery from lumbar spine surgery among workers' compensation patients ». *J Am Osteopath Assoc*, vol. 101, n° 2, 2001, p. 78-83.
- Hoffman, B. M., R. K. Papas, D. K. Chatkoff, R. D. Kerns. « Meta-analysis of psychological interventions for chronic LBP ». *Health Psychol*, vol. 26, n° 1, 2007, p. 1-9.
- Hogg-Johnson, S., D. C. Cole. « Early prognostic factors for duration on temporary total benefits in the first year among workers with compensated occupational soft tissue injuries ». *Occup Environ Med*, vol. 60, n° 4, 2002, p. 244-253.
- Hultberg, E. L., K. Lonroth, P. Allebeck. « Interdisciplinary collaboration between primary care, social insurance and social services in the rehabilitation of people with musculoskeletal disorder : effects on self-rated health and physical performance ». *J Interprof Care*, vol. 19, n° 2, 2005, p. 115-124.
- Hultberg, E. L., K. Lonroth, P. Allebeck, G. Hensing. « Effects of co-financed interdisciplinary teamwork on sick leave for people with MSDs ». *Work*, vol. 26, n° 4, 2006, p. 369-377.
- Hunt, D. G., O. A. Zuberbier, A. J. Kozlowski, J. Berkowitz, I. Z. Schultz, R. A. Milner, J. M. Crook, D. C. Turk. « Are components of a comprehensive medical assessment predictive of work disability after an episode of occupational low back trouble? ». *Spine*, vol. 27, n° 23, 2002, p. 2715-2719.
- Hunter, N., C. Sharp, J. Denning, L. Terblanche. « Evaluation of a functional restoration program in chronic LBP ». *Occup Med*, vol. 56, n° 7, 2006, p. 497-500, ill.
- Jensen, I. B., G. Bergstrom, T. Ljungquist, L. Bodin. « A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation program for back and neck pain ». *Pain*, vol. 115, n° 3, 2005, p. 273-283.
- Joish, V. N., D. I. Brixner. « Back pain and productivity : measuring worker productivity from an employer's perspective ». *J Pain Palliat Care Pharmacother*, vol. 18, n° 2, 2004, p. 79-85.
- Karjalainen, K., A. Malmivaara, M. van Tulder, R. Roine, M. Jauhiainen, H. Hurri, B. W. Koes. « Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, CD002194.

- Karjalainen, K., A. Malmivaara, M. van Tulder, R. Roine, M. Jauhiainen, H. Hurri, B. W. Koes. « Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults : a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group ». *Spine*, vol. 26, n° 3, 2001, p. 262-269. *Review*.
- Karjalainen, K., A. Malmivaara, M. van Tulder, R. Roine, M. Jauhiainen, H. Hurri, B. W. Koes. « Biopsychosocial rehabilitation for upper limb repetitive strain injuries in working age adults ». *Cochrane Database Syst Rev.*, 2000, CD002269.
- Katz, J. N., B. C. Amick 3rd, R. Keller, A. H. Fossel, J. Ossman, V. Soucie, E. Losina. « Determinants of work absence following surgery for carpal tunnel syndrome ». *Am J Ind Med*, vol. 47, n° 2, 2005, p. 120-130.
- Katz, R. T. « Impairment and disability rating in LBP ». *Phys Med Rehabil Clin N Am*, vol. 12, n° 3, 2001, p. 681-694.
- Kennedy, C. A., T. Haines, D. E. Beaton. « Eight predictive factors associated with response patterns during physiotherapy for soft tissue shoulder disorders were identified ». *J Clin Epidemiol*, vol. 59, n° 5, 2006, p. 485-496.
- Kenny, D. T. « Exercise-based rehabilitation for injured workers : program efficacy and identification of factors predicting program completion and outcome ». *Int J Rehabil Res*, vol. 23, n° 1, 2000, p. 7-17.
- Keogh, J. P., I. Nuwayhid, J. L. Gordon, P. W. Gucer. « The impact of occupational injury on injured worker and family : outcomes of upper extremity cumulative trauma disorders in Maryland workers ». *Am J Ind Med*, vol. 38, n° 5, 2000, p. 498-506.
- Keogh, J. P., P. W. Gucer, J. L. Gordon, I. Nuwayhid. « Patterns and predictors of employer risk-reduction activities (ERRAs) in response to a work-related upper extremity cumulative trauma disorder (UECTD) : reports from workers' compensation claimants ». *Am J Ind Med*, vol. 38, n° 5, 2000, p. 489-497.
- Kim, H. S., J. W. Choi, S. H. Chang, K. S. Lee, J. Y. Oh. « Treatment duration and cost of work-related LBP in Korea ». *J Korean Med Sci*, vol. 20, n° 1, 2005, p. 127-131.
- Kim, J. Y., K. J. June, B. M. Yang, E. Park, K. M. Park. « Time dependent factors affecting the duration of work disability after compensated low-back pain in South Korea ». *Ind Health*, vol. 44, n° 3, 2006, p. 503-509.
- Koehoorn, M., D. C. Cole, C. Hertzman, H. Lee. « Health care use associated with work-related MSDs among hospital workers ». *J Occup Rehabil*, vol. 16, n° 3, 2006, p. 411-424.
- Koehoorn, M., P. A. Demers, C. Hertzman, J. Village, S. M. Kennedy. « Work organization and musculoskeletal injuries among a cohort of health care workers ». *Scand J Work Environ Health*, vol. 32, n° 4, 2006, p. 285-293.
- Koes, B. W., M. W. van Tulder, R. Ostelo, A. Kim Burton, G. Waddell. « Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care : an international comparison ». *Spine*, vol. 26, n° 22, 2001, p.2504-2513.
- Kolt, G. S., J. F. Mcevoy. « Adherence to rehabilitation in patients with LBP ». *Man Ther*, vol. 8, n° 2, 2003, p. 110-116.

- Kool, J., S. Bachmann, P. Oesch, O. Knuesel, T. Ambergen, R. de Bie, P. van den Brandt. « Function-centered rehabilitation increases work days in patients with nonacute nonspecific LBP : 1-year results from a randomized controlled trial ». *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 88, n° 9, 2007, p. 1089-1094.
- Kosny, A., R.-L. Franche, J. Pole, N. Krause, P. Cote, C. Mustard. « Early healthcare provider communication with patients and their workplace following a lost-time claim for an occupational musculoskeletal injury ». *J Occup Rehabil*, vol. 16, n° 1, 2006, p. 27-39.
- Krause, N., L. K. Dasinger, L. J. Deegan, L. Rudolph, R. J. Brand. « Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury : a disability phase-specific analysis ». *Am J Ind Med*, vol. 40, n° 4, 2001, p. 374-392.
- LaCaille, R. A., M. S. DeBerard, L. J. LaCaille, K. S. Masters, A. L. Colledge. « Obesity and litigation predict workers' compensation costs associated with interbody cage lumbar fusion ». *Spine J*, vol. 7, n° 3, 2007, p. 266-272.
- Lemstra, M., W. P. Olszynski. « The effectiveness of standard care, early intervention, and occupational management in worker's compensation claims ». *Spine*, vol. 28, n° 3, 2003, p. 299-304.
- Li, J., L. Wolf, B. Evanoff. « Use of mechanical patient lifts decreased musculoskeletal symptoms and injuries among health care workers ». *Inj Prev*, vol. 10, n° 4, 2004, p. 212-216.
- Lincoln, A. E., M. Feuerstein, W. S. Shaw, V. Miller. « Impact of case manager training on worksite accommodations in workers' compensation claimants with upper extremity disorders ». *J Occup Environ Med*, vol. 44, n° 3, 2002, p. 237-245.
- Linton, S. J., E. Nordin. « A 5-year follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive behavioural intervention for back pain : a randomized, controlled trial ». *Spine*, vol. 31, n° 8, 2006, p. 853-858.
- Lippel, K. « Compensation for MSDs in Quebec : systemic discrimination against women workers? ». *Int J Health Serv*, vol. 33, n° 2, 2003, p. 253-281.
- Livneh, H. and C. Livneh. « Rehabilitation Intervention Strategies : Their Integration and Classification ». *J Rehabil*, vol. 55, n° 2, 1989, p. 21-30.
- Loisel, P., R. Buchbinder, R. Hazard, R. Keller, I. Scheel, B. Webster. « Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders : the challenge of implementing evidence ». *J Occup Rehabil*, vol. 15, no 4, 2005, p. 507-524.
- Loisel, P., M. J. Durand, R. Baril, J. Gervais, M. Falardeau. « Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation : perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team ». *J Occup Rehabil*, vol. 15, n° 4, 2005, p. 581-590.
- Loisel, P., M.-J. Durand, S. Shapiro, A. P. Contandriopoulos, J. Beaudet, D. Imbeau. « Évaluation d'un programme de collaboration précoce en réadaptation au travail chez les travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie ». *Études et recherches / Rapport R-573*, Montréal, IRSST, 2008, 81 pages.
- Loisel, P., J. Lemaire, S. Poitras, M.-J. Durand, F. Champagne, S. Stock, B. Diallo, C. Tremblay. « Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back

- pain management : a six year follow up study ». *Occup Environ Med*, vol. 59, n° 12, 2002, p. 807-815.
- Loisel, P., M.-J. Durand, D. Berthelette, N. Vézina, R. Baril, D. Gagnon, C. Larivière, C. Tremblay. « Disability Prevention : New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain ». *Disease Management & Health Outcomes*, vol. 9, n° 7, 2001, p. 351-360.
- Lopez, J. G., M. D. Ernst, T. W. Wright. « Acromioplasty : comparison of outcome in patients with and without workers' compensation ». *J South Orthop Assoc*, vol. 9, n° 4, 2000, p. 262-266.
- Lötters, F., R.-L. Franche, S. Hogg-Johnson, A. Burdorf, J. D. Pole. « The prognostic value of depressive symptoms, fear-avoidance, and self-efficacy for duration of lost-time benefits in workers with MSDs ». *Occup Environ Med*, vol. 63, n° 12, 2006, p. 794-801.
- Lyall, J. M., J. Gliner, M. K. Hubbell. « Treatment of worker's compensation cases of carpal tunnel syndrome : an outcome study ». *J Hand Ther*, vol. 15, n° 3, 2002, p. 251-259.
- Maghout, J. S., G. M. Franklin, S. K. Mirza, T. M. Wickizer, D. Fulton-Kehoe. « Lumbar fusion outcomes in Washington State workers' compensation ». *Spine*, vol. 31, n° 23, 2006, p. 2715-2723.
- Mahmud, M. A., B. S. Webster, T. K. Courtney, S. Matz, J. A. Tacci, D. C. Christiani. « Clinical management and the duration of disability for work-related LBP ». *J Occup Environ Med*, vol. 42, n° 12, 2000, p. 1178-1187.
- Main, C. J., C. J. Phillips, P. J. Watson. « Secondary Prevention in Health-Care and Occupational Settings in Musculoskeletal Condition Focusing on Low-Back Pain ». In : *Handbook of Complex Occupational Disability Claims : Early Risk Identification, Intervention, and Prevention*. Schultz IZ and Gatchel RJ (Eds). 2005. Springer, New York. Section III, Chapter 21, pp. 387-404.
- Manktelow, R. T., P. Binhammer, L. R. Tomat, V. Bril, J. P. Szalai. « Carpal tunnel syndrome : cross-sectional and outcome study in Ontario workers ». *J Hand Surg [Am]*, vol. 29, n° 2, 2004, p. 307-317.
- Margison, D. A., D. J. French. « Predicting treatment failure in the subacute injury phase using the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire : an observational prospective study in a workers' compensation system ». *J Occup Environ Med*, vol. 49, n° 1, 2007, p. 59-67.
- Marini, I. « What rehabilitation counselors should know to assist Social Security beneficiaries in becoming employed ». *Work*, vol. 21, n° 1, 2003, p. 37-43.
- Mayer, T. G., C. Anagnostis, R. J. Gatchel, T. Evans. « Impact of functional restoration after anterior cervical fusion on chronic disability in work-related neck pain ». *Spine J*, vol. 2, n° 4, 2002, p. 267-273.
- McCarthy, C. J., M. Gittins, C. Roberts, J. A. Oldham. « The reliability of the clinical tests and questions recommended in international guidelines for low back pain ». *Spine*, vol. 32, n° 8, 2007, p. 921-926.
- McGeary, D. D., T. G. Mayer, R. J. Gatchel, C. Anagnostis, T. J. Proctor. « Gender-related differences in treatment outcomes for patients with MSDs ». *Spine J*, vol. 3, n° 3, 2003, p. 197-203.

- McGuirk, B., N. Bogduk. « Evidence-based care for LBP in workers eligible for compensation ». *Occup Med (Lond)*, vol. 57, n° 1, 2007, p. 36-42.
- McIntosh, G., J. Frank, S. Hogg-Johnson, C. Bombardier, H. Hall. « Prognostic factors for time receiving workers' compensation benefits in a cohort of patients with LBP ». *Spine*, vol. 25, n° 2, 2000, p. 147-157.
- McNaughton, H. K., A. Sims, W. J. Taylor. « Prognosis for people with back pain under a No-fault 24-hour-cover compensation scheme ». *Spine*, vol. 25, n° 10, 2000, p. 1254-1258.
- Mechelen, W., J. P. Anema. « Workplace interventions for preventing work disability ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Issue 2. Art. No. : CD006955.
- Miller, C. E. « Arthritis and the role of the physician in nonmalignant pain and disability ». *J Health Soc Policy*, vol. 16, n° 1-2, 2002, p. 33-42.
- Murphy, P. L., T. K. Courtney. « LBP disability : relative costs by antecedent and industry group ». *Am J Ind Med*, vol. 37, n° 5, 2000, p. 558-571.
- Nachemson, A. L. and E. Jonsson. Neck and back pain. The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment, Lippincott, Philadelphia, 2000.
- Nicholson, G. P. « Arthroscopic acromioplasty : a comparison between workers' compensation and non-workers' compensation populations ». *J Bone Joint Surg Am*, vol. 85-A, n° 4, 2003, p. 682-689.
- Nicot, A., P. Nicot. « Lombalgie chronique et arrêt de travail : regards croisés patients/medecins ». *Medecine –Revue de l'Unafarmec*, vol. 2, n° 4, 2006, p. 180-182.
- Norrmén, G., K. Svardsudd, D. Andersson. « Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care ». *Scand J Prim Health Care*, vol. 24, n° 2, 2006, p. 104-109.
- Okurowski, L., G. Pransky, B. Webster, W. S. Shaw, S. Verma. « Prediction of prolonged work disability in occupational low-back pain based on nurse case management data ». *J Occup Environ Med*, vol. 45, n° 7, 2003, p. 763-770.
- Palmer, K. T., E. C. Harris, D. Coggon. « Compensating occupationally related tenosynovitis and epicondylitis : a literature review ». *Occup Med (Lond)*, vol. 57, n° 1, 2007, p. 67-74.
- Pennick, V. « What works to reduce disability in patients with LBP : the evidence ». *OOHNA / Ontario Occupational Health Nurses Association*, n° 1, 2001, p. 12-13.
- Pilet, F. « Attester ou prescrire un arrêt de travail : le medecin traitant a-t-il le choix?: Rehabilitation et medecine du travail; Attestation or prescription of disability of work : has the doctor a choice? ». *Revue Med Suisse Romande*, vol. 123, n° 10, 2003, p. 609-611.
- Pole, J. D., R.-L. Franche, S. Hogg-Johnson, M. Vidmar, N. Krause. « Duration of work disability : a comparison of self-report and administrative data ». *Am J Ind Med*, vol. 49, n° 5, 2006, p. 394-401.
- Pransky, G., K. Benjamin, C. Hill-Fotouhi, J. Himmelstein, K. E. Fletcher, J. N. Katz, W. G. Johnson. « Outcomes in work-related upper extremity and low back injuries : results of a retrospective study ». *Am J Ind Med*, vol. 37, n° 4, 2000, p. 400-409.

- Pransky, G., W. Shaw, R.-L. Franche, A. Clarke. « Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers--current models and opportunities for improvement ». *Disabil Rehabil*, vol. 26, n° 11, 2004, p. 625-634.
- Pransky, G. S., P. G. Dempsey. « Practical aspects of functional capacity evaluations ». *J Occup Rehabil*, vol. 14, n° 3, 2004, p. 217-229.
- Pransky, G. S., S. K. Verma, L. Okurowski, B. Webster. « Length of disability prognosis in acute occupational LBP : development and testing of a practical approach ». *Spine*, vol. 31, n° 6, 2006, p. 690-697.
- Pransky, G., W. Shaw, R. McLellan. « Employer attitudes, training, and return-to-work outcomes : a pilot study ». *Assist Technol*, vol. 13, n° 2, 2001, p. 131-138.
- Proctor, T. J., T. G. Mayer, R. J. Gatchel, D. D. McGeary. « Unremitting health-care-utilization outcomes of tertiary rehabilitation of patients with chronic MSDs ». *J Bone Joint Surg Am*, vol. 86-A, n° 1, 2004, p. 62-69.
- Rainville, J., G. Pransky, A. Indahl, E. K. Mayer. « The physician as disability advisor for patients with musculoskeletal complaints ». *Spine*, vol. 30, n° 22, 2005, p. 2579-2584.
- Rainville, J., R. S. Kim, J. N. Katz. « A review of 1985 Volvo Award winner in clinical science : objective assessment of spine function following industrial injury : a prospective study with comparison group and 1-year follow-up ». *Spine*, vol. 32, n° 18, 2007, p. 2031-2034.
- Rasmussen, C., L. Rechter, I. Schmidt, V. K. Hansen, K. Therkelsen. « The association of the involvement of financial compensation with the outcome of cervicobrachial pain that is treated conservatively ». *Rheumatology (Oxford)*, vol. 40, n° 5, 2001, p. 552-554.
- Reneman, M. F., J. Kool, P. Oesch, J. H. Geertzen, M. C. Battie, D. P. Gross. « Material handling performance of patients with chronic LBP during functional capacity evaluation : a comparison between three countries ». *Disabil Rehabil*, vol. 28, n° 18, 2006, p. 1143-1149.
- Rivier, G. « Common lumbago and returning to work : various thoughts about a complex problem ». *Rev Med Suisse Romande*, vol. 121, n° 6, 2001, p. 423-430.
- Rivier, G. « Douleur lombaire, activite au travail et readaptation; LBP, activity for work and rehabilitation ». *Rev Med Suisse Romande*, vol. 123, n° 10, 2003, p. 633-636.
- Roberts-Yates, C. « The concerns and issues of injured workers in relation to claims/injury management and rehabilitation : the need for new operational frameworks ». *Disabil Rehabil*, vol. 25, n° 16, 2003, p. 898-907.
- Robertson, P. A., S. A. Jackson. « Prospective assessment of outcomes improvement following fusion for LBP ». *J Spinal Disord Tech*, vol. 17, n° 3, 2004, p. 183-188.
- Roquelaure, Y., S. Cren, F. Rousseau, A. Touranchet, C. Dano, S. FAnello, D. Penneau-Fontbonne. « Work status after workers' compensation claims for upper limb MSDs ». *Occup Environ Med*, vol. 61, n° 1, 2004, p. 79-81.
- Rosenman, K. D., J. C. Gardiner, J. Wang, J. Biddle, A. Hogan, M. J. Reilly, K. Roberts, E. Welch. « Why most workers with occupational repetitive trauma do not file for workers' compensation ». *J Occup Environ Med*, vol. 42, n° 1, 2000, p. 25-34.

- Rossignol M, S. Poitras, C. Dionne, M. Tousignant, M. Truchon, B. Arsenault, P. Allard, M. Coté, A. Neveu. « An interdisciplinary guideline development process : the Clinic on Low-back pain in Interdisciplinary Practice (CLIP) low-back pain guidelines ». *Implement Sci.* vol. 2, 2007, p. 36.
- Rowlingson, K. and R. Berthoud. « Disability, Benefits and Employment ». London : The Stationery Office, DSS research report n° 54, 1996.
- Russell, G., J. B. Brown, M. Stewart. « Managing injured workers : family physicians' experiences ». *Can Fam Physician*, vol. 51, 2005, p. 78-79.
- Sadi, J., J. C. MacDermid, B. Chesworth, T. Birmingham. « A 13-year cohort study of MSDs treated in an autoplant, on-site physiotherapy clinic ». *J Occup Rehabil*, vol. 17, n° 4, 2007, p. 610-622.
- Sallay, P. I., P. J. Hunker, L. Brown. « Measurement of baseline shoulder function in subjects receiving workers' compensation versus noncompensated subjects ». *J Shoulder Elbow Surg*, vol. 14, n° 3, 2005, p. 286-297.
- Scheel^a, I. B., K. B. Hagen, J. Herrin, C. Carling, A. D. Oxman. « Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients : a cluster-randomized controlled trial ». *Spine*, vol. 27, n° 23, 2002, p. 2734-2740.
- Scheel^b, I. B., K. B. Hagen, A. D. Oxman. « Active sick leave for patients with back pain : all the players onside, but still no action ». *Spine*, vol. 27, n° 6, 2002, p. 654-659.
- Scheel^c, I. B., K. B. Hagen, J. Herrin, A. D. Oxman. « A randomized controlled trial of two strategies to implement active sick leave for patients with LBP ». *Spine*, vol. 27, n° 6, 2002, p. 561-566.
- Scheer, S. J., K. L. Radack, D. R. O'Brien jr. « Randomized controlled trials in industrial low back pain relating to return to work. Part 1. Acute interventions ». *Arch Phys Med Rehabil* vol. 76, n° 10, 1995, p. 966-973.
- Scheer, S. J., K. L. Radack, D. R. O'Brien jr. « Randomized controlled trials in industrial low back pain relating to return to work. Part 2. Discogenic low back pain ». *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 77, n° 11, 1996, p. 1189-1197.
- Scheer, S. J., T. K. Watanabe, K. L. Radack. « Randomized controlled trials in industrial low back pain. Part 3. Subacute/chronic pain interventions ». *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 78, n° 4, 1997. p. 414-423.
- Schonstein, E., D. T. Kenny. « Diagnoses and treatment recommendations on workers compensation medical certificates ». *Med J Aust*, vol. 173, n° 8, 2000, p. 419-422.
- Schonstein, E., D. T. Kenny, C. G. Maher. « WorkCover's physiotherapy forms : purpose beyond paperwork? ». *Aust J Physiother.*, vol. 48, n° 3, 2002, p. 221-225.
- Schonstein E., D. T. Kenny, J. Keating, B.W. Koes. « Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, Issue 3. Art. No. : CD001822.

- Schultz, I. Z., J. Crook, G. R. Meloche, J. Berkowitz, R. Milner, O. A. Zuberbier, W. Meloche. « Psychosocial factors predictive of occupational low back disability : towards development of a return-to-work model ». *Pain*, vol. 107, n° 1-2, 2004, p. 77-85.
- Schultz, I. Z., J. Crook, J. Berkowitz, R. Milner, G. R. Meloche. « Predicting RTW after low back injury using the Psychosocial Risk for Occupational Disability Instrument : a validation study ». *J Occup Rehabil*, vol. 15, n° 3, 2005, p. 365-376.
- Schultz, I. Z. and R. Gatchel. « Research and Practice Directions in Risk for Disability Prediction and Early Intervention ». In : *Handbook of Complex Occupational Disability Claims : Early Risk Identification, Intervention, and Prevention*. Schultz IZ and Gatchel RJ (Eds). Springer, New York, 2005. Section III, Chapter 21, pp. 523-539.
- Schultz, I. Z., A.W. Stowell, M. Feuerstein, R. J. Gatchel. « Models of Return to Work for Musculoskeletal Disorders ». *J Occup Rehabil*, vo. 17, n° 2, 2007, p. 327-352.
- Selander, J., S. U. Marnetoft, A. Bergroth, J. Ekholm. « RTW following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems : risk factors reviewed ». *Disabil Rehabil*, vol. 24, n° 14, 2002, p. 704-712.
- Sewitch, M. J., M. Rossignol, F. Bellavance, R. Leclaire, J. M. Esdaile, S. Suissa, R. Proulx, M. Dupuis. « First lifetime back pain and psychiatry treatment : psychological factors and recovery in compensated workers ». *AAOHN J*, vol. 48, n° 5, 2000, p. 234-242.
- Shaw, W. S., M. Feuerstein, A. E. Lincoln, V. I. Miller, P. M. Wood. « Case management services for work related upper extremity disorders. Integrating workplace accommodation and problem solving ». *AAOHN J*, vol. 49, n° 8, 2001, p. 378-389.
- Shaw, W. S., M. Feuerstein, A. E. Lincoln, V. I. Miller, P. M. Wood. « Ergonomic and psychosocial factors affect daily function in workers' compensation claimants with persistent upper extremity disorders ». *J Occup Environ Med*, vol. 44, n° 7, 2002, p. 606-615.
- Shaw, W. S., M. Feuerstein, V. I. Miller, P. M. Wood. « Identifying barriers to recovery from work related upper extremity disorders : use of a collaborative problem solving technique ». *AAOHN J*, vol. 51, n° 8, 2003, p. 337-346.
- Shaw, W. S., M. M. Robertson, R. K. McLellan, S. Verma, G. Pransky. « A controlled case study of supervisor training to optimize response to injury in the food processing industry ». *Work*, vol. 26, n° 2, 2006, p. 107-114.
- Shin, A. Y., M. Perlman, P. A. Shin, A. A. Garay. « Disability outcomes in a worker's compensation population : surgical versus nonsurgical treatment of carpal tunnel syndrome ». *Am J Orthop*, vol. 29, n° 3, 2000, p. 179-184.
- Soucy, I., M. Truchon, D. Cote. « Work-related factors contributing to chronic disability in LBP ». *Work*, vol. 26, n° 3, 2006, p. 313-326.
- Spitzer, W. O. Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs. Études et recherches / Rapport E-017, Montréal, IRSST, 1986, 320 pages.

- Staal, J. B., J. Rainville, J. Fritz, W. van Mechelen, G. Pransky. « Physical exercise interventions to improve disability and RTW in LBP : current insights and opportunities for improvement ». *J Occup Rehabil*, vol. 15, n° 4, 2005, p. 491-505.
- Staal J. B., H. Hlobil, M.W. van Tulder, G. Waddell, A.K. Burton, B.W. Koes, W. van Mechelen. « Occupational health guidelines for the management of low back pain : an international comparison ». *Occup Environ Med*, vol. 60, n° 9, 2003, p. 618-26. Review.
- Steenstra, I. A., J. H. Verbeek, M. W. Heymans, P. M. Bongers. « Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute LBP : a systematic review of the literature ». *Occup Environ Med*, vol. 62, n° 12, 2005, p. 851-860.
- Stikeleather, J. « An older worker's decision to "push or protect self" following a work-related injury ». *Work*, vol. 22, n° 2, 2004, p. 139-144.
- Storro, S., J. Moen, S. Svebak. « Effects on sick-leave of a multidisciplinary rehabilitation program for chronic low back, neck or shoulder pain : comparison with usual treatment ». *J Rehabil Med*, vol. 36, n° 1, 2004, p. 12-16.
- Stover, B., T. M. Wickizer, F. Zimmerman, D. Fulton-Kehoe, G. Franklin. « Prognostic factors of long-term disability in a workers' compensation system ». *J Occup Environ Med*, vol. 49, n° 1, 2007, p. 31-40.
- Stover, B. D., J. A. Turner, G. Franklin, J. V. Gluck, D. Fulton-Kehoe, L. Sheppard, T. M. Wickizer, J. Kaufman, K. Egan. « Factors associated with early opioid prescription among workers with low back injuries ». *J Pain*, vol. 7, n° 10, 2006, p. 718-725.
- Strunin, L., L. I. Boden. « The workers' compensation system : worker friend or foe? ». *Am J Ind Med*, vol. 45, n° 4, 2004, p. 338-345.
- Sullivan, M. J., L. C. Ward, D. Tripp, D. J. French, H. Adams, W. D. Stanish. « Secondary prevention of work disability : community-based psychosocial intervention for MSDs ». *J Occup Rehabil*, vol. 15, n° 3, 2005, p. 377-392.
- Tait, R. C., J. T. Chibnall, E. M. Andresen, N. M. Hadler. « Management of occupational back injuries : differences among African Americans and Caucasians ». *Pain*, vol. 112, n° 3, 2004, p. 389-396.
- Tait, R. C., J. T. Chibnall. « Factor structure of the pain disability index in workers compensation claimants with low back injuries ». *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 86, n° 6, 2005, p. 1141-1146.
- Tait, R. C., J. T. Chibnall, E. M. Andresen, N. M. Hadler. « Disability determination : validity with occupational LBP ». *J Pain*, vol. 7, n° 12, 2006, p. 951-957.
- Taylor, W., R. Simpson, D. Gow, H. McNaughton. « Rehabilitation that works--vocational outcomes following rehabilitation for occupational musculoskeletal pain ». *N Z Med J*, vol. 114, n° 1130, 2001, p. 185-187.
- Teasell, R. W. « Compensation and chronic pain ». *Clin J Pain*, vol. 17, n° 4 Suppl, 2001, p. S46-S64.

- Tousignant, M., M. Rossignol, L. Goulet, C. Dassa. « Occupational disability related to back pain : application of a theoretical model of work disability using prospective cohorts of manual workers ». *Am J Ind Med*, vol. 37, n° 4, 2000, p. 410-422.
- Turner, J. A., D. Fulton-Kehoe, G. Franklin, T. M. Wickizer, R. Wu. « Comparison of the Roland-Morris Disability Questionnaire and generic health status measures : a population-based study of workers' compensation back injury claimants ». *Spine*, vol. 28, n° 10, 2003, p. 1061-1067.
- Turner, J. A., G. Franklin, P. J. Heagerty, R. Wu, K. Egan, D. Fulton-Kehoe, J. V. Gluck, T. M. Wickizer. « The association between pain and disability ». *Pain*, vol. 112, n° 3, 2004, p. 307-314.
- Turner, J. A., G. Franklin, D. Fulton-Kehoe, L. Sheppard, T. M. Wickizer, R. Wu, J. V. Gluck, K. Egan. « Worker recovery expectations and fear-avoidance predict work disability in a population-based workers' compensation back pain sample ». *Spine*, vol. 31, n° 6, 2006, p. 682-689.
- Turner, J. A., G. Franklin, D. Fulton-Kehoe, L. Sheppard, T. M. Wickizer, R. Wu, J. V. Gluck, K. Egan, B. Stover. « Early predictors of chronic work disability associated with carpal tunnel syndrome : a longitudinal workers' compensation cohort study ». *Am J Ind Med*, vol. 50, n° 7, 2007, p. 489-500.
- van Oostrom, S. H., M. T. Driessen, H. C. de Vet, R.-L. Franche, E. Schonstein, P. Loisel, W. van Mechelen, J. R. Anema. « Workplace interventions for preventing work disability ». *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 15, n° 2, 2009 : CD006955.
- van Oostrom, S. H., W. van Mechelen, B. Terluin, H. C. de Vet, D. L. Knol, J. R. Anema. « A workplace intervention for sick-listed employees with distress : results of a randomised controlled trial ». *Occup Environ Med*, vol. 67, n° 9, 2010, p. 596-602.
- van Tulder, M. W., M. Tuut, V. Pennick, C. Bombardier, W. J. Assendelft. « Quality of primary care guidelines for acute low back pain ». *Spine*, vol. 29, n° 17, 2004, p. 357-362. *Review*.
- Verbeek, J. H. « Vocational rehabilitation of workers with back pain ». *Scandinavian J Work Environ Health*, vol. 27, n° 5, 2001, p. 346-52. *Review*.
- Verbrugge, K. M. and A. M. Jette. « The Disablement Process ». *Soc Sci Med*, vol. 38, n° 1, 1994, p. 1-14.
- Verhagen, A. P., G.G.M. Peeters, R. A. de Bie, R.A.B. Oostendorp. « Conservative treatment for whiplash » (Cochrane Review). 2003. In : The Cochrane Library, Issue 1.
- Viola, R. W., K. C. Boatright, K. L. Smith, J. A. Sidles, F. A. Matsen 3rd. « Do shoulder patients insured by workers' compensation present with worse self-assessed function and health status? ». *J Shoulder Elbow Surg*, vol. 9, n° 5, 2000, p. 368-372.
- Volinn, E., M. Nishikitani, W. Volinn, Y. Nakamura, E. Yano. « Back pain claim rates in Japan and the United States : framing the puzzle ». *Spine*, vol. 30, n° 6, 2005, p. 697-704.
- Waddell, G., M. Aylward, P. Sawney. Back pain, incapacity for work and social security benefits. Royal Society of Medicine Press, 2002, London.

- Waddell, G., and Burton A. K. « Occupational health guidelines for the management of low back pain at work : evidence review ». *Occup Med*, vol. 51, n° 2, 2001, p. 124-135.
- Waddell, G., A. K. Burton, C. J. Main. « Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work : a conceptual and scientific review ». Royal Society of Medicine Press, 2003, London.
- Waddell, G. and A. K. Burton. « Concepts of rehabilitation for the management of common health problems ». The Stationery Office, 2004, London.
- Waddell, G., J. Klaber-Moffett, K. Burton. « The neck book ». The Stationary Office, 2004, London, American Edition.
- Waddell, G., M. O'Connor, S. Boorman, B. Torsney. « Working Backs Scotland : a public and professional health education campaign for back pain ». *Spine*, vol. 32, n° 19, 2007, p. 2139-2143.
- Walsh L., D. Menzies, K. Chamberlain, R. Agius, M. Gittins. « Do occupational health assessments match guidelines for low back pain? ». *Occup Med (Lond)*, vol. 58, n° 7, 2008, p.485-489.
- Wasiak, R., G. Pransky, S. Verma, B. Webster. « Recurrence of LBP : definition-sensitivity analysis using administrative data ». *Spine*, vol. 28, n° 19, 2003, p. 2283-2291.
- Wasiak, R., S. Verma, G. Pransky, B. Webster. « Risk factors for recurrent episodes of care and work disability : case of LBP ». *J Occup Environ Med*, vol. 46, n° 1, 2004, p. 68-76.
- Wasiak, R., J. Kim, G. Pransky. « Work disability and costs caused by recurrence of LBP : longer and more costly than in first episodes ». *Spine*, vol. 31, n° 2, 2006, p. 219-225.
- Wasiak, R., G. Pransky, P. Yao. « Geographic variation in surgical treatment for work-related carpal tunnel syndrome : does improved RTW matter? ». *Work*, vol. 26, n° 1, 2006, p. 3-11.
- Wasiak, R., E. McNeely. « Utilization and costs of chiropractic care for work-related low back injuries : do payment policies make a difference? ». *Spine J*, vol. 6, n° 2, 2006, p. 146-153.
- Wasiak, R., G. Pransky. « The impact of procedure type, jurisdiction and other factors in workers' compensation on work-disability outcomes following carpal tunnel surgery ». *Work*, vol. 28, n° 2, 2007, p. 103-110.
- Waylett-Rendall, J., L. O. Niemeyer. « Exploratory analysis to identify factors impacting return-to-work outcomes in cases of cumulative trauma disorder ». *J Hand Ther*, vol. 17, n° 1, 2004, p. 50-57.
- Webster, B. S., S. Verma, G. S. Pransky. « Outcomes of workers' compensation claimants with LBP undergoing intradiscal electrothermal therapy ». *Spine*, vol. 29, n° 4, 2004, p. 435-441.
- Webster, B. S., S. K. Verma, R. J. Gatchel. « Relationship between early opioid prescribing for acute occupational LBP and disability duration, medical costs, subsequent surgery and late opioid use ». *Spine*, vol. 32, n° 19, 2007, p. 2127-2132.

- Wheeler, Peter M., John R. Kearney, Carolyn A. Harrison. « The U.S. study of work incapacity and reintegration ». *Social Security Bulletin*, vol. 64, n° 1, 2001, p. 32.
- Wickizer, T. M., G. Franklin, R. Plaeger-Brockway, R. D. Mootz. « Improving the quality of workers' compensation health care delivery : the Washington State Occupational Health Services Project ». *Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 1, 2001, p. 5-33.
- Wind, H., V. Gouttebauge, P. P. Kuijer, J. K. Sluiter, M. H. Frings-Dresen. « The utility of functional capacity evaluation : the opinion of physicians and other experts in the field of RTW and disability claims ». *Int Arch Occup Environ health*, vol. 79, n° 6, 2006, p. 528-534.
- Yawn, P. M., R. L. Kurland, M. Kurland, R. A. Yawn. « Relationship of workers' compensation status and duration of preoperative carpal tunnel symptoms ». *Minn Med*, vol. 84, n° 3, 2001, p. 52-56.

ANNEXES

ANNEXE 1

Stratégie de recherche utilisée par le bibliothécaire spécialiste pour trouver les références pertinentes

Data base

Ergoabstracts	physically AND handicapped (all) OR rehabilitation OR hardening OR absenteeism (all) published after 1/1/2004
CISDOC	capacity <IN> Title <OR> capacities <IN> Title <OR> predicting <IN> Title <OR> hardening <IN> Title <OR> return <IN> Title <OR> reentry <IN> Title <OR> reinsertion <IN> Title <OR> rehabilitation <IN> Title <OR> handicapped <OR> absenteeism <IN> Title <OR> absence <IN> Title <OR> absences <IN> Title <OR> incapacity <IN> Title <OR> incapacities <IN> Title <OR> recurrence <IN> Title <OR> recovery <IN> Title <OR> outcome <IN> Title <OR> outcomes <IN> Title <OR> prognostic <IN> Title <OR> prognostics <IN> Title <OR> predictor <IN> Title <OR> predictors <IN> Title <OR> limitation <IN> Title <OR> limitations <IN> Title <OR> sickness absenteeism <IN> Descriptor <OR> severity rates <IN> Descriptor <OR> handicapped workers <IN> Descriptor <OR> rehabilitation <IN> Descriptor <OR> accident absenteeism <IN> Descriptor <OR> work capacity <IN> Descriptor <OR> prediction <IN> Descriptor <OR> degree of disability <IN> Descriptor
HSLINE CANADIANA NIOSH	capacity <IN> Title <OR> capacities <IN> Title <OR> predicting <IN> Title <OR> hardening <IN> Title <OR> return <IN> Title <OR> reentry <IN> Title <OR> reinsertion <IN> Title <OR> rehabilitation <IN> Title <OR> absenteeism <IN> Title <OR> absence <IN> Title <OR> absences <IN> Title <OR> incapacity <IN> Title <OR> incapacities <IN> Title <OR> recurrence <IN> Title <OR> recovery <IN> Title <OR> outcome <IN> Title <OR> outcomes <IN> Title <OR> prognostic <IN> Title <OR> prognostics <IN> Title <OR> predictor <IN> Title <OR> predictors <IN> Title <OR> limitation <IN> Title <OR> limitations <IN> Title <OR> sickness absenteeism <IN> Title <OR> severity <IN> Title <OR> capacity <IN> Title <OR> prediction <IN> Title <OR> disability <IN> Title <OR> disabilities <IN> Title <OR> sick leave <IN> Descriptor <OR> disabled workers <IN> Descriptor <OR> rehabilitation <IN> Descriptor <OR> workplace adaptations <IN> Descriptor <OR> disabled workers <IN> Descriptor <OR> sickness absence <IN> Descriptor <OR> return to work <IN> Descriptor <OR> vocational rehabilitation <IN> Descriptor <OR> long term absence <IN> Descriptor <OR> long term incapacity <IN> Descriptor <OR> disabilities <IN> Descriptor <OR> work capability<IN> Descriptor
PsycINFO	rehabilitation OR (de* : work and de : adjustment) OR de : reemployment OR (de : vocational and de : rehabilitation) OR (de : disabled and de : person) OR (de : disabled and de : persons) OR (de : employee and de : absenteeism) OR (de : disabled and de : personnel) OR (de : occupational and de : adjustment) OR (de : psychosocial and de : rehabilitation) OR ti : hardening OR ti : return OR ti : rehabilitat* OR ti : handicap* OR ti : absenteeism* OR ti : absence* OR ti : capacity OR ti : disabilit* OR ti : incapacit* OR ti : recurrence OR ti : recovery OR ti : outcome OR ti : prognostic OR ti : predictor OR ti : limitation* OR kw : employment OR kw : occupational OR kw : worker* OR kw : work OR kw : industry OR kw : employee* OR kw : employer* OR kw : job OR kw : workplace OR kw : musculoskeletal *Legend : de= Descriptor ; ti=Title; and kw= Key Word
FRANCIS	handicape* or handicap physique or handicap* or readaptation or handicaps physiques/de AND travailleur* or poste de travail* or organisation du travail* or relations de travail or medecine travail or integration sociale or formation professionnelle or entreprise or marche

	du travail or politique de l'emploi or securite du travail or acces a l'emploi or adaptation professionnelle
Pascal	Réadaptation physique, Réadaptation professionnelle, Réadaptation, Rehabilitation, Reprise-travail, Absentéisme, Incapacité, Congé-maladie, Incapacité-travail, Recurrence, Restauration, Reconditionnement, Capacité fonctionnelle, Réadaptation socio-professionnelle
INRS	Réadaptation, Incapacité, Absentéisme, Réinsertion, Reprise du travail, Handicapé, Séquelle, Insertion professionnelle, Capacité physique
MEDLINE	<p>Search #1 "occupational diseases/complications"[MeSH Major Topic] OR "occupational diseases/economics"[MeSH Major Topic] OR "occupational diseases/psychology"[MeSH Major Topic] OR "occupational diseases/rehabilitation"[MeSH Major Topic] OR "occupational diseases/statistics and numerical data"[MeSH Major Topic] OR "musculoskeletal diseases/complications"[MeSH Major Topic] OR "musculoskeletal diseases/psychology"[MeSH Major Topic] OR "musculoskeletal diseases/economics"[MeSH Major Topic] OR "musculoskeletal diseases/rehabilitation"[MeSH Major Topic] OR "sprains and strains/complications"[MeSH Major Topic] OR "sprains and strains/economics"[MeSH Major Topic] OR "sprains and strains/psychology"[MeSH Major Topic] OR "sprains and strains/rehabilitation"[MeSH Major Topic] OR "back pain/complications"[MeSH Major Topic] OR "back pain/economics"[MeSH Major Topic] OR "back OR</p> <p>Search #2 "workers' compensation"[MeSH Terms] OR "insurance, disability"[MeSH Terms] OR</p> <p>Search #3 ("injury severity score"[MeSH Terms] OR "employment, supported"[MeSH Terms] OR "disability evaluation"[MeSH Terms] OR "disabled persons"[MeSH Terms] OR "professional impairment"[MeSH Terms] OR "length of stay"[MeSH Terms] OR "rehabilitation" [MeSH Terms] OR "work capacity evaluation"[MeSH Terms] OR "absenteeism"[MeSH Terms] OR "health status indicators"[MeSH Terms] OR "recovery of function"[MeSH Terms] OR "injury severity score"[MeSH Terms] OR "recurrence" [MeSH Terms] OR "chronic disease"[MeSH Terms] OR "treatment failure"[MeSH Terms] OR "functional residual capacity"[MeSH Terms] OR chronic[Title] OR rehabilitation[Title] OR chronicity[Title] OR hardening[Title]) AND "accidents, occupational"[MeSH Terms] OR "occupational diseases"[MeSH Terms] OR "musculoskeletal diseases"[MeSH Terms] OR "sprains and strains"[MeSH Terms] OR "back pain" [MeSH Terms] OR "neck pain" [MeSH Terms] OR "cumulative trauma disorders"[MeSH Terms] OR "carpal tunnel syndrome"[MeSH Terms] OR "tendon injuries"[MeSH Terms])</p>

ANNEXE 2

Définitions des catégories et des classes utilisées dans les analyses de catégorisation

Catégorie	Définition de la catégorie	Classes
Thème	L'objectif principal, comme il est énoncé dans le résumé ou reformulé par les examinateurs en fonction du contenu de l'article	<ul style="list-style-type: none"> • Prédiction d'un résultat • Évaluation de l'efficacité d'un programme, d'un élément ou d'une intervention • Évaluation de l'efficacité d'une stratégie ou d'une politique • Évaluation de l'efficacité d'un traitement • Description des points de vue, des expériences et des perceptions des acteurs • Description du parcours des travailleurs blessés • Description des conséquences de l'incapacité • Impact du statut d'indemnisation ou du type d'assurance sur l'incapacité • Comparaisons entre systèmes, régions et pays • Développement ou validation d'outils
Détenteur d'enjeux*	Groupe d'acteurs identifié à partir du paradigme de l'incapacité et cité par les auteurs comme participant direct ou indirect dans l'intervention ou pouvant être intéressé par les résultats de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'indemnisation (CAT) • Système de soins de santé (SSS) • Milieu de travail (MT) • Travailleur (T) ou système personnel (SP) • Contexte sociétal (CS)
Domaine d'application	Le secteur d'intervention en matière de prévention de l'incapacité au travail sur lequel portent les résultats de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des blessures et des demandes d'indemnisation • Interventions cliniques et gestion connexe • Interventions en matière de réadaptation et gestion connexe • Interventions axées sur la SST, le RAT ou la réadaptation professionnelle • État de préparation au RAT
Perspective de recherche	L'approche à la prévention de l'incapacité au travail sur laquelle repose l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Pronostic • Lignes directrices en matière d'intervention • Évaluation de l'incapacité • Facteurs contextuels • Sensibilisation aux conséquences sociales et économiques de l'incapacité • Formation, éducation et information • Obstacles et facilitateurs • Rentabilité

* Les classes de cette catégorie ne sont pas mutuellement exclusives étant donné que plus d'un détenteur d'enjeux pourrait être impliqué dans une étude donnée ou intéressé par ses résultats.

ANNEXE 3

Liens et références aux documents pertinents et pratiques

Canada-

Ontario, WSIB.

Report of the Chair of the Chronic Pain Panel. 2000.

<http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/Public/ChronicPainReport>

Ontario, IWH (Institute for Work and Health).

Research reports :

Health-care utilization for work-related soft-tissue injuries : understanding the role of providers (#203).

JI Payne, JN Lavis, CA Mustard, SA Hogg-Johnson, C Bombardier, H Lee.

A review of health-related work outcome measures, their uses and recommended measures (#131).

BC Amick, D Lerner, WH Rogers, T Rooney, JN Katz.

RTW after a soft-tissue injury : A qualitative exploration (#127).

J Clarke, D Cole, S Ferrier.

Work organization and musculoskeletal injuries among a cohort of health care workers (#126).

M Koehoorn, P Demers, C Hertzman, J Village, S Kennedy.

Job satisfaction, upper extremity pain intensity and absenteeism in work-related MSDs : an investigation using path analysis (#112).

J Smith, D Cole, S Ibrahim, and the Worksite Upper Extremity Research Group.

Validity of self-reported utilization of insured health care services (#108).

C Mustard, V Goel, M Barer, N Muhajarine, S Derksen.

Seven 'principles' for successful RTW. Institute for Work & Health [online document] 2007 March [cited 2007 May 2] : [8 screens]. Available from URL

http://www.iwh.on.ca/assets/pdf/rtw_7_principles_rev.pdf.

Preventing injury, illness and disability at work : what works and how we do? A discussion paper for Ontario's Occupational Health and Safety Community. 2003.

<http://www.iwh.on.ca/archive/pdfs/Prevention.pdf>

Evidence summary for management of non-specific chronic LBP. Institute for Work & Health 2006.

http://www.iwh.on.ca/archive/pdfs/POCKET_evidence_sum.pdf

Québec, IRSST (Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail).

Research reports :

MSDs – The impact of health, illness, pain and recovery – Strategy representations in the work rehabilitation process.

Baril, Raymond; Durand, Marie-José; Coutu, Marie-France; Côté, Daniel; Cadieux, Geneviève; Rouleau, Annick; Ngomo, Suzy.

Studies and Research Projects/Report R-592, Montréal, IRSST, 2008, 114 pages.

<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-592.pdf>

Travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie – Évaluation de l'implantation d'un programme de collaboration précoce en réadaptation.

Durand, Marie-José; Berthelette, Diane; Loisel, Patrick; Beaudet, Jocelyne; Imbeau, Daniel.

Studies and Research Projects/Report R-489, Montréal, IRSST, 2007, 100 pages.

http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100256.html

Décider pour faciliter le retour au travail – Étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail.

Loisel, Patrick; Durand, Marie-José; Baril, Raymond; Langley, Ann; Falardeau, Marlène.
Studies and Research Projects/Report R-393, Montréal, IRSST, 2004, 59 pages.

http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100104.html

Pratiques cliniques des physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos aigus et subaigus.

Blais, Régis; Poitras, Stéphane; Swaine, Bonnie; Rossignol, Michel.

Studies and Research Projects/Report R-438, Montréal, IRSST, 2005, 74 pages.

http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100170.html

Développement d'un protocole d'évaluation électromyographique de l'endurance des muscles extenseurs du tronc basé sur une approche fonctionnelle.

Larivière, Christian; Arsenault, Bertrand; Gravel, Denis; Gagnon, Denis; Gardiner, Phillip; Loisel, Patrick.
Studies and Research Projects/Report R-477, Montréal, IRSST, 2006, 85 pages.

http://www.irsst.qc.ca/fr/projet_3444.html

IDVQ : L'indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne.

Stock, Susan; Loisel, Patrick; Durand, Marie-José; Streiner, David; Tugwell, Peter; Reardon, Rhoda;

Lemaire, Jacques; Boucher, Micheline; Darzins, Susan; Dilworth, Peter; Gaudreault, Nathaly.

Studies and Research Projects/Report R-355, Montréal, IRSST, 2003, 99 pages.

http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100016.html

Exploitation de la base de données recueillies dans le projet Sherbrooke sur la prise en charge des dorso-lombalgies reliées au travail avec un suivi de 6,4 ans.

Loisel, Patrick; Durand, Marie-José; Vachon, Brigitte; Lemaire, Jacques; Poitras, Stéphane; Stock, Susan.
Studies and Research Projects/Report R-348, Montréal, IRSST, 2003, 52 pages.

http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100009.html

Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales.

Dionne, Clermont; Bourbonnais, Renée; Frémont, Pierre; Rossignol, Michel; Stock, Susan.

Studies and Research Projects/Report R-356, Montréal, IRSST, 2004, 148 pages.

http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100017.html

Work-related musculoskeletal disorders – Guide and tools for modified work.

Stock, Susan; Baril, Raymond; Dion-Hubert, Colette; Lapointe, Claire; Paquette, Sonia; Sauvage, Josée; Simoneau, Serge; Vaillancourt, Claude.

Guide OMRT-En, Montréal, IRSST – Montréal, Direction de la santé publique, 2005, 63 pages.

<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/OMRT-EN.pdf>

Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne. Rossignol, Michel.

Clip, Montréal, IRSST – Montréal, Direction de la santé publique, 2006, 43 pages.

http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100195.html

Saskatchewan, WCBB.

Support package for physicians. 2006.

http://www.WCBbsask.com/book_health_care.page

British Columbia, NIDMAR (National Institute of Disability Management and Research). Publications on disability management (English and French).

<http://www.nidmar.ca/products/products.asp?cat=1>

USA

Liberty Mutual.

Report on Integrated Disability Management. 2007 IDM Leadership Series : Best Practices for Program Integration and Administration.

Australia

Comcare (compensation agency).

Brochure : Body Stressing Injuries – Key Messages for Rehabilitation Providers.

http://www.comcare.gov.au/data/assets/pdf_file/0019/24175/PUB65_Jun06.pdf

Booklet : Operational Standards for Rehabilitation Program Providers.

http://www.comcare.gov.au/data/assets/pdf_file/0007/28276/Pub59_070418.pdf

Australia Res Works (Australian Foundation for Research into Illness and Injury in the Workplace Inc.). Return to Work Knowledge Base.

<http://www.rtwknowledge.org>

New Zealand

Department of Labour.

Report to the Department of Labour, Pamela Lee. Strategies to return injured workers to sustainable earnings – An international literature review. July 2003.

<http://www.dol.govt.nz/PDFs/ReturnToSustainableEarnings.pdf>

ACC (Accident Compensation Corporation - compensation agency).

Guide : RTW guide. A reference tool by practising physicians and ACC.

http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=15138&dDocName=WIM2_059386&allowInterrupt=1

Europe

OSHA.

Back to work report.

<http://osha.europa.eu/publications/reports/7807300>

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Report : Managing MSDs.

<http://www.eurofound.europa.eu/eWCBo/studies/tn0611018s/tn0611018s.htm>

European Commission.Guidelines.

Low back pain : Guidelines for its management.

<http://www.backpaineurope.org/>

HSE, UK (Health and Safety Executive).

Research report : The costs and benefits of active case management and rehabilitation for MSDs. (2006).

<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr493.pdf>

IUA/ABI, UK (compensation agency).

Report : Psychology, personal injury and rehabilitation. The IUS/ABI Rehabilitation Working Party. (2004).

http://www.abi.org.uk/Display/File/364/Psychology_Personal_Injury_and_Rehabilitation_July_2004.pdf

The Work Foundation. Report : Fit For work? Musculoskeletal disorders and labour market participation. (2007).

http://www.theworkfoundation.com/Assets/PDFs/fit_for_work_small.pdf

ANNEXE 4

Principales questions abordées dans les revues de la littérature

Auteurs	Titre	Objectif	Principaux résultats ou conclusions
Athanasou, 2005 Australie, <i>Med. Leg. J.</i>	<i>Return to work following whiplash and back injury : a review and evaluation</i>	Examiner les taux de retour au travail rapportés à la suite d'un coup de fouet cervical et d'une blessure au dos.	Les taux de RAT rapportés dans 71 études pertinentes ont été examinés. Les résultats suggèrent un important potentiel de RAT chez les personnes ayant subi une blessure cervicale et dorsale.
Baldwin, 2004 É.-U., <i>J Electromyogr Kinesiol.</i>	<i>Reducing the costs of work-related musculoskeletal disorders : targeting strategies to chronic disability cases</i>	Examiner les données relatives aux coûts des TMS, tout en identifiant les sources de coûts démesurés, et examiner les données empiriques sur les caractéristiques du milieu de travail et les incitatifs économiques associés à l'incapacité de longue durée ainsi qu'aux pertes de productivité importantes, en se concentrant sur les cas de dorsalgie d'origine professionnelle.	Les caractéristiques du milieu de travail associées à l'incapacité de longue durée comprennent : l'incapacité d'obtenir une adaptation des tâches, le fait de toucher des prestations d'incapacité et l'emploi dans une industrie à haut risque ou des tâches qui exigent de soulever des objets lourds. Le taux de remplacement des prestations est significativement et positivement corrélé à la durée de l'absence du travail à la suite d'une blessure. La recherche sur les prédicteurs de cas à coût élevé est toutefois limitée en raison d'un manque de données de grande qualité et de la nécessité d'une approche multidisciplinaire.
Gross, 2006 Canada, <i>Curr Pain Headache Rep.</i>	<i>Are functional capacity evaluations affected by the patient's pain?</i>	Examiner l'information disponible dans la littérature concernant l'influence de la douleur sur l'ECF.	Aux fins de décisions liées aux demandes d'indemnisation, l'ECF ne doit pas être considérée comme un indicateur purement « objectif » de la déficience fonctionnelle, indépendant des perceptions du sujet ou de l'évaluateur. L'ECF peut avoir une certaine valeur pour ce qui est de faciliter le RAT ou de réintégrer dans la population active des travailleurs souffrant d'un handicap chronique, quoique les facteurs de la douleur doivent être pris en considération lorsqu'il s'agit de faire des prévisions quant au futur statut par rapport au travail.
Hagberg, 2005 Suède, <i>G Ital Med Lav Ergon.</i>	<i>Clinical assessment, prognosis and return to work with reference to work related neck and upper limb disorders</i>	Décrire l'évaluation et la gestion cliniques des troubles cervicaux et des membres supérieurs d'origine professionnelle.	En dépit du nombre de patients atteints de troubles cervicaux et des membres supérieurs, les preuves scientifiques utilisées dans le cadre des évaluations cliniques pour obtenir un pronostic et déterminer les procédures de gestion du RAT restent minces.
Hoffman et al., 2007 É.-U., <i>Health Psychol.</i>	<i>Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain</i>	Évaluer l'efficacité des interventions psychologiques auprès des adultes souffrant de lombalgie chronique.	Les résultats ont démontré des effets positifs en lien avec les interventions psychologiques auprès des lombalgiques chroniques..

Palmer et al., 2007 R.-U., <i>Occup Med</i> (Londres).	<i>Compensating occupationally related tenosynovitis and epicondylitis : a literature review</i>	Évaluer les causes d'origine professionnelle possibles de la ténosynovite et de l'épicondylite en focalisant tout particulièrement sur les éléments de preuve susceptibles de justifier l'indemnisation de ces troubles « selon la prépondérance des probabilités ».	L'indemnisation des maladies professionnelles peut être problématique en ce qui concerne les troubles qui ne sont pas spécifiques à un travail donné et pour lesquels il n'existe pas de caractéristiques cliniques distinctives dans les cas à composante professionnelle. Des prestations peuvent toutefois être accordées selon la prépondérance des probabilités s'il existe des preuves convaincantes que le risque est au moins deux fois plus élevé dans un groupe professionnel donné. La revue met en évidence le manque relatif de données à l'appui d'une telle attribution à l'égard de la ténosynovite et de l'épicondylite.
Pransky et al., 2004 É.-U., <i>J Occup Rehabil</i> .	<i>Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers – current models and opportunities for improvement</i>	Examiner les modèles dominants en matière de gestion et de prévention des incapacités sur le plan de la communication.	Une amélioration de la communication peut expliquer la réussite d'une variété de nouvelles interventions. Les interventions fondées sur la communication peuvent améliorer la gestion des incapacités, réduire les relations conflictuelles et s'avérer rentables, mais des essais contrôlés sont requis.
Rainville et al., 2005 É.-U., <i>Spine</i>	<i>The physician as disability advisor for patients with musculoskeletal complaints</i>	Revoir les études qui traitent de la performance des médecins à titre de médiateurs en matière d'incapacité temporaire et permanente auprès des patients souffrant de troubles musculo-squelettiques chroniques.	Les recommandations des médecins visant à limiter l'activité et le travail à la suite d'une blessure sont très variables, et reflètent souvent leurs propres attitudes et croyances face à la douleur. Les désirs des patients influent eux-mêmes fortement sur les diagnostics d'incapacité (les médecins acquiescent souvent aux demandes des patients). D'autres influences incluent la compétence géographique, l'employeur, l'assureur et des facteurs liés au système de santé. Les efforts les plus susceptibles d'influencer les recommandations des médecins faisaient appel à la communication de masse pour influencer les attitudes du public tout en renforçant les normes de pratique courantes pour les médecins. Les recommandations des médecins en matière de travail et d'activité ont d'importantes implications sanitaires et financières.
Selander et al., 2002 Suède, <i>Disab Rehabil</i> .	<i>Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems : risk factors reviewed</i>	Fournir un aperçu des facteurs en lien avec le RAT à la suite d'une réadaptation professionnelle pour des problèmes au niveau du cou, du dos et des épaules.	Des facteurs démographiques, psychologiques, sociaux, médicaux, de réadaptation, du milieu de travail et du système d'indemnisation sont associés de maintes façons au RAT. Les personnes les plus susceptibles de retourner au travail à la suite d'une réadaptation professionnelle sont plus jeunes, natives de la région, très instruites et titulaires d'un emploi stable; elles touchent un revenu élevé, elles sont mariées et elles ont un réseau social stable; elles sont sûres d'elles et heureuses de leur

			<p>sort, elles ne sont pas déprimées, la gravité de leur maladie est faible et elles ne souffrent pas; elles ont beaucoup d'ancienneté au travail, de longues années de service et un employeur qui se soucie d'elles et qui souhaite les voir revenir au travail.</p>
<p>Staal et al., 2005 Pays-Bas, <i>J Occup Rehabil.</i></p>	<p><i>Physical exercise interventions to improve disability and return to work in low back pain : current insights and opportunities for improvement</i></p>	<p>Fournir un aperçu des connaissances actuelles en ce qui concerne la sécurité, les aspects relatifs au contenu et au contexte des interventions faisant appel à l'exercice physique auprès des travailleurs handicapés pour cause de lombalgie, les questions liées au choix du moment, l'influence des attentes des patients et de la confiance à l'égard des traitements, ainsi que le processus de modification du comportement des fournisseurs de soins de santé et des employeurs.</p>	<p>L'exercice physique n'est pas associé à un accroissement du risque de récurrence. L'effet des interventions peut varier selon des facteurs relatifs à leur contenu (p. ex. type d'exercice, posologie, fréquence, compétence des fournisseurs de soins de santé) et des facteurs contextuels (p. ex. lieu de traitement, système d'indemnisation). Les attentes des patients et la confiance à l'égard des traitements ont également une influence significative sur les résultats des interventions faisant appel à l'exercice physique. Le choix du moment est aussi important; les interventions axées sur le RAT et survenant durant la phase aiguë de la blessure s'opposent à un taux élevé de guérison spontanée, et peuvent dès lors s'avérer inefficaces. D'autres recherches sont requises pour préciser les exigences relatives à l'application et à la mise en œuvre fructueuses des interventions fondées sur l'exercice physique.</p>
<p>Steenstra et al., 2005 Pays-Bas, <i>Occup Environ Med.</i></p>	<p><i>Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain : a systematic review of the literature</i></p>	<p>Évaluer les éléments de preuve relatifs aux facteurs pronostiques de RAT chez les travailleurs en congé de maladie pour lombalgie aiguë.</p>	<p>Une lombalgie spécifique, un niveau d'incapacité élevé, un âge avancé, le sexe féminin, la dysfonction sociale et l'isolement social, les travaux lourds et un niveau élevé d'indemnisation sont des facteurs prédictifs d'un congé de maladie prolongé. Les antécédents de lombalgie, la satisfaction au travail, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, le nombre de personnes à charge, le tabagisme, les quarts de travail de plus de huit heures, la nature de la profession et la taille de l'industrie ou de l'entreprise n'ont aucune influence sur la durée des congés de maladie pour cause de lombalgie.</p>
<p>Teasell, 2001 Canada, <i>Clin J Pain.</i></p>	<p><i>Compensation and chronic pain</i></p>	<p>Examiner les données sur le rôle de l'indemnisation dans les cas de douleur chronique et/ou d'incapacité chronique.</p>	<p>Le dépôt d'une demande de prestations, le recours à un avocat et l'intensité de la douleur sont des prédicteurs restreints d'une période d'indemnisation prolongée. Lorsque le ratio des prestations par rapport au salaire avant blessure augmente, il existe des preuves de prolongation de la période d'indemnisation. Le statut d'indemnisation conjugué à une intensité accrue de la douleur est associé à un pronostic défavorable à la suite d'un programme de réadaptation.</p>

ANNEXE 5

Principales questions abordées dans les articles théoriques

Auteurs	Titre	Principaux sujets abordés
Clifton DW, 2006 É.-U., <i>Work</i>	<i>The functional IME : A linkage of expertise across the disability continuum</i>	Se concentre sur les approches utilisées pour évaluer l'incapacité et sur les moyens propres à rehausser la valeur des examens médicaux indépendants et de l'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) dans un modèle commun.
Eley C, 2006 É.-U., <i>AAOHN J</i>	<i>Magnetic resonance imaging for low back injuries : appropriate use in managing workers' compensation claims</i>	Fournit des données utiles pour les fournisseurs de soins de santé en ce qui a trait à la conception de protocoles faisant appel à l'imagerie par résonance magnétique pour gérer les demandes d'indemnisation pour blessure lombaire.
Franche R et Krause N, 2002 Canada, <i>J Occup Rehabil.</i>	<i>Readiness for return to work following injury or illness : conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors</i>	Propose un nouveau modèle de préparation au RAT mettant l'accent sur le contexte interpersonnel. Les interactions de l'employé avec le milieu de travail, le régime d'assurance et le système de soins de santé sont prises en compte en ce qu'elles influent sur trois dimensions déterminantes du changement : l'équilibre décisionnel, l'auto-efficacité et le processus de changement en soi.
Halpern M, 2003 É.-U., <i>Work</i>	<i>The costs of job accommodations for employees with low back pain</i>	Développe un modèle de processus d'intervention ergonomique et fournit des données sur les coûts d'aménagement en ce qui concerne les personnes souffrant de TMS, et plus particulièrement de lombalgie.
Harding WE, 2006 É.-U., <i>Clin Occup Environ Med.</i>	<i>Worker's compensation litigation of the upper extremity claim</i>	Présente une vue d'ensemble des questions soumises aux médecins et aux avocats dans le cadre de l'évaluation, du traitement, de l'instruction et du règlement d'une demande d'indemnisation pour blessure professionnelle à un membre supérieur.
Harper JD, 2002 É.-U., <i>Foot Ankle Clin.</i>	<i>Determining foot and ankle impairments by the AMA fifth edition guides</i>	Examine la cinquième édition des guides de l'AMA en se concentrant sur la détermination des déficiences au niveau du pied et de la cheville.
Hefti et al., 2003 É.-U., <i>AAOHN J.</i>	<i>Back injury prevention : a lift team success story</i>	Présente les avantages d'une formation à la mécanique du corps, aux techniques de levage et à l'utilisation de l'équipement mécanique prescrit dans les hôpitaux.
Joish et Brixner, 2004 É.-U., <i>J Pain Palliat. Care Pharmacother.</i>	<i>Back pain and productivity : measuring worker productivity from an employer's perspective</i>	Examine différentes méthodes d'évaluation des gains et des pertes de productivité en lien avec les maux de dos, du point de vue de l'employeur.
Katz RT, 2001 É.-U., <i>Phys Med Rehabil Clin N Am</i>	<i>Impairment and disability rating in low back pain</i>	Focalise sur les taux de déficience et d'invalidité découlant de la lombalgie et sur le rôle des psychiatres en la matière.

Loisel P et al., 2001 Canada, <i>Disease Management & Health Outcomes</i>	<i>Disability Prevention : New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain</i>	Propose un modèle de gestion de la prévention de l'incapacité visant à encourager les cliniciens, les employeurs, les syndicats et les assureurs, de même que les chercheurs dans le domaine, à œuvrer dans le cadre du paradigme de l'incapacité.
Marini I, 2003 É.-U., <i>Work : Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation</i>	<i>What rehabilitation counselors should know to assist Social Security beneficiaries in becoming employed</i>	Décrit les caractéristiques des programmes et du processus de demande d'indemnisation de la Social Security Administration (SSI), et fournit de l'information sur les traits psychologiques et physiologiques des bénéficiaires atteints de déficience psychiatrique et de TMS.
Miller CE, 2002 É.-U., <i>J Health Soc Policy</i>	<i>Arthritis and the role of the physician in non-malignant pain and disability</i>	Met l'accent sur le rôle du médecin dans le traitement des lombalgies chroniques et sur sa décision d'agir comme défenseur d'un patient ou comme évaluateur des limitations d'un patient peut influencer sur la douleur et le handicap.
Pennick V, 2001 Canada, <i>Ontario Occupational Health Nurses Association</i>	<i>What works to reduce disability in patients with low back pain : the evidence</i>	Évalue l'approche à l'élaboration de stratégies de gestion des blessures au dos en phase de rétablissement et son efficacité à réduire le temps perdu.
Pilet F, 2003 Suisse, <i>Revue médicale de la Suisse romande</i>	Attester ou prescrire un arrêt de travail : le médecin traitant a-t-il le choix? : Réhabilitation et médecine du travail	Traite de l'importance du certificat d'incapacité au travail et du point de vue de l'assureur – souvent mal définis. Introduit la notion de « lieu de contrôle », tenu pour être un facteur déterminant en ce qui concerne la capacité de RAT.
Pransky et Dempsey, 2004 É.-U., <i>J Occup Rehabil.</i>	<i>Practical aspects of functional capacity evaluations</i>	Met l'accent sur les aspects pratiques et les préoccupations concernant l'ECF en contexte clinique et administratif.
Rainville et al., 2007 É.-U., <i>Spine</i>	<i>A review of 1985 Volvo Award winner in clinical science : objective assessment of spine function following industrial injury</i>	Revoit l'article de Mayer et al. intitulé <i>Objective assessment of spine function following industrial injury : a prospective study with comparison group and one-year follow-up</i> ; fait état de ses forces et de ses faiblesses, et passe en revue les études qui ont tenté de reproduire les travaux cités dans d'autres contextes.
Rivier G, 2001 Suisse, <i>Revue médicale de la Suisse romande</i>	<i>Common lumbago and returning to work : various thoughts about a complex problem</i>	Traite du problème des lombalgies non spécifiques en lien avec le RAT ainsi que des preuves relatives à la prévention de l'incapacité chronique.
Rivier G, 2003 Suisse, <i>Revue médicale de la Suisse romande</i>	Douleur lombaire, activité au travail et réadaptation; <i>Low back pain, activity for work and rehabilitation</i>	Présente un cadre conceptuel visant à favoriser une meilleure compréhension des facteurs qui sous-tendent la relation complexe entre les maux de dos et le niveau d'activité au travail.
Wheeler et al., 2001 É.-U., <i>Social Security Bulletin</i>	<i>The US study of work incapacity and reintegration</i>	Étude sur les travailleurs souffrant de troubles lombaires qui aborde les implications connexes en matière de politiques. Précise que la conception de base de l'étude a été adaptée pour tenir compte des différences entre les programmes de prestations d'incapacité des États-Unis et ceux d'autres pays.
Wickizer et al., 2001 É.-U., <i>Milbank Quarterly</i>	<i>Improving the quality of workers' compensation health care delivery : the Washington State Occupational Health Services Project</i>	Retrace les expériences menées dans l'État de Washington en ce qui a trait à l'élaboration d'une initiative d'amélioration de la qualité, tout en étudiant les effets de la prestation de soins de santé en milieu de travail sur les résultats pour la santé, sur la satisfaction des travailleurs et des employeurs, de même que sur les frais médicaux et le coût des invalidités.

ANNEXE 6

Répartition des articles par revue scientifique et par année de publication

Revue scientifique	Année de publication								Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Spine	3		6	3	4	2	6	2	26
J Occup Environ Med	4	2	2	2	3	1	2	5	21
J Occup Rehabil				2		6	4	7	19
Am J Ind Med	6	1			1	2	2	4	16
Spine J		2	2	3			1	1	9
Work	1			1	1		5	1	9
Occup Environ Med			2		2		3	1	8
Pain				1	3	3			7
Int J Rehabil Res	1		1		1	1			4
AAOHN J	1	1		1					3
Arch Phys Med Rehabil				1		1		1	3
Disabil Rehabil				1		1	1		3
J Bone Joint Surg Am	1			1	1				3
Am J Orthop	1					1			2
Eur Spine J			1					1	2
J Hand Ther			1		1				2
J Pain							2		2
J Shoulder Elbow Surg	1					1			2
Occup Med							1	1	2
Phys Ther						2			2
Rheumatology (Oxford)		1		1					2
Am J Manag Care							1		1
Ann Intern Med						1			1
Arthritis Rheum					1				1
Assistive Technology		1							1
Aust J Physiother			1						1
BMC Public Health					1				1
Can Fam Physician						1			1
Ind Health							1		1
Inj Prev					1				1
Int Arch Occup Environ Health							1		1
Int J Health Serv				1					1
J Am Osteopath Assoc		1							1
J Clin Epidemiol							1		1
J Hand Surg [Am]					1				1
J Hand Surg [Br]					1				1
J Health Econ				1					1
J Interprof Care						1			1
J Korean Med Sci						1			1
J Manipulative Physiol Ther		1							1
J Rehabil Med					1				1
J South Orthop Assoc	1								1
J Spinal Disord Tech					1				1
Joint Bone Spine								1	1
Journal of Applied					1				1

Rehabilitation Counseling									
Man Ther				1					1
Med care								1	1
Med J Aust	1								1
Medecine - revue de l'Unaformec							1		1
Minn Med		1							1
N Z Med J		1							1
Pain Med						1			1
Plast Reconstr Surg			1						1
Pratiques et organisation des soins							1		1
Qual Life Res								1	1
Scand J Prim Health Care							1		1
Scand J Work Environ Health							1		1
Soc Sci Med				1					1
Surgical Neurology	1								1
Tenn Med	1								1
Total (N = 60)	23	12	17	21	25	26	35	27	186

ANNEXE 7

Prédicteurs, facteurs et déterminants de l'incapacité au travail

Impact	Prédicteurs/facteurs/déterminants
<p>Durée de l'incapacité</p> <p>Plus longue</p>	<p>Sociodémographiques : âge plus avancé (McIntosh et al., 2000), âge plus avancé, sexe féminin (Kim et al., 2006)</p> <p>Cliniques et liés aux soins de santé : recours accru aux spécialistes et visites plus fréquentes aux fournisseurs de soins, recours à l'imagerie par résonance magnétique, utilisation d'opioïdes pendant plus de 7 jours (Mahmoud et al., 2000); temps de latence entre la blessure et le traitement, douleur rapportée dans une jambe, trois symptômes non organiques de Waddell positifs ou plus (McIntosh et al., 2000); comorbidité, aiguillage tardif, diagnostic médical plus sévère, disque intervertébral hernié, douleur irradiée (Kim et al., 2006); moins bonne santé physique (Lötters et al., 2006); blessure au stade chronique, douleur accrue, transition vers une moins bonne santé, incapacité plus importante (Schultz et al., 2004)</p> <p>Administratifs et liés à l'indemnisation : obtention de prestations d'indemnisation fondées sur la rémunération (McNaughton et al., 2000); présence de barrières linguistiques, intervention d'un avocat non favorable au RAT (Pransky et al., 2006); obtention de moins de 2 000 000 de wons en prestations d'indemnisation (Kim et al., 2006); réaction plus défavorable de la CAT ou de l'employeur (Schultz et al., 2004)</p> <p>Organisationnels et professionnels : emploi dans le secteur de la construction (McIntosh et al., 2000); moins d'ancienneté en poste, absence préalable du travail, emploi dans une entreprise de 1000 employés ou plus (Kim et al., 2006); pouvoir d'appréciation accru des compétences (Schultz et al., 2004)</p> <p>Liés aux exigences physiques de l'emploi : temps passé à se pencher et à soulever, pousser ou tirer des objets lourds au travail (Dasinger et al., 2000); travail exigeant sur le plan physique (Krause et al., 2001)</p> <p>Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : travail exigeant sur le plan psychologique et faible soutien de supervision (Krause et al., 2001); symptômes de dépression accrus (Lötters et al., 2006); faible motivation à l'égard du RAT (Kim et al., 2006); attentes moins élevées en matière de rétablissement (Schultz et al., 2004)</p>
<p>Plus courte</p>	<p>Sociodémographiques : âge moins avancé (Dasinger et al., 2000)</p> <p>Cliniques et liés aux soins de santé : blessure moins grave, blessure antérieure au dos (Dasinger et al., 2000); capacité de levage accrue lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles (Gross et Battie, 2006); scores plus élevés en réponse aux questionnaires, douleur intermittente, épisode antérieur de dorsalgie (McIntosh et al., 2000)</p> <p>Organisationnels et professionnels : durée d'emploi pré-blessure plus longue (Dasinger et al., 2000)</p> <p>Liés aux exigences physiques de l'emploi : contrôle élevé sur le travail effectué (Krause et al., 2001)</p>

Justesse des prédictions relatives aux congés de maladie

Administratifs et liés à l'indemnisation : prédictions des travailleurs indemnisés par rapport aux prédictions des fonctionnaires de l'assurance (Fleten et al., 2004.)

Incapacité prolongée / douleur

Incapacité professionnelle prolongée

Sociodémographiques : âge plus avancé, barrières linguistiques (Okurowski et al., 2003); âge plus avancé, sexe féminin, personnes à charge, taux de chômage plus élevé (Stover et al., 2007); variables démographiques de référence (Turner et al., 2007); Afro-Américains et personnes au statut socio-économique moins élevé dans le système d'indemnisation des travailleurs (Chibnall et Tait, 2005)

Cliniques et liés aux soins de santé : chirurgie lombaire antérieure, score initial plus élevé en réponse au questionnaire sur l'incapacité, score moins élevé en réponse au questionnaire SF-36 (Coste et al., 2004); aiguillage plus rapide vers un l'infirmier ou l'infirmière responsable des cas d'incapacité (Okurowski et al., 2003); retard entre la blessure et le premier traitement médical, blessure au dos (Stover et al., 2007); douleur, handicap (Tousignant et al., 2000); sévérité des symptômes, limitations fonctionnelles (Turner et al., 2007)

Administratifs et liés à l'indemnisation : attitude neutre ou négative de l'avocat à l'égard du RAT (Okurowski et al., 2003); statut d'indemnisation temporaire (Coste et al., 2004); temps plus long entre le traitement médical et la demande d'indemnisation (Stover et al., 2007)

Organisationnels et professionnels : secteur de la construction, emploi en foresterie, plus petite entreprise (Stover et al., 2007); manque d'adaptation des tâches, conditions de travail psychosociales (Turner et al., 2007); contrôle du travail, mesure de la charge de travail (Koehoorn et al., 2006)

Liés aux exigences physiques de l'emploi : exigences physiques du travail (Koehoorn et al., 2006; Turner et al., 2007)

Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : stress perçu, peurs et croyances au sujet du travail (Soucy et al., 2006); niveau élevé d'appréhension-évitement du travail et très faibles attentes en matière de rétablissement (Tousignant et al., 2000; Turner et al., 2006); caractéristiques et conditions psychosociales des travailleurs (Turner et al., 2006, 2007); rumination et « impuissance » (amplification et sentiment de détresse) (Chibnall et Tait, 2005)

Transition de la douleur aiguë à la douleur chronique

Cliniques et liés aux soins de santé : douleurs aiguës aux jambes, les 3 catégories d'incapacité de l'indice Oswestry au-dessus du niveau minimal, score d'au moins 6 en réponse au questionnaire sur l'état de santé général (Fransen et al., 2002)

Organisationnels et professionnels : tâches légères non disponibles lors du RAT (Fransen et al., 2002)

Liés aux exigences physiques de l'emploi : emploi exigeant de soulever des objets au moins 3/4 du temps de travail quotidien (Fransen et al., 2002)

Individuels : obésité (Fransen et al., 2002)

Récurrence de l'incapacité

Cliniques et liés aux soins de santé : nombre d'admissions préalables lors de visites aux fournisseurs de soins de santé (Gross et Battie, 2005); durée de l'épisode initial de soin ou d'incapacité au travail (Wasiak et al., 2004)

Administratifs et liés à l'indemnisation : demandes d'indemnisation antérieures pour dorsalgie (Gross et Battie, 2005)

Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : bien-être, agressivité, anxiété (Sewitch et al., 2000)

Statut par rapport au RAT

RAT

Sociodémographiques : niveau d'instruction, âge (Blackwell et al., 2004)

Cliniques et liés aux soins de santé : meilleurs résultats d'ECF (Waylett-Rendall et Niemeyer, 2004); plus grand respect du calendrier de traitement, taux d'annulation moindre, intervalle plus court en jours entre la déclaration de la blessure et le début de la physiothérapie de réadaptation, pourcentage moins élevé de chirurgies antérieures par suite de blessure lombaire (Gilbert et al., 2000); estimation par le thérapeute du potentiel de réadaptation et attentes du patient quant à ses possibilités de retour au travail (Waylett-Rendall et Niemeyer, 2004); niveaux de douleur et d'incapacité moyens moins élevés, score positif plus élevé à l'égard de l'état de santé en réponse au questionnaire SF-36 (Schultz et al., 2004)

Organisationnels et professionnels : satisfaction des travailleurs quant au traitement de leur demande d'indemnisation par l'entreprise (Butler et al., 2007); occupation à temps plein du poste pré-blessure pendant le processus de réadaptation (Gilbert et al., 2000); réadaptation professionnelle prescrite (Blackwell et al., 2004); soutien de l'organisation (Amick et al., 2004)

Liés aux exigences physiques de l'emploi : exigences physiques de l'emploi au moment de la blessure (Blackwell et al., 2004)

Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : fonctionnement conforme aux exigences de base du travail, auto-efficacité accrue (Amick et al., 2004); attentes positives en matière de rétablissement (Gross et Battie, 2005); moins d'anxiété, meilleures perspectives de rétablissement (Schultz et al., 2004)

RAT tardif / pas de RAT

Sociodémographiques : faible revenu (Katz et al., 2005.); âge chez les hommes (Dionne et al., 2007)

Cliniques et liés aux soins de santé : femmes : sentiment que le médecin les a bien écoutées, douleur persistante, douleur irradiant vers les extrémités (Dionne et al., 2007); hommes : faible auto-évaluation de l'état de santé, douleurs thoraciques, chirurgie antérieure au dos, blessure non indemnisée, niveau de douleur élevé, satisfaction à l'égard des services de santé (Dionne et al., 2007); diagnostic de mononeuropathie plutôt que d'enthésopathie, niveau de douleur plus élevé, limitations fonctionnelles plus importantes (Feuerstein et al., 2003); durée de l'affection, incapacité fonctionnelle, hernie discale (Heymans et al., 2007); mesures NRS-101 de l'intensité de la douleur au dos ou aux jambes, échelle d'incapacité fonctionnelle Roland-Morris et indices physique et mentale du SF-12 (Baldwin et al., 2007); capacités fonctionnelles pré-opératoires, changement au niveau de l'auto-efficacité entre l'évaluation pré-opératoire et à 2 mois (Katz et al., 2005)

Administratifs et liés à l'indemnisation : indemnisation des travailleurs, représentation par un avocat (Katz et al., 2005)

Liés aux exigences physiques de l'emploi : exposition professionnelle à l'effort et la répétition (Katz et al., 2005)

Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : femmes : appréhension-évitement accrue du travail et de l'activité tenue pour être un facteur déterminant d'« échec »; hommes : croyance que le poste occupé n'est pas à la hauteur des qualifications; les deux sexes : appréhension-évitement du travail (Dionne et al., 2007.); comportements d'appréhension-évitement (Heymans et al., 2007); détresse psychologique moins élevée (Sewitch et al., 2000); exigences psychologiques élevées, faible contrôle du travail, faible soutien social des

collègues de travail (Katz et al., 2005)

Organisationnels et professionnels : Longues heures de travail et quarts de travail non standard (Dembe et al., 2007); femmes : ancienneté d'emploi accrue, emploi non syndiqué; hommes : probabilité de perdre son emploi, statut d'emploi (Dionne et al., 2007); faible sécurité d'emploi, politiques et pratiques organisationnelles offrant peu de soutien (Katz et al., 2005); niveau élevé de facteurs de stress ergonomiques (Feuerstein et al., 2003)

Individuels : hommes : tabagisme (Dionne et al., 2007)

Initiatives de réduction des risques de l'employeur en milieu de travail

Organisationnels et professionnels : programmes de sécurité et recommandations des médecins en matière d'adaptation des tâches (Keogh et al., 2000.);

Impact clinique et impact sur la réadaptation

Décision des médecins de confirmer ou non la maladie lors d'une consultation

Cliniques et liés aux soins de santé : expérience professionnelle et années de pratique des médecins (Norrmen et al., 2006)

Prescription précoce d'opioïdes pour blessure au dos

Cliniques et liés aux soins de santé : douleur irradiante sous le genou, niveau de gravité de la blessure (entorse majeure et radiculopathie) (Stover et al., 2006)
Individuels : usage quotidien du tabac (Stover et al., 2006)

Aiguillage vers la physiothérapie et un thérapeute

Sociodémographiques : niveau d'instruction (Freburger et al., 2005)
Cliniques et liés aux soins de santé : caractéristiques des médecins (chirurgiens orthopédistes par rapport aux médecins de soins primaires), recours préalable à un médecin (Freburger, 2003, 2005)
Administratifs et liés à l'indemnisation : situation au point de vue de l'assurance, couverture par une CAT, situation de litige (Freburger, 2003, 2005)

Schémas de réponse en cours de physiothérapie pour troubles des tissus mous au niveau des épaules

Sociodémographiques : âge (Kennedy et al., 2006)
Cliniques et liés aux soins de santé : durée des problèmes actuels aux épaules, score à l'égard de la composante physique (SF-36), score à l'égard de la composante mentale (SF-36), usage de médicaments en vente libre, prédiction du thérapeute quant au retour du patient à ses activités habituelles (Kennedy et al., 2006)
Administratifs et liés à l'indemnisation : demande d'indemnisation à la CAT (Kennedy et al., 2006)
Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : évaluation globale du problème par le patient (Kennedy et al., 2006)

Niveau d'adhésion plus élevé à la réadaptation lombaire en milieu clinique, degré de réadaptation plus élevé

Cliniques et liés aux soins de santé : niveau d'adhésion plus élevé aux activités recommandées en milieu clinique (Kolt et McEvoy, 2003)
Administratifs et liés à l'indemnisation : patients non indemnisables (Kolt et McEvoy, 2003)

Échec de la réadaptation après traitement biopsychosocial	Sociodémographiques : sexe féminin (McGeary et al., 2003)
Recours aux soins de santé après réadaptation tertiaire	Sociodémographiques : résultats socio-économiques plus faibles (Proctor et al., 2004)
Taux d'incapacité et capacités fonctionnelles après règlement	Sociodémographiques : race (Tait et al., 2006) Cliniques et liés aux soins de santé : diagnostic, chirurgie, frais médicaux (Tait et al., 2006)
Évaluation des capacités fonctionnelles	Sociodémographiques : âge, sexe (Gross et Battie, 2005) Cliniques et liés aux soins de santé : indice d'incapacité lié à la douleur (PDI), durée de la blessure (Gross et Battie, 2005); symptômes autres que de douleur aux extrémités supérieures (p. ex. troubles du sommeil, engourdissements, picotements), symptômes dans une ou deux mains (Shaw et al., 2002) Liés aux exigences physiques de l'emploi : exposition accrue à des facteurs de risque ergonomique au travail (Shaw et al., 2002) Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : croyances en matière d'auto-efficacité fonctionnelle (Asante et al., 2007); sentiment d'être dépassé par la douleur, manque de confiance dans la capacité à résoudre le problème (Shaw et al., 2002.)
Indemnisation et demandes	
Durée des prestations	Cliniques et liés aux soins de santé : capacités fonctionnelles propres à une région du corps, changement dans la douleur (Hogg-Johnson et Cole, 2002) Organisationnels et professionnels : offre d'aménagements en milieu de travail visant à favoriser le retour au travail (Hogg-Johnson et Cole, 2002) Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : attentes en matière de rétablissement (Hogg-Johnson et Cole, 2002)
Taux de déficience selon les médecins de l'employeur	Cliniques et liés aux soins de santé : diagnostic, chirurgie, douleur, année d'évaluation, clinique (Chibnall et al., 2000)
Différences en matière de gestion des cas sur le plan sanitaire, incapacité liée à des douleurs post-règlement, détresse psychologique, incapacité, difficultés financières	Sociodémographiques : statut socio-économique et race (Tait et al., 2004; Chibnall et Tait, 2005) Cliniques et liés aux soins de santé : variables liées à la blessure (Tait et al., 2004), faible satisfaction à l'égard de la gestion du cas (Chibnall et Tait, 2005)
Taux d'incapacité selon le juge administratif	Cliniques et liés aux soins de santé : diagnostic, chirurgie, tests commandés, évaluation de la déficience (Chibnall et al., 2000) Administratifs et liés à l'indemnisation : représentation par avocat (Chibnall et al., 2000)
Demande d'assurance incapacité de la	Sociodémographiques : race noire, âge plus avancé, salaire avant blessure plus élevé, niveau d'instruction

sécurité sociale	plus élevé (Chibnall et al., 2006) Cliniques et liés aux soins de santé : diagnostic de hernie discale, chirurgie, plus de temps écoulé depuis la blessure, plus grande satisfaction à l'égard du traitement médical (Chibnall et al., 2006) Organisationnels et professionnels : plus grande satisfaction à l'égard du traitement de l'employeur (Chibnall et al., 2006)
Perte d'emploi liée à la santé	Cliniques et liés aux soins de santé : femmes : contacts avec un omnipraticien au cours de l'année précédente (Haahr et al., 2007) Administratifs et liés à l'indemnisation : femmes : déclaration d'une demande d'indemnisation pour trouble professionnel dans les douze mois précédant l'année de référence (Haahr et al., 2007) Liés aux exigences physiques de l'emploi : hommes : travail répétitif (Haahr et al., 2007) Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : femmes : niveau d'anxiété élevé face à la santé, leadership déficient au travail; hommes : niveau d'anxiété élevé face à la santé (Haahr et al., 2007)
Nombre de jours d'absence indemnisés déclarés par le patient par rapport à l'assureur	Sociodémographiques : faible niveau d'instruction (Pole et al., 2006) Cliniques et liés aux soins de santé : blessure à un membre supérieur (Pole et al., 2006) Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : faible niveau d'auto-efficacité à l'égard du RAT (Pole et al., 2006)
Dépôt d'une demande d'indemnisation	Sociodémographiques : faible revenu annuel (Rosenman et al., 2000) Cliniques et liés aux soins de santé : gravité de l'affection (Rosenman et al., 2000) Organisationnels et professionnels : durée d'emploi accrue (Rosenman et al., 2000) Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : insatisfaction du travailleur à l'égard de ses collègues (Rosenman et al., 2000)
Taux de récurrence selon les données administratives	Cliniques et liés aux soins de santé : variabilité des définitions de la récurrence (Wasiak et al., 2003)
Coûts	
Indemnisation	Sociodémographiques : statut de marié/célibataire/divorcé, sexe masculin, âge plus avancé (Biernacki et al., 2007; Murphy et Courtney, 2000) Cliniques et liés aux soins de santé : trouble lombaire (Biernacki et al., 2007); diagnostic, tests, évaluation de la déficience (Chibnall, 2000); sévérité des symptômes, limitations fonctionnelles (Murphy et Courtney, 2000) Administratifs et liés à l'indemnisation : intervention d'un avocat, durée des prestations (Biernacki et al., 2007) Organisationnels et professionnels : faible taille de l'entreprise, prime élevée, délais de déclaration (Biernacki et al., 2007); manque d'adaptation des tâches, conditions de travail psychosociales (Murphy et Courtney, 2000) Liés aux exigences physiques de l'emploi : exigences physiques de l'emploi (Murphy et Courtney, 2000) Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : caractéristiques psychosociales du travailleur (Murphy et Courtney, 2000)

Médical	Cliniques et liés aux soins de santé : intervention de fournisseurs de soins primaires auprès des patients souffrant de lombalgie d'origine professionnelle (Atlas et al., 2004)
Indemnisation et médical	Cliniques et liés aux soins de santé : incapacité à réaliser une fusion solide après arthrodèse lombaire intersomatique (LaCaille et al., 2007) Administratifs et liés à l'indemnisation : intervention d'un avocat (LaCaille et al., 2007) Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : variables biopsychosociales préchirurgicales (arthrodèse lombaire) (DeBerard et al., 2003) Individuels : obésité (LaCaille et al., 2007)
Perte de salaire	Cliniques et liés aux soins de santé : douleur accrue (Schultz et al., 2004) Organisationnels et professionnels : travailleurs ayant plus d'années de service auprès de l'employeur (Schultz et al., 2004) Liés aux exigences psychologiques de l'emploi : pouvoir d'appréciation accru des compétences, faibles perspectives de rétablissement (Schultz et al., 2004).

ANNEXE 8

Sommaire des articles consacrés à l'évaluation des programmes

Étude	Description du programme et des aspects évalués	Résultats	Conclusions
Abasolo et al., 2005, Espagne	Programme visant à réduire l'incapacité au travail, offert aux patients en incapacité depuis peu en raison d'un TMS; comprend un volet éducation et un volet de gestion clinique à base des tâches administratives : efficacité selon le nombre de jours d'incapacité temporaire au travail et le nombre de patients souffrant d'une incapacité permanente au travail	Épisodes d'incapacité temporaire au travail plus courts dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin (moyenne de 26 jours par rapport à 41 jours), nombre comparable d'épisodes par patient dans les deux groupes. Moins de patients ont touché des prestations d'incapacité à long terme dans le groupe d'intervention (n = 38) que dans le groupe témoin (n = 99). Les coûts directs et indirects étaient plus faibles dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin. Chaque dollar investi a généré un gain de 11,00 \$. Le bénéfice net du programme a été de plus de 5 millions de dollars.	La mise en œuvre du programme, offert à l'ensemble de la population, améliore les résultats à court et à long terme en matière de gestion des incapacités en milieu de travail, et s'avère rentable.
Arokoski et al., 2002, Finlande	Réadaptation médicale à vocation professionnelle (RMVP) chez des patients présentant des symptômes musculo-squelettiques chroniques : utilisation des services de soins de santé, absentéisme au travail, activité physique dans les temps libres, symptômes musculo-squelettiques et performance physique au cours d'un an et demi de suivi	Les tensions physiques et mentales subjectives liées au travail, les douleurs subjectives au cou, aux épaules et au bas du dos, ainsi que la performance physique ont montré des signes d'amélioration sensibles. Les changements relatifs à l'utilisation des services de soins de santé et à l'absentéisme au travail ont été faibles ou négligeables.	Les séances de RMVP ont eu un effet bénéfique sur la performance physique et sur la douleur subjective due à des troubles musculo-squelettiques au cou et au dos chez les agriculteurs, les bûcherons, les policiers et les coiffeurs au cours de l'année et demie de suivi, mais elles n'ont pas réduit l'utilisation des services de soins de santé.
Badii et al., 2006, Canada	Programme intégré en milieu de travail visant à réduire les blessures musculo-squelettiques (BMS) : efficacité	Les BMS avec perte de temps (PDT) ont augmenté sur les lieux de travail au cours de l'année d'intervention. Cependant, le programme a permis un RAT plus rapide des employés blessés et, par rapport aux moyennes historiques, une réduction des coûts d'indemnisation et de soins de santé afférents aux BMS avec PDT au cours de la première année.	Le fait que les PDT et les coûts d'indemnisation liés aux BMS aient considérablement diminué dans le cadre du programme démontre son efficacité et révèle qu'un nombre accru de déclarations de BMS n'entraîne pas nécessairement une augmentation des coûts d'indemnisation.

Bunn et al., 2006, É.-U.	Programme de gestion des incapacités musculo-squelettiques en milieu de travail visant à réduire l'absentéisme pour cause de TMS dans une grande entreprise manufacturière, fondé sur des scénarios de communication et des interventions éducatives à l'intention des médecins : impact sur les frais médicaux et la productivité	La productivité globale a en moyenne augmenté de 12,5 jours par employé blessé. Le nombre moyen de jours de travail perdus par blessure d'origine professionnelle a diminué de 35,1 à 27,6. Le nombre de jours de travail en service réduit par blessure d'origine professionnelle a augmenté de 6,1 à 11,1. Les prestations annuelles moyennes par blessure d'origine professionnelle ont diminué de 9327 \$ à 4493 \$; les frais médicaux annuels moyens par blessure d'origine professionnelle ont diminué de 4848 \$ à 2679 \$. L'incidence annuelle des blessures musculo-squelettiques a chuté de près de 50 %.	Cette intervention a été associée à une réduction de l'absentéisme pour incapacité musculo-squelettique et à une productivité accrue. Le programme a contribué à réduire les frais médicaux par blessure d'origine professionnelle ainsi qu'à améliorer les communications et les relations de l'entreprise avec les médecins locaux.
Davis et al., 2004, Canada	Programme de prévention et de RAT précoce, actif et sécuritaire visant à prévenir l'incapacité pour cause de blessure musculo-squelettique d'origine professionnelle dans un hôpital urbain offrant des soins tertiaires à des patients en phase aiguë, misant sur la prévention primaire et une intervention précoce sur place : temps de retour à des fonctions normales	Bien qu'il n'y ait eu aucune baisse d'incidence, le programme a permis aux employés blessés de retourner au travail plus rapidement dans le cas des infirmières autorisées et des professionnels des sciences de la santé (thérapeutes, techniciens), mais pas dans le cas du personnel de soutien des installations.	Globalement, des économies ont été réalisées en ce qui a trait au temps perdu et aux paiements d'indemnités. Une meilleure intégration des efforts de prévention et de suivi est toutefois requise, de même qu'une plus grande attention à l'environnement socio-politique afin d'améliorer les résultats relatifs au personnel de soutien des installations.
Evans et al., 2001, É.-U.	Troubles médullaires d'origine professionnelle invalidants et récurrents postérieurs à une demande d'indemnisation pour blessure préalable dans une population souffrant de lombalgie chronique	Un an après leur réadaptation, les patients ayant déjà eu des blessures répétées ont réagi à l'intervention à un niveau équivalent à celui des patients sans blessures récurrentes.	Les résultats de cette étude indiquent que, bien que les patients ayant eu des blessures répétées présentent des différences démographiques, psychosociales et en lien avec les antécédents de travail ou l'ajustement du travail par rapport aux patients n'ayant pas eu de blessures récurrentes, les résultats des deux groupes un an après une réadaptation tertiaire sous surveillance médicale sont identiques. Les deux groupes présentent de très faibles taux de nouvelles blessures d'origine professionnelle au cours de la première année post-traitement. Les patients ayant des blessures récurrentes semblent développer des compétences qui leur permettent de traiter avec le système d'indemnisation des travailleurs avec plus d'aisance que les patients n'ayant pas eu de

Fleten et Johnsen, 2006, Norvège	Intervention postale minimale comprenant l'envoi d'une lettre d'information générale et d'un questionnaire aux personnes en congé de maladie après 14 jours d'absence du travail	La réduction globale de 8,3 jours civils de la durée moyenne des congés de maladie dans le groupe d'intervention par rapport à des sujets témoins n'était pas statistiquement significative. Cependant, l'intervention a considérablement réduit la durée des congés de maladie dans les sous-groupes de personnes atteintes de troubles mentaux, de troubles rhumatismaux et d'arthrite, de même, globalement, que dans le cas des congés de maladie d'une durée de 12 semaines ou plus. Les jeunes gens souffrant de lombalgie ont réagi de façon négative à l'intervention. Le risque relatif global de toucher des prestations de maladie après un an était de 0,69 dans le groupe d'intervention par rapport aux sujets témoins.	blesures répétées. Les résultats obtenus devraient encourager les employeurs, les compagnies d'assurance et les autorités responsables à lancer des défis aux personnes visées, ou du moins à certains groupes d'entre elles, notamment en les questionnant sur la durée de leur congé de maladie et sur d'éventuelles mesures d'adaptation du travail, et ce, au cours des premières semaines de leur congé de maladie.
Haahr et Andersen, 2003, Danemark	Intervention minimale par des spécialistes du travail comportant de l'information sur le trouble en cause, un encouragement à rester actif et des instructions relatives à la pratique autonome d'exercices progressifs pour les patients atteints d'épicondylite latérale	Après un an, l'état de 83 % des patients s'était amélioré, mais l'intervention ne semblait avoir eu aucun effet en soi. Une faible amélioration globale a été reliée aux emplois manuels, à un niveau élevé de tension physique au travail et à un niveau élevé de douleur au travail. Une réduction de la douleur de moins de 50 % a été reliée aux emplois manuels, à un niveau élevé de tension physique au travail, à une détresse initiale élevée et à une épicondylite latérale du côté dominant. Le groupe d'intervention a reçu moins de traitements et a nécessité moins de modalités de traitement, mais l'intervention n'a pas entraîné une réduction du nombre de visites aux médecins généralistes et aux cliniques de physiothérapie au cours des 12 mois de suivi.	Après un an de suivi, le faible pronostic concernant l'épicondylite latérale a été relié au travail manuel et à une douleur initiale élevée, mais aucun lien n'a été trouvé entre le pronostic et le type de traitement médical fourni ou choisi. Cela pourrait avoir des implications quant à la gestion future de l'épicondylite latérale, notamment en justifiant une attention accrue à l'interaction avec le milieu de travail en ce qui concerne une adaptation des tâches visant à réduire les exigences physiques de l'emploi en phase de rétablissement.
Hagen et al., 2000, Norvège	Programme à faible mobilisation pour patients souffrant de lombalgie subaiguë	Lors d'une évaluation de suivi 12 mois après l'intervention, 68,4 % des travailleurs du groupe d'intervention avait pleinement repris leurs fonctions, par rapport à 56,4 % des patients du groupe témoin.	Une intervention précoce avec examen, information et recommandation de rester actif a contribué de façon significative à réduire la durée des congés de maladie chez les patients lombalgiques.

Hunter et al., 2006, R.-U.	Programme de restauration fonctionnelle pour travailleurs souffrant de lombalgie chronique	Dans l'ensemble, on a constaté des améliorations significatives quant à l'état psychologique, à la douleur perçue, à l'incapacité et à la capacité au travail. Les améliorations étaient toujours manifestes après 24 mois. Les absences-maladie et les besoins post-traitement en matière de d'aménagement de travail ont diminué. Le nombre de départs à la retraite pour cause de maladie et le nombre de demandes d'indemnisation pour troubles lombaires ont diminué.	Les résultats confirment l'efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle axé sur une intervention tertiaire pour les travailleurs souffrant de lombalgie persistante.
Jensen et al., 2005, Suède	Programme de réadaptation axé sur la médecine comportementale pour patients souffrant de douleurs dorsales et cervicales	Les résultats ont invariablement démontré la supériorité du programme de réadaptation axé sur la médecine comportementale à temps plein par rapport à trois autres programmes. L'effet s'est avéré le plus marqué chez les femmes. En ce qui concerne les congés de maladie, l'écart moyen entre les sujets du programme et le groupe témoin était de 201 jours, ce qui représente une réduction de la durée des congés de maladie d'environ deux tiers d'une année de travail. La réadaptation des femmes a un impact considérable sur les coûts liés aux pertes de production, tandis que la réadaptation des hommes semble n'avoir aucun effet significatif sur la santé ou sur les coûts.	Un programme de réadaptation axé sur la médecine comportementale à temps plein s'avère une façon rentable d'améliorer la santé et de favoriser le RAT chez les femmes qui souffrent de dorsalgie ou de cervicologie et qui occupent des postes de cols bleus ou qui travaillent dans un secteur de service ou de soins.
Kenny, 2000, Australie	Programmes d'activité physique supervisée pour les travailleurs blessés de plus de 6 mois	Le taux de décrochage a été de 15 %, et 49 % des finissants avaient amélioré leur statut par rapport au travail à la fin du programme.	Les travailleurs qui avaient été référés autrement que par un fournisseur de services de réadaptation, notamment par un médecin, un employeur ou un assureur, dont le diagnostic n'incluait pas une pathologie intervertébrale et qui avaient adhéré au programme dans les six mois suivant leur blessure étaient plus susceptibles d'avoir amélioré leur statut par rapport au travail à la fin du programme.
Lemstra et Olszynski,	Intervention axée sur la santé et sécurité au travail, intervention précoce et soins courants	Les soins courants ont davantage contribué à réduire l'incidence des demandes	Il est recommandé de considérer une approche fondée sur la gestion de la santé et sécurité au

2003, Canada	relativement à la gestion des demandes d'indemnisation pour blessure professionnelle	d'indemnisation, la durée des prestations et les coûts d'indemnisation que l'intervention précoce, mais moins que la gestion de la santé et sécurité au travail.	travail plutôt que sur les soins courants ou l'intervention précoce quant à la gestion des cas de blessure professionnelle.
Li et al., 2004, É.-U.	Lève-patients mécaniques visant à réduire les symptômes et les blessures musculo-squelettiques chez les travailleurs de la santé	Des améliorations statistiquement significatives en matière de confort musculo-squelettique ont été rapportées à l'égard de toutes les parties du corps, y compris les épaules, la région lombaire et les genoux. Les taux d'accident avec blessure ont diminué après l'intervention, pour un risque relatif de 0,37; les taux réduits se sont maintenus après ajustement en fonction des tendances temporelles relatives aux taux d'accident avec blessure dans les unités hors intervention de l'hôpital où se déroulait l'étude (RR = 0,50). Les taux d'accident avec blessure et perte d'une journée de travail ont également diminué (RR = 0,35). Les coûts d'indemnisation annuels moyens étaient de 484 \$ par équivalent temps plein (ETP) avant intervention, et de 151 \$ par ETP après intervention.	Des réductions ont été observées quant aux taux d'accident avec blessure, aux taux d'accident avec blessure et perte d'une journée de travail, aux coûts d'indemnisation des travailleurs et aux symptômes musculo-squelettiques après le déploiement des lève-patients mécaniques.
Lincoln et al., 2002, É.-U.	Programme de formation de deux jours à l'intention d'infirmiers ou infirmières responsables de cas d'incapacité visant à faciliter la mise en œuvre d'aménagements en milieu de travail dans le cadre du système de prestation de soins de santé aux travailleurs indemnisés	Au total, 208 aménagements ont été recommandés et 155 d'entre eux ont été mis en œuvre (75 %). Les prestataires dont le dossier était géré par un infirmier ou une infirmière ayant reçu la formation ont bénéficié de 1,5 fois plus de recommandations d'aménagements que ceux dont le dossier était géré par un infirmier ou une infirmière ne l'ayant pas reçue, et 1,4 fois plus d'aménagements ont été mis en œuvre, bien qu'aucune différence dans les taux de mise en œuvre n'ait été constatée entre les deux groupes. Les infirmiers et les infirmières ayant reçu la formation étaient plus susceptibles de recommander des aménagements relatifs à la disposition des postes de travail, des améliorations liées à l'informatique, au	Cette étude indique que la formation a contribué à modifier les pratiques et les comportements des responsables des cas d'incapacité en ce qui concerne le processus d'adaptation du lieu de travail.

Linton et Nordin, 2006, Suède	Intervention cognitivo-comportementale pour maux de dos	<p>mobilier et aux accessoires, de même que des aides au levage ou au transport, tandis que les infirmiers et les infirmières ne l'ayant pas reçue étaient plus susceptibles de suggérer un allègement des tâches et des restrictions en matière de levage.</p> <p>Le groupe d'intervention a connu une réduction significative de la douleur, était plus actif, bénéficiait d'une meilleure qualité de vie et d'une meilleure santé générale par rapport au groupe témoin n'ayant reçu que de l'information. On n'a relevé aucune différence en ce qui a trait à l'utilisation des services de santé. Le risque de congé de maladie prolongé était trois fois plus élevé dans le groupe témoin. Le groupe d'intervention a généré des coûts pour perte de productivité beaucoup moins élevés et des coûts totaux par personne moins élevés (16 514 couronnes suédoises) que le groupe d'information témoin (45 990 couronnes suédoises).</p>	<p>Une intervention cognitivo-comportementale de groupe procure des avantages à long terme sur les plans sanitaire et économique. Les soins médicaux habituels pourraient être considérablement améliorés par la mise en œuvre de telles approches psychologiques.</p>
Loisel et al., 2002, Canada	Application du modèle de Sherbrooke en matière de gestion de la lombalgie professionnelle subaiguë, combinant une intervention axée sur la santé et sécurité au travail et une intervention clinique aux fins de réadaptation	<p>Lors d'un suivi après 6,4 ans en moyenne, tous les bras de l'étude expérimentale ont démontré une tendance à afficher des rapports coûts-avantages et coûts-efficacité avantageux. Ces résultats ont été attribués à un faible nombre de cas très coûteux. La plus importante réduction quant au nombre de jours de perception de prestations est survenue dans le bras du modèle de Sherbrooke.</p>	<p>Le modèle de prévention de l'incapacité en ce qui concerne la lombalgie professionnelle s'est avéré rentable pour la commission d'indemnisation et capable à réduire le nombre de jours de prestations et ceci dans une plus grande mesure que les soins courants ou les interventions partielles. Un nombre limité de cas étaient responsables de la plus grande partie des coûts d'incapacité de longue durée, ce qui concorde avec les données épidémiologiques sur la lombalgie professionnelle.</p>
Pransky et al., 2001, É.-U.	Programme de formation pilote à l'intention des superviseurs	<p>Les résultats post-intervention ont révélé une diminution significative de la tendance des superviseurs 1) à blâmer les employés de leur blessure, 2) à ne pas prendre leur état au sérieux, et 3) à décourager les travailleurs blessés de déposer une demande d'indemnisation. Des tendances positives ont</p>	<p>Les professionnels de la réadaptation pourraient être en mesure d'améliorer les pratiques de gestion des cas d'incapacité et de rehausser les capacités d'aménagement en milieu de travail en éduquant les employeurs, à plus forte raison si la formation s'adresse aux superviseurs de première ligne.</p>

Shaw et al., 2001, É.-U.	Séminaire de formation de deux jours conçu pour aider les infirmiers et infirmières responsables des cas d'incapacité à identifier les facteurs de risque ergonomique, à recommander des aménagements et à tenir des séances de formation sur les techniques de résolution de problèmes auprès des demandeurs d'indemnisation en phase de rétablissement à la suite de troubles des membres supérieurs d'origine professionnelle	été notées en ce qui a trait à la confidentialité des discussions, à l'accès aux soins médicaux ainsi qu'à la modification des tâches et à l'adaptation des lieux de travail. Les résultats indiquent des scores d'auto-évaluation modérés à élevés de la confiance à réaliser des évaluations ergonomiques (moyenne de 7,5 sur 10) et à tenir des séances de formation sur les techniques de résolution de problèmes (moyenne de 7,2 sur 10) à la suite du séminaire.	Le type de formation était approprié pour les gestionnaires de cas d'expérience, et il a suscité un niveau de confiance modéré à élevé à utiliser cette approche à la gestion des cas.
Shaw et al., 2003, É.-U.	Programme de gestion intégrée des cas à l'intention des infirmiers et infirmières responsables des cas d'incapacité mettant l'accent sur la formation aux techniques de résolution de problèmes et les aménagements en milieu de travail pour les travailleurs atteints de troubles des membres supérieurs d'origine professionnelle	Par rapport aux gestionnaires de cas qui n'avaient pas pris part au programme, les participants ont identifié davantage d'obstacles en lien avec les signes et les symptômes, l'environnement de travail, les limitations fonctionnelles et la capacité d'adaptation, mais pas avec les soins médicaux.	La formation sur les techniques de résolution de problèmes pourrait favoriser une concentration des services de gestion des cas sur les facteurs de rétablissement les plus saillants qui influent sur le RAT.
Shaw et al., 2006, É.-U.	Atelier de formation de quatre heures à l'intention des superviseurs mettant l'accent sur les aptitudes à la communication et les aménagements ergonomiques, et visant à optimiser la réaction aux accidents avec blessure dans l'industrie agroalimentaire	Les données sur les demandes d'indemnisation des travailleurs au cours des sept mois précédant et suivant l'atelier ont révélé une réduction de 47 % des nouvelles demandes et une réduction de 18 % des demandes d'indemnité pour temps perdu, comparativement à 27 % et 7 %, respectivement, dans le groupe témoin.	Une amélioration de la réaction des superviseurs de première ligne aux préoccupations des employés en matière de santé et de sécurité au travail pourrait entraîner une réduction durable des coûts d'incapacité et des demandes d'indemnisation pour accident avec blessure.
Storro et al., 2004, Norvège	Programme de réadaptation multidisciplinaire pour patients souffrant de douleurs chroniques au bas du dos, au cou ou à l'épaule	On a constaté une différence significative quant au pourcentage des travailleurs retirés de la liste des employés en congé de maladie après 12 mois (groupe d'intervention : 78,5 %, groupe témoin : 50,5 %). L'écart était plus important chez les patients lombalgiques que chez les patients souffrant de douleurs au cou ou à l'épaule, ou de douleurs lombaires accompagnées de douleurs irradiantes aux membres supérieurs.	Les effets à long terme du traitement multidisciplinaire actif étaient supérieurs à ceux des traitements habituels dans tous les groupes de diagnostic.

Sullivan et al., 2005, Canada	Intervention psychosociale axée sur la communauté de patients atteints de TMS d'origine professionnelle	63,7 % des participants sont retournés au travail dans les quatre semaines suivant la fin du traitement. Des réductions relatives à la dramatisation (32 %), à la dépression (26 %), à la peur du mouvement ou d'une re-blessure (11 %) et à l'incapacité perçue (26 %) ont été observées entre les phases pré-traitement et post-traitement. Les scores pré-traitement élevés quant à la peur du mouvement ou d'une re-blessure et à l'intensité de la douleur ont été associés à une plus faible probabilité de RAT. Une réduction de la dramatisation de la douleur s'est avérée un prédicteur significatif de RAT.	Les résultats de l'étude étayent les preuves selon lesquelles une réduction des facteurs de risque peut avoir un impact positif sur les résultats relatifs au RAT. Les résultats des programmes de réadaptation pour incapacité au travail pourraient être améliorés en y intégrant des interventions qui ciblent précisément la tendance à dramatiser. Les modèles d'intervention psychosociale axés sur la communauté pourraient constituer une approche viable à la gestion de l'incapacité au travail en lien avec les TMS.
Taylor et al., 2001, Nouvelle-Zélande	Programme de réadaptation interdisciplinaire complet à l'intention des demandeurs d'indemnisés d'accident souffrant de douleurs musculo-squelettiques invalidantes	Après cinq mois d'intervention, une réadaptation professionnelle fructueuse a été réalisée dans 75 % des cas : travail à temps plein (47 %), travail à temps partiel (12 %) ou recherche active d'un emploi (16 %). Parmi les personnes qui sont retournées au travail, 48 % ont réintégré leur poste, 7 % ont repris les mêmes fonctions mais chez un autre employeur, et 15 % ont trouvé un autre poste faisant appel aux mêmes compétences. La durée de l'incapacité au travail s'est avérée le principal prédicteur de réussite de la réadaptation professionnelle.	Malgré la nature non contrôlée de ces résultats, il est probable que le programme de réadaptation ait eu un impact considérable sur la capacité à assurer le RAT des demandeurs d'indemnisation. Seule une minorité de participants ont eu besoin d'une rééducation professionnelle importante, et une intervention précoce a été associée à de meilleurs résultats.

ANNEXE 9

Sommaire des articles consacrés à l'évaluation des politiques et des stratégies

Étude	Description de la stratégie ou de la politique : aspects évalués	Résultats	Conclusions
Aakvik et al., 2003, Norvège	Réforme discrète de l'assurance sociale en Norvège visant à promouvoir les traitements ambulatoires multidisciplinaires : effet moyen des traitements, effet moyen des traitements sur les participants, et distribution des effets des traitements ambulatoires multidisciplinaires	La distance de l'hôpital le plus proche a été utilisée comme instrument d'estimation de l'effet des différents traitements. Un effet positif d'environ six points de pourcentage sur la probabilité de quitter le régime de prestations de maladie a été observé en lien avec les traitements.	Solides arguments en faveur de l'élargissement du programme ambulatoire multidisciplinaire pour le traitement des patients souffrant de maux de dos.
Arnetz et al., 2003, Suède	Intervention précoce en milieu de travail axée sur un rôle plus proactif de la part des responsables des dossiers d'assurance et sur des aménagements ergonomiques à l'intention des employés absents pour cause de troubles musculo-squelettiques, par opposition à la gestion de cas conventionnelle : effets sur les absences-maladie	Sur une période complète de 12 mois, le nombre total moyen de jours de maladie dans le groupe d'intervention a été de 144,9 jours par personne, comparativement à 197,9 jours dans le groupe de référence. Par rapport à ceux du groupe de référence, les employés du groupe d'intervention ont beaucoup plus souvent bénéficié d'une évaluation complète en matière de réadaptation (84 % contre 27 %). Le temps pour ce faire s'est vu réduit de moitié (59,4 jours contre 126,8). Le ratio d'incidence approché de RAT était de 2,5 (groupe d'intervention par rapport au groupe de référence). Les économies en coûts directs se sont élevées à 1195 \$US par cas, ce qui représente un rapport coûts directs-avantages de 6,8.	Il est suggéré que la gestion des TMS focalise davantage sur un RAT précoce et sur le développement des capacités fonctionnelles et des aptitudes des employés. Le fait de confier un rôle plus actif aux gestionnaires de cas et de faire participer un ergonome aux réunions d'adaptation du lieu de travail pourrait aussi être bénéfique.
Becker et al., 2006, France	Rééducation professionnelle des travailleurs assurés souffrant de douleurs lombaires chroniques (DLC) en vertu d'une entente avec la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) : caractéristiques, gestion, résultats et coûts	Patients lombalgiques sous gestion : de sexe masculin, jeunes, présentant de faibles niveaux d'instruction et professionnel, en arrêt de travail et souffrant d'une lombalgie invalidante. Sur les 32 patients qui se sont prévalus d'une rééducation professionnelle, 24 ont réussi leur examen et seulement 10 ont trouvé un emploi, dont 8 en lien avec la formation reçue. Taux de retour au travail comparable chez les diplômés (10/24) et chez les autres patients lombalgiques (11/24).	Compte tenu de la faible valeur ajoutée de la rééducation professionnelle dans le cadre de cette initiative, il semble préférable de maintenir les travailleurs souffrant de lombalgie chronique dans leurs fonctions tout en œuvrant au rétablissement de leur santé vertébrale, en adaptant leur poste de travail et, par-dessus tout, en gérant leurs peurs et leurs croyances à l'égard du tandem lombalgie-travail.

Dasinger et al., 2001, É.-U.	Communication proactive du médecin concernant le milieu de travail et le RAT à la suite d'une blessure professionnelle : effet sur la durée de l'incapacité	Globalement, les coûts d'assurance maladie variaient de 25 000 \$ (participants de jour) à 39 000 \$ (résidants). Bien qu'une communication proactive du médecin ait été associée à une probabilité accrue de RAT au cours de la phase aiguë (moins de 30 jours d'incapacité), cet effet est disparu lorsqu'on a pris en compte les caractéristiques de la blessure et de la charge de travail. Une recommandation favorable de RAT n'a été associée à un taux de RAT accru d'environ 60 % que durant la phase subaiguë ou chronique (plus de 30 jours d'incapacité). Des études prospectives sont requises pour confirmer cet effet.	Des études prospectives sont requises pour confirmer cet effet. L'impact de la communication du médecin sur le RAT est en grande partie obscurci par des facteurs liés à la blessure et au milieu de travail.
Eden et al., 2006, Suède	Nouvelle loi adoptée en Suède relativement à une « pension d'incapacité de soutien » qui permet aux bénéficiaires de retourner au travail sans compromettre leurs prestations : identification des variables liées au RAT en 2000 grâce à cette loi parmi les bénéficiaires d'une pension d'incapacité pour TMS	Par rapport aux personnes d'un groupe témoin, les sujets du groupe d'étude étaient plus souvent bénéficiaires d'une pension d'incapacité depuis plusieurs années, avaient plus d'instruction, estimaient que leur emploi précédent avait été physiquement moins exigeant, étaient plus satisfaits du traitement qu'on leur avait réservé au bureau de l'assurance sociale, et avaient une image plus positive d'eux-mêmes.	Cette étude démontre qu'il peut être utile de poursuivre ou de reprendre les efforts de réadaptation et de chercher à motiver un individu souffrant d'un TMS à retourner au travail même s'il touche une pension d'incapacité depuis plusieurs années.
Franche et al., 2007, Canada	Stratégies de RAT axées sur le milieu de travail comprenant un ajustement du travail et des conseils d'un fournisseur de soins de santé : impact sur la durée de l'absence du travail	La recommandation et l'acceptation d'ajustement du travail, et les conseils d'un fournisseur de soins de santé (FSS) sur la prévention des re-blessures en milieu de travail se sont avérés des prédicteurs significatifs d'une réduction de la durée de l'absence du travail, aussi bien selon les données d'auto-évaluation que selon les données administratives. La visite d'un ergonome sur les lieux de travail s'est avérée un prédicteur significatif d'une réduction de la durée de l'absence du travail chez les travailleurs bénéficiant seulement de prestations d'incapacité.	Les analyses fondées sur les indices d'auto-évaluation et administratifs convergeaient généralement. L'ajustement du travail et une communication ciblée des FSS avec le milieu de travail sont essentiels dans le cadre des interventions visant à favoriser un RAT précoce.
Fritz et al., 2007, É.-U.	Adhésion à une recommandation de traitements de physiothérapie actifs plutôt que passifs : lien avec les résultats cliniques et les coûts afférents chez les patients souffrant de lombalgie aiguë qui reçoivent	Les patients ayant reçu des soins conformes à la recommandation ont effectué moins de visites chez le thérapeute, ont eu des coûts moins élevés et ont vu davantage d'amélioration en ce qui a trait à leur incapacité (écart moyen ajusté en	L'adhésion à la recommandation de traitements de physiothérapie actifs a été associée à de meilleurs résultats cliniques et à une réduction des coûts afférents.

	des traitements de physiothérapie	fonction du pourcentage d'amélioration de 25,8 %) et à la douleur (écart moyen ajusté en fonction du pourcentage d'amélioration de 22,4 %). Les patients ayant reçu des soins conformes à la recommandation étaient plus susceptibles de voir les traitements de physiothérapie porter fruit (64,7 % contre 36,5 %).	
Hultberg et al., 2005, Suède	Collaboration cofinancée entre les prestataires de soins primaires, le régime d'assurance sociale et les services sociaux en ce qui a trait à la réadaptation des personnes atteintes de TMS : effet sur l'état du patient	La recherche a démontré qu'une collaboration cofinancée entre les prestataires de soins et les organisations en place produisait des résultats positifs.	Néanmoins, l'étude recensée n'a pas révélé que cette nouvelle structure d'équipe interdisciplinaire donnait de meilleurs résultats que les soins conventionnels pour la santé des patients.
Hultberg et al., 2006, Suède	Modèle de réadaptation coopérative cofinancée entre les prestataires de soins primaires, les bureaux d'assurance maladie et les bureaux d'aide sociale : effets sur la réduction de la durée des congés de maladie chez les personnes atteintes de TMS par rapport aux centres sanitaires offrant une réadaptation conventionnelle	Le groupe d'intervention a affiché une moyenne de 94 jours de maladie, contre 87 pour le groupe témoin, au cours des 12 mois suivant l'inclusion à l'étude. Après 12 mois, la proportion de patients en congé de maladie était de 31 % dans le groupe d'intervention et de 32 % dans le groupe témoin.	L'étude n'a pu démontrer que le modèle de cofinancement réduisait le nombre de jours de congé de maladie chez les patients atteints de TMS. Une explication possible pourrait être que la procédure de travail n'avait pas vraiment changé et que le choix de la gamme d'outils retenue ne reposait pas sur des preuves suffisantes.
Kosny et al., 2006, Canada	Communication précoce et proactive du fournisseur de soins de santé (FSS) avec le patient et le milieu de travail : lien avec le RAT environ un mois après la blessure	Le fait pour le FSS de donner au patient une date de RAT et des conseils sur la façon de prévenir une récurrence ou une re-blessure était positivement lié à un RAT précoce. La prise de contact du FSS avec le milieu de travail avait un effet sur le RAT, mais le lien observé à cet égard s'amenuisait après ajustement pour tenir compte des variables confusionnelles.	Cette étude appuie le fait que le FSS peut jouer un rôle actif au début du processus de RAT, notamment par une communication proactive avec le patient et en prenant directement contact avec le milieu de travail.
McGuirk et Bogduk, 2007, Australie	Soins fondés sur des données probantes pour lombalgie aiguë : efficacité chez les patients admissibles à l'indemnisation	65 % des travailleurs blessés ont accepté de recevoir des soins fondés sur des données probantes. Par rapport à ceux qui avaient opté pour des soins courants, ces travailleurs ont été moins longtemps absents du travail, ont passé moins de temps à effectuer des tâches modifiées, et ont eu moins de récurrences. Un pourcentage significativement plus grand d'entre eux (70 %) a immédiatement repris ses fonctions normales, et un moins grand nombre d'entre eux a développé des douleurs chroniques, par rapport à ceux qui	Les soins fondés sur des données probantes peuvent contribuer à maintenir les patients au travail, à réduire la durée d'absence du travail ou le temps passé à effectuer des tâches modifiées, de même qu'à réduire les taux de récurrence et de chronicité. Les gains réalisés le sont en parlant directement et franchement aux patients, et non par le truchement d'une quelconque forme d'intervention passive particulière ou spéciale.

Sadi et al., 2007, Canada	Services de physiothérapie sur place dans une usine d'automobiles : taux et distribution des visites de traitement sur une période de 13 ans	<p>avaient reçu des soins courants. Trois types de patients ont été identifiés : ceux qui se sont conformés d'emblée au protocole de soins fondés sur des données probantes, ceux qui ont d'entrée de jeu exprimé de fermes convictions quant à la façon dont ils devaient être traités, et ceux qui présentaient des facteurs psychosociaux d'ordre professionnel.</p> <p>Les troubles les plus fréquents touchent les épaules ainsi que les régions lombaire et cervicale; le nombre médian de visites relatives à ces trois cas a été de sept, six et cinq, respectivement. Les troubles aux épaules surviennent le plus souvent en lien avec le travail, et ils ont exigé un nombre médian de huit visites. Les femmes ont affiché le taux d'utilisation le plus élevé, 47 % des travailleuses de l'usine ayant eu recours aux services de physiothérapie au cours d'une année donnée. Les femmes présentaient des taux plus élevés de troubles à la colonne cervicale (12 % contre 22 %) et aux poignets (5 % contre 10 %). Les deux causes de blessures les plus souvent signalées par les travailleurs victimes d'un accident de nature industrielle étaient « blessure franche dans le cadre des tâches habituelles » (51 %) et « évolution progressive / aucune blessure franche » (37 %). Le diagnostic le plus souvent déclaré par le physiothérapeute après évaluation initiale était « foulure », et ce, pour les blessures de nature aussi bien industrielle (43 %) que non industrielle (49 %). Les six principales sections de l'usine d'automobiles comptaient pour 93 % des accidents industriels déclarés. L'atelier d'assemblage final présentait le plus grand nombre et le taux le plus élevé de blessures, bien que la variabilité des quarts de travail ait influé sur les taux d'utilisation (13 % contre 26 %), et ce, à tâches égales, à horaires de travail égaux et en présence de facteurs démographiques</p>	Des services de physiothérapie sur place peuvent favoriser une gestion précoce et rentable TMSOP dans le secteur de l'automobile. L'utilisation des services reflète l'influence du sexe, des tâches requises et de la dynamique des quarts de travail sur le siège et les taux des TMSOP.
---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Scheel et al., 2002, Norvège	Mise en œuvre proactive ou passive de l'absence du travail tout en restant actif (ATRA*) dans les cas de lombalgie : effets des deux stratégies sur l'accroissement du recours à l'absence du travail tout en restant actif	comparables. Le nombre médian de jours en congé de maladie était comparable dans le groupe d'intervention proactive (70 jours), dans le groupe d'intervention passive (68 jours) et dans le groupe témoin (71 jours). Le pourcentage des patients qui étaient retournés au travail à l'intérieur de 50 semaines était également comparable dans le groupe d'intervention proactive (89,0 %), dans le groupe d'intervention passive (89,5 %) et dans le groupe témoin (89,1 %).	Il est peu probable que les efforts visant à accroître le recours à l'ATRA entraînent une amélioration de la santé ou des avantages économiques mesurables au niveau de la population. Les bienfaits de l'ATRA pour les patients souffrant de lombalgie demeurent inconnus.
Scheel et al., 2002, Norvège	Mise en œuvre de deux stratégies, proactive et passive, visant à améliorer le recours à l'absence du travail tout en restant actif (ATRA) chez les patients souffrant de lombalgie : efficacité des deux stratégies	On a eu recours à l'ATRA dans une mesure beaucoup plus élevée dans les municipalités à intervention proactive (17,7 %) que dans les municipalités à intervention passive et les municipalités témoins (11,5 %).	Une intervention passive axée sur des obstacles connus à la mise en œuvre de l'ATRA n'a pas accru son utilisation. Bien que de façon modeste, l'intervention proactive a par contre accru son utilisation. La stratégie proactive consistait à un contact direct avec les patients et à des appels téléphoniques visant à les motiver.
Waddell et al., 2007, R.-U.	<i>Working Backs Scotland</i> : campagne d'éducation sur la santé auprès du public et des professionnels de la santé concernant les maux de dos; effets sur le changement des croyances populaires concernant la gestion des maux de dos	Un changement significatif dans la polarisation des croyances (de 55 % en faveur du repos contre 40 % en faveur de rester actif à environ 30 % en faveur du repos contre 60 % en faveur de rester actif) est survenu au cours du premier mois suivant le lancement de la campagne, et il s'était maintenu après trois ans. Un changement comparable a été observé à l'égard des conseils professionnels. Aucun changement n'a été observé à l'égard des conseils sur le travail ou quant au nombre de personnes ayant déclaré être restées absentes du travail. Aucun effet n'a été constaté sur les absences-maladie ou sur les nouvelles attributions de prestations de sécurité sociale pour dorsalgie.	Un changement majeur a été observé en ce qui concerne les croyances populaires et les conseils professionnels, mais aucun changement n'a été relevé en ce qui a trait aux résultats en lien avec le travail.

Légende : * ATRA – option offerte par l'Administration nationale des assurances de Norvège qui permet aux employés de retourner au travail moyennant des tâches modifiées en touchant l'intégralité de leur salaire normal.

ANNEXE 10**Sommaire des articles consacrés à l'évaluation de l'efficacité des traitements cliniques**

Étude	Description du traitement	Résultats	Conclusions
Berger, 2000, Canada	Chirurgie du rachis lombaire : résultats tardifs	71 % des patients ayant fait l'objet d'une seule opération n'étaient pas retournés au travail plus de quatre ans après l'intervention, et ce pourcentage grimpa à 95 % chez les patients ayant subi de multiples opérations. Aucun de ces cas n'était assorti d'un déficit neurologique empêchant l'exercice d'un emploi rémunérateur; l'échec de RAT a été attribué à des douleurs post-opératoires chroniques.	Bien que des facteurs motivationnels (p. ex. psychosociaux) jouent un rôle indubitable dans l'échec de retour au travail, le rôle de la douleur chronique ne peut être ignoré. Une attention accrue doit être consacrée à déterminer l'étiologie de cette douleur et les moyens susceptibles de la prévenir.
Hemmilä 2002, Finlande	Physiothérapie, reboutement et kinésithérapie légère : recours thérapeutiques, coûts sociétaux et qualité de vie des patients souffrant de dorsalgie prolongée	Un an avant leur participation à l'étude, 1/3 des patients avaient consulté des fournisseurs de soins primaires, et la moitié d'entre eux avaient eu recours à une forme de thérapie – plus particulièrement massage, physiothérapie, naturopathie. 1/3 des coûts directs étaient dus à des thérapies complémentaires et un autre tiers à la réadaptation. Les congés de maladie comptaient pour 55 % des coûts totaux (1029 \$US). Les coûts totaux moyens augmentaient légèrement après l'application de traitements randomisés (1306 \$US). Les coûts de soins ambulatoires – thérapies à l'étude incluses – étaient comparables, tandis que la physiothérapie semblait être l'option la moins coûteuse (621 \$US) et le reboutement (2072 \$US) la plus coûteuse.	Un tiers des coûts directs liés à des maux de dos étaient attribuables à des thérapies complémentaires. L'utilisation des services de soins de santé et l'absentéisme semblaient diminuer après un traitement physiothérapeutique. La physiothérapie et le reboutement semblaient pouvoir améliorer la qualité de vie des patients souffrant de dorsalgie prolongée.
Hodges et al., 2001, É.-U.	Chirurgie du rachis lombaire : influence de divers facteurs sur les résultats en termes de soulagement de la douleur, de capacité fonctionnelle, de RAT et de santé générale	Globalement, 55 % des patients sont retournés au travail dans une mesure quelconque, mais le taux était de 72 % pour les patients microdissectomisés contre 43 % pour les patients arthrodesés. Malgré une amélioration significative des résultats, les scores post-opératoires restaient élevés, ce qui ne concorde pas avec les taux de retour au travail, de sorte que la mesure des résultats pourrait ne pas	Le type de chirurgie pratiqué influait considérablement sur les résultats obtenus chez les patients visés, tandis que des facteurs tels que le sexe, l'âge, le tabagisme et une situation de litige étaient négligeables. Le statut par rapport au RAT était négativement affecté par l'arthrodèse lombaire.

Kool et al., 2007, Suisse	Traitement axé sur la fonctionnalité (TAF) et traitement axé sur la douleur (TAD) : comparaison des effets sur le nombre de jours de travail, sur l'incapacité permanente et sur le taux de chômage	être efficace. Après un an, le groupe de TAF affichait beaucoup plus de jours de travail (118 en moyenne) que le groupe de TAD (74 en moyenne). Le ratio d'incidence rapproché de RAT dans le groupe de TAF par rapport au groupe de TAD était de 2,1. Les écarts relatifs au taux de chômage et au nombre de patients touchant des prestations d'incapacité permanente n'étaient pas significatifs.	Le TAF est plus efficace que le TAD au chapitre de l'augmentation du nombre de jours de travail.
Lyll et al., 2002, É.-U.	Traitement conservateur suivi d'une chirurgie versus chirurgie seule : protocole de traitement le plus à même d'assurer le RAT des patients indemnisés pour syndrome du canal carpien (SCC) d'origine professionnelle dans leurs fonctions initiales	Un lien significatif entre le type de traitement et le RAT a été observé. Des 31 patients ayant reçu seulement un traitement chirurgical, 83,9 % ont réintégré leur emploi d'origine. Des 27 patients ayant reçu un traitement conservateur et un traitement chirurgical, 59,1 % ont réintégré leur emploi d'origine.	Bien que cette étude porte sur un échantillon de petite taille, les résultats suggèrent qu'un traitement conservateur ne suffit pas pour assurer le RAT des patients indemnisés pour SCC.
Maghout et al., 2006, É.-U.	Arthrodèse lombaire : influence des dispositifs d'arthrodèse lombaire intervertébrale sur les résultats cliniques et en matière d'incapacité chez des travailleurs de l'État de Washington indemnisés pour maux de dos chroniques	Parmi les 1950 sujets admissibles, les arthrodèses au moyen de cages ont augmenté de 3,6 % en 1996 à 58,1 % en 2001. Le taux d'incapacité global deux ans après l'arthrodèse était de 63,9 %, le taux de réintervention était de 22,1 %, et le taux d'autres complications était de 11,8 %.	Des facteurs juridiques, psychologiques et reliés au travail se sont avérés des prédicteurs d'aggravation de l'incapacité. La discographie et les fusions multiniveau se sont avérées des prédicteurs d'accroissement du risque de réintervention. La discopathie dégénérative et les procédures de décompression concurrentes réduisaient le risque de réintervention.
Mayer et al., 2002, É.-U.	Combinaison d'arthrodèse cervicale antérieure (ACA) et de restauration fonctionnelle versus réadaptation seule : comparaison des mesures démographiques, physiques et psychologiques objectives ainsi que des résultats socio-économiques du traitement des cervicalgies invalidantes d'origine professionnelle	Bien que les patients ayant subi une ACA (groupe S) aient affiché des taux moins élevés de RAT et de maintien au travail, les écarts n'étaient pas significatifs. Les patients du groupe S avaient eu recours aux services d'un nouveau fournisseur de soins de santé dans une mesure beaucoup plus importante au cours de l'année suivant l'achèvement de la restauration fonctionnelle (46 % contre 24 %). Les patients du groupe S étaient également plus susceptibles d'être déprimés, aussi bien avant qu'après la réadaptation. Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes quant aux blessures récurrentes, aux chirurgies complémentaires, aux mesures physiques ou à l'auto-évaluation de la	Les patients indemnisés pour troubles chroniques et invalidants d'origine professionnelle à la colonne cervicale ayant subi une arthrodèse cervicale conjointement à une restauration fonctionnelle présentaient des résultats socio-économiques post-chirurgie statistiquement comparables à ceux des sujets témoins n'ayant pas subi d'intervention chirurgicale. Les patients opérés affichaient un taux plus élevé de recours aux services de nouveaux fournisseurs de soins de santé et une plus grande probabilité de dépression clinique avant et après la réadaptation. Cette étude suggère que l'arthrodèse cervicale chez les patients indemnisés pour discopathie dégénérative n'est pas contre-indiquée, pourvu qu'une réadaptation

		douleur ou de l'incapacité.	
Robertson et Jackson, 2004, Nouvelle-Zélande	Spondylodèse : efficacité de la procédure chirurgicale en ce qui concerne la satisfaction des patients, les indices de résultats et les mesures de tierces parties	La satisfaction des patients s'élevait à 71 %, mais seulement 28,6 % des patients ayant fait l'objet d'un suivi ont obtenu un bon score ou un score excellent en ce qui a trait aux résultats relatifs à leur dorsalgie. On a néanmoins constaté certaines améliorations significatives : 46,4 % des patients ont obtenu un score de Prolo bon ou excellent. On a observé une réduction de 75 % de l'utilisation de médicaments, et 75 % des patients indemnisés absents du travail ont réintégré un emploi rémunérateur. La satisfaction des patients était nettement plus élevée que l'amélioration mesurée selon les indices de résultats.	interdisciplinaire post-chirurgie soit offerte dans les cas complexes. Des progrès spectaculaires ont été réalisés quant à l'utilisation de médicaments et au RAT, et ce, en dépit d'indices de résultats loin d'être spectaculaires. Ces résultats appuient une utilisation prudente de la spondylodèse postérieure. De façon réaliste, les patients doivent viser une amélioration de leur état plutôt qu'un retour à la normalité.
Shin et al., 2000, É.-U.	Traitement chirurgical versus traitement non chirurgical du syndrome du canal carpien (SCC) d'origine professionnelle : comparaison des résultats eu égard à l'incapacité et aux perspectives de RAT	La libération chirurgicale du canal carpien a été réalisée chez 57 % des patients, les 43 % restants ayant reçu un traitement conservateur. Globalement, 82 % des patients sont pleinement retournés au travail, alors que 18 % ont réintégré des fonctions modifiées. Le traitement chirurgical a fait baisser le taux de modification des tâches et le taux d'incapacité par rapport à un traitement non chirurgical, tout en réduisant les risques d'incapacité. La gravité du SCC s'est également avérée un facteur significatif à l'égard de l'incapacité.	Malgré la croyance générale selon laquelle le traitement du SCC d'origine professionnelle ne donne que de faibles résultats, la présente étude démontre l'efficacité d'un traitement tant chirurgical que non chirurgical. Cela dit, les patients ayant reçu un traitement chirurgical ont vu leur incapacité réduite par rapport à ceux qui avaient reçu un traitement conservateur.
Wasiak et Pransky, 2007, É.-U.	Traitement chirurgical versus procédure endoscopique : utilisation et résultats en milieu communautaire	Des analyses bivariées des résultats post-opératoires ont démontré que l'incapacité au travail après intervention était de plus courte durée dans les cas de procédure endoscopique (médiane de 27 jours contre 34). Les frais médicaux après intervention étaient également moins élevés dans les cas de procédure endoscopique pour les patients ayant eu des frais médicaux post-opératoires (médiane de 1201 \$ contre 1717 \$).	Ces données soulignent l'importance d'évaluations axées sur la communauté et tenant compte d'éventuels facteurs de confusion pour évaluer avec précision l'impact des technologies médicales sur l'incapacité au travail sous l'angle de la santé et de la sécurité.
Webster et al., 2004, É.-U.	Thérapie lombaire électrothermique intradiscale (IDET) : résultats chez les clients des CAT	La durée moyenne des symptômes avant IDET était de 26 mois. La durée moyenne de suivi après IDET était de 22 mois. 96 (68 %) des cas ne satisfaisaient pas à un ou plusieurs des critères	La nécessité d'une intervention lombaire effractive après IDET a été reliée à l'autorecommandation du fournisseur, à l'usage de narcotiques avant IDET et à un âge plus avancé. Une absence continue du

		<p>d'inclusion publiés. 78 cas (55 %) ont reçu au moins deux ordonnances de narcotiques six mois ou plus après IDET. 53 cas (37 %) ont reçu au moins une injection lombaire, et 32 (23 %) ont subi une chirurgie lombaire après IDET. Au total, 55 cas (39 %) travaillaient 24 mois après IDET; parmi eux, 27 (19 %) travaillaient avant IDET et 28 (20 %) ne travaillaient pas. L'usage de narcotiques après IDET a été relié à l'usage de narcotiques avant IDET, à une intervention du même fournisseur tant pour la discographie que pour IDET (autorecommandation) et à des signes positifs de radiculopathie.</p>	<p>travail après IDET a été reliée à l'autorecommandation du fournisseur, au sexe masculin, aux situations de litige, à l'usage de narcotiques avant IDET et à un âge plus avancé. La conformité aux critères de sélection publiés pour IDET n'avait aucun lien avec l'autorecommandation du fournisseur ou avec les résultats, non plus que la durée de l'affection avant IDET n'avait de lien avec les résultats. La procédure pourrait être moins efficace lorsqu'elle est effectuée par différents fournisseurs que ne le suggérait une première série de cas traités par un fournisseur unique ou selon une modalité unique en ce qui a trait aux lombalgies d'origine professionnelle.</p>
Webster et al., 2007, É.-U.	Usage précoce d'opioïdes pour lombalgie aiguë : lien avec la durée de l'incapacité, frais médicaux, chirurgie ultérieure et usage tardif d'opioïdes	<p>21 % des prestataires ont reçu au moins une ordonnance précoce d'opioïdes. La durée moyenne de l'incapacité, les frais médicaux moyens ainsi que le risque de chirurgie et d'usage tardif d'opioïdes augmentaient de façon monotone au gré de l'augmentation des doses d'équivalent morphine (DEM). Les patients ayant reçu plus de 450 mg de DEM étaient en moyenne invalides 69 jours de plus que ceux qui n'avaient pas reçu d'opioïdes de. Par rapport au groupe ayant reçu les plus faibles DEM, le risque de chirurgie était trois fois plus élevé et le risque d'usage tardif d'opioïdes, six fois plus élevé au sein du groupe ayant reçu les plus fortes DEM. La gravité des blessures lombaires s'est avérée un puissant prédicteur de tous les résultats.</p>	<p>La corrélation négative entre l'usage précoce d'opioïdes pour lombalgie aiguë et les résultats obtenus suggère que l'utilisation d'opioïdes pour gérer la lombalgie aiguë pourrait aller à l'encontre du rétablissement.</p>

ANNEXE 11

Sommaire des articles mettant l'accent sur les points de vue, les expériences et les perceptions des acteurs

Étude	Détails méthodologiques	Questions liées au thème	Résultats ou conclusions
Azoulay et al., 2005, Canada	Travailleurs indemnisés pour lombalgie dans la semaine suivant un aiguillage vers la physiothérapie (n = 35)	Entente patient-physiothérapeute et patient-médecin sur la gestion clinique de la lombalgie Perception du patient quant à l'entente entre le physiothérapeute et le médecin Lien entre l'entente et le RAT de même que l'auto-évaluation de l'incapacité	Les patients en désaccord avec leur médecin étaient moins satisfaits de leur prise en charge médicale et dramatisaient davantage leur douleur que ceux qui étaient en accord avec leur médecin. Aucun lien n'a été observé entre désaccord et chronicité ou incapacité.
Baril et al., 2003, Canada	Différents acteurs impliqués dans des programmes de RAT dans trois provinces canadiennes	Stratégies fructueuses de RAT et obstacles ou facilitateurs relatifs au processus de RAT Analyse de la dynamique sous-jacente à la conduite des différentes expériences	Plusieurs thèmes communs sont ressortis des expériences relatées par un large éventail d'acteurs, notamment l'importance de la confiance, du respect, de la communication et des relations de travail quant au succès ou à l'échec des programmes de RAT axés sur les travailleurs blessés.
Bishop et Wing, 2003, Canada	Médecins de famille en Colombie-Britannique (n = 139)	Degré de conformité des médecins de famille aux guides de pratique clinique en matière de lombalgie aiguë	Les médecins ont démontré un degré de conformité élevé aux guides en ce qui a trait à l'établissement des antécédents, aux procédures d'examen et à la médication recommandés, mais un degré de conformité peu élevé en matière d'imagerie et de nombreuses recommandations de traitement. Les recommandations des guides de pratique clinique récemment publiés concernant la gestion des patients atteints de lombalgie mécanique aiguë n'étaient pas pleinement mises en œuvre dans les schémas d'exercice des médecins de famille en Colombie-Britannique.
Brooker et al., 2001, Canada	Travailleurs atteints de blessures des tissus mous en Ontario (n = 1833)	Application pratique de programmes de tâches modifiées pour travailleurs atteints de blessures des tissus mous	Le simple fait pour le travailleur d'être contacté par le milieu de travail pour s'informer de son état ne présentait aucun lien avec une réduction de la durée des prestations d'indemnisation. Les offres d'arrangements par le milieu de travail pour faciliter le RAT des travailleurs présentaient un lien avec une réduction de la durée des prestations d'indemnisation, mais aucun lien statistiquement significatif avec le niveau de douleur des travailleurs.
Côté et al., 2001, Canada	Trois groupes de réflexion de chiropraticiens (n = 8-11)	RAT opportun chez les patients atteints de blessures musculo-squelettiques et traités par des	Les grandes approches décrites par les chiropraticiens participants quant aux pratiques visant à assurer le RAT

	dans trois grandes villes canadiennes	chiropraticiens; obstacles ou facilitateurs relatifs à un RAT fructueux	des travailleurs blessés étaient conformes aux approches recommandées dans les guides de pratiques fondées sur des preuves. Une meilleure communication entre les chiropraticiens, les médecins et les commissions d'indemnisation des travailleurs contribuerait vraisemblablement à réduire les tensions interprofessionnelles et à favoriser le rétablissement des travailleurs atteints de blessures musculo-squelettiques.
Daniell et al., 2005, É.-U.	Demandes d'indemnisation à la CAT déposées entre 1990 et 1994, et ayant fait l'objet d'un suivi jusqu'en 2000 (n = 16 710)	Tendances temporelles, pratiques cliniques et résultat des traitements relativement au syndrome du canal carpien (SCC) d'origine professionnelle	La moitié des demandes ont été déposées pour des affections autres que le SCC, mais qu'on a fini par identifier comme relevant du SCC ou comme incluant le SCC. Le premier diagnostic de SCC était survenu plus de trois mois après le dépôt de la demande d'indemnisation dans 20 % des cas. Plus le diagnostic de SCC avait été prononcé longtemps après le dépôt de la demande d'indemnisation, plus il était probable que le SCC soit accompagné d'autres problèmes, et plus l'incapacité risquait de se prolonger. Un diagnostic précis de SCC et la mise en œuvre plus précoce de mesures appropriées pourraient contribuer à réduire la durée de l'incapacité et les coûts afférents dans une grande proportion des demandes d'indemnisation pour des troubles qu'on finit par associer au SCC.
Fisher, 2003, É.-U.	Professionnels de la sécurité, superviseurs et travailleurs de l'industrie manufacturière dans le centre du Kentucky	Différences de perceptions entre superviseurs et professionnels de la sécurité susceptibles d'influer sur le RAT après une blessure musculo-squelettique	Les perceptions des superviseurs et des professionnels de la sécurité quant aux facteurs de satisfaction au travail, aux rapports entre les travailleurs et à l'environnement de travail différaient de celles des travailleurs. Leurs perceptions des facteurs relatifs aux politiques et procédures de l'entreprise ne différaient pas. En outre, le groupe des professionnels de la sécurité et des superviseurs accordait une note plus élevée que le groupe des travailleurs aux facteurs relatifs à la satisfaction au travail. Les implications de cette étude pour les entreprises manufacturières tiennent à l'importance a) d'identifier les facteurs qui favorisent la satisfaction des employés au travail, b) d'élaborer un plan visant à accroître la satisfaction au travail et la reconnaissance des employés auprès de tous les travailleurs du milieu de travail, et c) d'envisager de permettre aux employés d'acquiescer de

Hazard et al., 2000, É.-U.	Quatre groupes de réflexion composés de professionnels de la santé, d'employeurs et de gestionnaires de cas	Consensus entre professionnels de la santé, employeurs et gestionnaires de cas concernant le besoin en information sur les besoins des personnes souffrant de douleurs lombaires aiguës et chroniques	nouvelles aptitudes et de faire de nouveaux apprentissages, de sorte à stimuler la motivation et la satisfaction au travail. Bien que le consensus ait été solide à l'égard de la plupart des éléments d'information, il y avait des différences apparentes entre les groupes concernant plusieurs aspects de la reprise du travail, de l'attention médicale et de la consultation des services juridiques ou des programmes d'indemnisation. Les perceptions des travailleurs blessés au dos concernant leurs besoins d'information peuvent différer de celles des professionnels de la santé et de leurs employeurs ou assureurs. De futurs efforts visant à prévenir par l'éducation les incapacités dues aux dorsalgies devraient inclure une évaluation des besoins en information des travailleurs blessés.
Lippel K, 2003, Canada	Décisions des tribunaux d'appel des CAT concernant les demandes d'indemnisation (n = 314)	Impact de la méconnaissance des données scientifiques utilisées pour évaluer les demandes d'indemnisation pour TMS d'origine professionnelle	Les résultats indiquent que les travailleuses sont nettement moins susceptibles que leurs homologues masculins de voir leurs demandes d'indemnisation pour maladie professionnelle acceptées par les tribunaux d'appel. Certains éléments de preuve suggèrent qu'une confiance excessive à l'égard des études scientifiques en contexte d'arbitrage tend à générer un taux de refus plus élevé des demandes d'indemnisation des travailleuses
Loisel et al., 2005, Canada	Discussions d'une équipe interdisciplinaire relativement à des cas en instance touchant 22 travailleurs absents du travail	Obstacles ou facilitateurs en matière de collaboration entre une équipe de réadaptation professionnelle interdisciplinaire et les détenteurs d'enjeux concernés	Divers facteurs influent sur la collaboration entre l'équipe de réadaptation et les détenteurs d'enjeux. De façon générale, l'approbation des principes thérapeutiques de l'équipe par les détenteurs d'enjeux et la confiance dans son approche se sont avérées des facteurs particulièrement importants. Diverses stratégies, le plus souvent fondées sur l'éducation et la sensibilisation, ont été utilisées par l'équipe pour favoriser la collaboration entre les parties. Les résultats peuvent contribuer à améliorer la compréhension des mesures prises par les équipes de réadaptation et à optimiser leurs pratiques.

Nicot et Nicot, 2006, France	Patients, médecins traitants et médecins-conseils	Compréhension des implications d'un congé de maladie; identification des obstacles au RAT	<p>En ce qui concerne un éventuel RAT, 57 % des patients, 25 % des médecins traitants et 28 % des médecins-conseils percevaient l'objectif principal du traitement comme étant le rétablissement. Ils envisageaient un RAT (21 %, 46 % et 39 %, respectivement) à condition que des modifications soient apportées aux conditions de travail. Un RAT en dépit de la douleur était rarement envisagé (3 %, 6 % et 3 %, respectivement). Le repos était considéré comme une composante essentielle du traitement (54 %, 67 % et 70 %, respectivement). Les obstacles au RAT comprenaient la douleur (51 %, 30 % et 48 %, respectivement), suivie de l'impact sur les activités de la vie quotidienne (42 %, 40 % et 19 %, respectivement). 7 % des patients redoutaient un RAT du fait qu'ils exerçaient un métier à haut risque. Il semble possible – dans des limites qui restent à définir – de proposer aux patients lombalgiques de prendre part à une décision de RAT en dépit de la douleur, en les invitant à ne pas y voir une sanction, mais plutôt un élément clé de leur rétablissement, à condition que des modifications – parfois radicales – soient apportées à leurs conditions de travail.</p>
Roberts- Yates, 2003, Australie	Travailleurs blessés	Certaines considérations pratiques devant être prises en compte lorsque les travailleurs sont inscrits à un régime d'indemnisation	<p>Les travailleurs ont fait état d'une série d'obstacles dans le cadre du processus de RAT qui leur causaient beaucoup de stress et d'inquiétude. Il s'agissait notamment du versement irrégulier de leurs prestations, de l'indifférence des responsables de leur dossier, de la gestion du stigmata associé au statut d'indemnisé, d'un manque général d'information, d'une communication irrespectueuse de la part des fournisseurs de services et de la réaction empreinte de doute de leur employeur, de leurs collègues de travail et de certains fournisseurs de services professionnels à l'égard de leur blessure. Sur la base de ces constats, certaines suggestions sont faites pour améliorer les pratiques.</p>

Russell et al., 2005, Canada	Médecins de famille de London et de communautés environnantes du sud-ouest de l'Ontario (n = 10)	Expérience des médecins de famille en matière de gestion des patients inscrits au régime d'indemnisation des travailleurs (CAT). Peu de participants appréciaient d'avoir à traiter des problèmes émanant de la CAT. Malgré le caractère généralement routinier de la plupart des blessures musculo-squelettiques d'origine professionnelle, les complexités perçues du processus de RAT exigeaient une certaine gestion. La suspicion, l'isolement et la frustration caractérisaient les expériences vécues en lien avec des affections persistantes, complexes ou mal définies. Interpellés par un manque de temps, les participants appréhendaient leurs rapports avec les employeurs, et se souciaient tout particulièrement du respect de la confidentialité de leurs patients. En conséquence, la communication avec le milieu de travail allait rarement au-delà de l'échange de formulaires normalisés de la CAT. Tout en appréciant l'apport d'autres professionnels au sein du système d'indemnisation, les médecins de famille se méfiaient des influences extérieures sur la prise de décision clinique. L'engagement perçu des participants à l'égard des patients était en contradiction avec les exigences des assureurs concernant le respect des lignes directrices et des voies de traitement. Même lorsque la relation médecin-patient était compromise à la suite d'une blessure, les participants voyaient un net avantage à maintenir la relation dans la perspective de soins futurs.	Les résultats suggèrent que les autorités responsables des CAT pourraient bénéficier d'une meilleure compréhension de la dynamique de pratique familiale contemporaine, en particulier des obstacles temporels et financiers à la liaison avec le milieu de travail. La communication avec les employeurs serait moins intimidante si les entreprises se dotaient d'une stratégie organisationnelle explicite conçue pour apaiser les inquiétudes des médecins de famille quant à savoir si un rapport direct avec un employeur est inapproprié, entraîne une violation du secret professionnel, ou constitue une pratique souhaitable en milieu industriel.
Scheel et al., 2002, Norvège	Médecins généralistes (n = 89), représentants du milieu de travail (n = 102), fonctionnaires de l'administration nationale des assurances (n = 22) et travailleurs (n = 15) de trois	Obstacles à la mise en œuvre de l'absence du travail tout en restant actif (ATRA) pour les acteurs appelés à donner effet à l'ATRA	Parmi les obstacles identifiés figuraient le manque d'information, le manque de temps et des obstacles liés au déroulement des opérations, notamment une mauvaise communication et une coordination défailante des activités entre les acteurs appelés à donner effet à l'ATRA. La participation de tous les acteurs est peut-être

comtés norvégiens

Schönstein et Kenny, 2000, Australie	Certificats médicaux de travailleurs indemnisables pour cervicalgie et dorsalgie détenus par un assureur en accidents du travail (n = 251)	Description des diagnostics et recommandations de traitement de kinésithérapeutes pour cervicalgie et dorsalgie; comparaison avec les lignes directrices fondées sur des preuves	essentielle, mais elle n'est pas suffisante pour susciter une action dans le cadre des stratégies en milieu de travail auprès des patients souffrant de lombalgie. La mise en œuvre d'un retour au travail précoce et efficace peut exiger des interventions ciblées à l'égard des obstacles identifiés. Les diagnostics les plus fréquemment prononcés étaient « entorse/tension » et « douleur/mal ». La physiothérapie était le traitement le plus fréquemment prescrit, suivie du repos et de la médication. Le repos a été prescrit à 27 % des travailleurs, dont 87 % étaient classés comme ayant une lésion aiguë. Des traitements à base d'activité ont été prescrits à 18 % des travailleurs. Tous les médecins n'avaient pas formulé leur diagnostic dans des termes conformes à la taxonomie anatomique recommandée. La pharmacothérapie prescrite était conforme aux lignes directrices en vigueur en matière de traitement fondé sur des preuves. Cependant, la prescription de repos et l'omission, dans la plupart des cas, de recommandations explicites quant à la reprise d'activités normales, y compris du travail, n'étaient pas conformes aux lignes directrices en vigueur.
Schönstein et al., 2002, Australie	Plans de traitement subséquents soumis à un important assureur des accidents du travail de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie (n = 219)	Comparaison entre les objectifs des physiothérapeutes et les pronostics contenus dans le guide de pratique clinique fourni par la WorkCover Authority de la Nouvelle-Galles du Sud	Les maux de dos de la plupart des travailleurs traités étaient classés comme aigus, et la majorité des physiothérapeutes estimait que le traitement serait de courte durée, ce qui était conforme aux lignes directrices en vigueur en matière de traitement. Cependant, la plupart des physiothérapeutes ont omis de formuler des objectifs de traitement précis, mesurables ou assortis de jalons temporels, et ce, malgré l'insistance de la WorkCover Authority à cet égard.
Stikeleather, 2004, É.-U.	Travailleurs âgés atteints de blessures musculo-squelettiques persistantes d'origine professionnelle (n = 4)	Rôle du soutien de l'employeur et degré de flexibilité à l'égard de la décision du travailleur de se « pousser » à satisfaire aux exigences du poste qu'il occupait avant sa blessure, ou de se « protéger » en optant pour un emploi post-traumatique moins exigeant sur le plan physique, mais aussi moins bien rémunéré	Le degré de soutien de l'employeur variait quant à la modulation des exigences de travail, et un faible degré de soutien assorti d'un manque de flexibilité à l'égard des tâches requises ajoutait à la difficulté de retourner au travail ou de satisfaire aux exigences du poste réintégré.

Wind et al., 2006, Pays- Bas	Responsables de cas de RAT (n = 21) et experts en demandes d'indemnisation (n = 29)	Utilité pour les responsables des cas de RAT (arguments pour et contre l'évaluation des capacités fonctionnelles [ECF]) aux fins de RAT et d'évaluation des demandes d'indemnisation	L'évaluation moyenne des capacités fonctionnelles par les responsables des cas de RAT était de 6,5 sur une échelle de 0 à 10. L'évaluation moyenne des experts en demandes d'indemnisation était de 4,8. Les arguments en faveur de l'ECF étaient 1) sa capacité à confirmer l'opinion du responsable et 2) l'objectivité de la méthode de mesure. Les arguments contre l'ECF étaient 1) la redondance de l'information qu'elle fournit et 2) son manque d'objectivité. L'ECF était tenue pour indiquée en présence de TMS, d'une auto-évaluation favorable du patient quant à son aptitude au travail, et d'un emploi effectif. L'ECF était tenue pour contre-indiquée en présence de troubles médicalement inexplicables, d'une auto-évaluation défavorable du patient quant à sa capacité de travailler, et de litiges ou de procédures juridiques.
------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE 12

Sommaire des articles comparant les systèmes d'indemnisation, les compétences régionales et les pays

Étude	Détails méthodologiques	Résultats	Conclusions
Ahlgren et al., 2004, Suède	Mesures et résultats de la réadaptation professionnelle à six bureaux locaux de l'Administration nationale des assurances dans un même comté de la Suède	Différences marquées relativement aux indemnités de maladie, aux taux d'incapacité, aux mesures de réadaptation choisies et à la reprise du travail. Le pourcentage des travailleurs en congé de maladie qui bénéficiaient de mesures de réadaptation variait de 1,2 % à 8,7 %. Les résultats variaient du bureau B, qui déclarait que 58 % des patients étaient pleinement aptes au travail au terme de la réadaptation planifiée, au bureau C, où seulement 24 % des patients étaient déclarés pleinement rétablis.	Les différences de résultats marquées entre les bureaux indiquent que diverses mesures de réadaptation diffèrent quant à leur efficacité. La mesure de réadaptation axée sur l'« évaluation de l'aptitude au travail » n'était pas liée à la reprise du travail d'un pourcentage élevé de patients, mais elle présentait un lien plus solide avec l'attribution d'une pleine pension d'incapacité. D'importantes différences ont été observées à l'égard de facteurs sociaux et démographiques propres aux différentes municipalités. L'effet de ces facteurs sur le processus de réadaptation nécessite une recherche plus approfondie.
Anema et al., 2004, Pays-Bas	Survenue et efficacité d'interventions ergonomiques en lien avec le RAT chez des travailleurs touchant des prestations de maladie pour lombalgie au Danemark, en Allemagne, en Israël, en Suède, aux Pays-Bas et aux États-Unis	Les interventions ergonomiques variaient considérablement quant à leur survenue entre les cohortes nationales : 23,4 % (moyenne) des participants ont fait état de modifications au lieu de travail (intervalle de 15,0 % à 30,5 %). Un ajustement des tâches et des heures de travail est survenu pour 44,8 % (intervalle de 41,0 % à 59,2 %) et 46,0 % (intervalle de 19,9 % à 62,9 %) des participants, respectivement. Les modifications au lieu de travail influèrent efficacement sur le taux de RAT, selon un taux de risque (TR) normalisé de 1,47. L'ajustement des tâches et l'ajustement des heures de travail influèrent efficacement sur le RAT après une absence-maladie d'une durée de plus de 200 jours, selon un TR normalisé de 1,78 et 1,41, respectivement.	Les résultats suggèrent que les interventions ergonomiques influent efficacement sur le RAT des travailleurs en congé de maladie prolongé pour cause de lombalgie.

Bitar et al., 2002, É.-U.	Rôle des facteurs socio-économiques et de l'indemnisation des travailleurs relativement aux coûts, à la réadaptation et aux pratiques opératoires en ce qui a trait au syndrome du canal carpien (SCC) aux États-Unis et en Suède	123 patients ont été répartis en trois groupes. Le groupe A se composait de patients indemnisés de l'Université de Pittsburgh, aux États-Unis (n = 34), le groupe B se composait de patients non indemnisés de l'Université de Pittsburgh (n = 47), et le groupe C se composait de patients de l'Université d'Umea, en Suède (n = 42). Une tendance au prolongement des congés de maladie post-opératoires a été observée chez les patients indemnisés par rapport aux patients non indemnisés. Cela dit, le temps passé en salle d'opération, la durée des opérations, le coût des opérations, le recours à une thérapie post-opératoire et la durée des congés de maladie étaient bien moindres pour les patients traités en Suède. Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée quant à la durée d'absence au travail entre les groupes A et B.	Les résultats pourraient indiquer que l'effet de l'indemnisation sur la capacité ou la volonté d'un patient de se rétablir après avoir été traité pour le SCC est moins important que l'effet de facteurs non directement reliés au patient ou à la procédure chirurgicale.
Reneman et al., 2006, Pays-Bas	Performance de patients des Pays-Bas, du Canada et de la Suisse dans le cadre d'évaluations des capacités fonctionnelles (ECF)	Par rapport à ceux de l'échantillon néerlandais, les patients des échantillons canadien et suisse ont affiché une performance moyenne uniformément inférieure sous tous les aspects de l'ECF. Ces données sont restées statistiquement significatives après correction pour tenir compte d'éventuels facteurs de confusion.	Des écarts considérables ont été observés entre les contextes d'évaluation quant au poids maximal manié aux divers points de l'ECF. De futures études sur l'ECF devraient examiner les effets d'un certain nombre de facteurs potentiellement influents, y compris la variabilité du jugement des évaluateurs dans différents contextes, l'interaction évaluateur-patient et les attentes des patients à l'égard de l'influence des résultats de l'ECF sur les prestations d'incapacité.
Strunin et Boden, 2004, É.-U.	Similitudes et différences dans la façon dont les employés voient leurs interactions avec le système d'indemnisation des accidents du travail (CAT) en Floride et au Wisconsin	Certaines interactions avec le système étaient positives. Cependant, la majorité des répondants des deux États jugeaient leurs rapports avec le système d'indemnisation comme étant fastidieux, frustrants et humiliants.	La méfiance, la stigmatisation, les retards de paiement et le refus du personnel de l'assureur de verser des prestations comptaient parmi les expériences négatives des travailleurs dans leurs rapports avec le système d'indemnisation. Ces comportements de l'assureur augmentent le coût des prestations d'incapacité pour les travailleurs blessés, et peuvent contribuer à réduire la propension des travailleurs admissibles à déposer une demande d'indemnisation.

Volinn et al., 2005, É.-U.	Taux de demandes d'indemnisation pour dorsalgie au Japon et aux États-Unis	En 1999, le taux de demandes d'indemnisation pour dorsalgie était 60 fois plus élevé dans l'État de Washington qu'au Japon. L'écart entre les taux pour les autres années à l'étude (1995-1998) était comparable.	Les maux de dos sont fréquents chez les travailleurs aussi bien du Japon que des États-Unis, mais il n'y a pas de lien simple ou nécessaire entre le symptôme en soi et la façon dont il se manifeste dans un pays ou dans l'autre. Le symptôme est au contraire protéiforme dans ses manifestations sociales. Quant à ce qui façonne ces manifestations, ou plus précisément ce qui pourrait expliquer un tel écart entre les taux de demandes d'indemnisation pour dorsalgie au Japon et aux États-Unis, le mystère demeure entier. Différentes pistes de solution sont abordées, mais l'énigme reste essentiellement non résolue.
Wasiak et al., 2006, É.-U.	Différences relatives au traitement chirurgical du syndrome du canal carpien (SCC) d'origine professionnelle dans le contexte d'indemnisation de huit régions géographiques des États- Unis	Parmi les sujets retenus (n = 4421), environ 20 % avaient été traités par voie de procédure endoscopique; ce pourcentage pouvait varier du simple au décuple à travers les huit régions géographiques. Cependant, le recours à la libération endoscopique n'a pas augmenté au cours de la période d'étude, et ce, en dépit de rapports faisant état de meilleurs résultats relatifs au RAT.	La nature hautement territoriale du système d'indemnisation étatsunien, assorti de différences significatives quant aux niveaux de remboursement des procédures endoscopiques, et les différences géographiques observées quant à la formation médicale comptaient parmi les facteurs susceptibles d'expliquer les variations observées en ce qui a trait au recours à ce type de procédure.
Wasiak et McNeely, 2006, É.-U.	Différences relatives à l'utilisation et aux coûts des soins chiropratiques pour blessures lombaires d'origine professionnelle dans les systèmes d'indemnisation de sept régions géographiques des États-Unis	L'utilisation et les coûts variaient considérablement entre les États à l'étude. Des politiques de paiement restrictives ont été associées au coût moindre des soins chiropratiques et à un nombre inférieur de services par visite, mais sans pour autant influencer sur le nombre de visites ou de services par personne.	Les résultats mettent en lumière des composantes nécessaires à une limitation efficace des coûts, et ce, même en présence d'un ajustement quant à l'utilisation des soins.

ANNEXE 13

Sommaire des articles consacrés à l'évaluation de l'impact du statut d'indemnisation ou du type d'assurance sur l'incapacité et les résultats relatifs au RAT

Étude	Détails	Résultats	Conclusions
Atlas et al., 2000, É.-U.	Effet de l'indemnisation sur les résultats à long terme pour les patients atteints d'une hernie discale lombaire et de la sciatique selon le statut d'IDT au moment de la consultation pré-opératoire	Les patients touchant des prestations d'une CAT au départ étaient plus susceptibles d'être jeunes, de sexe masculin et employés comme journaliers. Leur auto-évaluation de leur état fonctionnel était pire que celle des patients non indemnisés, mais leurs examens cliniques révélaient des résultats comparables. Les patients touchant des prestations d'une CAT au départ étaient plus susceptibles de toucher des prestations d'incapacité que les patients non indemnisés au départ lors du suivi après quatre ans (27 % contre 7 %). Le mode de gestion opératoire n'avait pas d'influence sur ces comparaisons, mais il favorisait la réduction des symptômes et l'amélioration de l'état fonctionnel. Les patients touchant des prestations d'une CAT au départ rapportaient significativement moins de soulagement de leurs symptômes et d'amélioration de leur qualité de vie que les patients non indemnisés au départ. Le statut d'indemnisation au départ s'est avéré un prédicteur indépendant à savoir si un patient allait ou non toucher des prestations d'incapacité après quatre ans, mais il ne s'est pas avéré un prédicteur indépendant à savoir si un patient allait ou non occuper un emploi rémunérateur au moment du suivi après quatre ans.	Même après correction pour tenir compte du traitement initial de la sciatique et d'autres facteurs cliniques, les patients touchant des prestations d'une CAT au départ étaient plus susceptibles de toucher des prestations d'incapacité et moins susceptibles de déclarer un soulagement de leurs symptômes et une amélioration de leur qualité de vie au moment du suivi après quatre ans que les patients non indemnisés au départ. Néanmoins, la plupart des patients étaient retournés au travail, indépendamment de leur statut initial d'incapacité au travail, et ceux qui touchaient des prestations d'une CAT au départ étaient seulement légèrement moins susceptibles de travailler après quatre ans. Qu'ils aient ou non été indemnisés au départ, les patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale déclaraient un plus grand soulagement de leurs symptômes et une plus grande amélioration de leur état fonctionnel au moment du suivi après quatre ans que les patients non opérés, même si les résultats en ce qui concerne l'incapacité et le statut par rapport au travail étaient comparables dans ces deux groupes.
Atlas et al., 2006, É.-U.	Incapacité de longue durée et qualité de vie liée à la santé chez les personnes touchant ou non des prestations d'une CAT au moment de leur évaluation préliminaire	Les caractéristiques démographiques de départ, les antécédents de dorsalgie, les résultats d'imagerie, les symptômes, l'état fonctionnel et les attentes différaient considérablement selon le statut d'indemnisation initial des patients. Après	Les résultats à long terme en matière d'emploi et d'incapacité étaient favorables chez la plupart des patients atteints d'une hernie discale, qu'ils aient ou non été indemnisés au départ. Toutefois, les personnes indemnisées au départ

		<p>cing à dix ans, la plupart des patients, indépendamment de leur statut d'indemnisation initial (indemnisé ou non), ne touchaient pas de prestations d'incapacité (83 % contre 96 %, respectivement) et occupaient un emploi (78 % dans les deux groupes). Cependant, les patients indemnisés au départ étaient beaucoup plus susceptibles de toucher des prestations d'incapacité, et leurs symptômes étaient plus graves, leur état fonctionnel était moins bon et leur satisfaction était moins grande. Les écarts de résultats devenaient moins importants après contrôle des différences initiales entre les patients touchant ou non des prestations d'une CAT, mais ils continuaient de favoriser les patients non indemnisés au départ. Le traitement initialement reçu, qu'il soit chirurgical ou non, n'avait pas d'influence sur ces résultats.</p>	<p>affichaient de moins bons résultats en matière d'incapacité et de qualité de vie que les patients non indemnisés au départ. Malgré ces différences, les résultats à long terme en matière d'emploi étaient aussi bons dans les deux cas.</p>
Balk et al., 2005, É.-U.	<p>Résultats du relâchement de l'origine de l'extenseur dans les cas d'épicondylite latérale (<i>tennis elbow</i>) par rapport au statut d'indemnisation: le soulagement de la douleur, la réapparition des symptômes, la satisfaction à l'égard des résultats de la procédure et la capacité de RAT (emploi identique ou semblable) ont été évalués.</p>	<p>Un soulagement de la douleur a été obtenu de façon fiable aussi bien dans le groupe indemnisé que dans le groupe non indemnisé (36/37 et 24/26, respectivement). La réapparition des symptômes était intermittente dans les deux groupes, et peu de patients ont sollicité une intervention médicale à cet égard. La satisfaction des patients était élevée dans le groupe indemnisé comme dans le groupe non indemnisé (35/37 et 26/26, respectivement).</p>	<p>Une majorité des patients des deux groupes sont retournés au travail, mais un pourcentage significativement plus élevé de patients du groupe indemnisé au départ a changé d'emploi en raison de symptômes persistants.</p>

Chaise et al., 2004, France	Lien entre le type d'assurance d'un patient et le temps requis pour retourner au travail après une chirurgie du canal carpien	Chez les travailleurs autonomes, la durée moyenne d'absence du travail était de 17 jours, alors que pour ceux du secteur privé, elle était de 35 jours, et pour les fonctionnaires, de 56 jours. Les patients ayant une assurance sociale s'absentaient en moyenne pendant 32 jours, alors que les travailleurs indemnisés s'absentaient pendant 49 jours.	La comparaison révèle des écarts significatifs en ce qui concerne l'assurance sociale : le délai de RAT était plus long chez les fonctionnaires que chez les travailleurs du secteur privé, qui étaient eux-mêmes absents du travail plus longtemps que les travailleurs autonomes. L'écart entre les travailleurs indemnisés et les patients ayant une assurance sociale était de 17 jours, et significatif. On a aussi observé un écart significatif entre les travailleurs manuels et les travailleurs non manuels (aussi bien autonomes que du secteur privé). Il n'y avait aucun écart significatif entre les sous-groupes de fonctionnaires. Ces références croisées permettent de déterminer l'influence du statut par rapport à la sécurité sociale sur le délai de RAT après une intervention chirurgicale.
Goldberg et al., 2002, É.-U.	Résultats fonctionnels de la discectomie et de l'arthrodèse cervicale antérieure chez les patients ayant ou non déposé une demande d'indemnisation à une CAT; effet de la demande d'indemnisation sur les résultats cliniques	Lors de l'évaluation radiographique de suivi, aucune différence perceptible n'a été observée en ce qui a trait aux résultats fonctionnels et au taux d'arthrodèse. Dans le groupe 1 (avec demande d'indemnisation à une CAT), 97 % des patients étaient retournés au travail en moyenne 18 semaines après l'opération, tandis que dans le groupe 2 (sans demande d'indemnisation à une CAT), 98 % des patients étaient retournés au travail en moyenne 10 semaines après l'opération.	Une demande d'indemnisation à une CAT n'avait pas d'effet contraire sur les résultats fonctionnels de la discectomie et de l'arthrodèse cervicale antérieure. La sélection des patients est un facteur critique quant à la détermination des résultats fonctionnels, lesquels peuvent être de bons à excellents dans 83 % des cas lorsqu'il y a corrélation entre la pathologie, le tableau clinique et les résultats radiographiques.
Hee et al., 2002, É.-U.	Comparaison de l'auto-évaluation de l'état de santé des patients atteints de cervicalgie touchant des prestations d'une CAT par rapport aux patients ne touchant pas de prestations d'une CAT	Sept cotes individuelles (exception faite de l'état de santé général) et deux cotes sommaires du questionnaire SF-36 étaient significativement plus faibles chez les patients touchant des prestations d'une CAT. Le statut d'indemnisé s'est avéré un prédicteur significatif de scores moins élevés au chapitre de la capacité physique fonctionnelle en réponse au questionnaire SF-36.	Le statut d'indemnisé a été relié à une moindre capacité physique fonctionnelle chez les patients atteints de cervicalgie. Une autre conclusion importante de l'étude est que des facteurs de confusion peuvent avoir un effet majeur sur les cotes SF-36 obtenues au moyen d'instruments normalisés et validés.

Hee et al., 2001, É.-U.	Comparaison de l'auto-évaluation de l'état de santé des patients atteints de troubles médullaires touchant des prestations d'une CAT par rapport aux patients ne touchant pas de prestations d'une CAT	Les huit cotes individuelles et deux cotes sommaires du questionnaire SF-36 étaient significativement plus faibles chez les patients touchant des prestations d'une CAT. Le statut d'indemnisé s'est avéré un prédicteur significatif de scores moins élevés au chapitre de l'état de santé général, de la capacité physique fonctionnelle, du rôle physique, du fonctionnement social et de la santé mentale en réponse au questionnaire SF-36.	Le statut d'indemnisé a été relié à une moins bonne santé physique et mentale chez les patients atteints de troubles médullaires. Étant donné que les sujets du groupe indemnisé étaient plus jeunes, que leurs symptômes étaient de plus courte durée et qu'ils avaient moins de problèmes médicaux comorbides, leurs scores moins élevés en réponse au questionnaire SF-36 reflètent vraisemblablement des facteurs psychologiques plutôt qu'un état de santé déficient en soi. De faibles scores en réponse au questionnaire SF-36 peuvent aussi refléter des différences de personnalité prémorbides chez les patients touchant des prestations d'une CAT par rapport aux patients ne touchant pas de prestations d'une CAT. Le questionnaire SF-36 est un outil validé qui peut être utilisé pour identifier objectivement les patients dont le rétablissement risque d'être retardé.
Helfenstein et Feldman, 2000, Brésil	Expérience menée auprès de 103 patients aiguillés vers un centre de référence en santé pour travailleurs relativement à la gestion de microtraumatismes répétés	Sur les 103 patients, 73 répondaient aux critères de l'American College of Rheumatology concernant un diagnostic de fibromyalgie. Cela signifie qu'ils souffraient de douleurs en haut et en bas du diaphragme, loin des douleurs au bras pour lesquelles ils avaient été aiguillés. Il était cliniquement et psychologiquement impossible de distinguer ces 73 patients de 165 autres patients suivis à la clinique du département de rhumatologie de l'Université fédérale de São Paulo, lesquels répondaient aux mêmes critères, mais sans tenir leur maladie pour être d'origine professionnelle.	Cette observation souligne le besoin d'études longitudinales pouvant élucider la question de savoir si les aspects les plus globaux de la maladie s'avèrent être des facteurs antécédents, concurrents ou confusionnels de cette affection qu'on désigne du nom de microtraumatismes répétés.
Koehoorn et al., 2006, Canada	Utilisation des services de santé au-delà des prestations pour soins de santé d'une CAT chez des travailleurs atteints de TMSOP	Les travailleurs atteints de blessures musculo-squelettiques d'origine professionnelle présentaient des taux significativement plus élevés de contacts avec des fournisseurs de soins de santé en lien avec une demande d'indemnisation que les travailleurs non blessés, et ce, au-delà des prestations pour soins de santé	Les schémas de visites pour TMSOP suggèrent que les travailleurs blessés consultent des médecins généralistes relativement à un ensemble de symptômes persistants, ce qui entraîne une utilisation fréquente des services de santé avant le constat d'incapacité au travail qui se reflète dans les contacts avec les services

Lopez et al., 2000, É.-U.	Résultats cliniques obtenus auprès de deux groupes de patients selon qu'ils touchaient ou non des prestations d'une CAT	de la CAT. Une demande d'indemnisation pour TMSOP chez les travailleurs blessés a été reliée à une augmentation estimative de 69 % de l'utilisation des services de santé au cours de la période de 12 mois suivant la blessure par rapport aux travailleurs non blessés. Les deux groupes présentaient des résultats post-opératoires significativement différents sur le plan de la douleur, de la fonctionnalité, de la force de flexion avant et du score total, le groupe indemnisé affichant invariablement un plus faible score fonctionnel. La douleur s'est vue réduite de façon significative chez les patients indemnisés au fil du traitement, mais le soulagement était loin d'être aussi complet que dans le groupe non indemnisé.	de santé après le RAT. Une réaction positive à une injection de stéroïdes dans la bourse sous-acromiale – même temporaire – s'avérait un bon prédicteur de l'issue d'une acromioplastie.
Nicholson GP, 2003, É.-U.	Comparaison entre patients indemnisés ou non atteints du syndrome de butée sous-acromiale et traités par acromioplastie arthroscopique	Les indices de résultats moyens pour l'ensemble de la population révélaient une amélioration significative lorsqu'on comparait les valeurs pré-opératoires aux valeurs post-opératoires. Après l'opération, il n'y avait pas de différence significative entre les indices de résultats moyens du groupe indemnisé et du groupe non indemnisé, ni entre différents niveaux d'exigences de travail. Il y avait toutefois une différence significative dans le temps moyen requis pour reprendre pleinement le travail (13,7 semaines dans le cas du groupe indemnisé contre 9,1 semaines dans le cas du groupe non indemnisé), le groupe indemnisé étant assujéti à des exigences de travail relativement plus lourdes. Les résultats pathologiques intra-articulaires n'avaient pas d'incidence sur les indices de résultats, mais les résultats pathologiques qui entraînaient un changement de traitement étaient reliés à un délai plus long de RAT.	L'acromioplastie arthroscopique donnait invariablement de bons résultats sur le plan chirurgical et relativement à la capacité de RAT, aussi bien dans la population indemnisée que dans la population non indemnisée. Le niveau d'exigences de travail avait un effet direct sur le temps requis pour reprendre pleinement le travail, indépendamment du statut d'indemnisation. Les patients, les médecins, les thérapeutes et les employeurs pourraient tirer parti de la connaissance des résultats attendus et des délais réalistes de RAT.
Rasmussen et al., 2001, Danemark	Influence de la présence d'une forme de compensation monétaire sur les résultats du traitement de la cervicobrachialgie selon la	Au moment du suivi, il n'y avait aucune amélioration dans le groupe de patients ayant reçu une forme de compensation monétaire,	Malgré les critères de sélection uniformes et la similitude des affections et des protocoles de traitement, la présence d'une forme de

	méthode physiothérapeutique de McKenzie	alors que le groupe n'ayant reçu aucune forme de compensation monétaire montrait une amélioration hautement significative.	compensation monétaire semblait avoir un effet négatif sur les résultats de traitement pour les patients atteints de cervicobrachialgie et traités de façon conservatrice.
Sallay et al., 2005, É.-U.	Scores normatifs en réponse au questionnaire de l'ASES (American Shoulder and Elbow Surgeons) entre sujets ayant ou non une demande d'indemnisation en instance et n'ayant aucune blessure connue à l'épaule	Aucune différence significative n'a été observée dans les scores des deux groupes.	Aucune différence dans les scores des sujets ayant fait ou non une demande d'indemnisation en instance et n'ayant aucune blessure connue à l'épaule.
Viola et al., 2000, É.-U.	Fonctionnement de l'épaule et état de santé perçus chez des patients couverts ou non par une assurance accident de travail	Les résultats indiquent que les patients dont les troubles à l'épaule sont couverts par une CAT évaluent de façon significativement plus faible le fonctionnement de leur épaule et leur état de santé que les patients dont les troubles à l'épaule ne sont pas dus à une blessure professionnelle.	Les écarts observés entre le groupe indemnisé et le groupe non indemnisé n'ont pu être attribués à des différences d'âge, de sexe ou de diagnostic.
Yawn et al., 2001, É.-U.	Comparaison de la durée des symptômes pré-opératoires et de la gravité des troubles neurologiques chez des patients d'une même communauté touchant ou non des prestations d'une CAT et ayant bénéficié d'une libération du canal carpien	La durée des symptômes pré-opératoires était significativement plus longue chez les patients non indemnisés que chez les patients indemnisés. Une plus faible proportion de patients indemnisés présentait de graves symptômes à l'électromyogramme (EMG), et une plus forte proportion présentait des symptômes limites.	Les personnes atteintes d'un syndrome du canal carpien (SCC) d'origine professionnelle semblent bénéficier d'un traitement chirurgical plus tôt que les personnes dont le SCC n'est pas lié à un travail couvert en vertu des lois qui régissent les CAT.

ANNEXE 14

Sommaire des articles mettant l'accent sur le développement ou la validation d'outils d'évaluation

Étude	Questions méthodologiques : outil(s)	Principaux résultats	Conclusions
Brouwer et al., 2003, Pays-Bas	Protocole d'évaluation des capacités fonctionnelles des Systèmes de travail kinésiophysique Isernhagen (ECF IWS) : fiabilité de test-retest dans un échantillon de patients (n = 30) souffrant de lombalgie chronique et sélectionnés pour un traitement de réadaptation	Quinze essais (79 %) ont démontré une fiabilité de test-retest acceptable sur la base des valeurs Kappa et du pourcentage de concordance absolue. Onze essais (61 %) ont démontré une fiabilité de test-retest acceptable sur la base des valeurs de corrélation intraclasse.	Le protocole d'évaluation des capacités fonctionnelles des Systèmes de travail kinésiophysique Isernhagen (ECF IWS) présente une fiabilité de test-retest acceptable.
Coutu et al., 2005, Canada	Inventaire systémique de la qualité de vie au travail (ISQVT) : validité concourante et réactivité parmi des travailleurs en congé de maladie pour cause de TMS	On a observé des corrélations significatives entre les cotes de l'ISQVT et l'indice de détresse psychologique, aussi bien avec l'échelle de la composante mentale du questionnaire SF-12 qu'avec le questionnaire de Roland-Morris. Toutes les mesures ont indiqué des changements hautement significatifs au fil du temps.	Les résultats obtenus confirment la validité concourante et la réactivité de l'ISQVT dans le cas d'une population atteinte de TMS. Dans le cadre de futures recherches, l'outil pourrait servir d'instrument de mesure des résultats d'évaluation des effets à plus long terme des programmes de réadaptation.
Dunstan et al., 2005, Australie	Questionnaire d'Örebro sur les douleurs musculo-squelettiques (OMPQ) : utilité en matière de prédiction des résultats relatifs au RAT à la suite d'une blessure musculo-squelettique indemnisable	Les scores totaux en réponse à l'OMPQ ont permis de différencier le statut par rapport au travail à deux reprises, ce qui tend à valider le potentiel prédictif de cet instrument.	Cette étude est la première à évaluer l'OMPQ dans une population de personnes atteintes d'une blessure indemnisable, et bien qu'elle demande à être répliquée avec un échantillon plus large, les résultats ont une pertinence significative à l'égard de la recommandation d'un dépistage de routine axé sur l'identification précoce des travailleurs accidentés qui présentent un risque d'incapacité de longue durée.
Forestier et al., 2007, France	Échelle d'incapacité fonctionnelle cervicale de Copenhague (EIFCC) : validation de la version française	Les cotes de l'EIFCC étaient distribuées normalement. Les cotes de l'EIFCC et leurs variations étaient en bonne corrélation avec les autres critères d'efficacité. Les cotes de l'EIFCC étaient moins sensibles au changement que les critères de l'échelle analogue visuelle de la douleur et plus sensibles au changement que les autres critères d'efficacité.	L'EIFCC s'avère prometteuse comme outil d'évaluation des douleurs cervicales. La reproductibilité des résultats demande à être étudiée. L'EIFCC peut être ajoutée aux autres instruments traduits ces dernières années à des fins de recherche clinique. Cela dit, la facilité à remplir le questionnaire le rend aussi utilisable en contexte de pratique clinique.

Frache et al., 2007, Canada	Échelle d'évaluation de l'état de préparation au RAT en 22 points : développement et validation	Des analyses factorielles confirmatoires ont fourni des indices d'ajustement satisfaisants à l'appui du modèle initial. La validité concourante de l'échelle s'est avérée : les liens entre l'état de préparation au RAT et les symptômes dépressifs, l'appréhension-évitement du travail, la douleur et l'état de santé général allaient généralement dans le sens des hypothèses formulées.	Les propriétés psychométriques de l'instrument nouvellement développé suggèrent que l'application du modèle de préparation au changement dans le domaine du RAT est pertinente pour les travaux de recherche sur l'incapacité au travail. L'instrument est susceptible de faciliter l'offre de services ciblés selon les besoins spécifiques des travailleurs aux différents stades de leur blessure, et elle peut être utilisée dans le cadre de l'évaluation des interventions axées sur le RAT.
Gross et Battie, 2004, Canada	Protocole d'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) des Systèmes de travail kinésiophysique Isernhagen : capacité à prédire un rétablissement durable	Contrairement à la théorie sous-jacente à l'ECF, de meilleurs résultats d'ECF – nombre moins élevé de tâches échouées – ont été associés à un risque plus élevé de récurrence.	La validité de la capacité présumée de l'ECF à identifier les demandeurs d'indemnisation prêts à retourner au travail en toute sécurité est douteuse.
Gross et Battie, 2003, Canada	Évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) kinésiophysiques dans un contexte d'indemnisation des accidents de travail : validité conceptuelle	Les résultats d'ECF étaient modérément corrélés avec l'indice d'incapacité lié à la douleur (PDI) et avec l'échelle analogue visuelle de la douleur. L'intensité de la douleur était fortement corrélée avec le PDI.	Le lien modéré entre l'ECF et le PDI confirme la validité conceptuelle de l'ECF en tant que mesure fonctionnelle. Toutefois, les résultats d'ECF kinésiophysiques n'étaient pas sans lien avec les indices d'intensité de la douleur, contrairement à ce qui était présumé.
Gross et al., 2006, Canada	Protocole abrégé d'ECF : développement	Le protocole abrégé d'ECF a fourni des prédictions comparables au protocole d'ECF complet dans deux cohortes de validation. Les sujets qui satisfaisaient aux exigences d'emploi sur les trois plans ont invariablement cessé de toucher des prestations plus rapidement.	Un protocole abrégé d'ECF conçu pour déterminer le futur statut par rapport au travail des prestataires indemnisés pour troubles lombaires a été développé. Un protocole d'ECF considérablement abrégé peut constituer une alternative efficace.
Gross et al., 2004, Canada	Protocole d'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) des Systèmes de travail kinésiophysique Isernhagen : validité des prédictions relatives à un RAT opportun	Peu de patients (4 %) pouvaient accomplir toutes les tâches de l'ECF, si ce n'est que la plupart ont vu suspendre complètement leurs prestations d'incapacité temporaire et fermer leur dossier d'indemnisation au cours de l'année suivant l'ECF. De meilleurs résultats d'ECF ont été reliés à une suspension complète plus rapide des prestations d'incapacité temporaire et à une fermeture de dossier d'indemnisation plus rapide après contrôle des facteurs de confusion, mais sans pour autant expliquer la variabilité de ces résultats (de l'ordre d'environ 10 %).	De meilleurs résultats d'ECF étaient faiblement liés à un rétablissement plus rapide, mais la part de variabilité expliquée restait mince. La capacité de levage du sol à la taille constituait un prédicteur équivalent au nombre de tâches échouées dans l'ensemble du protocole d'ECF.

Margison et French, 2007, Canada	Questionnaire d'Örebro sur les douleurs musculo-squelettiques (OMPQ) : valeur prédictive des scores obtenus par les patients quant à leur statut clinique (« apte » contre « non apte » à un RAT) à la suite d'un programme de conditionnement au travail normalisé de 6 semaines à base de physiothérapie	L'OMPQ a permis de prédire correctement la libération des patients dans 85 % des cas.	Les résultats obtenus suggèrent que l'OMPQ peut faciliter les prises de décisions cliniques grâce à l'identification précoce des individus susceptibles d'échouer un programme de physiothérapie monodisciplinaire qui pourraient bénéficier d'une intervention biopsychosociale plus poussée.
Schultz et al., 2005, Canada	Échelle de risque psychosocial d'incapacité professionnelle : valeur prédictive dans l'environnement d'indemnisation des travailleurs d'une version crayon-papier d'un instrument multimodal précédemment validé auprès d'un nouvel échantillon de travailleurs souffrant de lombalgie subaiguë	Une rétrogradation par étapes a permis d'obtenir un modèle comportant les prédicteurs suivants : Perspectives de rétablissement, cote vitalité du SF-36, cote santé mentale du SF-36 et symptômes de Waddell. Le juste classement des travailleurs qui sont retournés au travail par rapport à ceux qui n'y sont pas retournés (NRAT) était de 79 %, pour 61 % de sensibilité (NRAT) et 89 % de spécificité (RAT).	De nouvelles preuves quant à la valeur prédictive de l'échelle de risque psychosocial d'incapacité professionnelle ont été fournies. L'instrument peut s'avérer utile et pratique pour prédire les résultats relatifs au RAT au stade subaigu d'une blessure lombaire en contexte d'indemnisation.
Tait et Chibnall, 2005, É.-U.	Indice d'incapacité lié à la douleur (PDI) : structure factorielle et effets de la race et du sexe	Les résultats pour l'ensemble de l'échantillon de même que les résultats par race et par sexe appuient un modèle bifactoriel de PDI correspondant aux activités volontaires (p. ex. sociales, professionnelles, récréatives) et aux activités obligatoires (p. ex. activités de la vie quotidienne, manger, dormir). Des analyses psychométriques complémentaires des sous-indices « volontaire » et « involontaire » ont révélé une fiabilité et une validité conceptuelle satisfaisantes, aussi bien globalement que par race et par sexe. Les Afro-Américains ont déclaré un plus grand nombre d'incapacités dues à la douleur que les Blancs à l'égard des deux sous-indices. Les femmes ont déclaré plus d'incapacités que les hommes en lien avec le sous-indice d'activités volontaires.	Les résultats appuient l'utilisation du PDI comme mesure bidimensionnelle de l'incapacité due à la douleur, assortie de fortes propriétés psychométriques. Ils appuient également son administration par téléphone.

Turner et al., 2003, É.-U.	Questionnaire de Roland-Morris (QRM) : comparaison avec des mesures génériques de l'état de santé largement utilisées sur le plan de la validité, de la fiabilité, de l'adaptation au changement et des effets de plancher et de plafonnement dans un échantillon de travailleurs souffrant d'une récente blessure au dos d'origine professionnelle	Le QRM a fait preuve d'une excellente cohérence interne et d'une excellente validité par corrélation avec d'autres mesures de la capacité physique fonctionnelle, de même qu'une capacité de distinction de ceux qui travaillent et de ceux qui ne travaillent pas, et une adaptation au changement beaucoup plus grande que les questionnaires abrégés SF-12 et SF-36. Toutefois, 15 % des sujets de l'échantillon n'ont pas répondu à un ou plusieurs éléments du QRM.	Le QRM constitue une mesure valide de l'incapacité physique chez les travailleurs blessés au dos. Sa plus grande adaptation au changement suggère sa supériorité par rapport aux instruments de mesure de l'état de santé que sont le SF-12 et le SF-36 en tant qu'outil de mesure des résultats pertinents dans une population de travailleurs indemnisés pour blessure au dos.
Turner et al., 2004, É.-U.	Évaluation de l'intensité de la douleur (échelle de 0 à 10) : points de découpage optimaux des niveaux d'incapacité chez les personnes atteintes d'un syndrome du canal carpien (SCC) ou d'une blessure lombaire (BL) d'origine professionnelle	Dans le groupe SCC, aucune méthode d'évaluation de l'intensité de la douleur ne s'est avérée supérieure aux autres par rapport à toutes les mesures d'incapacité. Pour toutes les mesures d'incapacité étudiées, la relation entre l'intensité de la douleur et le niveau d'incapacité était linéaire dans le groupe SCC, mais non linéaire dans le groupe BL. Chez les participants à l'étude atteints de blessures au dos d'origine professionnelle, lorsque le niveau de douleur était de 1 à 4, une diminution de la douleur de plus d'un point correspondait à une amélioration cliniquement significative du fonctionnement, mais lorsque le niveau de douleur était de 5 à 10, une diminution de la douleur de deux points était nécessaire pour entraîner une amélioration cliniquement significative du fonctionnement.	Les résultats indiquent que le classement des évaluations numériques de la douleur selon des catégories correspondant à des niveaux d'incapacité peut s'avérer utile en ce qui a trait à l'établissement d'objectifs de traitement, mais aussi que les systèmes de classement doivent être validés séparément pour différents types de douleur.

ANNEXE 15

Sommaire des articles mettant l'accent sur les conséquences de l'incapacité pour les travailleurs blessés et leurs familles

Étude	Aspects évalués	Résultats	Conclusions
Brown et al., 2007, Canada	Conséquences sociales et économiques	Les travailleurs blessés avec perte de temps étaient plus susceptibles de se déplacer et de toucher des prestations d'aide au revenu, et moins susceptibles de vivre un bris de relation que les travailleurs n'ayant pas perdu de temps après leur blessure (SNTAE). Les travailleurs blessés avec perte de temps absents du travail pendant 12 semaines ou plus étaient plus susceptibles de toucher des prestations d'aide au revenu que ceux qui s'absentaient moins longtemps.	L'augmentation du risque suggère que les conséquences économiques à long terme d'une blessure professionnelle invalidante peuvent ne pas être entièrement atténuées par l'indemnisation des travailleurs.
Foley et al., 2007, É.-U.	Rémunération post-indemnisation des prestataires pour syndrome du canal carpien (SCC) sur une période de six ans par rapport à celle des travailleurs indemnisés pour fracture d'un membre supérieur ou dermatite	Proportionnellement au groupe de comparaison, les demandeurs d'indemnisation pour SCC avaient atteint environ la moitié de leur niveau de revenu avant blessure après six ans; ils avaient également connu des périodes de perte de temps trois fois plus longues que les demandeurs d'indemnisation pour fracture d'un membre supérieur. Les prestataires opérés pour leur SCC affichaient de meilleurs résultats que ceux qui n'avaient pas été opérés. Le taux de recouvrement du niveau de revenu chez les travailleurs indemnisés pour SCC était plus élevé chez ceux qui : 1) étaient plus jeunes, 2) avaient un emploi stable avant leur demande d'indemnisation, 3) vivaient dans la région de Puget Sound, 4) travaillaient pour une grande entreprise, 5) travaillaient dans un secteur autre que la construction ou le transport, ou 6) avaient atteint un niveau de revenu plus élevé avant blessure. L'excédent de perte de revenu cumulatif des 4443 travailleurs indemnisés pour SCC était de 197 à 382 millions de dollars sur 6 ans, ce qui représente une perte de 45 000 \$ à 89 000 \$ par prestataire.	Ce constat souligne l'importance de la prévention, d'un diagnostic précoce et d'aménagements favorisant le RAT.
Franche et al., 2006,	Impact des TMS d'origine professionnelle (TMSOP) sur les	Huit mois après une blessure, les travailleurs qui assuraient la prestation de soins ont déclaré une	Les TMSOP ont un impact significatif sur le temps que les travailleurs consacrent à des

Canada	activités des travailleurs en lien avec la prestation de soins	réduction moyenne de 5,5 heures par semaine du temps consacré aux activités en lien avec la prestation de soins. Les covariables étaient le nombre moyen d'heures de prestation de soins, les affections concomitantes, le siège de la blessure et le niveau d'instruction. Indépendamment du nombre d'heures par semaine consacrées à la prestation de soin, la réduction du nombre d'heures en question était significativement plus élevée chez les travailleurs de sexe féminin et chez ceux qui n'étaient pas retournés au travail.	activités non rémunérées en lien avec la prestation de soins, ce qui constitue un exemple des conséquences sociales des blessures professionnelles. Les rôles professionnels et en lien avec la prestation de soins sont parallèlement restreints par les troubles d'origine professionnelle.
Keogh et al., 2000, É.-U.	Conséquences sanitaires, résultats fonctionnels et impact sur la famille des microtraumatismes répétés des membres supérieurs (MTRMS)	De un à quatre ans après demande d'indemnisation, les répondants faisaient état de symptômes persistants assez graves pour interférer avec le travail (53 %), les activités domestiques et récréatives (64 %) et le sommeil (44 %). Seulement 64 % des réponses relatives à l'échelle d'activités de la vie quotidienne indiquaient un fonctionnement « normal ». Une perte d'emploi a été signalée par 38 % des répondants, et des symptômes dépressifs, par 31 % d'entre eux.	Les MTRMS d'origine professionnelle s'accompagnent de symptômes persistants et d'une difficulté à effectuer les simples activités de la vie quotidienne, ce qui a un impact encore plus marqué sur la vie domestique que sur le travail. Les pertes d'emploi, les symptômes dépressifs et la perturbation du climat familial étaient fréquents.
Kim et al., 2005, Corée	Durée du traitement et coût de la lombalgie d'origine professionnelle	Les durées moyenne et médiane de traitement étaient de 252,6 jours et 175 jours, respectivement. Les coûts moyen et médian des prestations d'assurance totales étaient de 37 700 000 wons coréens et 14 400 000 wons coréens, respectivement. La durée de traitement de 51 % des sujets de l'étude était de moins de six mois, et ils comptaient pour 10,2 % du total des prestations d'assurance. Les sujets traités pendant plus de 24 mois ne représentaient que 5,8 % des sujets de l'étude, mais ils comptaient pour 29,2 % des coûts afférents.	Cette étude précise le moment où les travailleurs lombalgiques doivent se préparer à un RAT en prévoyant la fin de leur période de traitement. Sous l'angle de la durée du traitement et des coûts afférents, cette étude peut servir de preuve à l'appui d'une gestion active de la lombalgie d'origine professionnelle.

Manktelow et al., 2004, Canada	Symptômes, incapacités fonctionnelles, difficultés relatives aux activités récréatives et aptitude au travail des personnes atteintes du SCC quatre ans après leur traitement	75 % des travailleurs avaient subi une chirurgie et étaient retournés au travail en moyenne trois mois plus tard. Quatre ans après leur traitement, 46 % des travailleurs avaient des douleurs modérées à sévères, 47 % avaient des engourdissements modérés à sévères, et 40 % avaient des difficultés à saisir et à utiliser de petits objets. Seulement 14 % des sujets n'avaient plus de symptômes. Un RAT fructueux était tenu pour être un retour au même emploi avec ou sans modifications, et il est survenu dans 64 % des cas. De meilleurs indices de résultats cliniques ont été observés en lien avec la chirurgie et les résultats d'études sur la conduction nerveuse anormale. De moins bons indices de résultats cliniques ont été observés en lien avec des chirurgies répétées et des complications chirurgicales. Un diagnostic concurrent de tendinite ou d'épicondylite produisait également de moins bons indices de résultats cliniques et de moins bons résultats relatifs au RAT. Le coût total moyen en dollars canadiens pour la CSPAAT dépassait 13 700 \$ par travailleur, pour un total annuel de plus de 13,2 millions \$. (En 1996, 1 \$CA = 1,365 \$US.)	Ces résultats indiquent que les travailleurs canadiens présentent un niveau élevé de douleur et de souffrance permanente, suscitent de lourdes pertes de productivité au travail, et occasionnent d'importants coûts financiers relativement au SCC d'origine professionnelle.
Pransky et al., 2000, É.-U.	Résultats relatifs aux blessures des membres supérieurs et aux blessures lombaires	La plupart des patients (82,8 %) travaillaient un an après leur blessure. Plus de la moitié faisaient état d'effets résiduels de la blessure sur le travail ou les activités de la vie quotidienne. De nombreux sujets de retour au travail disaient souffrir d'anxiété et de douleurs persistantes en lien avec leur blessure à la fin de leur journée de travail, et ce, plus encore chez les travailleurs lombalgiques que chez ceux qui avaient eu une blessure aux membres supérieurs. Près de 40 % des sujets qui étaient retournés au travail ont subi une re-blessure. 44 % des répondants étaient aux prises avec d'importants problèmes financiers en lien avec leur blessure, ce qui était pire encore chez ceux qui étaient restés sans emploi pendant de longues périodes.	Les blessures musculo-squelettiques d'origine professionnelle ont effectivement d'importantes répercussions négatives à long terme sur les plans physique, économique et psychologique, comme l'ont démontré les enquêtes axées sur l'auto-évaluation.

Roquelaure et al., 2004, France	Caractéristiques des troubles musculo-squelettiques (TMS) et statut professionnel des travailleurs ayant déposé une demande d'indemnisation pour TMS, au moment de la demande et deux ans plus tard	Deux ans après avoir déposé une demande d'indemnisation, 65 % des travailleurs avaient repris leurs fonctions au sein de la même entreprise, souvent sans améliorations ergonomiques, 12 % avaient pris leur retraite ou quitté volontairement le marché du travail, et 18 % avaient été mis à pied.	Le risque de licenciement était lié à trois facteurs : être âgé de plus de 45 ans, être atteint de deux TMS ou plus au moment de la demande d'indemnisation, et travailler dans le secteur du nettoyage.
Wasiak et al., 2006, É.-U.	Incidence des récidives de lombalgie sur le coût total des frais médicaux et des prestations d'indemnisation; durée totale de l'incapacité au travail	Le taux d'incapacité récurrente au travail était de 17,2 %, et le taux de recours récurrent aux soins était de 33,9 %. Les personnes ayant des récidives présentaient une incapacité au travail d'une durée totale significativement plus longue, et occasionnaient des frais médicaux et des coûts d'indemnisation plus élevés. Chez les personnes qui présentaient une incapacité récurrente au travail, 69 % du temps de travail total perdu, 71 % des coûts d'indemnisation afférents et 84 % des frais médicaux totaux survenaient en période de récidence. Chez les personnes qui avaient recours aux soins de façon récurrente, ces valeurs étaient respectivement de 48 %, 47 % et 42 %.	Les récidives avaient une incidence démesurée sur le fardeau total des lombalgies non spécifiques d'origine professionnelle, aussi bien sur le plan du recours à des soins supplémentaires que de l'incapacité au travail. Les résultats impliquent que les patients qui ont des récidives peuvent constituer une cible particulièrement importante en ce qui a trait aux efforts de prévention secondaire.

ANNEXE 16

Sommaire des articles mettant l'accent sur les questions relatives au parcours des travailleurs blessés

Étude	Détails méthodologiques	Résultats	Conclusions
Baldwin et Butler, 2006, É.-U.	Tendances en matière d'emploi et probabilités de RAT après blessure chez les travailleurs atteints de microtraumatismes répétés (MTR)	La plupart des travailleurs atteints de MTR retournent au travail au moins une fois, mais un premier RAT ne marque pas nécessairement la fin de l'incapacité au travail. Parmi les travailleurs absents au moins une fois, 26 % de ceux qui sont atteints de MTR déclarent une deuxième absence en lien avec une blessure, comparativement à 18 % de ceux qui souffrent de maux de dos et à 12 % de ceux qui ont subi une fracture. Après cinq ans, en se concentrant uniquement sur les premiers RAT, on sous-estime de 32 % le nombre de jours de travail perdus pour cause de MTR.	Un pourcentage important de travailleurs atteints de MTR ou de maux de dos d'origine professionnelle vivent des absences en lien avec une blessure après leur RAT initial. Le fait de se concentrer sur le premier RAT s'avère trompeur pour les deux types de blessures, mais davantage pour les MTR, étant donné que les travailleurs de ce groupe semblent encore plus susceptibles de connaître de multiples épisodes d'absence du travail.
Bultmann et al., 2007, Danemark ⁶	État de santé et restrictions relatives au travail chez les travailleurs blessés atteints de TMS un mois après leur blessure, et leur parcours en matière de RAT six mois après leur blessure	Un mois après le traumatisme, une mauvaise santé physique, un niveau élevé de symptômes dépressifs et d'importantes restrictions relatives au travail sont courants chez les travailleurs blessés, y compris chez ceux qui sont parvenus à retourner au travail une première fois. Les travailleurs ayant réussi un premier RAT font état d'un meilleur état de santé et signalent moins de restrictions relatives au travail que ceux qui ont vécu des absences répétées du travail ou qui ne sont jamais retournés au travail. Six mois après le traumatisme, le taux de récurrence des absences du travail dans le parcours des travailleurs blessés qui ont effectué au moins une tentative de RAT est élevé (38 %), et il demeure élevé même chez les travailleurs qui ont effectué un premier RAT fructueux (27 %).	Des résultats pour la santé spécifiquement liés au statut par rapport au RAT sont observés chez les travailleurs blessés. Un premier RAT fructueux n'est pas synonyme de rétablissement complet d'un TMS.

⁶ Étude réalisée en Ontario, Canada.

Chen et al., 2007, Canada	Tendances en matière de rétablissement chez les travailleurs indemnisés pour blessure professionnelle au dos	<p>Quatre tendances ont été observées en matière de rétablissement : travailleurs ayant des douleurs d'une intensité élevée et ne montrant aucune amélioration avec le temps (43 %); travailleurs connaissant un certain rétablissement dans les quatre premiers mois sans amélioration subséquente, voire suivi d'une détérioration dans la deuxième moitié de l'année (33 %); travailleurs connaissant un rétablissement lent et soutenu, mais ayant toujours de fortes douleurs dorsales à la fin de la période de suivi (12 %); et travailleurs affichant un progrès rapide vers un faible niveau de douleur ou un rétablissement complet (12 %). Les parcours relatifs aux scores moyens en réponse au questionnaire de Roland-Morris et aux scores moyens à l'indice Rôle physique du questionnaire SF-36 pour les groupes ci-dessus correspondaient systématiquement aux schémas de douleur. Par rapport aux différents groupes, les personnes ayant des douleurs fluctuantes et récurrentes ont affiché la plus courte durée cumulative d'indemnisation intégrale et le RAT le plus rapide.</p>	<p>Les tendances identifiées dans la cohorte des travailleurs blessés suggèrent des différences interindividuelles en matière de rétablissement dans les cas de dorsalgie. Les résultats confirment que la dorsalgie récidivante ou chronique est un état caractéristique des répondants atteints d'une nouvelle blessure au dos. Les mesures d'intensité de la douleur et d'incapacité sont de bons indicateurs de rétablissement à l'échelle individuelle dans les cas de dorsalgie. Les mesures administratives du pourcentage de répondants de retour au travail ou ne touchant plus de prestations d'indemnisation peuvent ne pas refléter exactement l'état de leur dorsalgie après un RAT.</p>
Fang et al., 2007, É.-U.	Expériences des personnes atteintes de TMS liés à l'utilisation d'un ordinateur	<p>74 % des participants avaient déposé une demande d'indemnisation. 25 % des participants faisaient état d'importantes difficultés financières après la survenue de leur TMS, et ce, bien que la majorité ait déposé une demande d'indemnisation. Bien qu'ils aient déposé une demande d'indemnisation, un pourcentage important des participants dépendait en partie du gouvernement, de leur employeur ou de sources de financement personnelles. 62 % des participants ont rapporté un faible degré de satisfaction globale à l'égard de l'assureur responsable de l'indemnisation.</p>	<p>Les résultats indiquent que la majorité des participants avaient déposé une demande d'indemnisation. Malgré le dépôt d'une demande d'indemnisation, les difficultés financières après la survenue d'un TMS étaient considérables.</p>
Heijbel et al., 2005, Suède	Situation des personnes en absence prolongée employées dans le secteur public en ce qui concerne les raisons	<p>Les motifs d'absence-maladie les plus fréquents étaient des douleurs musculo-squelettiques persistantes au cou, à l'épaule ou dans la région</p>	<p>Pour les personnes en absence prolongée du secteur public, il y a un grand potentiel d'amélioration en matière de réadaptation au</p>

médicales de leur congé de maladie, la durée de leurs problèmes, la durée effective de leur congé de maladie, le soutien à la réadaptation, les mesures de réadaptation et les attentes personnelles face à l'avenir. Le groupe d'étude se composait à 90 % de femmes dont l'âge médian était de 50 ans.

lombaire, l'arthrose ou d'autres problèmes articulaires, et des troubles mentaux, plus particulièrement des syndromes de dépression et d'épuisement. 44 % des hommes et 57 % des femmes étaient en congé de maladie depuis plus d'un an. Seulement la moitié d'entre eux s'étaient soumis à la réadaptation prescrite par la loi. Moins de la moitié d'entre eux avaient été en contact avec les acteurs de la réadaptation en milieu de travail, avec le Service de santé au travail ou avec leur syndicat.

niveau du milieu de travail et en matière d'implication et de coopération entre les acteurs existants de la réadaptation, afin de promouvoir le RAT.
