



Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

7-2 | 2005

Réseau québécois de recherche en SST

La réduction de facteurs de risque de chronicité et le retour au travail

The reduction of chronicity risk factors and the return to work

La reducción de factores de riesgo de cronicidad y la vuelta al trabajo

Michael Sullivan, Heather Adams, William Stanish et André Savard



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3203>

DOI : 10.4000/pistes.3203

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2005

Référence électronique

Michael Sullivan, Heather Adams, William Stanish et André Savard, « La réduction de facteurs de risque de chronicité et le retour au travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 7-2 | 2005, mis en ligne le 01 mai 2005, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3203> ; DOI : 10.4000/pistes.3203

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 2019.



Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

La réduction de facteurs de risque de chronicité et le retour au travail

The reduction of chronicity risk factors and the return to work

La reducción de factores de riesgo de cronicidad y la vuelta al trabajo

Michael Sullivan, Heather Adams, William Stanish et André Savard

NOTE DE L'AUTEUR

Cette recherche a été présentée en partie au 10^e Congrès de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain), San Diego, 2002 et au Congrès annuel de L'ACFAS, Montréal, 2004.

La présente recherche a bénéficié de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada et du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.

- 1 De récentes recherches ont montré l'importance du rôle que jouent les facteurs psychosociaux en tant que déterminants de l'incapacité liée à la douleur après un accident de travail (Pincus et coll., 2002 ; Pincus et coll., 2002). Suivant ces recherches, de nombreux programmes de traitement ont été développés afin de cibler les facteurs de risque psychosociaux spécifiques à la douleur et à l'incapacité prolongée (Linton, 2002). La présente étude a pour but de déterminer dans quelle mesure la réduction des facteurs de risque est associée au retour au travail.

1. L'incapacité liée à la douleur

- 2 Au Canada, les sommes versées par les commissions provinciales des accidents du travail en compensations salariales et en soins médicaux représentent des excès annuels de six milliards de dollars (Sullivan et Frank, 2000). Les blessures aux muscles de la région de la colonne vertébrale représentent la catégorie pour laquelle le plus grand nombre de demandes de compensations sont placées. Bien que la majorité des blessures musculaires

se rétablisse sans complication, une proportion non négligeable de personnes demeurera inapte au travail de façon permanente (Dionne, 1999). On a consacré un effort de recherche considérable pour apprendre à discerner les variables physiologiques et psychosociales qui distinguent les individus qui retourneront au travail de ceux qui resteront inaptes au travail après une blessure au dos (Linton, 2002 ; Frank et coll., 1998 ; Waddell, 1998).

- 3 Au cours des deux dernières décennies, la recherche a permis d'accumuler des preuves indiquant que les variables biomédicales traditionnelles ne peuvent pas rendre totalement compte des symptômes de la douleur et de l'incapacité suivant un accident de travail (Waddell, 1998 ; Spitzer et coll., 1987 ; Gatchel et coll., 1995). Des modèles biopsychosociaux ont été avancés, suggérant qu'une compréhension totale de l'expérience de la douleur et des phénomènes qui lui sont associés nécessite la prise en compte de facteurs physiques, psychologiques et sociaux (Waddell, 1998 ; Turk, 1996 ; Turk, 2002). Du point de vue clinique, on a porté un intérêt particulier à l'identification de facteurs de risque d'incapacité prolongée que l'on pouvait modifier (Pincus et coll., 2002 ; Pincus et coll., 2002 ; Hasenbring et coll., 1999). On espérait que l'identification des facteurs de risque modifiables pourrait constituer la fondation d'interventions ciblées pouvant prévenir le développement d'une incapacité prolongée après une blessure (Pincus et coll., 2002 ; Pincus et coll., 2002 ; Boersma et Linton, 2002).

2. Interventions ciblant les facteurs de risque

- 4 Au cours des dernières années, on a développé plusieurs programmes de traitement afin de cibler de façon spécifique les facteurs de risque psychosociaux pour la douleur et l'incapacité (Hasenbring et coll., 1999 ; Linton et Andersson, 2000 ; Sullivan et Stanish, 2003 ; Van den Hout et coll., 2003 ; Vlaeyen et coll., 2002). Ces programmes de traitement ont généralement pris la forme d'interventions cognitives et/ou comportementales structurées dont le but est de minimiser les niveaux de facteurs de risques psychosociaux (George et coll., 2003 ; Linton, 2002 ; Linton et Andersson, 2000 ; Linton et Ryberg, 2001 ; Van den Hout et coll., 2003).
- 5 Le raisonnement qui a guidé le développement et la mise en œuvre des interventions ciblant les facteurs de risque est que la réduction des facteurs de risque devrait faciliter le progrès en réadaptation ainsi que le retour au travail après une blessure professionnelle (Pincus et coll., 2002 ; Pincus et coll., 2002 ; Feuerstein et coll., 1999). Bien qu'il existe des données soutenant l'efficacité des interventions ciblant les facteurs de risque, il reste encore à déterminer si c'est bien la réduction des facteurs de risque qui est responsable des résultats observés.

3. La présente recherche

- 6 Le but principal de la présente recherche était de vérifier si la réduction des facteurs de risque en cours de traitement est associée à une plus grande probabilité de retour au travail. Tous les participants à la présente recherche étaient bénéficiaires du programme de compensation des travailleurs accidentés de la Nouvelle-Écosse (Canada) et avaient été dirigés vers un programme de prévention secondaire. Un des buts du programme était de minimiser les obstacles psychosociaux au progrès en réadaptation (Sullivan et Stanish,

2003). Les facteurs de risque psychosociaux spécifiquement visés par l'intervention étaient la peur du mouvement, les pensées catastrophiques, les croyances concernant l'incapacité et la dépression. Ces variables ont été mesurées à trois reprises pendant l'intervention, rendant ainsi possible l'analyse de la relation entre le changement dans les facteurs de risque et l'issue du traitement.

4. Méthodologie

4.1 Participants

- 7 Les données ont été obtenues auprès d'un échantillon de 116 références consécutives au programme de Prévention de la Douleur et de l'Incapacité Prolongées (PDIP). Au moment de la référence, tous les participants étaient absents du travail en raison d'une blessure professionnelle et recevaient des compensations salariales de la Commission des accidents du travail de la Nouvelle-Écosse. L'échantillon était composé de 68 hommes et de 48 femmes avec un diagnostic d'entorse lombaire et avec au moins un score sur les mesures de risque au-delà du 50^e centile. L'âge moyen des participants de l'échantillon était 41,3 années (écart type = 8,1). Les principales catégories professionnelles représentées étaient : ouvriers/pêcheurs (51,1 %), métiers/transport (16,4 %), services de santé (19,9 %), vente et services (5,7 %) et autres (6,9 %). La durée moyenne de la période d'absence au travail était de 29,3 semaines (4 à 108 semaines).

4.2 Mesures

- 8 **Crainte du mouvement** : L'échelle de kinésiophobie de Tampa (Tampa Scale for Kinesiophobia ; TSK : Kori, Miller et Todd, 1990) est un questionnaire comportant 17 items mesurant la crainte de se blesser à cause des mouvements. La fiabilité interne du TSK a été démontrée (coefficient alpha = 0,77) (Klenerman et coll., 1995 ; Vlaeyen et coll., 1995). Le TSK est associé à plusieurs indices comportementaux d'évitement et d'incapacité (Picavet et coll., 2002 ; Crombez et coll., 1999 ; Sullivan et Stanish, 2003).
- 9 **Pensées catastrophiques** : L'échelle des pensées catastrophiques liées à la douleur (Pain Catastrophizing Scale ; PCS : Sullivan, Bishop et Pivik , 1995) comporte 13 éléments décrivant différentes pensées et sensations que les individus peuvent éprouver lorsqu'ils ressentent de la douleur. Le PCS a démontré une consistance interne élevée (coefficient alpha = 0,87) et est associé à l'augmentation de la douleur ou de l'incapacité, ainsi qu'au statut d'emploi (Sullivan et coll., 1995 ; Sullivan et Neish, 1998 ; Sullivan et coll., 2002 ; Sullivan et Stanish, 2003).
- 10 **Incapacité perçue** : L'index d'incapacité liée à la douleur (Pain Disability Index ; PDI : Pollard, 1984) évalue la perception qu'a le répondant de son niveau d'incapacité pour dimensions de la vie quotidienne (domestique, social, récréatif, professionnel, sexualité, soins personnels et besoins vitaux). Pour chaque dimension, le répondant doit fournir une estimation de son incapacité sur une échelle de 11 points dont les extrêmes sont (0) aucune incapacité perçue et (10) incapacité complète. La fiabilité interne du PDI est démontrée et il est significativement corrélé aux indices objectifs d'incapacité (Tait et coll., 1990 ; Tait et coll., 1987).

- 11 **Dépression** : L'inventaire de dépression de Beck, version II (Beck Depression Inventory-II ; BDI-II : Beck et coll., 1996) est une mesure auto rapportée de la dépression d'usage répandu. Le BDI-II comporte 21 éléments décrivant plusieurs des symptômes de la dépression. On a démontré que le BDI-II est un index des symptômes dépressifs fiable et valide chez les patients atteints de douleur chronique et chez les patients recevant des soins intensifs (Bishop et coll., 1993 ; Arnau et coll., 2001).
- 12 **Gravité de la douleur** : Le questionnaire sur la douleur McGill (McGill Pain Questionnaire ; MPQ ; Melzack, 1975) a été utilisé pour évaluer la gravité de la douleur ressentie. On a demandé aux participants de sélectionner les adjectifs décrivant le mieux leur expérience par rapport à leur douleur. L'index d'estimation de la douleur (Pain Rating Index) est une somme pondérée de tous les adjectifs choisis et est considéré parmi les indices de l'expérience de la douleur chronique les plus fiables et valides (Turk et coll., 1985).
- 13 **Retour au travail** : Le retour au travail (ou l'absence du travail continue) a été sélectionné comme indice d'incapacité et a servi de variable dépendante principale. La recherche en ce domaine révèle une variabilité considérable en ce qui concerne les mesures employées pour évaluer l'incapacité, la définition du retour au travail ainsi que le choix du moment où évaluer le retour au travail. Le statut d'emploi a été évalué quatre semaines après la fin du programme PDIP. L'information sur le retour au travail et le statut de la demande de compensation a été obtenue directement des dossiers de la Commission des accidents du travail. Les bénéficiaires ont été classés comme étant retournés au travail s'ils étaient revenus à temps plein à l'emploi qu'ils occupaient avant leur blessure, ou s'ils occupaient un nouvel emploi à temps plein, et que leur dossier d'indemnité avait été fermé. Pour les individus qui sont retournés au travail, la fermeture du dossier indiquait que l'employeur assumait à nouveau la responsabilité de verser un salaire au bénéficiaire. Tous les autres bénéficiaires ont été classés comme n'étant pas retournés au travail.

4.3 Procédures

- 14 **Le programme PDIP**. Le programme PDIP est une intervention psychologique standardisée d'une durée de 10 semaines visant à réduire les facteurs de risque psychosocial. Le programme cible des facteurs de risque tels que la crainte du mouvement et les croyances concernant l'incapacité en faisant appel à des stratégies de planification d'activités structurées et à l'implication dans des activités graduées. Le suivi des pensées et les stratégies de restructuration cognitive sont utilisés pour cibler les pensées catastrophiques et la dépression. L'évaluation des facteurs de risque fait partie intégrante du protocole de l'intervention et est effectuée avant le début du traitement, à mi-traitement et après la fin du traitement. Une description détaillée du protocole du programme PDIP est fournie ailleurs (Sullivan et Stanish, 2003).
- 15 Les candidats dirigés vers le programme PDIP ont été sélectionnés par les gestionnaires de cas de la Commission des accidents du travail de la Nouvelle-Écosse. Le programme PDIP est une intervention dispensée dans la communauté, prodiguée par un réseau de psychologues répartis partout dans la province. La participation au programme PDIP a été proposée aux bénéficiaires lorsque l'examen des dossiers médicaux indiquait que les symptômes de douleur, sans évidence objective de lésion, étaient l'obstacle principal à la reprise des activités professionnelles. Les individus étaient inscrits au programme PDIP s'ils avaient obtenu un score se situant au-dessus du 50^e centile pour au moins une des mesures de facteurs de risque. Le programme PDIP a été offert comme un traitement

optionnel, en complément aux traitements médicaux traditionnels tels que la médication et la physiothérapie. La majorité (87 %) des bénéficiaires dirigés vers le programme PDIP ont consenti à y participer. La présente étude se concentre exclusivement sur les individus ayant complété les 10 semaines de traitement et pour qui on disposait de données complètes pour les trois sessions d'évaluation. Les individus qui sont retournés au travail avant la fin des 10 semaines de traitement ou qui se sont retirés du programme et ne sont pas retournés au travail ne sont pas inclus dans les analyses rapportées plus bas.

5. Résultats

5.1 Issue du traitement

- 16 Dans l'échantillon étudié, 56 % des participants au programme PDIP sont retournés au travail dans les quatre semaines suivant la fin du traitement. Le sexe n'a exercé aucun effet significatif sur la probabilité de retour au travail ($X^2 = 1,3$, $p < 0,24$). Une incapacité de plus longue durée était associée à une probabilité de retour au travail plus faible ($\tau = -,47$, $p < 0,001$).
- 17 La gravité de la douleur a décliné de 10 % pendant toute la durée du traitement. La réduction de la douleur a contribué pour 9 % de la variance dans le retour au travail ($\tau = ,30$, $p < 0,001$). Les individus qui sont retournés au travail ont montré une réduction plus importante de la gravité de la douleur que les individus qui ne sont pas retournés au travail ($t(114) = 4,1$, $p < 0,001$). On a observé une relation significative entre la magnitude de la réduction de la douleur et la durée de l'incapacité, alors que la réduction de la douleur était plus prononcée pour les individus présentant une incapacité de plus courte durée ($r = -,35$, $p < 0,001$).
- 18 Le tableau 1 fournit un résumé des données pour les échelles de facteurs de risque à travers les différentes phases du traitement. Une analyse de variance mixte tri-directionnelle (Retour au travail X Échelle X Temps) a révélé un effet significatif du retour au travail, alors que les participants qui sont retournés au travail avaient des scores totaux considérablement inférieurs sur les quatre échelles ($F(1, 114) = 86,37$, $p < ,001$). Un effet principal significatif a également été obtenu pour la variable Temps, alors que les scores sur toutes les mesures ont diminué pendant la durée du traitement ($F(2, 228) = 66,88$, $p < 0,001$). Les effets principaux ont été qualifiés par une interaction significative Temps X Retour au travail ($F(2, 228) = 16,8$, $p < 0,001$) et une interaction Échelle X Temps, ($F(6, 684) = 12,18$, $p < 0,001$). Les tests d'effets simples ont révélé que les individus qui sont retournés au travail ont présenté une diminution significative des mesures de facteurs de risque au cours du traitement, cependant que les individus qui ne sont pas retournés au travail ont montré une diminution significative des mesures de facteurs de risque seulement pendant la première moitié du programme de traitement. Les scores PCS et PDI ont diminué davantage que les scores TSK et BDI.

Tableau 1. Scores aux échelles de facteurs risques prétraitement, mi-traitement, et post-traitement

Échelle	Retour au travail
---------	-------------------

	Non (N = 51)		Oui (N = 65)	
	M	ET	M	ET
Pré-traitement				
Pain Catastrophizing Scale	33.15	10.37	20.16	10.69
Tampa Scale for Kinesiophobia	47.31	7.23	39.61	7.50
Pain Disability Index	48.84	13.17	37.81	11.63
Beck Depression Inventory II	21.78	13.46	13.96	8.67
Mi-traitement				
Pain Catastrophizing Scale	28.27	10.59	14.80	9.34
Tampa Scale for Kinesiophobia	44.47	8.25	37.20	8.10
Pain Disability Index	44.88	10.72	31.53	11.21
Beck Depression Inventory II	19.33	10.88	10.80	7.48
Post-traitement				
Pain Catastrophizing Scale	28.76	9.75	10.03	8.73
Tampa Scale for Kinesiophobia	44.31	8.28	33.21	8.48
Pain Disability Index	43.35	11.66	22.36	12.71
Beck Depression Inventory II	20.72	11.15	7.81	6.94

- 19 Des scores de changements ont été calculés pour chacune des mesures de facteurs de risque en soustrayant les valeurs pré-traitement des valeurs post-traitement. Les pourcentages de réduction des scores de facteurs de risques sont les suivants : catastrophisme (31 %), incapacité perçue (25 %), crainte du mouvement (11 %) et dépression (7 %). Des différences significatives selon le sexe ont émergé, alors que les femmes ont montré une réduction plus importante de la crainte du mouvement ($t(114) = 3,5, p < ,001$) et de l'incapacité perçue ($t(144) = 4,0, p < 0,001$) (Tableau 2).

Tableau 2. Différences due au sexe de réductions de scores sur les mesures de facteurs de risque

Temps 1 - Temps 3	Hommes	Femmes
PCS	6,8 (8,7)	8,6 (10,1)
TSK	3,5 ^a (6,8)	7,5 ^b (6,5)

PDI	7,1 ^a (12,3)	16,6 ^b (13,0)
BDI-II	3,1 (10,2)	5,1 (7,8)

Les valeurs entre parenthèses sont des écarts types.

^{a,b} : Pour chaque mesure, les valeurs avec différents exposants représentent des différences significatives à $p < ,05$.

5.2 Prédiction du retour au travail

- 20 Une régression logistique hiérarchique a été effectuée pour évaluer la valeur prédictive de la réduction des scores de facteurs de risque, avec le retour au travail comme variable dépendante. Les variables âge et sexe ont été entrées à la première étape de l'analyse mais n'ont pas contribué de façon significative à la prédiction du retour au travail (Nagelkerke $R^2 = ,01$, $X^2 (2) = 1,40$, ns). La durée de l'absence du travail a été entrée à la deuxième étape de l'analyse et a contribué de façon significative à la prédiction du retour au travail (Nagelkerke $R^2 = ,32$, $X^2 (1) = 30,1$, $p < 0,001$) classant 76,7 % de cas correctement. La réduction de la douleur a été entrée pour la troisième étape de l'analyse, augmentant le taux de classification correcte à 77,6 % ($X^2 (1) = 6,2$, $p < 0,01$). Les changements dans les facteurs de risque psychologiques étant apparus dans la première partie du traitement (Temps 1 - Temps 2) ont été entrés pour la quatrième étape de l'analyse, mais n'ont pas contribué de façon significative à la prédiction du retour au travail ($X^2 (4) = ,84$, ns). Les changements dans les facteurs de risque étant apparus dans la dernière partie du traitement (Temps 2 - Temps 3) ont été entrés pour la dernière étape de l'analyse, augmentant le taux de classification correcte des cas jusqu'à 83,6 % (Nagelkerke $R^2 = ,53$, $X^2 (4) = 20,3$, $p < 0,001$). L'examen de la statistique Wald pour l'équation de régression finale a révélé que seulement la durée de l'absence du travail et la réduction de la pensée catastrophique apparue lors de la deuxième moitié du traitement ont apporté une variance unique et significative à la prédiction du retour au travail.

6. Discussion

- 21 Les tendances émergentes en recherche révèlent un intérêt croissant pour le développement d'interventions ciblant les facteurs de risque pour la prévention de la chronicité suivant une blessure (Linton, 2002 ; Sullivan et Stanish, 2003 ; Van den Hout et coll., 2003). La recherche menée à ce jour suggère que les interventions ciblant les facteurs de risque pourraient constituer un moyen efficace pour réduire l'incapacité reliée à la douleur chez les travailleurs accidentés. Cependant, il reste à confirmer que la réduction des facteurs de risque est le mécanisme par lequel surviennent des résultats favorables. La présente étude fournit des preuves préliminaires selon lesquelles la réduction des facteurs de risque est associée à une plus grande probabilité de retour au travail.
- 22 Comme plusieurs autres programmes de prévention secondaire, le programme PDIP a été développé dans le but de minimiser les facteurs de risque pour la douleur et l'incapacité prolongées. Le programme PDIP cible de façon spécifique quatre variables psychosociales ayant été identifiées comme des facteurs de risque pour la chronicité suivant une blessure (Waddell et coll., 2003). Bien que d'autres variables psychosociales aient été identifiées

comme facteurs de risque pour la chronicité, les pensées catastrophiques, la crainte du mouvement, les croyances concernant l'incapacité et la dépression ont été choisies comme cibles de l'intervention en raison de leur potentiel de changement à travers l'intervention.

- 23 Environ quatre semaines après la fin du programme de traitement, 56 % des participants étaient retournés au travail. Les analyses univariées ont révélé que les réductions mesurées pour tous les facteurs de risque entre la mi- et le post-traitement étaient associées à une plus grande probabilité de retour au travail. Cependant, on a constaté un degré élevé de variance partagée entre les prédicteurs, ce qui fait que toutes les variables n'ont pas fourni une contribution unique à la prédiction du retour au travail. La régression logistique a révélé qu'une plus longue durée d'absence du travail, et une plus grande réduction des pensées catastrophiques ont été reliées à une plus grande probabilité de retour au travail. Ces résultats ne reproduisent que partiellement les résultats rapportés par Sullivan et Stanish (2003). Dans cette dernière étude, les réductions de la crainte du mouvement et des pensées catastrophiques obtenues tôt durant le traitement ont émergé comme des prédicteurs significatifs du résultat. Dans la présente étude, seulement les réductions des pensées catastrophiques obtenues tard dans le traitement ont permis de prédire le retour au travail. Des différences dans les caractéristiques de l'échantillon pourraient rendre compte de ces résultats divergents. Les participants à la présente étude étaient absents du travail depuis approximativement trois mois de plus que ceux de l'étude de Sullivan et Stanish (2003), en plus d'avoir obtenu des scores initiaux plus élevés sur les mesures de crainte du mouvement et de pensées catastrophiques.

Tableau 3. Régression logistique pour la prédiction du retour au travail

Variabes covariées	rc	ic 95 %	% class	tau
Âge	,93	(,55 - 1,56)		,02
Sexe	1,18	(,67 - 2,07)	58,6 %	,10
Durée d'absence	,17**	(,07 - ,40)	76,7 %	-,42**
Réduction de douleur	1,26	(,65 - 2,42)	77,6 %	,30**
Première partie du traitement				
PCS (T1-T2)	1,59	(,81 - 3,11)		,06
TSK (T1 - T2)	,93	(,51 - 1,69)		-,06
PDI (T1 - T2)	,87	(,43 - 1,77)		,10
BDI-II (T1 - T2)	1,07	(,53 - 2,12)	81,0 %	,05
Deuxième partie du traitement				
PCS (T2 - T3)	2,27*	(1,04 - 4,98)		,27**

TSK (T2 - T3)	1,49	(,78 - 2,88)		,25**
PDI (T2 - T3)	1,10	(,55 - 2,23)		,32**
BDI-II (T2 - T3)	1,25	(,65 - 3,45)	83,6 %	,21**

Note : rc = ratios de cotes ; ic = intervalles de confiance, % class = le pourcentage exact de classification à chaque étape de l'analyse ; tau = tau de Kendall. Les ratios de cotes sont obtenus de l'équation de régression finale. * p < ,05 ; ** p < ,01. tau = Kendall's Tau.

- 24 Les individus qui ne sont pas retournés au travail ont pu être distingués de ceux qui y sont retournés par leurs scores initiaux plus élevés aux facteurs de risque psychologiques et par leur faible progrès en cours de traitement. Pendant la première moitié du programme de traitement, la même progression a été observée quel que soit le statut d'emploi. Cependant, seuls les individus qui sont finalement retournés au travail ont continué à progresser pendant la seconde moitié du programme. Pour l'instant, il est difficile d'expliquer comment il se fait que certains individus n'aient pas continué à progresser pendant la seconde moitié du traitement, alors qu'ils avaient paru bien répondre au traitement pendant la première moitié de l'intervention.
- 25 Il est intéressant de noter que, bien que la réduction de la douleur permettait de prédire de façon significative le retour au travail, celle-ci ne constituait pas le principal prédicteur de l'issue du traitement. Considérée seule, la réduction de la douleur a expliqué 9 % de la variance dans le retour au travail. Toutefois, lorsqu'elle est considérée en conjugaison avec d'autres facteurs de risque psychologiques, la réduction de la douleur n'a pas contribué à titre de variance unique à la prédiction du retour au travail. Ces conclusions vont dans le sens de recherches antérieures indiquant que la douleur est un déterminant significatif de l'incapacité, cependant elles mettent également en valeur le fait que la contribution de la douleur est souvent secondaire à d'autres facteurs (Waddell, 1998 ; Sullivan et Neish, 1998 ; Sullivan et coll., 2002). Ces résultats impliquent que les interventions qui se concentrent principalement sur la réduction de la douleur ne peuvent pas être aussi efficaces que les interventions qui ciblent les facteurs de risque psychosociaux pour la chronicité (Linton, 2002 ; Boersma et Linton, 2002).
- 26 Les résultats montrant que la réduction des facteurs de risque est associée à une plus grande probabilité de retour au travail ont des implications importantes en ce qui a trait à la nature des interventions précoces pour la douleur occasionnée par une blessure professionnelle. Les interventions psychosociales sont sous-représentées parmi les programmes de prévention secondaire. Il est d'usage commun d'impliquer les fournisseurs de services psychologiques principalement dans le traitement d'individus présentant une longue historique de douleur et d'incapacité, là où les buts du traitement sont souvent palliatifs dans leur nature, en focalisant l'attention sur les conséquences de la blessure, par opposition aux facteurs de risque pour la chronicité. L'incorporation d'interventions psychosociales ciblant les facteurs de risque dans les premières étapes de la récupération après une blessure professionnelle porte la promesse d'une amélioration significative des résultats obtenus en réadaptation chez les individus qui sont à risque de poursuivre une trajectoire d'incapacité prolongée en raison de la douleur.
- 27 Il est important de souligner certaines limites propres à la présente étude. Premièrement, puisqu'un groupe comparatif n'ayant reçu aucun traitement n'était pas disponible, aucune conclusion définitive ne peut être tirée quant à l'impact du programme de

traitement sur le retour au travail. Les résultats de la présente étude indiquent plusieurs variables pouvant faire partie du processus de récupération d'une blessure occupationnelle, mais le design de l'étude exclut toute certitude concernant la façon dont le programme d'intervention aurait influencé ces changements. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer si les facteurs de risque psychosociaux sont réduits de manière préférentielle par les interventions ciblant les facteurs de risque. Une autre limitation concerne le fait que les analyses ont été effectuées seulement pour le sous-groupe d'individus qui ont complété les 10 semaines du programme d'intervention. Le programme PDIP est construit de façon à ce qu'il puisse être interrompu aussitôt que le client est prêt à retourner au travail. Il est typique que les clients qui ont été absents du travail pour moins de six mois requièrent moins de 10 sessions pour retourner au travail. Dans un échantillon initial de 151 clients, 20 clients sont retournés au travail en moins de 10 semaines et n'ont pas complété toutes les évaluations. 15 autres clients n'ont pas complété les 10 semaines de traitement, mais n'étaient pas retournés au travail au moment de l'évaluation finale. Les données concernant les raisons pour la discontinuation du programme étaient insuffisamment complètes dans ce dernier groupe pour permettre une analyse plus poussée du problème de l'arrêt du traitement. Les analyses de réduction des facteurs de risque n'ont pu être complétées qu'avec les clients pour lesquels on disposait de données complètes pour les trois évaluations ; ainsi, les clients qui ont quitté avant la fin du programme ont été exclus de l'échantillon étudié. Enfin, il importe de noter une limite inhérente à la classification de retour au travail utilisée dans cette étude. Le retour au travail a été vérifié à un moment spécifique (quatre semaines après l'arrêt du programme d'intervention) et cette information était extraite d'une base de données administrative. Il était impossible de procéder à une vérification objective du statut quant au retour au travail ou quant à la période de rétention au travail. Toute imprécision contenue dans la base de données administrative aurait ainsi des implications quant à l'interprétation des résultats de la présente étude.

- 28 Même si le point focal de cette recherche était la valeur prédictive des facteurs de risque psychologiques, il est important de prendre note que ceux-ci ne représentent qu'un des nombreux domaines où l'on retrouve des facteurs affectant potentiellement le retour au travail. Des facteurs relatifs à l'environnement de travail, des facteurs organisationnels, de même que des facteurs sociaux et économiques exercent tous un impact marqué sur le potentiel de retour au travail (Feuerstein et coll., 1999 ; Waddell, 1998). En ce moment, nous en savons peu sur la manière dont ces domaines de risque interagissent ou s'additionnent pour influencer le retour au travail, ou sur la manière par laquelle des réductions de certains domaines de risque sont influencées par d'autres domaines de risque.
- 29 Arnau, R.C., Meagher, M.W., Norris, M.P., Bramson, R. (2001). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 20, 112-119.
- 30 Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory - II*. San Antonio TX : Psychological Corporation.
- 31 Bishop, S.R., Edgley, K., Fisher, R., Sullivan, M.J.L. (1993). Screening for depression in chronic low back pain with the Beck Depression Inventory. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 7, 143-148.

- 32 Boersma, K, Linton, S.J. (2002). Early assessment of psychological factors : The Orebro Screening Questionnaire for Pain. In S.J. Linton (Ed.,) *New Avenues for the Prevention of Chronic Musculoskeletal Pain and Disability*. Amsterdam : Elsevier.
- 33 Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Heuts, P.H.T.G., Lysens, R. (1999). Fear of pain is more disabling than fear itself : Evidence for the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329-339.
- 34 Dionne, C.E. (1999). Low back pain. In *Epidemiology of pain*, I.K. Crombie (Ed.). Seattle : IASP Press.
- 35 Feuerstein, M., Berkowitz, S.M., Huang, G.D. (1999). Predictors of occupational low back disability : Implications for secondary prevention. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 41, 1024-1031.
- 36 Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D. et coll. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain - new evidence gives new hope - if we can just get all the players onside. *Canadian Medical Association Journal*, 158, 1625-1631.
- 37 Gatchel, R.J., Polatin, P.B., Mayer, T.G. (1995). The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back disability. *Spine*, 20, 2701-2709.
- 38 George, S.Z., Fritz, J.M., Bialosky, J.E., Donald, D.A. (2003). The effect of a fear-avoidance-based physical therapy intervention for acute low back pain : Results of a randomized control trial. *Spine*, 28, 2551-60.
- 39 Hasenbring, M., Ulrich, H.M., Hartmann, M., Soyka, D. (1999) The efficacy of a risk factor-based cognitive behavioural intervention and electromyographic biofeedback in patients with acute sciatic pain. An attempt to prevent chronicity. *Spine*, 24, 2523 - 2535.
- 40 Klenerman, L., Slade, P.D., Stanley, M., Pennie, B., Reilly, J.P., Atchison, L.E. et coll., (1995). The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine*, 20, 478-484.
- 41 Linton, S.J. (2002). *New Avenues for the Prevention of Chronic Musculoskeletal Pain and Disability*. Amsterdam : Elsevier.
- 42 Linton, S.J., Andersson, T. (2000). Can chronic disability be prevented ? A randomized trial of a cognitive-behavioural intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine*, 25, 2825-2831.
- 43 Linton, S.J., Ryberg, M.A. (2001). A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population : A randomized controlled trial. *Pain*, 90, 83 -90.
- 44 Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 1, 272-299.
- 45 Picavet, H.S., Vlaeyen, J.W., Schouten, J.S. (2002). Pain catastrophizing and kinesiophobia : Predictors of chronic low back pain. *American Journal of Epidemiology*, 156, 1028-1034.
- 46 Pincus, T., Burton, A.K., Vogel, S., Field, A.P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27, E109-E120.
- 47 Pincus, T., Vlaeyen, J.W., Kendall, N.A., Von Korff, M.R., Kalauokalani, D.A., Reis, S. (2002). Cognitive-behavioral therapy and psychosocial risk factors in low back pain : Directions for the future. *Spine*, 27, E133-E138.

- 48 Pollard, C.A. (1984). Preliminary validity study of the Pain Disability Index. *Perceptual and Motor Skills*, 59, 974.
- 49 Spitzer, W.O., LeBlanc, F.E., Dupuis, M. (1987). A scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders : A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine*, 12, Supp 75, S3-S59.
- 50 Sullivan, M.J.L., Bishop, S., Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale : Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524-532.
- 51 Sullivan, M.J.L. et Neish, N. (1998). Catastrophizing, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 37, 243-250.
- 52 Sullivan, M.J.L., Stanish, W.D. (2003). Psychologically based occupational rehabilitation : The Pain-Disability Prevention Program. *Clinical Journal of Pain* ; 19, 97-104.
- 53 Sullivan, M.J.L., Stanish, W., Sullivan, M.E., Tripp, D. (2002). Differential predictors of pain and disability in patients with whiplash injuries. *Pain Research and Management*, 7, 68-74.
- 54 Sullivan, T., Frank, J. (2000). Restating disability or disabling the state : Four challenges. In T. Sullivan (Ed.) *Injury and the New World of Work*. Vancouver BC : UBC Press.
- 55 Tait, R.C., Chibnall, J.T., Krause, S. (1990). The Pain Disability Index : Psychometric properties. *Pain*, 14, 171-182.
- 56 Tait, R.C., Pollard, C.A., Margolis, R.B., Duckro, P.N., Krause, S.J. (1987). The Pain Disability Index : Psychometric and validity data. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 68, 438-441.
- 57 Turk, D.C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R.J. Gatchel and D.C. Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management*. New York : Guilford.
- 58 Turk, D.C. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Research & Management*, 7, 9-19.
- 59 Turk, D.C., Rudy, T.E., Salovey, P. (1985). The McGill Pain Questionnaire reconsidered : Confirming the factor analysis and examining appropriate uses, *Pain*, 21, 385-397.
- 60 Van den Hout, J.H., Vlaeyen, J.W., Heuts, P.H., Zijlema, J.H., Wijnen, J.A. (2003). Secondary prevention of work-related disability in non-specific low back pain : Does problem-solving therapy help ? A randomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain*, 19, 87-96.
- 61 Vlaeyen, J.W., De Jong, J.R., Onghena, P., Kerckhoffs-Hanssen, M., Kole-Snijders, A.M. (2002). Can pain-related fear be reduced ? The application of cognitive-behavioral exposure in vivo. *Pain Research & Management*, 7, 144-153.
- 62 Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Rotteveel, A., Ruesink, R., Heuts, P.H.T.G. (1995). The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5, 235-252.
- 63 Waddell, G. (1998). *The back pain revolution*. Edinburg : Churchill Livingstone.
- 64 Waddell, G., Burton, A.K., Main, C.J. (2003). *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. London UK : Royal Society of Medicine Press.

RÉSUMÉS

L'objectif de cette recherche était d'examiner le degré avec lequel la réduction des facteurs de risques psychosociaux était associée au retour au travail. Cette recherche a été effectuée dans le contexte d'un programme de réadaptation pour les travailleurs ayant subi une blessure au dos. Les participants étaient 116 (68 hommes, 48 femmes) clients de la Commission des accidents du travail de la Nouvelle-Écosse ayant demandé une indemnisation pour accident de travail. Les participants étaient orientés vers une intervention cognitivo-comportementale, donc le but était de réduire les obstacles psychologiques au progrès en réadaptation. Les facteurs psychologiques ciblés par le programme étaient les pensées catastrophiques, la crainte du mouvement, les croyances concernant l'incapacité et la dépression. Dans cet échantillon, 56 % des participants ont retourné au travail dans les quatre semaines suivant la fin du traitement. Des analyses de variance à mesures répétées ont révélé des diminutions significatives dans la douleur, la dépression, les pensées catastrophiques, les croyances concernant l'incapacité, et la peur du mouvement. Des analyses univariées ont indiqué que la réduction de tous les facteurs de risque était associée à une plus haute probabilité de retour au travail. Une analyse de régression logistique a révélé que la durée d'absence du travail et la réduction des pensées catastrophiques ont contribué uniquement à la prédiction du retour au travail. Les résultats de cette étude offrent des preuves préliminaires selon lesquelles les interventions qui visent spécifiquement à réduire les facteurs de risques psychosociaux reliés à la chronicité ont un impact positif sur la probabilité de retour au travail.

The purpose of the present study was to examine the degree to which psychosocial risk factor reduction was associated with the return to work. This study was carried out in the context of a rehabilitation program for workers who had suffered a back injury. The participants were 116 Nova Scotia WCB claimants (68 men, 48 women) who had made a claim for an industrial accident. The participants were oriented towards a cognitive behavioral intervention whose purpose was to reduce psychological obstacles to rehabilitation. The psychosocial risk factors targeted by the program included pain catastrophizing, fear of movement, beliefs about disability, and depression. In this sample, 56 % of the participants returned to work within four weeks of treatment termination. Pre- to post-treatment comparisons revealed significant reductions in pain, depression, catastrophizing, perceived disability, and fear of movement. Univariate analyses revealed that reductions in all risk factors were associated with a higher probability of a return to work. Logistic regression revealed that only the duration of work disability and the reduction in pain catastrophizing contributed solely to the prediction of a return to work. The results of the present study provide preliminary evidence that the reduction of psychosocial risk factors related to chronicity may have a positive impact on the probability of returning to work.

El objetivo de esta investigación era de examinar hasta qué punto se asocia la reducción de factores de riesgos psicosociales con la vuelta al trabajo. Se ha efectuado esta investigación en el contexto de un programa de rehabilitación para trabajadores que han sufrido de una herida en la espalda. Los participantes eran 116 (68 hombres y 48 mujeres) clientes de la Comisión de los accidentes en el trabajo de Nueva Escocia que habían pedido una indemnización por accidente laboral. Los participantes eran orientados hacia una intervención cognitivo-conductual cuya finalidad era de reducir los obstáculos psicológicos a su rehabilitación. Los factores psicológicos focalizados en este programa eran los pensamientos catastróficos, el miedo del movimiento, las creencias a propósito de la invalidez y la depresión. En esta muestra, 56 % de los participantes

volvieron al trabajo en las cuatro semanas siguiente el fin del tratamiento. Análisis de varianza con mediciones repetidas han revelado disminuciones significativas del dolor, la depresión, la catastrofización, las creencias a propósito de la invalidez y el miedo del movimiento. Análisis univariados indicaron que la reducción de todos los factores de riesgos se relacionan con una probabilidad más grande de la vuelta al trabajo. Análisis de regresión logísticos han revelado que la duración de ausencia al trabajo y la reducción de la catastrofización han contribuido solamente a la predicción de la vuelta al trabajo. Los resultados de este estudio demuestran mediante pruebas preliminares que la reducción de los factores de riesgos psicosociales vinculados a la cronicidad tienen un impacto positivo sobre la probabilidad de la vuelta al trabajo.

INDEX

Mots-clés : facteurs de risque, chronicité, incapacité, réadaptation, retour au travail

Palabras claves : factores de riesgos, cronicidad, invalidez, rehabilitación, vuelta al trabajo

Keywords : risk factors, chronicity, disability, rehabilitation, return to work

AUTEURS

MICHAEL SULLIVAN

Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128 Succ. Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7. michael.jl.sullivan@umontreal.ca

HEATHER ADAMS

Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal (Québec), H3C 3J7, heather.adams@umontreal.ca

WILLIAM STANISH

Département de chirurgie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), wstanish@ns.sympatico.ca

ANDRÉ SAVARD

Département de chirurgie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), andre.savard@umontreal.ca