

CONVERGENCE

REVUE DE GESTION DE LA SANTÉ-SÉCURITÉ

Vol. 20, n° 1 • février 2004



MAUX DE DOS : comment éviter de fausses notes



CENTRE PATRONAL
DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU
TRAVAIL DU QUÉBEC

500, RUE SHERBROOKE OUEST, BUREAU 1000, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3A 3C6
N° de convention 40063479 de la Poste-publications

Faire circuler
et cocher ✓

Direction

Autres
gestionnaires

Coordonnateur
en SST

Service
de santé

Comptabilité

Autres

Envoyer à :



**CENTRE PATRONAL
DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU
TRAVAIL DU QUÉBEC**

Convergence est publiée quatre fois par année par le Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec.

Ce numéro a été tiré à 36 000 exemplaires.

Cette revue est rédigée par les conseillers du Centre patronal. Elle est destinée aux entreprises membres des associations patronales ou d'affaires qui adhèrent au Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec, organisme sans but lucratif.

La reproduction des articles est autorisée à la condition expresse que la source soit mentionnée et qu'une copie nous soit adressée.

N. B. : La forme masculine utilisée dans cette revue désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.

DISTRIBUTION

Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec
500, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 1000
Montréal (Québec)
H3A 3C6
Tél. : (514) 842-8401
Télec. : (514) 842-9375
www.centrepatronalsst.qc.ca

PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE
Denise Turenne

DIRECTION DES COMMUNICATIONS
Diane Rochon

RÉDACTION
Thérèse Bergeron
Josette Boulé
Denyse Brodeur
André Cardinal
François de Champlain
Denis Dubreuil
Francine Gauvin
Isabelle Lessard
Sylvie Mallette
Maryline Rosan
Michel Watkins

**CORRECTION, RÉVISION
ET COORDINATION**
Thérèse Bergeron

ILLUSTRATIONS
Jacques Goldstyn

CONCEPTION GRAPHIQUE
Folio et Garetti

IMPRESSION
Impression BT

Certains articles de *Convergence* sont indexés dans la base de données Canadiana produite par le CCHST, ainsi que dans la publication bibliographique bimestrielle « Bulletin BIT/CIS - Sécurité et Santé au Travail », du Centre international d'informations de sécurité et d'hygiène au travail (CIS), à Genève.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 0829-1314

MAUX DE DOS :

comment éviter de fausses notes

S o m m a i r e

Vol. 20, n° 1 • février 2004

- 3 **MOT DE LA RÉDACTION**
Maux de dos = Maux de tête
- 4 **Quelques arpents de pièges, version CSST**
- 5 **Examen de préembauche :**
un outil pour la prévention des maux de dos et non une garantie
- 6 **Cher monsieur, vous souffrez d'un syndrome**
cellulo-téno-périosto-myalgique d'origine métamérique
- 8 **Vos réclamations pour maux de dos**
vous rendent le « crâne fragile » ?... alors, vous êtes normal !
- 10 **N'allez surtout pas croire que la CSST**
assurera un suivi judicieux de vos réclamations !
- 12 **Maux de dos : les médecins contre-attaquent**
- 13 **La physiothérapie : mythes et réalités**
- 14 **INFORMATION JURIDIQUE**
Alors docteur, mon employé est-il porteur d'une déviation par rapport à la norme biomédicale ?
- 16 **Le do(s) : une note essentielle à la prévention**
- 18 **Quand le mal de dos se prolonge, dure et perdure...**
- 19 **Question/Réponse**

MAUX DE DOS = MAUX DE TÊTE



Pas facile de gérer les maux de dos à titre de gestionnaire, spécialement quand, depuis des lustres, on nous dit que cela constitue une douleur qu'il ne faut pas brusquer, que la personne doit rester immobile pendant des jours et cesser ses activités pendant des semaines, voire des mois, pour une guérison complète. Or, à très court terme, il appert que l'immobilité peut davantage lui nuire.

Comment gérer ces cas dont la prévalence demeure très élevée et pour lesquels il n'existe pas de remède miracle ? Selon les experts, les maux de dos sont d'origine multifactorielle. Plusieurs facteurs contribueraient à leur survenance; des facteurs liés au milieu de travail et à la condition personnelle de l'individu. Chaque individu a sa génétique, son état général et psychologique, son mode de vie, sa situation sociale, ses relations individuelles et familiales, son environnement et ses activités physiques personnelles, tous des facteurs qui peuvent intervenir dans la naissance d'un mal de dos. En milieu de travail, pour gérer les maux de dos de façon viable, en plus de penser en termes de prévention, de formation et de conception de nouveaux équipements, il importe donc de tenir compte de l'employé dans sa globalité.

Ce numéro de *Convergence* démythifie ce type de lésion musculo-squelettique en plus de vous dresser un portrait global de la situation. Vous y trouverez des statistiques, un article sur les examens de préembauche, des explications sur ce qu'est un mal de dos, la façon de gérer ce genre de réclamations, l'importance d'assurer un suivi judicieux de celles-ci, la physiothérapie – ses mythes et réalités – et la position des médecins omnipraticiens du Québec. Vous y découvrirez également ce qui doit être pratiqué en termes de prévention, les facteurs contribuant à l'incapacité au travail et comment y remédier, ainsi que l'interprétation, au fil des ans, de l'article 329 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* en ce qui a trait aux maux de dos.

Plusieurs personnes souffrent de douleur chronique au dos dont les causes restent méconnues. D'autres ressentent une douleur aiguë, soit une douleur intense résultant d'une blessure, comme une entorse, qui disparaît avec le temps. Pour vous aider à élucider ce type de dossiers et à mieux gérer ces cas, le Centre patronal vous offrira, dès le printemps 2004, une formation sur le sujet. Consultez notre site Internet...

Bonne lecture !

QUELQUES ARPENTS DE PIÈGES, VERSION CSST

Au siècle dernier (donc, il y a quatre ans), on qualifiait le mal de dos de « mal du siècle ». Pourrons-nous dire cela à la fin du 21^e siècle ? Personne ne le sait. Ce que l'on sait cependant c'est que ce problème est encore omniprésent. Voici donc quelques questions/réponses pour agrémenter vos réunions de sécurité ou vos... soirées sociales. Ces renseignements sont tirés du document *Statistiques sur les affections vertébrales 1999-2002*, publié par la CSST en septembre 2003.

Au cours de l'année 2002, combien de demandes d'indemnisation pour affections vertébrales la CSST a-t-elle acceptées ?

La CSST a accepté 33 570 demandes d'indemnisation pour affections vertébrales. Ces réclamations avaient pour motif : hernie discale, fracture, lombalgie, etc. Bon an, mal an, ces réclamations représentent presque 30 % de l'ensemble des lésions professionnelles indemnisées par la CSST.

Nombre de réclamations acceptées pour affections vertébrales				
	1999	2000	2001	2002
Nombre de réclamations pour affections vertébrales	34 564	35 702	34 198	33 570
Pourcentage des lésions professionnelles indemnisées	29,2 %	29,6 %	29,9 %	30,0 %

Combien coûte en moyenne une réclamation pour affection vertébrale ?

En moyenne, chacune des réclamations pour lésions vertébrales, acceptée en 2002, aurait coûté 2 778 \$ en indemnisation. En fait, en 2002, la CSST estime à plus de 475 millions de dollars les sommes versées pour les réclamations pour lésions au dos soumises en 2002 ou au cours des années précédentes.

Quelle est la nature des lésions la plus fréquente ?

C'est l'entorse qui remporte la palme (26 475 en 2002) suivi de loin par les « douleurs » (2 552 en 2002). Les entorses représentent près de 80 % des lésions pour affections vertébrales acceptées par la CSST. La région lombaire est évidemment la plus touchée.

Nature des lésions en 2002							
Fracture	Hernie	Entorse ¹	Douleur ²	Contusion	Conflit discoligamentaire	Autres	Total
101 (0,3 %)	168 (0,5 %)	26 475 (78,8 %)	2 552 (7,6 %)	1 128 (3,4 %)	399 (1,2 %)	2 747 (8,2 %)	33 570 (100 %)

Quelle est la durée moyenne des absences pour les cas d'affections vertébrales ?

L'absence moyenne est de 50,8 jours pour les affections vertébrales comparativement à 47,1 jours pour l'ensemble des lésions. C'est beaucoup ! Et pourtant ce n'est qu'une moyenne. Regardons de plus près. Les types de lésion au dos pour lesquels l'absence est la plus longue sont les hernies (164,8 jours) et les fractures (119,5 jours). Ces lésions sont moins fréquentes mais nécessitent beaucoup de soins. Pour leur part, les entorses (78,8 % des lésions) provoquent une durée d'absence moyenne de 42,4 jours.

En 2002, ces deux secteurs regroupaient 34 % des affections vertébrales. Le secteur le moins touché est celui de la fabrication de produits du pétrole et du charbon (7 lésions). Évidemment, il s'agit là de chiffres absolus qui ne tiennent pas compte de la taille relative de ces secteurs.

Peut-on identifier un groupe d'employés plus à risque ?

Oui. Quelques caractéristiques ont été établies. D'abord, les hommes sont plus touchés que les femmes (68 % des personnes indemnisées sont des hommes). Quant à l'âge des individus touchés,

Répartition des affections vertébrales selon la durée de l'indemnisation en 2002		
	Nombre	Pourcentage
14 jours et moins	17 404	51,8 %
15-28 jours	5 150	15,3 %
29-90 jours	5 863	17,5 %
91-180 jours	2 286	6,8 %
Plus de 180 jours	2 867	8,5 %

Y a-t-il beaucoup de rechutes dans ces dossiers ?

Selon les données obtenues, il y aurait une rechute dans 1,6 % des cas (542 rechutes pour les affections vertébrales survenues en 2002). Les rechutes pour affections vertébrales représentent toutefois 26,3 % de l'ensemble des cas de rechutes soumis à la CSST.

Y a-t-il un secteur d'activité plus « à risque » ?

Il semble que les affections vertébrales touchent principalement les secteurs du commerce et des services médicaux et

ce sont les 35-39 ans qui sont les plus représentés (hommes et femmes confondus). L'« occupation » où l'on dénombre le plus de cas est celle de manutentionnaire avec 5 920 lésions³.

Le groupe le moins à risque ? Selon les statistiques, il n'y a eu aucune réclamation chez les femmes exerçant la profession de « mineurs-foreurs » en 2002 ! Trêve de plaisanteries, les maux de dos continuent de représenter une part importante des lésions professionnelles dans divers secteurs, aussi est-il essentiel d'y accorder tout le sérieux nécessaire.

1. L'« entorse » inclut les luxations et les blessures traumatiques aux muscles, tendons, ligaments, articulations, etc.

2. La « douleur » ici inclut la myalgie, la fibromyalgie, la dorsalgie, la cervicalgie et les douleurs au dos non précisées.

3. À noter que 5 937 lésions ont été classées, à la CSST, dans la catégorie : autres et non codées

EXAMEN DE PRÉEMBAUCHE • UN OUTIL POUR LA PRÉVENTION DES MAUX DE DOS ET NON UNE GARANTIE

Le téléphone sonne. « Quoi, un accident de travail ? Une entorse lombaire pour Mathieu ? Ce n'est pas vrai ! Pas le petit nouveau dans le service de l'expédition. Peut-être que j'aurais dû lui faire passer un examen de préembauche. »

Peut-il aider à la prévention des blessures au dos ? Est-ce une erreur de ne pas soumettre un employé à un tel examen ? Quels sont les aspects que l'on peut faire vérifier par le médecin ? Peut-il me servir à vérifier les antécédents médicaux de mes candidats ? Voilà les questions auxquelles nous tenterons de répondre.

Pourquoi un examen de préembauche ?

Selon l'article 51 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, l'employeur a l'obligation de protéger la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs à son emploi. Plusieurs actions peuvent être posées et l'examen de préembauche en fait partie. Celui-ci permet à l'employeur de vérifier si le candidat est en mesure d'assumer en toute sécurité les tâches qui lui seront confiées. Entendons-nous bien, il ne sert pas à obtenir un bilan de santé complet du candidat et ne constitue pas non plus un outil de sélection en vue de choisir, entre trois ou quatre candidats, celui qui est en meilleure santé. Il vise à s'assurer que le candidat retenu détient les aptitudes requises pour le travail.

Un examen, oui, mais... dans le respect de la personne

Rappelons-le, il ne s'agit pas d'un bilan de santé complet, d'où une première mise en garde quant à l'étendue des renseignements qu'il est possible d'obtenir lors d'un tel examen. En effet, comme plusieurs droits fondamentaux sont en cause, dont le droit à l'intégrité physique ainsi que le droit à l'égalité sans discrimination fondée notamment sur le handicap, toutes ces démarches doivent s'effectuer dans le respect des droits de la personne et le respect du secret professionnel.

Par exemple, dans un poste où le personnel serait appelé à déplacer des charges lourdes requérant une certaine force physique, une pratique discriminatoire consisterait à demander des

examens de préembauche uniquement aux femmes, aux gens d'un certain âge ou à des personnes ayant une déficience réelle ou présumée.

À quel moment doit-on le faire ?

La position de la *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse* est que l'examen doit être administré après avoir fait une offre d'emploi officielle au candidat. Cette offre est conditionnelle au fait que le candidat détienne les aptitudes requises pour l'emploi. Une telle façon d'agir a comme objectif d'éviter les risques de discrimination fondés sur le handicap. Ainsi, et toujours selon la Commission, on donne des chances égales aux personnes handicapées d'obtenir un emploi et de ne pas être refusées pour des raisons médicales qui ne seraient pas reliées à l'emploi. Par contre, les postulants ont également la responsabilité et le devoir de postuler à des postes qu'ils se savent aptes à occuper.

Quels renseignements devez-vous fournir ?

Une bonne évaluation de votre candidat requiert que vous donniez au médecin une description claire et détaillée du poste et des charges à manipuler (dimension, poids), de décrire le mode d'organisation du travail (travail seul ou en équipe, disponibilité ou non d'équipements de levage) et les types de lésions déjà subies à ce poste. Si votre entreprise possède un programme de santé spécifique à son établissement, les renseignements sur les risques pourront vous aider à guider le médecin.

Une telle approche vous permet de préciser le mandat du médecin évaluateur et, ainsi, d'éviter d'embaucher des candidats qui auraient des problèmes de santé incompatibles avec la tâche.

Une radiographie du dos est-elle nécessaire ?

En vue de prévenir les maux de dos, certaines entreprises demandent au médecin de prendre une radiographie du dos. Cette pratique fort répandue est, dans les faits, peu concluante car les résultats peuvent être trompeurs et inutiles¹. En effet, une radiographie ne permet pas de détecter une hernie ou de repérer des prédispositions à avoir des entorses ou d'autres types de blessure au dos. À la limite, les résultats pourraient même vous amener à éliminer de bons candidats porteurs d'une condition asymptomatique qui n'entraînera peut-être jamais de problèmes ou de blessures.

En conclusion...

Un examen de préembauche peut s'avérer utile afin de s'assurer des aptitudes du candidat à occuper le poste et que des lésions professionnelles subies antérieurement ne viennent pas à l'encontre des exigences du poste ou ne risquent pas de lui entraîner une récurrence ou une aggravation d'une condition personnelle. Par contre, la qualité d'un tel examen dépend de la qualité des renseignements que vous transmettez au médecin pour lui permettre de procéder à une évaluation juste des aptitudes du candidat.

1. D^r Mario Messier, conférence prononcée lors d'un colloque organisé par le Centre patronal en 2002.

CHER MONSIEUR, VOUS SOUFFREZ D'UN SYNDROME CELLULO-TÉNO-PÉRIOSTO-MYALGIQUE D'ORIGINE MÉTAMÉRIQUE

Avant de songer à organiser une collecte pour lui envoyer des fleurs, rassurez-vous, ce n'est pas grave ! Monsieur n'a qu'un banal mal de dos. Dououreux mais pas grave.

Un mal de dos, ce n'est pas grave

C'est fréquent. Les humains en sont presque tous affligés au moins une fois dans leur vie. À tout moment, 10 % de la population générale en souffre en même temps.

C'est bénin. 90 % des maux de dos disparaissent spontanément dans le mois qui suit, et ce, indépendamment du traitement.

C'est non spécifique et de cause inconnue. 95 % des maux de dos ne présentent pas de signes de pathologies graves. Ils sont non spécifiques parce qu'ils ne peuvent être reliés spécifiquement à une cause. Il n'y a pas d'examen précis pour le diagnostic et le mécanisme pathologique demeure élitif. Dans la vaste majorité des cas, c'est la douleur qui est le symptôme primordial et souvent unique.

Mal de dos = douleur

Le mal de dos est d'abord et avant tout un symptôme, et non une pathologie. Un symptôme dont les mécanismes sont difficiles à comprendre.

La douleur est essentiellement un mécanisme de défense de l'organisme, dont l'intégrité est menacée, qui vise plus à sonner l'alarme qu'à donner de l'information. Elle est très variable d'une personne à l'autre et d'une culture à l'autre.

La plupart des personnes ne feignent pas leur douleur, mais elles croient que cette douleur est nécessairement causée par une blessure ou une maladie quelconque. On est tellement habitué à cette idée qu'on peut difficilement concevoir que la douleur est bien plus compliquée qu'il n'y paraît. Et qu'elle est le résultat d'activités de plusieurs parties du cerveau.

Le mythe de la cause anatomique

Le mal de dos étant un problème *non spécifique* (une douleur dont l'origine exacte ne peut être déterminée), pour la personne qui a mal, pour l'intervenant de la santé qui le soigne, pour le gestionnaire de dossier et pour l'agent de la CSST, cette incertitude est insécuro-risante !

Toutefois, un fait demeure, l'étiologie (la cause) est difficile à diagnostiquer : les symptômes sont peu spécifiques et il y a souvent une discordance entre le niveau de la douleur ou la perte de fonction et le peu de signes physiques objectifs.

Pendant longtemps on a cru, et le mythe perdure, que le mal de dos était exclusivement dû à l'anomalie d'une partie qui le constituait. Ceci a donné lieu à différents courants de pensée sur l'origine du mal de dos et a mené au développement de nombreuses pratiques fondées sur ces hypothèses, souvent sans base scientifique.

Dès que l'on trouve des signes de dégénérescence, une anomalie, une hernie discale, bref quelque chose de concret, sur une radiographie ou un *scan*, on est bien tenté de lui attribuer la paternité de la douleur. Or, les études récentes démontrent que plusieurs personnes asymptomatiques sont porteuses d'anomalies et que ces signes sont souvent absents chez les personnes qui souffrent.

De plus en plus, on se rallie à l'idée que l'anatomie n'explique pas toutes les causes d'un mal de dos. En fait, dans 80 % des cas, il est impossible de mettre en cause formellement une lésion anatomique comme responsable des douleurs.

Dans l'état actuel des connaissances, le mal de dos est avant tout un problème de douleur plutôt qu'un problème anatomique. Il peut être déclenché par un traumatisme anatomique comme une entorse, ou une dysfonction, mais souvent il se développe spontanément lors d'un mouvement banal et usuel.

La terminologie : reflet des hypothèses

La terminologie varie énormément avec comme résultat un véritable capharnaüm ! Pourquoi ? Parce que le discours sur le mal de dos varie selon la discipline qui en parle !

Plusieurs disciplines médicales se chevauchent apportant avec elles leur propre langage pour décrire le même état. Aussi, plusieurs classifications sont possibles selon l'angle que le médecin utilise et selon sa spécialité et l'école de pensée à laquelle il adhère (parce qu'on est loin de l'unanimité ici !).

Par exemple, pour une même condition, un médecin va retenir le symptôme principal pour diagnostiquer une *lombalgie*, un deuxième médecin retiendra l'aspect radiologique et diagnostiquera une *discarthrose*, un troisième ira d'une hypothèse physiopathologique et diagnostiquera soit un *syndrome facettaire*, un *DIM* (dérangement intervertébral mineur) ou encore, une *myofasciite*, selon son école de pensée... (exemple tiré du rapport Spitzer).

Ainsi, des diagnostics de pathologie sont souvent utilisés pour localiser une douleur au dos : *discopathie*, *instabilité lombaire*, *rhizopathie*, *syndrome de la branche postérieure*, *sciaticque*, *hernie discale*, *entorse lombaire*, etc.

La hernie discale : une diva has been

Ce diagnostic fait peur... La hernie discale peut être dramatique : raideur de la colonne accompagnée d'une douleur aiguë, irradiant dans la jambe (ou le bras) et quelquefois associée à des fourmillements ou à une paralysie des membres. En plus, cela se voit sur les radiographies, le *scan* ou la résonance magnétique !

Mais toute cette attention sur le disque est exagérée et même, mal fondée. La hernie est responsable de 1 à 3 % des maux de dos et 20% des porteurs de hernies sont asymptomatiques (sans symptôme clinique).

L'origine d'une hernie ne vient pas d'un fait accidentel unique. Une conjugaison de deux facteurs principaux est à l'origine des hernies discales :

1. Le vieillissement physiologique du disque qui commence très tôt dans la vie. Tous les humains voient leur disque dégénérer avec l'âge.
2. Les attitudes antiphysiologiques : la charge quotidienne et constante imposée par les postures et les micro-traumatismes de la vie quotidienne et les traumatismes, surtout les efforts en mauvaise posture.

Attention : dégénérescence discale ≠ mal de dos. La dégénérescence discale est fréquente chez les gens sans lombalgie. Et les changements radiologiques qui indiquent la dégénérescence discale (comme le rétrécissement de l'espace discal et les ostéophytes) sont aussi fréquents pour les gens avec ou sans mal de dos.

Une hernie peut se manifester progressivement, sans traumatisme initial ou elle peut apparaître brusquement, quelquefois sans effort, comme au lever le matin ou à l'occasion d'un effort déclencheur, par exemple lors du soulèvement d'une charge lourde ou d'une brusque torsion du tronc.

La hernie discale est un diagnostic qui est d'abord clinique (qui ne vient pas de la radiographie). L'examen clinique doit constater plusieurs signes précis (atteinte sensitive, motrice, abolition des réflexes, etc.). Un diagnostic d'hernie n'est pas un diagnostic de blessure, mais un diagnostic de maladie ou de dégénérescence.

L'entorse lombaire : souvent une lombalgie déguisée

L'entorse est une lésion traumatique d'une articulation. Elle est générée par un mouvement brutal de l'articulation qui lui fait dépasser ses amplitudes normales, donc par une distorsion brusque et de grande amplitude. Elle survient donc à la suite d'un traumatisme. Elle touche plus fréquemment les chevilles, les genoux et le rachis cervical.

Elle se manifeste par des douleurs au point d'insertion du ligament, qui peuvent être accompagnées d'enflure et de contusions, et ce, immédiatement à la suite de l'événement causal ou à tout le moins dans les heures qui suivent, et non quelques jours plus tard.

C'est une vérité de *La Palice*, mais il faut savoir qu'un mouvement physiologique (normal, volontaire ou réflexe) ne peut causer une lésion « traumatique » sur une structure normale. On ne se fait pas une entorse à se pencher pour lacer ses bottines.

Chez une personne qui n'a pas ou peu de dégénérescence, un traumatisme léger n'aura que peu ou pas de conséquences, à moyen ou à long terme. Mais ce même mouvement peut entraîner des conséquences sur une colonne fortement dégénérée, ce mouvement sera alors un facteur déclencheur, mais pas un facteur causal.

Une « vraie » entorse lombaire peut résulter d'une tentative manquée de manœuvrer une charge d'une lourdeur imprévue; d'encaisser un contrecoup (comme un pic qui bute sur une roche) ou, encore, survenir en tentant de ne pas perdre l'équilibre quand la charge est déstabilisée. Il s'agira manifestement du résultat fâcheux d'un événement imprévu et soudain.

Quoiqu'il soit médicalement reconnu qu'il y a un mécanisme générateur précis à l'origine de ce type de blessures, force est de constater que le diagnostic « d'entorse lombaire » est souvent posé dans des dossiers où ce mouvement générateur est absent. On voit régulièrement ce diagnostic dans des dossiers où la douleur est apparue de façon très progressive ou reliée à des gestes répétés. Il est médicalement difficile de retenir la notion d'entorse lombaire dans ces conditions. On peut trouver curieux que ce terme soit employé de façon plus vague pour la colonne que pour d'autres articulations. On peut comprendre alors qu'il est aussi utilisé comme un diagnostic fourre-tout, localisateur de douleurs non spécifiques.

Finalement, il faut savoir qu'une entorse lombaire est un phénomène aigu traumatique, qui a endommagé les tissus mous (ligaments/muscles) et qui devrait guérir. La blessure passe par trois phases :

- 1) une période d'inflammation (limitée dans le temps, deux à trois semaines);
- 2) une période de réparation des tissus;
- 3) une période de remodelage (régénération).

Selon le consensus médical, sur le modèle biologique, ces trois périodes sont complétées en six semaines.

Le mal de dos ne livre pas facilement ses secrets. Mais la communauté scientifique le reconnaît comme un problème de santé d'origine multifactorielle, lié à des facteurs physiques et biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et même génétiques. Seule une approche globale permettra d'orienter les « thérapeutiques » et ainsi permettre de trouver un sens à cette douleur.

VOS RÉCLAMATIONS POUR MAUX DE DOS VOUS RENDENT LE « CRÂNE FRAGILE »?... ALORS, VOUS ÊTES NORMAL !

Nombreux sont les gestionnaires qui se plaignent de la facilité avec laquelle les réclamations pour maux de dos sont acceptées par la CSST : « C'est si facile de prétendre qu'une blessure au dos est causée par le travail !!! », diront-ils. C'est vrai, mais encore faut-il que cette réclamation réponde aux critères d'admissibilité exigés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)* ainsi qu'à la jurisprudence (pas toujours logique, hélas !) qui en découle. Et ce, d'autant plus que lorsque vient le temps d'appliquer ces critères, c'est là que la confusion règne. En effet, bien souvent, l'employeur se voit confronté à différentes écoles de pensées dont certaines sont fort discutables.

Le présent article vise simplement à vous sensibiliser sur quelques nuances et critères importants à considérer lorsque vient le temps d'analyser une réclamation pour lésions au dos sous l'angle d'un accident du travail.

L'article 28 de la LATMP : les différentes écoles de pensées ou... lorsqu'on rend indiscutable ce qui est discutabile !

Rappelons que l'article 28 de la LATMP établit une présomption en faveur du travailleur selon laquelle une blessure qui survient au travail, alors que le travailleur est à son travail est présumée être une lésion professionnelle. Or, ce qu'il faut saisir de prime abord, c'est que la présomption n'est qu'un moyen de preuve. Moyen de preuve qui ne vise qu'à faciliter la tâche de la partie en faveur de qui cette présomption existe. Ainsi, si le travailleur prouve qu'il a un blessure, sur les lieux du travail, alors qu'il est à son travail, ce dernier est dispensé d'avoir à faire la preuve qu'il est victime d'une lésion professionnelle au sens de l'article 2 de la LATMP. Notons qu'il revient au travailleur *de prouver d'une façon claire, convaincante et dénuée d'ambiguïtés tous les éléments de la présomption*¹.

Lorsque le travailleur a établi que la présomption s'appliquait en sa faveur, l'employeur peut légalement renverser celle-ci en prouvant que le travailleur n'est pas victime d'un *accident du travail*, lequel exige la survenance d'un *événement imprévu et soudain*. Et c'est là que deux écoles de pensées se confrontent à la Commission des lésions professionnelles (CLP).

En effet (et malheureusement !), pour un grand nombre de commissaires, lorsque le travailleur a démontré avec satisfaction que les éléments de l'article 28 de la LATMP sont présents, l'employeur ne peut renverser cette présomption par la seule preuve d'absence d'événement imprévu et soudain. Alors, à la limite, un jardinier qui voit un pissenlit et se penche tranquillement pour le cueillir en prenant bien soin de plier ses genoux pourrait bénéficier de l'application de l'article 28 de la LATMP, sans que l'employeur ne puisse la renverser par la preuve de l'absence d'un événement imprévu et soudain (!!!). Ceux qui soutiennent cette position affirment que si l'article 28 de la LATMP s'applique, c'est sûrement parce qu'il y a eu un événement imprévu et soudain... et qu'il est indiscutable de prétendre le contraire. Pour eux, la seule façon de renverser l'application de l'article 28 de la LATMP serait alors de démontrer que la cause de la lésion subie par le travailleur est étrangère à son travail. En pratique, cela exige une preuve médicale.

Plusieurs commissaires ne se gênent pas pour dénoncer un tel raisonnement et avec raison d'ailleurs. Même la Cour d'appel dans l'arrêt Chaput, dont il sera brièvement question un peu plus loin, a critiqué d'une manière transparente un tel raisonnement².

De fait, certains décideurs ne semblent pas tenir compte d'un principe juridique qui établit une distinction entre une présomption absolue et une présomption simple. Selon l'article 2847 du *Code civil du Québec*, *la présomption qui concerne des faits présumés est simple, et peut être repoussée par toute preuve contraire; celle qui concerne des faits réputés est absolue et aucune preuve ne peut lui être opposée*. La présomption de l'article 28 de la LATMP, elle, est pourtant simple !

C'est pourquoi nous vous encourageons à adopter l'école de pensée plus conforme à l'esprit de la loi, croyons-nous, qui permet de renverser cette présomption, entre autres, par la preuve de l'absence d'un événement imprévu et soudain. Toutefois, le meilleur conseil à donner au gestionnaire d'un dossier est de s'assurer posséder tous les arguments afin de renverser la présomption de l'article 28 de la LATMP, et ce, d'entrée de jeu, lorsqu'il est d'avis que la réclamation n'a pas lieu d'être. Au soutien de son argumentation, plusieurs motifs peuvent être invoqués : absence de blessure (une douleur n'étant pas une blessure), versions contradictoires ou évolutives, imprécisions ou ambiguïtés, déclaration tardive, retard à consulter un médecin, événement non compatible avec la lésion déclarée, etc.

1. Air Canada c. Trottier, CALP 32845-62A-9110,1994-02-23, Y. Tardif.

2. Chaput c. STCUM et CALP, (1992) CALP 1253 (Cour d'appel); voir les critiques du juge Gendreau en regard de l'application de l'article 28 de la LATMP.

Plus précisément, si vous croyez que l'accident allégué n'est pas en relation avec le travail, c'est à cette étape que vous avez intérêt à le faire valoir. Cela aura pour effet de déplacer le fardeau de la preuve vers le travailleur. Ce dernier devra alors, de façon prépondérante, démontrer les éléments de la définition d'un accident du travail.

D'un autre côté, si tous les éléments de la présomption sont réunis, votre tâche risque d'être très ardue. Car pour certains décideurs, lorsque la présomption de l'article 28 de la LATMP s'applique... Eh bien, il ne nous reste plus qu'un conseil à vous donner : réveillez-vous tôt !

Est-ce véritablement un accident du travail ?

Le premier élément de la définition d'un accident du travail, c'est l'événement imprévu et soudain.

Revenons sur cette décision de la Cour d'appel : l'arrêt Chaput³. Rappelons que dans cette affaire, la CALP avait accepté la réclamation d'un chauffeur d'autobus qui prétendait s'être infligé une entorse lombaire en ramassant un crayon tombé par terre alors qu'il était assis sur son siège d'autobus. C'est à tort que certains font valoir que la cour d'appel a donné raison à la CALP. Bien au contraire, le juge Bisson avait jugé erronée et à la limite du déraisonnable la décision de la CALP de considérer comme un événement imprévu et soudain le fait de ramasser un crayon tombé par terre. Et la juge Malhot dissidente était d'avis que la décision était manifestement déraisonnable ! Toutefois, la Cour d'appel s'est vue contrainte de ne pas renverser la décision de la CALP, puisque la notion d'erreur **manifestement** déraisonnable est à la base de l'intervention judiciaire. Or, l'erreur, selon la majorité des juges de la Cour d'appel, était certes déraisonnable... mais pas *manifestement*.

Nous ne pouvons, ici, expliquer de façon exhaustive la notion d'événement imprévu et soudain. Mais nous attirons votre attention sur les éléments suivants :

- un geste normal ne devrait pas être considéré comme un événement imprévu et soudain;
- c'est l'événement qui doit être imprévu et soudain et non la blessure;
- une blessure au dos, comme l'entorse lombaire par exemple, nécessite forcément un mouvement brutal ou une torsion.

Il existe aussi une théorie voulant que si l'on ne peut démontrer la survenance d'un seul événement imprévu et soudain, la réclamation pourrait être acceptée par la démonstration d'une succession de petits événements qui, considérés dans leur ensemble et sur une période de temps plus ou moins longue, peuvent occasionner une lésion professionnelle. C'est la *théorie du microtraumatisme*.

Dans un tel cas, la preuve doit être apportée par l'employé et celui-ci doit démontrer que les microtraumatismes proviennent de gestes qui sollicitent de façon importante le site anatomique de la lésion diagnostiquée⁴.

Et, enfin, l'événement doit être survenu *par le fait ou à l'occasion du travail*. En fait, il existe une panoplie de décisions, toutes aussi « croustillantes » les unes que les autres. Mais pour les besoins de cet article, disons simplement qu'il faut se souvenir, en tout temps, que l'activité à l'origine de la blessure alléguée par le travailleur doit être reliée au travail.

Et si, en plus du dos, se trouve un « crâne fragile » !

La théorie du « crâne fragile » ou le *Thin Skull Rule*, est un principe de droit civil issu de la *Common Law*. Selon cette théorie, l'état de santé antérieur du travailleur, c'est-à-dire sa condition personnelle, ne change rien à son droit à l'indemnisation.

C'est à tort que certains considèrent la théorie du « crâne fragile » comme une règle d'admissibilité. Plus précisément, un travailleur ne peut prétendre être victime d'une lésion professionnelle du seul fait que sa condition personnelle s'est manifestée au travail. En effet, pour être indemnisable, cette condition personnelle doit être aggravée par l'accident du travail, c'est-à-dire la survenance d'un événement imprévu et soudain, survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

La règle du « crâne fragile » est donc une règle qui s'applique à la « réparation », c'est-à-dire **aux conséquences** de l'événement imprévu et soudain.

En guise de conclusion...

Dites-vous que la contestation est un mal nécessaire, mais seulement lorsque vous jugez que vous êtes confronté à une situation inéquitable, comme une mauvaise application de la présomption de l'article 28 de la LATMP. Il vaut mieux miser sur la prévention des maux de dos !

3. Précité note 2

4. Généreux c. Les Plastiques Simport Ltée, (1993) CALP 355, Y. Tardif.

SUIVI JUDICIEUX DE VOS RÉCLAMATIONS !

Beaucoup d'employeurs s'imaginent encore que la CSST assure toutes les vérifications et effectue tout le suivi de leurs dossiers d'accidents. C'est souvent à la suite d'une absence prolongée, par exemple pour maux de dos, que l'employeur réalise en fait qu'il n'en est rien. N'attendez donc surtout pas que la CSST veuille bien intervenir dans le suivi de vos réclamations. Prenez le leadership de la gestion !

Lorsqu'une réclamation pour lésion est acceptée par la CSST, toutes sortes de renseignements continuent d'alimenter le dossier. C'est à vous que revient la responsabilité d'effectuer les vérifications nécessaires tout au long du dossier pour vous assurer que son traitement par la CSST sera équitable.

Au préalable, organisez-vous !

Afin de vous faciliter la tâche, assurez-vous d'avoir, au préalable, une procédure de déclaration d'accidents dans laquelle vous établirez que l'employé doit vous rapporter tous ses documents médicaux, de chaque visite médicale. Ensuite, compilez les documents reçus en deux parties : les renseignements administratifs et les renseignements médicaux. Ceux-ci constitueront le dossier médico-administratif de l'employé. Ce dossier devrait contenir les rapports médicaux, l'ensemble des formulaires, une copie du rapport d'enquête et d'analyse d'accident, toutes les décisions de la CSST ainsi que tous les renseignements relatifs à la lésion. De plus, pour savoir où il en est dans le dossier, le gestionnaire s'assurera que chaque document est horodaté, classé par ordre chronologique et inscrit sur une fiche de suivi. Ces données s'avéreront utiles pour gérer de façon cohérente les réclamations.

Le suivi d'une réclamation pour maux de dos vous cause des maux de tête ?

Vous les atténuez en effectuant les suivis appropriés. Le suivi d'un dossier de réclamation comprend la vérification des rapports médicaux et administratifs. Ceci est encore plus vrai pour les cas de maux de dos. Toutes les fois que vous recevrez un rapport médical, vous devrez vous questionner sur les aspects médicaux et administratifs suivants.

Les aspects médicaux

Les conclusions du médecin du travailleur sur les cinq points énoncés à l'article 212 de la LATMP lient l'employeur et la CSST. Ainsi, à chaque rapport médical de votre employé, vous êtes lié par les renseignements médicaux qui y apparaissent même s'ils changent en cours de route. Donc, vous vous doutez que des vérifications médicales sont nécessaires. En cas de questionnement sur le diagnostic, la période de consolidation, la durée, la nécessité, la suffisance des traitements, le pourcentage d'atteinte permanente ou les limitations fonctionnelles, n'hésitez pas à demander un avis à votre médecin-conseil. Lorsqu'il y a divergence de points de vue sur les aspects médicaux entre le rapport médical de votre médecin et celui du médecin de l'employé, acheminez ce rapport à la CSST avec une demande d'évaluation médicale, dans les trente jours du rapport contestable, pour qu'elle l'achemine au Bureau d'évaluation médicale (BEM). Le médecin évaluateur du BEM examinera alors votre employé, consultera les deux rapports et rendra un nouvel avis médical pour lequel la CSST devient liée. La CSST

rendra alors une nouvelle décision sur les aspects médicaux. Si après la décision de la CSST qui entérine l'avis du BEM, le diagnostic est différent du premier, la CSST devrait également se prononcer à nouveau sur la relation du diagnostic avec l'événement d'origine et sur la capacité du travailleur à effectuer son emploi. Ces points sont d'ordre administratif et seront vus plus loin.

À titre d'exemple, voici les vérifications à effectuer en ce qui a trait à l'aspect médical.

- **Diagnostic** : s'agit-il d'une douleur, d'une blessure, d'une maladie ? Est-il imprécis, vague, incomplet ou non objectif ? Identifie-t-il deux ou plusieurs sièges de lésion ? Est-il différent d'une fois à l'autre ? Existe-t-il plusieurs diagnostics ? Concorde-t-il avec les gestes décrits ? Est-il supporté par les tests diagnostiques ?
- **La période de consolidation** : est-elle en relation avec le diagnostic ? continuellement reportée ? différente d'un médecin à l'autre ? indéterminée ?
- **Les traitements** : sont-ils liés à la nouvelle approche médicale préconisée ? Les traitements de physiothérapie dépassent-ils les périodes recommandées ? Varient-ils d'un médecin à l'autre ? L'employé est-il en attente de traitements ? En a-t-il trop ? Répond-il au traitement ?
- **L'employé a-t-il des limitations fonctionnelles** ? Sont-elles réalistes ? en relation avec sa lésion ou en relation avec sa condition personnelle ?
- **L'employé a-t-il des incapacités permanentes** ? en relation avec sa lésion ou en relation avec sa condition personnelle ? Est-il en attente d'une évaluation ? Le pourcentage est-il approprié ?

Les aspects administratifs

1. Vérifiez en tout temps l'admissibilité

Ce n'est pas parce que la CSST a accepté l'admissibilité d'une réclamation qu'il ne faut pas la remettre en question par la suite ! Lorsque vous avez reçu la décision d'admissibilité de la lésion par la CSST, celle-ci l'a rendue comme étant un « accident du travail » en « relation » avec un « diagnostic ». Si le diagnostic initial change en cours de route et que le processus pathologique qui sous-tend le nouveau diagnostic est carrément différent du premier, remettez en question l'admissibilité du nouveau diagnostic avec l'événement d'origine. Par exemple, la CSST avait initialement accepté un diagnostic d'entorse lombaire en relation avec un événement imprévu et soudain survenu dans l'entreprise. En suivant le dossier, vous vous apercevez que le diagnostic change, par exemple en arthrose, discarthrose, hernie discale, spondylose ou spondylolisthésis. Ces nouveaux diagnostics réfèrent à des maladies ou à des conditions personnelles et non à une blessure, il est normal de remettre en doute la relation. Un accident peut causer une blessure, mais pas une maladie dégénérative... Dans ce cas, demandez conseil à votre médecin (s'il y a lieu) et demandez à la CSST de vous rendre une nouvelle décision écrite en regard de ce nouveau diagnostic. Décision que vous pourrez contester en révision administrative si vous n'êtes pas satisfait.

2. Vérifiez en tout temps l'invalidité

En vertu de la *Loi sur les accidents et les maladies professionnelles* (LATMP), c'est l'incapacité d'exercer son emploi en raison d'une lésion professionnelle qui ouvre le droit au travailleur de recevoir des indemnités de remplacement du revenu, et c'est la capacité de reprendre son emploi qui les fait cesser. La loi prévoit aussi une présomption d'incapacité d'effectuer son travail : « tant que la lésion professionnelle n'est pas consolidée, le travailleur est présumé incapable d'effectuer son travail ». Pour vous permettre d'évaluer la possibilité de modifier temporairement le travail pour accommoder l'employé, demandez au médecin traitant, par le biais d'un formulaire maison, d'évaluer la capacité de votre travailleur, atteint d'un mal de dos, d'effectuer totalement ou en partie son emploi ainsi que ses limitations fonctionnelles, afin que vous puissiez lui proposer des tâches en assignation temporaire le cas échéant.

À titre d'exemple, les diagnostics suivants reliés au dos ne sont pas invalidants : scoliose, ostéoporose, arthrose, dysfonction vertébrale, dégénérescence discale, dérangement intervertébral mineur, douleurs dorso-lombaires. *Le guide de l'employeur concernant les périodes d'absence pour invalidité* suggère pour une entorse lombaire (lombosacrée)¹, un travail modifié après trois semaines d'absence, et pour une hernie discale sans chirurgie, un travail modifié après quatre semaines. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec possède également un guide de prise en charge selon la durée de l'évolution des lombalgies et recommande, grosso modo, la reprise des activités normales le plus tôt possible même en période aiguë (0 à 4 semaines).

3. Vérifiez en tout temps l'imputabilité

Même si vous êtes d'accord avec l'admissibilité de la lésion, il y a encore des éléments médicaux qui doivent susciter d'autres questionnements dont l'imputation des coûts. Ainsi, lorsque vous apprenez, par exemple, par le biais d'un rapport médical ou d'une expertise médicale que votre employé est en présence d'une condition personnelle préexistante ou d'un handicap préexistant, demandez au Bureau d'évaluation médicale de statuer sur le diagnostic. La CSST étant liée par l'avis du BEM, il est plus facile ensuite de demander un partage de coûts lorsque l'on distingue un diagnostic en relation avec l'événement, et un diagnostic en relation avec une condition personnelle. À titre d'exemple, plusieurs diagnostics se côtoient : lombalgie, entorse lombaire, syndrome facettaire, hernie discale, discopathie dégénérative et spondylolisthésis.

Dans le suivi des lésions au dos, il est important de consulter à l'occasion votre médecin-conseil pour bien comprendre les notions médicales et sur le suivi à effectuer. Bien sûr, nous n'avons fait qu'un survol de ce qu'est un suivi administratif et médical pour le cas d'une lésion au dos. D'autres aspects sont aussi à considérer, mais si vous commencez par ceux-là, ce sera déjà un bon bout de chemin de parcouru !

MAUX DE DOS :

LES MÉDECINS CONTRE-ATTAQUENT

Quel casse-tête, les maux de dos ! Affection « universelle » touchant tous les groupes d'âges, le mal de dos résulte d'une multitude de facteurs. Et, la personne se présentant chez le médecin avec ce problème, qu'il soit occasionné ou non par le travail, cherche un soulagement à sa douleur. L'approche du médecin vis-à-vis le traitement requis devient alors cruciale.

Les résultats de recherches scientifiques menées au cours des vingt dernières années ont mis en relief des approches novatrices dans la prise en charge des maux de dos; approches qui ont été reprises par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et par la CSST. Voyons de quoi il en retourne.

Un changement de paradigme...

Dès le milieu des années 80, un groupe de recherche montréalais avait mis en évidence des éléments importants dans le traitement des lombalgies et des dorsalgies. Le rapport de recherche, connu sous le nom de rapport Spitzer¹, retenait notamment les conclusions suivantes quant aux aspects thérapeutiques :

- de façon générale, les symptômes aigus de lombalgie, de dorsalgie et de cervicalgie tendent naturellement vers une résolution spontanée.
- il n'y a pas lieu de forcer le repos au lit dans les épisodes de lombalgies sans irradiation dépassant le genou. Lorsque cela s'impose, il n'y a généralement pas davantage à garder le lit plus de deux jours. Le repos au lit prolongé peut avoir des conséquences négatives.

Quel changement de paradigme chez les médecins et chez les personnes atteintes !

Au fil du temps, d'autres études sont venues appuyer les conclusions du rapport Spitzer. Les résultats de celles-ci ont donné lieu à l'adoption de guides de

pratique clinique dans le cas des lombalgies aiguës, guides visant un changement dans les pratiques médicales, tant aux États-Unis qu'au Québec.

On y dégage deux principes :

- 1) le même médecin assure un suivi continu;
- 2) le patient joue un rôle actif dans sa récupération. Le médecin incite son patient à reprendre et à maintenir ses activités habituelles, et ce, même si la douleur persiste.²

La pratique clinique

Un comité technique CSST-FMOQ concernant les travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos a également été mis sur pied afin, notamment, de dégager les composantes du traitement propres à la compétence des médecins et à celles spécifiques aux intervenants de la Commission. Le mandat portait aussi sur la production d'outils pour les médecins. Le rapport soumis³ recommandait des actions sur trois pôles :

- intervention auprès de la communauté médicale, particulièrement les omnipraticiens (formation, information et suivi nécessaire par un même médecin)
- intervention auprès des travailleurs atteints d'une lésion professionnelle au dos
- modification des pratiques administratives

L'intervention préconisée auprès des travailleurs mérite qu'on s'y attarde. Ces interventions reposent, entre autres, sur l'éducation de ces derniers et sur l'importance de les rassurer, ceci après avoir éliminé la possibilité d'une lésion grave (moins de 5 % des cas). À cela s'ajoutent, évidemment, le soulagement de la douleur (ex. : par des analgésiques, des anti-inflammatoires), puis la modification temporaire des activités

pour éviter de trop solliciter la colonne vertébrale. En fait, le travailleur est appelé à participer activement à sa guérison.

Ces recommandations n'ont pas tardé à être mises en application. La communauté médicale est régulièrement informée des résultats des recherches, de même que des nouvelles approches de prise en charge et de suivi des lombalgies.

Tournez le dos à la lombalgie

Depuis mars 2000, les médecins disposent d'outils d'éducation à transmettre aux personnes atteintes de lombalgies. Ainsi, une brochure, *Tournez le dos à la lombalgie*, et une vidéocassette ont été produites par la FMOQ pour l'usage exclusif des médecins traitants, afin que ces derniers en distribuent des exemplaires et prêtent la cassette à leurs patients. Ces documents expliquent les choses à faire et à proscrire lors d'une atteinte au dos, en insistant sur la reprise des activités et sur le fait que la douleur disparaît d'elle-même après quelques jours. On y propose également des exercices de renforcement et d'assouplissement à effectuer.

Les médecins sont fortement invités à adopter cette nouvelle approche et à remplir un formulaire de prise en charge d'un patient présentant une lombalgie, acte pour lequel ils reçoivent une compensation financière.

Alors, si un de vos travailleurs revient d'une consultation pour une lésion au dos avec une brochure et une attitude positive, dites-vous qu'il est en de bonnes mains. Il est toutefois malheureux que tous les médecins n'appliquent pas cette approche !

1. Spitzer, W.O. 1986, Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs.

2. ROSSIGNOL, M. et NEVEU, A. *Les maux de dos : nouvelle approche pour le médecin de première ligne.* Le médecin du Québec, 34 (10), 1999.

3. Rapport du comité technique CSST-FMOQ concernant les travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos, 1999.

LA PHYSIOTHÉRAPIE :

MYTHES ET RÉALITÉS

Marcel a mal au dos. C'est une douleur lancinante, et cela dure depuis une semaine. Il se souvient que son beau-frère, qui s'est blessé au dos l'an dernier a reçu des traitements de physiothérapie. « Ça pourrait me faire du bien ! » se dit-il. Marcel n'est pas le seul à penser ainsi. Des personnes atteintes de maux de dos, des physiothérapeutes et des médecins le pensent aussi. Mais qu'en est-il réellement ?

Un traitement fort utilisé...

Au Québec, la physiothérapie est très utilisée comme moyen thérapeutique à la suite d'une lésion professionnelle. Ainsi, malgré une diminution du nombre de lésions professionnelles au Québec entre 1990 et 1998, les coûts relatifs aux traitements de physiothérapie et d'ergothérapie ont augmenté considérablement pour cette même période (passant de 35,3 M \$ en 1990 à 55,3 M \$ en 1998)¹. Les coûts de physiothérapie atteignent même 67 M \$ en 2000.

Pourquoi ? C'est que la physiothérapie fait partie des soins et des traitements prévus dans le *Règlement sur l'assistance médicale* (c. A-3.001, r. 0.002). Le travailleur ayant une lésion professionnelle a donc accès à ces soins, lorsque, de l'avis de son médecin traitant, son état le requiert, et la CSST en assume les coûts, lesquels sont imputés au dossier de l'employeur.

Selon le rapport du comité technique CSST-FMOQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec), un travailleur sur trois ayant une lésion professionnelle indemnisée reçoit des traitements de physiothérapie. Au Québec, les travailleurs référés en physiothérapie reçoivent en moyenne 45 traitements (comparativement à 27 traitements en Ontario et 14 en Alberta). Seulement 11 % des travailleurs recevant des traitements de physiothérapie sont maintenus au travail et 42 % des traitements de physiothérapie portent sur des affections vertébrales.

... grâce à un contexte législatif en favorisant le recours...

Le *Règlement sur l'assistance médicale* (RAM) est en partie « responsable » de la surutilisation de la physiothérapie. En effet, selon les règles particulières à la

physiothérapie et à l'ergothérapie (art. 13 et suivants, RAM) les conditions suivantes doivent notamment être remplies pour que la CSST paie les traitements (art. 14, RAM) :

- *la période d'attente du traitement de physiothérapie et d'ergothérapie ne dépasse pas 7 jours, excluant les congés fériés, entre la date de la réception de l'ordonnance du médecin qui a charge du travailleur et la date de la première séance de traitement (...)*
- *le travailleur doit recevoir un minimum de 3 traitements par semaine à moins d'une ordonnance contraire du médecin qui a charge du travailleur (...)*

Si l'une des conditions n'est pas respectée (ex. : moins de 3 traitements par semaine), la CSST ne rembourse que selon un tarif réduit (demi-tarif). Ceci a probablement pour effet d'inciter le recours rapide et intensif aux traitements de physiothérapie, pratique utilisée dans le milieu sportif.

De plus, les médecins eux-mêmes sont d'avis que la disponibilité et la gratuité des traitements de physiothérapie, dans le cadre d'une lésion professionnelle, sont des incitatifs à la poursuite de tels traitements.

...même si les impacts sont fort questionnés

Indépendamment de la forte utilisation de la physiothérapie, il y a peu d'évidences scientifiques sur l'utilité de cette pratique dans le traitement des maux de dos. Déjà en 1986, le rapport Spitzer² concluait que peu de traitements ont démontré leur capacité à modifier efficacement le processus naturel de guérison des affections vertébrales.

D'autres études effectuées plus tard, et ce, à travers le monde, ont questionné l'efficacité de divers traitements dont ceux de physiothérapie. En fait, dans le cas des maux de dos, ces études scientifiques révèlent que cette pathologie se résorbe d'elle-même, en quelques jours ou quelques semaines, selon la gravité de l'atteinte et l'âge de la personne.

De plus, la durée des traitements peut retarder un retour au travail, entraînant un risque de chronicité.

Les solutions ?

Devant cette problématique, la CSST réévalue ses pratiques administratives concernant le recours à la physiothérapie. Parmi les actions possibles, il y a la révision du *Règlement sur l'assistance médicale* pour le rendre en harmonie avec les évidences scientifiques.

Il va de soi que des changements aux pratiques actuelles peuvent déplaire à certains, notamment aux cliniques de physiothérapie, même si ces changements sont proposés dans le respect des soins disponibles pour les personnes blessées au travail.

Comme employeur que pouvez-vous faire ? Peu de choses, sinon suivre vos dossiers et vous questionner sur la nécessité ou la durée des traitements de physiothérapie, surtout lorsqu'ils sont prescrits dès la survenance de la lésion. Si un professionnel de la santé que vous mandatez infirme la nécessité des soins ou des traitements requis (selon l'article 212, par. 3, LATMP), vous pourrez alors acheminer une contestation au BEM.

1. Rapport du comité technique CSST-FMOQ concernant les travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos, 1999.

2. Spitzer, W.O. 1986, Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs.

ALORS DOCTEUR, MON EMPLOYÉ EST-IL

PORTEUR D'UNE DÉVIATION

PAR RAPPORT À LA NORME BIOMÉDICALE ?



Même si cette question peut paraître étrange, les employeurs ont tout intérêt à la poser à leurs médecins experts, car il s'agit en fait de la nouvelle norme à atteindre en matière de partage de coûts dans le cas du « travailleur déjà handicapé » (art. 329, LATMP). Mais pour arriver à formuler cette norme, les tribunaux ont fait couler beaucoup d'encre...

Une histoire mouvementée

L'article 329 de la LATMP n'est pas en soi très compliqué. C'est l'interprétation qu'on en a fait au fil des ans qui l'est. L'article 329 1) énonce :

« Dans le cas d'un travailleur déjà handicapé lorsque se manifeste sa lésion professionnelle, la Commission peut, de sa propre initiative ou à la demande d'un employeur, imputer tout ou partie du coût des prestations aux employeurs de toutes les unités. »

D'abord, dès 1986, moins d'un an après l'entrée en vigueur de la LATMP, la CSST a décrété un moratoire sur les demandes de partage ou de transfert de coûts, moratoire qui a duré jusqu'à l'adoption d'une politique en matière d'imputation. Entre-temps, la CALP a néanmoins rendu ses premières interprétations de l'article 329. Sauf quelques cas isolés, la CALP a affirmé au départ que l'article 329 est une exception au principe général de l'imputation au dossier de l'employeur (art. 326) et qu'à ce titre, il devait être interprété restrictivement. Ce courant « strict » a continué

à dominer la jurisprudence jusque vers 1995. Dans cette optique « stricte », l'employeur, pour obtenir un partage en vertu de l'article 329, devait prouver de façon cumulative à l'aide d'une expertise médicale que : son travailleur était, avant sa lésion professionnelle, porteur d'un handicap (généralement une condition personnelle); que ce handicap était relié à sa lésion pour en avoir favorisé l'apparition ou encore pour avoir amené des conséquences importantes quant à la suite de celle-ci; et, enfin, que ce « handicap » s'était déjà manifesté avant la lésion professionnelle de façon factuelle, dans ses activités normales. Or, ce dernier élément de preuve étant difficilement accessible pour l'employeur, sa demande s'en trouvait rejetée.

Parallèlement à ce courant strict, d'autres commissaires ont adopté une optique plus libérale de l'article 329, en n'exigeant pas la preuve de la manifestation factuelle du handicap avant la lésion professionnelle pour accorder le partage demandé. Débuté vers les années 1994-95, ce second courant a pris de l'ampleur au point de devenir majoritaire par la suite.

De son côté, la CSST, malgré l'émergence du courant d'interprétation libéral de l'article 329 par la CALP, continuait d'appliquer la position reconnue par l'école de pensée stricte. Et l'employeur, plus souvent qu'autrement, voyait sa demande de partage rejetée au départ. Il devait alors contester cette décision jusqu'à la CALP où il était confronté aux deux écoles de pensée y ayant cours. Bref, du début à la fin de sa demande de partage, l'employeur se trouvait à la merci des décideurs, sans connaître véritablement ses chances d'avoir gain de cause, et ce, sans compter les dépenses à engager...

La CLP et son « comité-cohérence »

Dès la mise en place de la CLP, en 1998, remplaçant la CALP, son président chargeait un « comité permanent sur la qualité et la cohérence » d'analyser, entre autres, la problématique particulière de l'article 329 de la LATMP. Une équipe spéciale de financement fut alors mise sur pied, formée d'un nombre restreint de commissaires. Cette équipe adopta en novembre 1999 une grille d'analyse pour la notion de handicap, basée sur la classification internationale du handicap élaborée par l'Organisation mondiale de la santé. Cette grille sera utilisée dans l'affaire Municipalité Petite Rivière St-François, décision marquante de l'interprétation de l'article 329 de la LATMP.

L'affaire Municipalité Petite Rivière St-François c. CSST¹

Dans cette affaire, le travailleur, un éboueur, subit une lésion professionnelle lui causant une entorse lombaire et une entorse cervicale. Il en conserve des séquelles permanentes et est admis en réadaptation. La preuve médicale a révélé la présence d'importantes conditions personnelles sous-jacentes chez le travailleur. L'employeur a donc demandé à la CSST un partage de coûts conformément à l'article 329. La CSST conclut que le travailleur ne peut être qualifié de « déjà handicapé » puisqu'il n'a jamais été limité dans ses activités courantes avant sa lésion professionnelle. De son côté, l'employeur invoque que la condition personnelle de dégénérescence discale sévère à la région cervicale constitue un handicap, que cette condition a aggravé la lésion professionnelle en prolongeant la période de consolidation et en entraînant des séquelles importantes.

Saisie de la contestation de l'employeur, la CLP, bien consciente de l'existence des deux courants jurisprudentiels existants, se range à l'interprétation libérale qui se développe depuis quelques années et énonce :

« Par conséquent, le tribunal écarte la façon dont la CSST a analysé la demande de partage de coûts de l'employeur, c'est-à-dire en vérifiant seulement si le travailleur était limité dans ses activités habituelles avant la lésion professionnelle.

La Commission des lésions professionnelles considère qu'un travailleur déjà handicapé au sens de l'article 329 de la loi est celui qui présente une déficience physique ou psychique qui a entraîné des effets sur la production de la lésion professionnelle ou sur les conséquences de cette lésion.

La première étape consiste donc à vérifier si le travailleur présente une déficience physique ou psychique. Sur ce point, il est utile de se référer à la

Classification internationale des handicaps élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (Paris, CTNERHI-Inserm, 1988) parce que ce manuel a l'avantage de représenter un consensus de la communauté médicale internationale sur ce que constitue un handicap. Selon cet ouvrage, une déficience constitue une perte de substance ou une altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique et correspond à une déviation par rapport à une norme biomédicale. Cette déficience peut être congénitale ou acquise. Finalement, pour reprendre le courant de jurisprudence que la soussignée partage, la déficience peut ou non se traduire par une limitation des capacités du travailleur de fonctionner normalement. La déficience peut aussi exister à l'état latent, sans qu'elle se soit manifestée avant la survenance de la lésion professionnelle. »

(Nos soulignés)

Les critères établis par le commissaire dans l'affaire Municipalité Petite Rivière St-François ont toujours été suivis par la CLP dans l'interprétation à donner à l'article 329 de la LATMP et la CSST s'est rangée à cette interprétation dans un mémoire de présentation à son conseil d'administration².

La preuve requise de l'employeur

À la lumière des critères émis par la CLP dans l'affaire Municipalité Petite Rivière St-François, l'employeur qui désire obtenir un partage de coûts en vertu de l'article 329 de la LATMP, n'aura pas à prouver que la condition personnelle présente chez son employé s'était déjà manifestée avant sa lésion professionnelle. Même une condition personnelle asymptotique peut constituer un handicap. Cependant, toute condition personnelle ne sera pas non plus un handicap. Cette condition personnelle devra être importante en ce sens qu'elle se démarque de la norme. Par exemple, une arthrose sévère, chez un individu âgé de 32 ans n'est

probablement pas « dans la norme » alors qu'une arthrose du même genre à 64 ans, l'est possiblement.

Le raisonnement développé par la CLP dans l'affaire Municipalité Petite Rivière St-François vaut pour toutes les formes de handicaps et tous les types de conditions personnelles, pas seulement les conditions arthrosiques. On peut l'appliquer à des situations d'obésité, de malformations congénitales et à diverses causes de dégénérescence.

Pour obtenir l'heure juste, le médecin choisi par l'employeur devrait pouvoir fournir les renseignements suivants dans son rapport :

- 1° Identifier un handicap (une condition personnelle).
- 2° Confirmer que ce handicap existait avant la lésion professionnelle.
- 3° Expliquer en quoi le handicap a joué un rôle (la relation) dans la survenue de la lésion ou sur les conséquences découlant de la lésion (durée accrue, traitements additionnels, etc.).
- 4° Démontrer en quoi ce handicap constitue une déviation par rapport à la norme biomédicale applicable à cette pathologie.

Conclusion

Les paramètres de l'article 329 sont maintenant bien fixés. À l'aide d'une bonne expertise médicale, contenant les renseignements mentionnés ci-dessus, l'employeur a maintenant de bonnes raisons de croire qu'il pourra obtenir le partage désiré. La demande doit, par ailleurs, selon le paragraphe 2 de l'article 329, être formulée par écrit, contenir les motifs à son soutien et être soumise à la CSST avant l'expiration de la troisième année qui suit l'année de la lésion professionnelle. Mais n'oubliez pas, une demande de partage de coûts ne devrait pas être utilisée à toutes les sauces. En effet, l'article 329 ne devrait pas inciter à « oublier » de contester l'admissibilité d'une réclamation qui ne devrait tout simplement pas relever de la CSST...

1. 1999 CLP 779

2. Mémoire de présentation, présenté par Robert Longchamp, VP-Finances, séance du 21-06-2001, document E-3.

LE DO(S) :

UNE NOTE ESSENTIELLE À LA PRÉVENTION

Le dos : ce chef-d'œuvre de la biomécanique humaine comporte un haut niveau de performance dans plusieurs activités de manutention réalisées quotidiennement. Or, certaines circonstances peuvent rendre cette partie du corps vulnérable et augmentent ainsi le risque de blessure – surtout à la région lombaire. Un aspect essentiel pour la prévention de maux de dos consiste à connaître et à reconnaître les situations à risque. À propos, sauriez-vous reconnaître les situations risquées reliées à vos postes de travail ?

Si l'on prend le temps d'observer et d'analyser une activité de manutention, on s'apercevra que les actions – mouvements de l'employé – sont essentiellement divisées en trois temps : saisir, déplacer et déposer une charge ! Voyons les éléments à considérer pour analyser chacune de ces étapes dans un objectif de réduction des risques de blessures au dos. Certains d'entre eux pourraient d'ailleurs être transmis directement à vos employés.

La prévention commence par la réflexion !

L'étape préparatoire associée à la saisie de la charge est, sans contredit, un moment critique : un moment de réflexion. Trop souvent réalisée rapidement, cette étape devrait plutôt correspondre à une période d'analyse afin d'engager l'activité de manutention de façon efficace et sécuritaire. Prenez le temps de simuler et « d'organiser » le déplacement de charge que vous vous apprêtez à engager. C'est le bon moment de le faire : vous ne supportez pas encore la charge ! Bref, posez-vous les trois questions suivantes :

Q. 1 : Prévoyez-vous un mouvement de **torsion du dos** pour saisir la charge ? On reconnaîtra un mouvement de torsion du dos lorsque vos épaules ne sont pas alignées avec vos pieds. Souvent, cette situation est occasionnée par un aménagement non adapté à l'activité de travail. En soi, une torsion n'est habituellement pas dommageable : la répétition, le poids de la charge ainsi que l'amplitude extrême de la torsion rendront la situation plus à risque pour le dos.

Q. 2 : Prévoyez-vous un mouvement de **flexion sévère du dos** pour saisir la charge ? Une charge placée au niveau du sol provoquera vraisemblablement une possibilité de flexion plus sévère qu'une charge située à la hauteur des genoux. Accroupissez-vous lorsque la situation le permet : vous travaillerez davantage avec les cuisses plutôt qu'avec le dos. Rappelez-vous également que le maintien – effet statique – d'une posture en flexion augmente le niveau de risque : l'apport réduit du sang fatigue rapidement les muscles sollicités. Enfin, soyez vigilant : évitez une posture contraignante et rappelez-vous que les charges les plus lourdes doivent être prises et déposées à la hauteur de la taille¹.

Q. 3 : Est-ce qu'un objet, situé près de vous, crée un obstacle et vous empêche ainsi de vous positionner parfaitement au-dessus de la charge à saisir ? Une position optimale devrait vous permettre d'avoir la tête exactement au-dessus de la charge à saisir. Ceci vous permettra de manipuler la charge près de votre corps et réduira les pressions accrues sur les disques intervertébraux. Gare aux étagères trop profondes qui obligent généralement les employés à prendre une posture contraignante !

Si vous avez répondu « oui » à une de ces questions, vous êtes en présence de un ou de plusieurs « facteurs de risque² » ! Les principaux facteurs de risque sont les suivants : la posture, la force, la répétition et le travail statique.

Enfin, votre période de réflexion associée à la saisie de l'objet devrait être un moment pour vous rappeler les aspects liés aux activités de déplacement de charges qui peuvent réduire les risques de blessures au dos : le format de la charge, le poids, la stabilité, la répétition, la posture globale du corps ainsi que la qualité de prise sur l'objet à manipuler. Est-il possible de réduire le poids de l'objet lourd ? Par exemple, en divisant la charge ou, encore, en vous prenant à deux pour déplacer l'objet.

Le déplacement de la charge

Vous tenez maintenant une charge relativement lourde entre les mains. Vous devez déplacer celle-ci selon un parcours prédéterminé. Plusieurs aspects doivent être considérés afin de réduire le risque de blessure au dos. Notons les suivants.

- Si vous devez déplacer la charge d'un côté ou de l'autre, assurez-vous de diriger au moins un pied – idéalement les deux – vers le lieu de dépôt de la charge afin d'éviter de tourner exagérément votre tronc.

1. Démarche de prévention en manutention, Association sectorielle - Transport et entreposage, 1998.

2. Un facteur de risque est une condition présente dans le milieu de travail, par exemple une exigence de force élevée et dont la présence a été associée à l'apparition d'un problème de santé. (...) La présence d'un facteur de risque ne signifie pas qu'un travailleur exposé développera à coup sûr un problème de santé; cela signifie qu'il courra un plus grand risque qu'un individu non exposé de développer des symptômes. Source : Les LATR, mieux les comprendre pour mieux les prévenir, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail - Secteur fabrication de produits en métal et de produits électriques et IRSST, 1996.

- Si vous devez vous déplacer avec une charge, rappelez-vous qu'une charge relativement grande vous empêchera possiblement de voir certains obstacles jonchant le sol. Frapper un obstacle pourrait créer une perte d'équilibre et provoquer une blessure au dos. Notez que cet obstacle pourrait simplement être un liquide réduisant l'adhérence de l'interface « semelle surface ». Un grand nombre de blessures et d'accidents au dos se produisent en glissant ou en trébuchant.
- Lorsque la charge (boîte) le permet, ayez le côté le plus long de celle-ci contre votre corps afin de rapprocher le centre de gravité de la charge le plus près possible de vous.
- Dans le cas du déplacement d'une charge à l'aide d'un chariot roulant, rappelez-vous qu'il est moins dommageable pour le dos de pousser que de tirer. Ceci favorisera également une meilleure vision dans la direction du déplacement. L'utilisation de moyens mécaniques n'évitera pas la saisie ni le dépôt de la charge, mais facilitera l'étape de déplacement de celle-ci : sans compter que le temps de déplacement sera réduit et que votre dos sera « ménagé ».

Le dépôt de la charge

L'activité de déplacement de la charge tire à sa fin : vous déposerez celle-ci dans les prochains instants. D'autres conseils de sécurité doivent être considérés afin de compléter le déplacement de façon sécuritaire. Disons d'abord qu'il est plus prudent de déposer la charge dans un seul mouvement sans saccade : évitez les changements de direction lors du dépôt de la charge. Si le dépôt de la charge requiert un niveau de précision important (par exemple, déposer une boîte dans une cavité avec peu de liberté d'espace), déposez d'abord la charge le plus près possible du lieu final dans un mouvement continu. Puis, dans un deuxième temps, tout en vous assurant une position stable et sûre, complétez le positionnement de la charge à son lieu restreint final. Puisque le positionnement « en précision » d'une charge requiert souvent quelques secondes additionnelles, cette méthode du « dépôt en deux temps » réduira la fatigue musculaire occasionnée par le maintien soutenu de la charge, tout en permettant de vous repositionner de façon optimale. Comme pour l'étape de saisie de la charge, cela réduira les pressions accrues sur les disques intervertébraux.

Autres facteurs

D'une personne à l'autre, la vulnérabilité au mal de dos varie selon plusieurs facteurs. Le vieillissement nous permet d'observer un phénomène normal de dégénérescence de nos articulations – incluant la région vertébrale. En conséquence, ceci diminue d'autant la flexibilité et, possiblement, la capacité de manutentionner des charges lourdes. L'âge et la condition physique – excès de poids – sont d'autres facteurs personnels qui influencent l'approche préventive des maux de dos.

L'expérience de travail joue également un rôle significatif en termes de prévention. *Avec l'expérience, on raffine ses façons de travailler, on apprend à mieux utiliser son énergie. Avoir déjà eu mal au dos peut inciter à travailler différemment. L'expérience nous amène aussi à mieux connaître ce qu'on manipule, ce qui peut réduire le risque d'une fausse manœuvre*³.

« Maux » de la fin pour le gestionnaire SST

Est-ce que ce texte vous a rappelé quelques postes de travail pour lesquels la problématique associée à la manutention manuelle de charges lourdes est présente ? Avez-vous visualisé l'activité de l'employé dont la tâche principale est de décharger manuellement les pièces acheminées au bout du convoyeur d'assemblage ? Avez-vous reconnu le préposé à la réception des marchandises ? Est-ce que vous vous rappelez de la blessure au dos du manutentionnaire travaillant au service de l'entrepôt ? De nombreuses raisons sont généralement en cause lorsque l'on tente d'établir un diagnostic associé à une blessure au dos. Bien sûr, il y a souvent un événement déclencheur, mais souvenons-nous que la problématique des maux de dos est avant tout multifactorielle. Elle inclut des éléments reliés simultanément à **l'individu** lui-même, à **la charge** à manipuler ainsi qu'à **l'environnement de travail**. Pour le gestionnaire SST, une analyse préventive complète d'une activité de travail devrait donc prévoir ces trois éléments afin de proposer des améliorations efficaces.

3. *Manutention et maux de dos*, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, Secteur fabrication de produits en métal et de produits électriques, 2^e édition, 1994.

Vraisemblablement, 70 à 85 % des personnes souffriront d'un mal de dos au cours de leur vie. Statistiquement parlant, cela veut dire qu'une personne de votre entourage ou vous-même en serez atteint un jour ou l'autre ! Mais comment se fait-il que chez certains individus l'arrêt de travail se prolongera des mois et des mois et évoluera vers la chronicité ? Est-il possible de prévenir l'invalidité à long terme et de remédier aux causes de l'incapacité au travail ?

La lombalgie chronique

Pour la majorité des travailleurs qui subissent une blessure au dos, l'incapacité sera temporaire, c'est-à-dire limitée à quelques semaines d'absence du travail (dans environ 75 % des cas, le retour au travail s'effectue en moins d'un mois). Toutefois, chez 4 à 7 % des travailleurs blessés, ce problème de santé se transforme en syndrome de douleur chronique et en une incapacité à travailler plus de six mois, entraînant des répercussions graves et une perte importante de qualité de vie. Il se développe alors un véritable syndrome qui n'a plus rien à voir avec la lésion initiale. Vous pensez sûrement que 7 % est un faible pourcentage, pourtant ce sont ces cas qui engendrent 75 % des coûts d'indemnisation des maux de dos ! À cet égard, il est important de bien identifier les cas qui risquent d'évoluer vers l'incapacité chronique à la suite d'un épisode de lombalgie.

Au-delà de la lésion : les facteurs contribuant à l'incapacité au travail

Selon la communauté scientifique, le risque de passage à la chronicité est lié à un ensemble de facteurs autant biologiques, physiques, psychologiques que sociaux tels que : le nombre de diagnostics et de consultations obtenus par le travailleur, la perception qu'a le travailleur de son état de santé, les craintes concernant sa capacité de retourner au travail, les exigences physiques de la tâche, les relations de travail, etc.

Ainsi, lorsqu'un travailleur s'absente depuis plus d'un mois pour un mal de dos, son problème de santé n'est plus vraiment la cause de son absence. Pour éviter la chronicité, il faut intervenir sur les causes de l'incapacité au travail et amener le travailleur à reprendre ses activités afin qu'il ne s'enferme dans une situation de « malade ».

La valeur thérapeutique du travail

Il existe différents programmes de réadaptation pour les dorso-lombalgies reliées au travail. Souvent, l'approche qui est préconisée est celle où les interventions sont réalisées en milieu clinique, impliquant peu le milieu de travail. Les résultats d'une telle approche sont très mitigés, affichant des taux de retour au travail très variables. Or, les nouvelles données concernant la recherche en réadaptation indiquent que l'exposition au travail réel et le partenariat avec les différents acteurs sont des valeurs ajoutées favorisant le retour durable au travail. C'est dans cette perspective que le programme PRÉVICAP (PRÉvention des situations de handiCAP au travail) a été développé et est maintenant appliqué par le Réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ). Le programme PRÉVICAP vise un retour au travail rapide, durable et sécuritaire du travailleur blessé en misant sur sa réadaptation qui est déplacée vers le milieu de travail. Plusieurs caractéristiques distinguent ce programme : entre autres, les interventions débutent tôt, soit dès la huitième semaine après l'accident, de façon à ce que l'incapacité ne devienne irréversible. De plus, un des critères pour être admis au programme consiste en l'existence d'un lien d'emploi pour le travailleur, c'est-à-dire que ce dernier doit posséder un poste de travail bien ciblé et défini, de façon à utiliser le milieu de travail « réel » comme milieu d'entraînement.

La prévention de l'incapacité au travail

Alors, quelles sont les conditions gagnantes pour prévenir l'incapacité au travail ? Il faut d'abord intervenir tôt de façon à ramener le travailleur à son poste de travail au bon moment et graduellement, et cela à l'aide d'interventions personnalisées. En effet, même si la douleur persiste, le retour à un travail approprié n'est pas contre-indiqué; il devient même utile dans la guérison du patient dans la mesure où ce travail n'est pas de nature à aggraver le problème. Également, il faut voir à rassurer le travailleur pour qu'il regagne confiance en ses capacités et, finalement, comme employeur, il faut être disponible à travailler en complémentarité avec une équipe interdisciplinaire composée de médecin, ergothérapeute, ergonomiste, etc.

Conclusion

Inutile de se le cacher, l'absence prolongée du travail pour un mal de dos est carrément un échec où tout le monde est perdant, tant les personnes atteintes que les employeurs et les assureurs. Le défi consiste donc à agir sur les facteurs qui freinent le retour au travail. En ce sens, un programme de réadaptation au travail initié au moment propice et offrant des interventions personnalisées aux besoins du travailleur peut s'avérer une stratégie gagnante pour tous.



En matière de traitement des lombalgies, quelles ont été les principales études menées au Québec et leurs conclusions ?

Plusieurs études ont été effectivement commandées par les instances concernées (dont la CSST), et ce, surtout au début des années 80 pour mieux intervenir et tenter de rectifier le tir en matière de traitements des lombalgies. Voici les plus connues...

Le « rapport Spitzer »

En 1983, la CSST s'inquiétait sérieusement de la hausse constante des frais associés au traitement des lombalgies (surtout avec l'arrivée prochaine de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*). C'est alors que fut créé le Groupe de travail sur les affections vertébrales, connu aussi sous le nom de *Quebec Task Force* qui publia le réputé « rapport Spitzer ». Ce rapport mit en évidence la faiblesse des diagnostics des médecins et recommandait un retour rapide du patient au travail¹. C'est la première fois que des scientifiques dissociaient la douleur de l'invalidité. Ce rapport eu et bénéficia encore d'une notoriété mondiale². Par contre, au Québec, le message a été mal transmis et le rapport fut mis en doute³ par la communauté médicale. Comme quoi nul n'est prophète en son pays !

Étude de Loisel et al.

Il faut attendre en 1991 pour que l'on tente de mettre en pratique les recommandations du « rapport Spitzer » avec un modèle d'intervention qui associe le milieu de travail à une réadaptation rapide du travailleur⁴. Mieux connu comme « le modèle de Sherbrooke », cette étude a donné naissance au programme PRÉVICAP (Prévention des situations de handicap au travail).

Étude de Baril et al.

Le « rapport Spitzer » restait toujours controversé et c'est en 1994 que l'on repensa sérieusement à la question du traitement des lombalgies au Québec avec l'étude de Baril et al. Cette étude allait dans

le même sens que le « rapport Spitzer » et recommandait un retour rapide au travail⁵. Celle-ci avançait également que les facteurs déterminants dans la gravité des maux de dos sont davantage reliés au contexte de l'entreprise que des caractéristiques individuelles du travailleur ! Cette étude démontrait ainsi l'importance du rôle de l'entreprise dans le traitement des maux de dos.

Et plus récemment...

Les conclusions des études ont démontré que plusieurs pratiques et croyances populaires vis-à-vis les lombalgies étaient erronées⁶. Et des études plus récentes acceptent désormais l'idée d'un retour au

travail rapide dans un modèle qui intègre l'entreprise dans le rétablissement du travailleur.

Des modèles intégrateurs, qui ont fait l'objet de recherches plus actuelles, ont proposé différents modèles « biopsychosociaux ». D'autres ont suggéré des modèles plutôt organisationnels, mais aucun n'arrive à rejoindre tous les facteurs sous-jacents à l'énorme complexité que représentent les lombalgies⁷. Toutefois, des études en cours semblent prometteuses à ce sujet⁸. Peut-être un jour arrivera-t-on à réellement percer le mystère des maux de dos ? Une histoire à suivre...

Des conférences spécialement conçues pour vous !

Le Centre patronal peut offrir des conférences d'une heure à trois heures sur différents thèmes dont :

- Le Règlement sur la santé et la sécurité du travail
- L'assignation temporaire
- La confidentialité et l'accès aux dossiers médicaux
- Les responsabilités légales
- La surdité professionnelle
- La sous-traitance : responsabilités en SST du donneur d'ouvrage
- Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite
- Bâtir une culture en SST

En plus de ces sujets, nos conseillers peuvent donner des conférences sur n'importe quel aspect couvert dans l'une ou l'autre de nos formations. Faites votre choix parmi une multitude de thèmes !

Au préalable, l'un de nos conseillers en SST préparera la conférence avec vous en tenant compte du contexte, des particularités de l'auditoire et des disponibilités.

Les tarifs varient en fonction de la durée de la conférence. Des frais de déplacement s'ajoutent.

Des renseignements ?
(514) 842-8401

1. Rapport W.O. Spitzer sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs, février 1986.

2. Rapport du comité technique CSST FMOQ concernant les travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos, 1999.

3. *Gestion d'intérêt en gestion des lésions professionnelles*, colloque CPSST, D' Alain Neveu, nov. 2000.

4. Loisel et al. *Développement et évaluation d'un programme clinique et ergonomique de prévention de la chronicité des dorso-lombalgies dans 30 entreprises de Sherbrooke*.

5. BARIL Raymond. *Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec*, Pistes, vol. 4 n  2, nov. 2002.

6. Idem que 5

7. Idem que 5

8. Idem que 5