

**L'incidence de lombalgies
dans deux cohortes :
les auxiliaires familiales et les
préposées aux bénéficiaires
et l'évaluation
des conditions de travail**

**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

Dina Hamd
Gilles Thériault

Juin 1998

R-192

RAPPORT



IRSST
Institut de recherche
en santé et en sécurité

La recherche, pour mieux comprendre

L'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) est un organisme de recherche scientifique voué à l'identification et à l'élimination à la source des dangers professionnels, et à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes. Financé par la CSST, l'Institut réalise et finance, par subvention ou contrats, des recherches qui visent à réduire les coûts humains et financiers occasionnés par les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Pour tout connaître de l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par la CSST et l'Institut.

Les résultats des travaux de l'Institut sont présentés dans une série de publications, disponibles sur demande à la Direction des communications.

Il est possible de se procurer le catalogue des publications de l'Institut et de s'abonner à *Prévention au travail* en écrivant à l'adresse au bas de cette page.

ATTENTION

Cette version numérique vous est offerte à titre d'information seulement. Bien que tout ait été mis en œuvre pour préserver la qualité des documents lors du transfert numérique, il se peut que certains caractères aient été omis, altérés ou effacés. Les données contenues dans les tableaux et graphiques doivent être vérifiées à l'aide de la version papier avant utilisation.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

IRSST - Direction des communications
505, boul. de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : (514) 288-1 551
Télécopieur: (514) 288-7636
Site internet : www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche en santé
et en sécurité du travail du Québec,

**L'incidence de lombalgies
dans deux cohortes :
les auxiliaires familiales et les
préposées aux bénéficiaires
et l'évaluation
des conditions de travail**

Dina Hamd et Gilles Thériault
Université McGill

**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

RAPPORT

REMERCIEMENTS:

Nous désirons remercier les personnes et les organismes suivants pour leur collaboration et leur support à cette recherche:

- Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS); M. Gilles Lebeau, son président; Mme Rose-Ange Proteau
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)
- Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST)

Nous remercions également, pour leur participation, les centres locaux de santé communautaires (CLSC) et les hopitaux suivants; les directeurs des services de soins à domicile des CLSC et les directeurs des départements de soins infirmiers des hopitaux participants ainsi que toutes les auxiliaires familiales et sociales et les préposées aux bénéficiaires qui ont répondu aux questionnaires.

- | | |
|--------------------------------|--|
| -CLSC Ahuntsic | -CLSC de Marigot |
| -CLSC Arthur Buies | -CLSC Mercier-Est Anjou |
| -CLSC d'Autray | -CLSC Métro |
| -CLSC Bordeaux-Cartierville | -CLSC Montréal Nord |
| -CLSC Centre-Sud | -CLSC Norman Bethune |
| -CLSC Centre-Ville | -CLSC Olivier Guimond |
| -CLSC Châteauguay | -CLSC Parc Extension |
| -CLSC la Chenaie | -CLSC Pierrefonds |
| -CLSC Cote-des-Neiges | -CLSC Plateau Mont-Royal |
| -CLSC Cote-Saint-Luc Hampstead | -Clinique Communautaire Pointe Saint-Charles |
| -CLSC Drummond | -CLSC la Pommeraie |
| -CLSC les Forges | -CLSC Rivière-des-Prairies |
| -CLSC Gaston-Lessard | -CLSC Saint-Henri |
| -CLSC Grande Rivière | -CLSC Saint-Hubert |
| -CLSC du Havre | -CLSC Saint-Laurent |
| -CLSC Holchelaga-Maisonnette | -CLSC Saint-Louis du Parc |
| -CLSC Huntingdon | -CLSC Saint-Michel |
| -CLSC J. Octave Roussin | -CLSC Sainte-Rose de Laval |
| -CLSC Jardin du Québec | -CLSC la Salle |
| -CLSC Jean-Olivier Chenier | -CLSC Samuel de Champlain |
| -CLSC de Joliette | -CLSC SOC |
| -CLSC du Haut Saint-Maurice | -CLSC Suzor-Coté |
| -CLSC de Hull | -CLSC Thérèse-de-Blainville |
| -CLSC Lac Saint Louis | -CLSC des Trois Vallées |
| -CLSC Lamater | -CLSC la Vallée des Patriotes |
| -CLSC Longueuil-Ouest | -CLSC Verdun Cote-Saint-Paul |
| -CLSC le Méandre | -CLSC du Vieux LaChine |

- Bayview Hospital
- Centre Hospitalier des Bois-Francis
- Centre le Cardinal
- Hôpital Champlain de Verdun
- Centre Hospitalier Cooke
- Centre Hospitalier Cote-des-neiges
- Hotel Dieu de Montreal
- Hôpital Douglas
- Hôpital Général Juif
- Centre Hospitalier Georges Frédéric
- Centre Hospitalier Jacques Viger
- Centre Hospitalier Juif de l'Espérance
- Hôpital Notre-Dame
- Hôpital de la Piéta

- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Hôpital Sainte-Anne
- Centre Hospitalier Saint-Charles Borromée
- Mont-Sinai Hospital
- Hôpital Rivière-des-Prairies
- Cité de la Santé de Laval
- Centre de Santé Saint-Henri
- Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc
- Centre Hospitalier Saint-Joseph Lac Mégantic
- Centre Hospitalier Saint-Joseph de Trois-Rivières
- Hôpital Saint-Luc
- Hôpital Sainte-Rita
- Centre d'Hébergement Saint-Vincent-Marie
- Centre Hospitalier Thoracique de Montréal

Table des matières

	Remerciements	ii
	Table des matières	iv
	Résumé	vi
I.	Le contexte et la signification de cette étude	1
II.	Revue de la littérature	3
III	Objectifs et hypothèses	11
IV	Méthode	13
	1- Type d'étude	13
	2- Terminologie	13
	3- Contexte de l'étude	14
	4- Population à l'étude	16
	5- Ententes avec les institutions participantes	17
	6- Taille de l'échantillon	19
	7- Confidentialité	21
	8- Collecte des données	21
	9- Les instruments utilisés	22
	10- Non-répondants	23
	11- Contrôle de la qualité	23
	12- Analyse	23
V	Résultats	24
	1- Population à l'étude	24
	2- Statistiques descriptives	25
	3- Choix des variables pour l'analyse statistique	31
	4- Résultats des analyses statistiques	33
VI	Discussion	37
	1- Retour sur les hypothèses de l'étude	37
	2- Le mal de dos comme facteur de sélection hors travail	38
	3- Validité de l'étude	39
VII	Références	42

Annexes

- I- Lettres adressées aux CLSC et aux hôpitaux pour malades chroniques**
- II- Questionnaires utilisés pour la collecte des données**
- III- Exemple de calcul des personnes-années**
- IV- Caractéristiques des non-répondants**
- V- Influence des emplois précédents sur les résultats**

Résumé

Le problème

C'est depuis 1980 que tous les Centres locaux de santé communautaire (CLSC) offrent des services de soins à domicile. En 1989, 234 cas de blessures au dos furent rapportés parmi les aides malades qui travaillaient dans les programmes de soins à domicile au Québec, avec un temps d'absence au travail qui variait de 63 jours à 6 mois. Les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier sont semblables sur la base de leur niveau d'éducation, du type de services qu'elles donnent et des caractéristiques des bénéficiaires qu'elles desservent mais diffèrent sur la base de l'organisation et des conditions de travail. Les aides malades en milieu hospitalier travaillent dans un environnement où sont présentes des facilités techniques pour l'accomplissement de tâches telles que les déplacements et les soins aux bénéficiaires alors que les aides malades à domicile ont rarement sinon jamais accès à ces mêmes outils de travail. Il se pourrait donc que les conditions de travail à domicile occasionnent l'apparition de maux de dos plus fréquents chez les aides malades qui y travaillent que chez les aides malades en milieu hospitalier.

Objectif

La présente étude vise trois objectifs: 1- Déterminer si le fait de travailler comme aide malade aux domiciles des bénéficiaires entraîne un plus grand risque de développer un mal de dos que de travailler comme aide malade en milieu hospitalier pour un travail équivalent auprès de bénéficiaires de même type. 2- Identifier les caractéristiques personnelles qui contribuent au développement de maux de dos parmi les aides malades. 3- Identifier les facteurs professionnels qui entraînent un mal de dos parmi les aides malades.

Méthode

La présente étude est une étude de cohorte rétrospective. Elle compare deux cohortes, une cohorte constituée d'aides malades qui oeuvrent aux domiciles des bénéficiaires et qui sont à l'emploi des CLSC, et une cohorte d'aides malades qui travaillent dans des hôpitaux pour malades chroniques. La population comprend toutes les aides malades qui travaillaient activement entre janvier 1988 et décembre 1992. Le nombre de personnes échantillonnées était de 562 aides malades à domicile et de 416 aides malades en milieu hospitalier. L'information a été recueillie par un questionnaire auto-administré. Les taux de réponses ont été de 68.2% chez les aides malades à domicile et de 72.7% chez les aides malades en milieu hospitalier. La cueillette des données s'est faite avec l'aide des employeurs concernés, 54 CLSC et 36 hôpitaux pour malades chroniques.

Résultats

Les aides malades à domicile ont un risque plus élevé de lombalgie que les aides malades en milieu hospitalier. Ce risque est statistiquement significatif pour plusieurs types de lombalgies. Ce sont:

avoir eu une lombalgie durant la vie (RR=1.68, IC 95% 1.12-2.53), présence d'une lombalgie avec incapacité (RR=1.81, IC 95% 1.67-2.82), un premier épisode de lombalgie durant la période 1988-1992 (RR=1.63, IC 95% 1.03-2.58), un premier épisode avec compensation (RR=15.19, IC 95% 2.03-113.74) et un premier épisode avec traitement durant la période 1988-1992 (RR=3.93, IC 95% 1.47-10.37).

Deuxièmement, les risques sont plus élevés dans la cohorte incidente (celle constituée des travailleuses qui ont commencé à travailler durant la période 1988-1992) que dans la cohorte totale.

Troisièmement, les risques ne sont pas élevés dans la cohorte prévalente, cohorte constituée des travailleuses qui étaient au travail au début de la période d'observation en 1988 ainsi qu'à la fin de cette période en 1992.

Quatrièmement, les risques augmentent avec la sévérité du mal de dos, de lombalgie durant la vie (RR = 1.97, IC95% 1.02-3.80) à lombalgie avec incapacité (RR = 3.10, IC95% 1.44-6.67) à lombalgie traitée (RR = 3.93, IC95% 1.49-10.37) et finalement lombalgie avec compensation (RR = 15.19, IC95% 2.03-113.74). Il faut noter toutefois que les nombres de cas diminuant avec le degré de sévérité, les intervalles de confiance aussi augmentent.

Discussion

L'étude confirme que les aides malades qui travaillent à domicile ont des taux plus élevés (taux d'incidence et taux de prévalence) de maux de dos que les aides malades qui font un travail similaire en milieu hospitalier. Ceci est vrai pour différentes définitions et différents niveaux de sévérité des maux de dos.

Parmi les facteurs personnels, seul l'âge était associé au développement d'un mal de dos chez les aides malades à l'étude. Parmi les facteurs professionnels associés au mal de dos, l'étude a permis d'en confirmer 3 : la présence d'aide pour déplacer les patients, le fait que le bénéficiaire soit un convalescent post-opération et un lève-patient nécessaire mais non-utilisé. Dans le cas de ce troisième facteur, la question posée a pu porter à ambiguïté de sorte que ce facteur peut signifier que le lève-patient n'était pas disponible alors qu'il était nécessaire ou qu'il était disponible mais que l'aide malade ne l'utilisait pas faute de temps ou parce que le bénéficiaire le refusait. Quoiqu'il en soit, ce facteur contribuait à la présence de mal de dos chez l'employé.

En corrigeant pour les facteurs de risque professionnels identifiés dans cette étude, il persiste une différence significative de maux de dos entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier. Pour le moment, nous ne sommes pas capable d'expliquer ce phénomène. Au delà des variables professionnelles mesurées, il y aurait d'autres facteurs qui occasionnent davantage des maux de dos chez les aides malades à domicile que chez les aides malades en milieu hospitalier.

I. Le contexte et la signification de cette étude

Les risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs de la santé retiennent de plus en plus l'attention. Les infirmières constituent une forte majorité de ces travailleurs. En plus d'être exposées à des risques biologiques et toxiques, elles sont exposées à des risques ergonomiques susceptibles de produire des maux de dos. Bien que le premier épisode de mal de dos soit ordinairement aigu et douloureux, dans la plupart des cas elles reprennent le travail après la guérison. Toutefois, les incomforts et les limitations de mouvements peuvent diminuer grandement leur rendement et affecter la qualité des soins qu'elles donnent aux patients. Le développement d'un premier épisode va augmenter les risques de rechute, surtout si les conditions et les méthodes de travail ne sont pas modifiées.

Du point de vue économique, le coût d'un séjour d'une année dans un hôpital pour malades chroniques dans la région de Montréal est estimé à \$50,000. Le coût pour des soins semblables donnés à domicile est de \$5,000. Il n'est pas surprenant dans ce cas de voir les administrations de la santé privilégier davantage la prestation de soins au domicile des patients.

Les données suivantes illustrent l'importance des maux de dos dans la profession infirmière. Durant la période 1986-1989, La Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) a compensé 20,457 travailleurs pour blessures au dos pour un coût de \$45,728,130. Le personnel infirmier, qui constitue 42% de la main d'oeuvre a présenté 50% de ces cas de réclamations.

Une comparaison de l'importance des maux de dos entre les aides malades et les infirmières révèle ceci: les aides malades constituent 21% de la main d'oeuvre et présentent 42% des cas de compensation pour blessures au dos; par ailleurs, les infirmières constituent aussi 21% de la main d'oeuvre mais ne représentent que 8% des blessures au dos. En 1989, 234 cas de blessures au dos furent rapportés parmi les aides malades qui travaillaient dans les programmes de soins à domicile au Québec, avec un temps d'absence au travail qui variait de 63 jours à 6 mois. Ces données attirent notre attention sur un sous-groupe de travailleurs des soins infirmiers, les aides malades qui travaillent aux domiciles des patients. Nous les appellerons les aides malades à domicile.

Le Canada est parmi les premiers pays qui ont introduit les services de soins à domicile. Ces programmes débutèrent en 1972. Depuis 1980, tous les Centres locaux de santé communautaire (CLSC) du Québec offrent de tels programmes.

La majorité des études sur les maux de dos chez les travailleurs de la santé ont porté sur le personnel infirmier oeuvrant en milieu hospitalier. Elles ont surtout porté sur les infirmières en titre et à un moindre degré sur les auxiliaires et les aides malades. Sauf tout récemment, aucune

étude n'a porté sur la problématique des aides malades à domicile. L'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales (ASSTSAS) a publié des études descriptives illustrant l'importance des maux de dos chez les aides malades à domicile, mais aucune étude épidémiologique n'a été conduite pour relativiser l'importance des maux de dos parmi ces travailleuses en comparaison avec les travailleuses des milieux institutionnalisés.

La présente recherche essaiera de faire la lumière sur cette question. On y comparera la problématique des maux de dos parmi les aides malades à domicile qui oeuvrent dans le cadre des programmes de soins à domicile avec celle rencontrée dans un groupe de professionnels semblables, les aides malades en milieu hospitalier qui font le même métier dans un environnement institutionnalisé.

Les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier sont semblables sur la base de leur niveau d'éducation, du type de services qu'elles donnent et des caractéristiques des bénéficiaires qu'elles desservent mais diffèrent sur la base de l'organisation et des conditions de travail. Les aides malades en milieu hospitalier travaillent dans un environnement où sont présentes des facilités techniques pour l'accomplissement de tâches telles que les déplacements et les soins aux bénéficiaires alors que les aides malades à domicile ont rarement sinon jamais accès à ces mêmes outils de travail.

En résumé, l'étude va déterminer l'incidence du mal de dos d'origine professionnelle chez les aides malades à domicile et chez les aides malades en milieu hospitalier et identifier les facteurs de risque qui leurs sont associés. Ces indicateurs pourront aider les CLSC et les hopitaux à planifier des actions préventives futures. L'étude va explorer l'importance de l'utilisation des équipements et du recourt à de l'aide technique dans la prestation de soins aux patients et dans leur déplacements, un domaine ouvert à de futures recherches.

II. Revue de la littérature

Cette revue de la littérature portera sur les maux de dos chez le personnel infirmier.

L'étude des blessures au dos et des lombalgies professionnelles remonte au 17^{ième} siècle. Déjà en 1600, Ramazzini, le père de la médecine du travail, identifiait les vocations à risque de développer des malaises au dos. Quelques études ont identifié la profession d'infirmier/ère comme une cause de maux de dos. Troup et al.(1981) et Magora (1970) placent les infirmiers au deuxième rang juste après les travailleurs de l'industrie lourde dans la liste des professions ayant les fréquences les plus élevées de maux de dos. Cust et al.(1972), mentionnent qu'en Angleterre, les infirmières ont un taux de maux de dos plus élevé que les professeurs. Klein et al.(1984), montrent que les aides malades et les infirmières sont parmi les 10 professions ayant les taux les plus élevés de réclamations pour lombalgies et entorses lombaires, et que seuls les éboueurs et les travailleurs des entrepôts avaient des taux de réclamations pour maux de dos plus élevés qu'elles. Videman et al.(1984), ont observé qu'en Finlande, les aides malades avaient des taux de fréquences de maux de dos plus élevés que les infirmières en titre.

Plusieurs études portant sur la comparaison de la fréquence des maux de dos entre les infirmières et d'autres professions ont été publiées: Ferguson (1970), Harber (1985), Hoover (1973), Raistrick (1981), Stubbs (1983). Elles comportent de nombreuses divergences. Nous essayerons d'en extraire les principales connaissances selon les 6 thèmes suivants:

1. Définition d'un mal de dos;
2. Critères utilisés pour identifier un mal de dos;
3. Types d'études;
4. Mesures de fréquence utilisées;
5. Groupes étudiés;
6. Facteurs de risque associés aux maux de dos.

1. Définition d'un mal de dos

Il y a peu de consistance dans la terminologie utilisée par les chercheurs pour définir le mal de dos. Le terme mal de dos peut désigner soit l'ensemble du rachis vertébral ou un de ses segments cervical, thoracique ou lombaire. Venning et al. (1987), considère le mal de dos comme une blessure au cou, au haut du dos et au bas du dos. Harber et al. (1985), exclut les épaules et le haut du dos dans sa définition. D'autres auteurs (Owen & Damron 1984, Cust et al. 1972, Owen 1989) considèrent le mal de dos comme se référant exclusivement à la région lombaire. Mandel & Lohman (1987) utilisent comme définition de mal de dos une douleur qui dure 48 heures, sans mention d'autres caractéristiques. Ferguson (1970) définit le mal de dos comme une entorse lombaire ou une elongation musculaire. Arad & Ryan (1985) ne donne aucune description de la douleur. Ryden (1989) inclut dans son étude tous les cas rapportés de maux de dos

indépendamment du temps d'arrêt de travail ou de la prestation d'une compensation.

2. Critères utilisés pour identifier un mal de dos

La méthode et les critères utilisés pour identifier les maux de dos varient beaucoup d'une étude à l'autre. Ils comprennent entre autres: entrevue seule, entrevue avec un examen médical, entrevue avec mesure de paramètres physiques (Owen & Damron, 1984); examens cliniques, evidence chirurgicale, dossiers médicaux, données du service de santé des employés (Ryden, 1989); rapports de blessures au dos (Ferguson, 1970); réclamations pour compensations et surtout questionnaires auto-administrés (Cust et al. 1972; Videman et al. 1984; Venning et al. 1987; Owen 1989). Comme marqueurs de sévérité, des indicateurs tels que traitement médical ou absence du travail ont été utilisés.

Les études ont surtout recensé les incidents rapportés. Venning et al. (1987) a inclus dans son étude les cas rapportés au service de santé des employés. Ryden (1989) s'en tient aux cas rapportés sur les formulaires d'accident ayant la mention dus à la manutention de patients ou d'équipement. Cust et al. (1972) rapporte tous les cas indépendamment du diagnostic. Harber et al. (1985) différencie entre les épisodes de mal de dos et les maux de dos chroniques. Owen (1989) inclut non seulement les incidents rapportés et les cas compensés mais aussi les cas non-rapportés.

3. Types d'études

La majorité des études publiées sur les maux de dos chez les infirmières ont été de simples recensements. Tel fut le cas pour les études de Ferguson 1970; Cust et al. 1972; Videman et al. 1984; Harber 1985; Arad & Ryan 1986, Mandel & Lohman 1987 et Owen 1989. Il y eu quelques études de cohorte (Venning et al. 1987) et de cas-témoins (Venning et al. 1987, Ryden 1989).

Il y a eu très peu d'études qui étaient scientifiquement solides. Dans une revue de la littérature conduite en 1987 par le Groupe de travail sur l'approche scientifique de l'évaluation et du traitement des maux de dos, 35% des 721 publications furent rejetées sur la base de leur manque de fondements scientifiques. Le reste des 469 publications furent classifiées selon leur type et leur qualité scientifique. Parmi celles-ci, 10% des essais randomisés, 12% des études cohorte et cas-témoin et 10% des études descriptives furent jugés de bonne ou très bonne qualité.

4. Mesures de fréquence utilisées

La plupart des études rapportent des taux de prévalence des maux de dos. Quelques rares études rapportent des taux d'incidence. Ceci est une faiblesse majeure puisque les facteurs de causalité ne peuvent pas être identifiés à partir de taux de prévalence.

Lorsque des taux d'incidence ont été rapportés, rares sont les études où l'incidence était définie. Les incidences définies étaient les suivantes: premier épisode d'un mal de dos (Cust et al. 1972); un nouveau cas de mal de dos mais non nécessairement chez une nouvelle personne (Ferguson

1970); ou plus d'un épisode se produisant durant la vie entière (Arad & Ryan 1986).

Quant à la prévalence, Arad & Ryan (1986) rapportent une prévalence pour trois périodes: 1 mois, 6 mois et durant la vie entière; Videman et al. (1984) la prévalence d'au moins un épisode de mal de dos durant la vie entière; Stubbs (1983) la prévalence pendant une période de 6 mois et Dehlin (1976), Raistrick (1976), Breen (1979), Richards & McKinnon (1985) la prévalence de mal de dos au cours de la vie entière.

Dans un tel contexte, toute comparaison de taux doit être faite avec prudence.

5. Groupes étudiés

La plupart des études ont traité des maux de dos chez les employés d'hôpitaux (Ryden 1989, Ferguson 1970). Videman et al. (1984) a comparé la fréquence des maux de dos entre les infirmières en titre et les aides malades. Venning et al. (1987), Mandel & Lohman (1987), Arad & Ryan (1986), Harber et al. (1985) ont comparé la fréquence des maux de dos entre divers sous groupes du personnel infirmier tel que les infirmières en titre, les infirmières stagiaires, les assistantes infirmières, les aides malades... dans diverses divisions de l'hôpital: gériatrie, médecine, chirurgie, orthopédie. Owen & Damron (1984) ont inclus les infirmières bénévoles. Owen (1989) a étudié les infirmières licenciées. Cust et al. (1972) compare les professeurs avec les infirmières et les aides malades.

6. Facteurs de risque associés aux maux de dos

Dans la section suivante, nous résumerons les facteurs professionnels et personnels qui ont été associés aux maux de dos.

A) Facteurs professionnels:

Titre professionnel

Venning et al. (1987) a rapporté une différence significative ($OR = 1.77$, $p < 0.001$) de la fréquence des maux de dos entre les aides malades et les "orderlies" dans une première observation et entre les infirmières en titre et les superviseurs dans une seconde. Par ailleurs, Harber et al. (1985) et Stubbs et al. (1985) n'ont observé aucune différence dans la fréquence des maux de dos entre les diverses catégories d'infirmières.

Unité de travail

Venning et al. (1987) rapporte une association significative entre le mal de dos et la levée de patients (OR ajusté pour l'âge = 4.26, $p < 0.01$) dans les unités de soins intensifs, de soins pour malades chroniques, et de soins orthopédiques en comparaison avec les unités de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie. Par ailleurs, Mandel & Lohman (1987) n'observent pas de

différence dans la fréquence de maux de dos entre diverses unités de soins infirmiers.

Travail posté

Ryden et al. (1985) a observé parmi les employés d'hôpitaux un risque plus élevé de maux de dos (OR = 2.33, intervalle de confiance 95% (IC95%) 1.28-3.89) durant le quart de jour en comparaison avec le quart de nuit.

Ancienneté au travail

Owen & Damron (1984) ont observé que les infirmiers et les assistantes infirmières qui avaient mal au dos avaient une ancienneté plus élevée (8.0 années) que les infirmières et aides infirmières sans mal de dos (4.5 années).

Charge de travail

Owen & Damron (1984) ont montré que les charges lourdes étaient associées aux maux de dos ($p < 0.001$). Videman et al. (1984) a trouvé que les aides malades se différencient de infirmières en titre quant au nombre d'heures par semaine affectées à la levée de patients, à se pencher et à marcher.

Années affectées à la levée de patients

Les infirmières souffrant de mal de dos ont levé des patients pendant un plus grand nombres d'années (8.0 années) que les infirmières sans mal de dos (4.9 années) ($p < 0.000$). (Owen 1989)

Nombre de levées par quart de travail

Owen (1989) a aussi noté que les infirmières avec mal de dos accomplissaient plus de levées par quart de travail (11 levées) que les infirmières sans mal de dos (5 levées) ($p < 0.000$). Arad & Ryan (1986) rapportent que les infirmières les plus jeunes ont les moyennes de levées de patients les plus élevées (11.2 levées par quart de travail).

Les charges lourdes comme cause principale de mal de dos

Venning et al. (1987) rapporte un ratio de cote ajusté pour l'âge de 2.19 ($p < 0.05$) entre les infirmières qui lèvent et celles qui ne lèvent pas les patients. Cust et al. (1972) montrent que la levée de patients est associée à 46% des cas de mal de dos chez les infirmières. La levée de patients était la cause principale de mal de dos chez 55.4% des cas rapportés parmi les employés d'hôpitaux (Ryden et al. 1985). Pareillement, 52% des blessures étaient associées à la levée de patients dans l'étude de Ferguson (1970). Harber et al. (1985) rapportent que les maux de dos observés dans leur étude étaient dus à la levée de patients du lit (48%) et à aider les patients à se lever du lit (30%). Aussi, dans l'étude de Stubbs (1985) 84% des blessures au dos chez les

infirmières étaient attribuables au déplacement des malades.

Knutson (1976) rapporte que 40% des coûts d'indemnisation étaient attribuables au déplacement des patients. Le dos était en cause dans 77% des cas compensés. Plusieurs autres études ont rapporté une relation entre le mal de dos et la levée de patients: Chaffin & Park (1973), Fryomer et al. (1986), Hult (1954), Swensson & Anderson (1983), ...

B) Facteurs personnels

Age

Brown (1973) rapporte que les infirmières se blessent au dos à des âges plus jeunes que les travailleurs de l'industrie. Videman et al. (1984) montre que l'augmentation de la prévalence des maux de dos par année d'âge est de 4% (IC95% 3-6 %) chez les infirmières en titre et de 11% (IC95% 8-15%) pour les aides malades. Cette différence est significative à $p < 0.001$. Owen & Damron (1984) montrent que la moyenne d'âge chez les infirmières qui souffrent de mal de dos est de 36 ans comparée à 28 ans pour celles qui n'ont pas mal au dos. Cette différence était significative à $p < 0.001$.

Statut marital

Aucune association n'a été observée entre la présence de maux de dos et le statut marital des infirmières.

Grossesse

Videman et al. (1984) n'a trouvé aucune association entre le mal de dos et la grossesse chez les infirmières et les aides malades.

Histoire familiale de mal de dos

Owen & Damron (1984) ont trouvé qu'il y a une association significative entre une histoire de mal de dos dans la famille et l'apparition d'un mal de dos chez les infirmières ($p < 0.001$). Cinquante-cinq pourcent des infirmières et des assistantes infirmières qui avaient un mal au dos avaient plus d'un membre de leur famille qui souffrait ou avait souffert d'un mal de dos. Par comparaison, seulement 18% des infirmières qui n'avaient pas eu mal au dos avaient des membres de leur famille qui souffraient ou avaient souffert d'un mal de dos.

Épisodes précédents de mal de dos

Videman et al. (1984) a observé que la fréquence de précédents épisodes de maux de dos était de 10%, IC95% 8-13, chez les infirmières qualifiées et de 16%, IC95% 12-20, chez les aides

malades. Cette différence était significative à $p < 0.001$. Mandel & Lohman (1987) ont rapporté un OR = 4.43, IC95% 3.35-5.87, parmi les infirmières avec des épisodes précédents de maux de dos en comparaison avec celles qui n'avaient pas mal au dos. Pareillement, Ryden et al. (1989) rapportent un OR = 2.13, IC95% 1.07-4.24 parmi les employés d'hôpitaux. Venning et al. (1987) rapporte que les épisodes précédents de mal de dos était le meilleur prédicteur d'un nouvel épisode de mal de dos chez les infirmières.

Obésité et maigreur

Dehlin (1976) et Arad & Ryan (1986) n'ont pas trouvé d'association entre mal de dos et obésité ou maigreur parmi les infirmières. Ryden et al. (1989) n'a pas trouvé non plus de tendances entre les maux de dos et le poids parmi le personnel hospitalier. Cust et al. (1972) a observé que le pourcentage des blessures au dos augmentait quand le pourcentage d'obésité ou de maigreur augmentait tant chez les infirmières que chez les professeurs.

Longueur des jambes

Rowe (1971) ne trouve pas de différence dans la fréquence des maux de dos quand la différence dans la longueur des jambes est de 1/4 de pouce. Par contre, Owen & Damron (1984) rapportent que 50% des infirmières qui souffraient de mal de dos avaient une différence dans la longueur des jambes de 1/4 pouce comparées à 21% parmi les infirmières sans mal de dos.

Courbure de la lordose lombaire

Caillet (1981) a montré que l'égalité de la longueur des jambes et l'angulation normale de la lordose lombaire sont des facteurs importants de la prévention des blessures au dos.

La flexibilité musculaire

Chaffin et al. (1988) a montré que 90% des lombalgies étaient reliées à un manque de flexibilité musculaire. Owen & Damron (1984) ont observé une différence significative chez les infirmières lors de tests de proprioception; par exemple, quand elles tentaient de toucher le sol avec la pointe des doigts, la distance doigts-sol était de 4.3 pouces chez les infirmières avec mal de dos alors qu'elle était de 1.2 pouces chez celles qui n'avaient pas mal au dos ($p < 0.001$). Kraus et al. (1977) rapportent que la flexibilité musculaire est moindre en présence d'une lombalgie. Par contre, Berkson et al. (1977) a montré que la force de la musculature abdominale n'était pas un facteur important dans le développement de mal de dos.

Présence de douleur à d'autres segments de la colonne vertébrale

Mandel & Lohman (1987) ont rapporté que, en plus de douleurs au bas du dos, 21% des infirmières en titre avaient des douleurs à la partie haute du dos et 14% au cou. Le risque d'avoir une douleur à d'autres segments de la colonne vertébrale était de 1.75, IC95% 1.35-2.47 chez les

porteurs de lombalgie en comparaison avec les sujets sans lombalgie. Venning et al. (1987) a observé que la fréquence des maux de dos chez le personnel infirmier était de 60% pour la région lombaire, 18% pour le haut de dos et 16% pour le cou.

Capacité intellectuelle

Westrin (1972) mentionne que les victimes de mal de dos ont une capacité intellectuelle plus pauvre et une moins bonne capacité à établir de contacts émotifs.

Stress psychologique

Owen & Damron (1984) rapportent que les infirmières et les assistantes infirmières qui souffrent de mal de dos ont un degré de frustration plus élevé que celles qui ne souffrent pas de mal de dos ($p < 0.5$). D'autres études ont démontré que le stress psychologique est un facteur significatif dans les maux de dos (Magora 1973, Dehlin & Berg 1977, Kraus et al. 1977, Krames 1977, Smith 1979).

Perception de la condition physique

Owen & Damron (1984) ont aussi rapporté que la perception de la condition physique était associé significativement au mal de dos chez les infirmières ($p < 0.01$).

Cigarette

Ryden et al. (1989) n'a pas observé d'association entre la cigarette et le mal de dos parmi les employés d'hôpitaux. Cependant, Svenson et al. (1983), Frymoyer et al (1986) en ont trouvé une. Owen & Damron (1984) ont rapporté que les infirmières avec mal de dos fumaient en moyenne 23 cigarettes par jour comparé 13 cigarettes par jours chez celles qui ne fumaient pas ($p < 0.05$).

Consommation médicamenteuse

Natvig (1970), Westrin (1972), Arad & Ryan (1986) ont montré qu'il y a une relation entre les maux de dos et la consommation de médicaments. Harber et al. (1985) a rapporté que 29% des membres du personnel infirmier prennent des médicaments (analgésiques autres que aspirin/acétaminophen) pour soulager leur mal de dos.

Exercice

Arad & Ryan (1986) n'ont pas trouvé que l'exercice avait un effet significatif sur l'apparition de maux de dos parmi les infirmières. Videman (1984) a rapporté une prévalence plus élevée de symptômes sciatiques ($p < 0.05$) parmi les infirmières et les aides malades qui faisaient de l'exercice deux à trois fois par semaine en comparaison avec celles qui en faisaient moins fréquemment. D'un autre coté, Mandel & Lohman (1987) ont montré que l'exercice aérobique

était associé à une diminution significative des maux de dos ($p = 0.005$). Owen & Damron (1984) ont montré que les infirmières qui performaient un exercice à forte demande énergétique pendant 5.1 heure par semaine avaient moins de maux de dos que celles qui faisaient de tels exercices 2.4 heures par semaine ($p < 0.001$). Feffer (1971) et Magora (1972) ont rapporté que le manque d'exercice contribue à l'apparition des maux de dos. Kraus et al. (1977), Brown (1975), Cady et al. (1979) ont trouvé que les personnes qui font de l'exercice ont moins de rechutes de maux de dos.

Sommaire des facteurs associés à l'apparition de maux de dos

Facteurs professionnels:

- travail posté
- ancienneté
- charges lourdes
- levée des patients

Facteurs personnels

- âge
- histoire familiale de mal de dos
- épisodes précédents de mal de dos
- capacité intellectuelle
- stress psychologique
- cigarette
- exercice

III. Objectifs et hypothèses

1. Objectifs

La présente étude vise trois objectifs:

1- Déterminer si le fait de travailler comme aide malade aux domiciles des bénéficiaires entraîne un plus grand risque de développer un mal de dos que de travailler comme aide malade en milieu hospitalier pour un travail équivalent auprès de bénéficiaires de même type.

2- Identifier les caractéristiques personnelles qui contribuent au développement de maux de dos parmi les aides malades.

3- Identifier les facteurs professionnels qui entraînent un mal de dos parmi les aides malades.

2. Hypothèses de la recherche

1- Les aides malades qui travaillent à domicile ont des taux plus élevés (taux d'incidence et taux de prévalence) de maux de dos que les aides malades qui font un travail similaire en milieu hospitalier. Ceci est vrai pour différentes définitions et différents niveaux de sévérité des maux de dos tel que mesurés par les indicateurs suivant:

- 1- mal au dos en aucun temps durant la vie
- 2- présence d'un mal de dos en 1988
- 3- présence d'un mal de dos en 1992
- 4- un premier épisode de mal de dos durant la période 1988-1992
- 5- un premier épisode sévère de mal de dos durant la période 1988-1992
- 6- un premier épisode de mal de dos avec traitement durant la période 1988-1992
- 7- un premier épisode de mal de dos avec compensation durant la période 1988-1992
- 8- un mal de dos avec incapacité en 1992

2- Les facteurs personnels associés au développement d'un mal de dos sont les suivant: âge, grandeur, poids, consommation de cigarettes et le nombre d'accouchements.

3- Les facteurs professionnels associés aux maux de dos parmi les aides malades sont: l'ancienneté, le travail plein temps-temps partiel, l'espace de travail disponible, la présence d'équipements sur les lieux de travail, le type de service offert, les caractéristiques des bénéficiaires, la présence de lève-patients et le travail d'équipe.

4- Ce ne sont pas les facteurs personnels qui expliquent les taux plus élevés de maux de dos parmi les aides malades à domicile.

5- Lorsque sont contrôlés les facteurs professionnels de mal de dos tels que ancienneté, le travail plein temps-temps partiel, l'espace de travail disponible, la disponibilité d'équipement, le type de service offert, les caractéristiques des bénéficiaires, la présence d'un lève-patient et le travail d'équipe, la différence observée entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier disparaît.

IV. Méthode

1. Type d'étude

La présente étude est une étude de cohorte rétrospective. Elle compare deux cohortes, une cohorte constituée d'aides malades qui oeuvrent aux domiciles des bénéficiaires et qui sont à l'emploi de Centres de santé communautaire (CLSC), et une cohorte d'aides malades qui travaillent dans des hôpitaux pour malades chroniques.

2. Terminologie

Dans la présente étude, les termes et expressions utilisés auront les significations suivantes:

Programme de soins à domicile	Programme au sein des CLSC dont l'objectif est de fournir des soins de santé aux personnes à leur domicile.
Hôpital pour malades chroniques	Hôpital pour malades chroniques ayant plus de 50 lits.
Aide malade à domicile	Employé féminin qui travaille dans un programme de soins à domicile dans un CLSC. Appelé aussi auxiliaire familiale et sociale.
Aide malade en milieu hospitalier	Employé féminin qui travaille dans un hôpital de soins de longue durée. Appelé aussi préposée aux bénéficiaires.
Mal de dos/ lombalgie	Douleur au bas du dos (région lombo-sacrée) attribuée au travail d'aide malade. Cette définition exclut les crampes menstruelles, les fatigues dans les jambes non dûes à une lombalgie, les douleurs à d'autres parties du rachis telles que le haut du dos, les épaules ou le cou.
Episode de mal de dos professionnel	Un épisode de mal de dos qui se produit lors du travail d'aide malade et qui présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: 1- douleurs qui ont duré au moins deux jours 2- douleurs qui ont entraîné un arrêt de travail de deux jours au moins 3- douleurs qui ont nécessité un traitement tel que: médication, consultation médicale, physiothérapie,...
Episode récurrent	Un épisode de mal de dos apparu plus de 6 mois après un précédent épisode de mal de dos.
Premier épisode de mal de dos	Épisode de mal de dos dû au travail d'aide malade et se produisant pour la première fois dans la vie de la personne.

Dernier épisode de mal de dos	L'épisode de mal de dos dû au travail d'aide malade le plus rapproché de 1992 apparu durant la période 1988-1992.
Mal de dos sévère	Mal de dos classé par la personne interrogée comme ayant causé une douleur sévère ou extrêmement sévère sur une échelle de Likert comprenant les catégories suivantes: pas de douleur, douleur modérée, douleur sévère et douleur extrêmement sévère.
Mal de dos avec traitement	Mal de dos qui a nécessité un traitement pour la douleur. Ce traitement a pu prendre les formes suivantes: auto-traitement, médication, chirurgie, hospitalisation, physiothérapie, chiropraxie, port d'appareils de support...
Mal de dos avec compensation	Mal de dos pour lequel la personne a reçu une compensation financière de la CSST ou d'une compagnie d'assurance.
Mal de dos avec incapacité	Mal de dos qui empêche l'aide malade de faire les activités suivantes: -lever et transporter fréquemment des poids lourds -faire fréquemment des mouvements de rotation et d'étirement du dos -rester debout pendant de longues heures -rester assise pendant de longues heures

3. Contexte de l'étude

Traditionnellement, les aides malades travaillaient surtout en milieu hospitalier, et plus particulièrement dans des hôpitaux pour malades chroniques. Avec le virage ambulatoire, une proportion de plus en plus grande d'aides malades travaillent maintenant dans les Centres locaux de santé communautaire (CLSC) et sont affectées à des programmes qui les amènent à donner les soins aux domiciles des malades.

Dans un CLSC, il y a environ 30 aides malades à domicile pour une population de 50,000 personnes. Les aides malades à domicile constituent 44% des employés d'un CLSC et 53% du personnel distributeur de soins. Les services fournis par les aides malades à domicile représentent environ 80% des services fournis dans le cadre du programme des soins à domicile.

Dans les hôpitaux pour malades chroniques, les aides malades constituent 50 à 60% du personnel infirmier.

Selon les publications du Ministère de la santé et des services sociaux (1990), les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier se ressemblent quant à leur niveau de scolarité, aux types de services qu'ils donnent ainsi qu'aux caractéristiques des bénéficiaires qu'ils desservent.

Pour ce type de travail, aucune éducation n'est requise. Ces aides malades reçoivent une formation de travail d'environ 6 mois.

Les services que les aides malades fournissent sont: soins d'hygiène de base (donner le bain), transport et déplacement des patients, accompagnement, surveillance, services d'entretien, magasinage et préparation des repas (cette dernière fonction est moins fréquente chez les aides malades en milieu hospitalier).

Les clientèles desservies par ces deux types d'aides malades sont décrites au tableau 1.

Tableau 1 Distribution (%) des bénéficiaires à domicile et en milieu hospitalier selon le sexe, l'âge et les conditions médicales requérant des soins.

		A domicile (%)	En milieu hospitalier (%)
Sexe	femmes	68	64
	hommes	32	36
	Total	100	100
Age	<60	7	13
	60-64	9	6
	65-74	25	20
	>=75	59	61
	Total	100	100
Conditions médicales	neuro-psychiatriques	15	26
	cardiovasculaires	20	24
	cancers	17	
	physiothérapie		18
	ergothérapie		16
	musculo-squelettiques	15	
	autres	33	16
	Total	100	100

Ces clientèles sont semblables quant au ratio hommes / femmes: la majorité des bénéficiaires sont des femmes: 68% à domicile, 64% en milieu hospitalier et à l'âge: la majorité sont âgés de 75 ans et plus. Leur distribution par âge est semblable pour les deux groupes d'aides malades.

Par ailleurs les clientèles des deux groupes sont quelque peu différentes quant aux principales conditions médicales pour lesquelles les bénéficiaires reçoivent des soins. En milieu hospitalier, ces conditions sont les suivantes: neuro-psychiatriques (26%), cardiovasculaires (24%), physiothérapeutiques (18%), ergothérapeutiques (16%). A domicile, les principales conditions sont: cardiovasculaires (20%), cancéreuses (17%), musculo-squelettiques (15%), neuro-psychiatriques (15%).

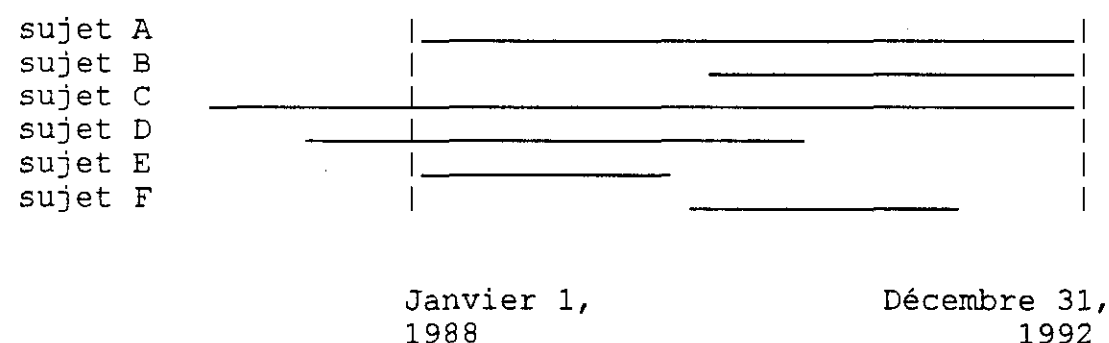
4. Population à l'étude

La population de cette étude était constituée des aides malades à domicile et des aides malades en milieu hospitalier de la région du grand Montréal et de ses environs qui étaient au travail durant la période 1988-1992.

Cette population peut être divisée en trois groupes: une cohorte incidente constituée des sujets embauchés pendant cette période et qui ont travaillé pendant au moins 6 mois, ces sujets étaient au travail au moment de l'enquête en 1992; une cohorte prévalente formée de sujets qui étaient au travail en 1988 et étaient encore au travail en 1992; et une cohorte de sujets qui avaient quitté le travail après un minimum de six mois de travail.

La figure 1 illustre le suivi de 6 sujets.

Figure 1: Exemple du suivi de 6 sujets.



Les sujets A et B furent embauchés durant le période 1988-1992 et étaient encore au travail en 1992; ils font partie de la cohorte incidente. Le sujet C travaillait en 1988 au moment de la constitution de la cohorte et était encore au travail en 1992; il fait partie de la cohorte prévalente.

Les sujets D,E,F ont été embauchés ou bien avant 1988 (sujet D) ou bien pendant la période 1988-1992 (sujets E,F), ils ont tous travaillé pendant au moins 6 mois et ont quitté le travail avant la fin de la période de l'étude. Ils font partie de la cohorte de ceux qui ont quitté.

Les critères pour être inclus dans une des cohortes étaient les suivants:

- 1- Être une aide malade (les hommes étaient exclus) dans le programme de soins à domicile d'un CLSC ou dans un hôpital pour malades chroniques.
- 2- Donner des soins de santé.
- 3- Être au travail à un moment donné durant la période du premier janvier 1988 au 31 décembre 1992.

Les critères d'exclusion étaient:

- 1- Être une aide malade affectée au programme de soins familiaux ou des soins maternels et infantiles dans un CLSC (ces travailleuses de la santé ne donnent pas de soins aux adultes).
- 2- Avoir été chef d'une unité d'aides malades à domicile ou en milieu hospitalier durant la période de l'étude.
- 3- Avoir travaillé pour un période de moins de 6 mois.

Tous les CLSC et tous les hôpitaux pour malades chroniques de la région métropolitaine de Montréal (région #6) et des régions avoisinantes (régions # 4,5 et 7) furent invités à participer à l'étude. Des 76 CLSC contactés, 54 (71%) ont accepté de participer. Des 62 hôpitaux contactés, 36 (58%) ont accepté de participer.

5. Ententes avec les institutions participantes

Il n'existe pas de banques de données ni d'agences capables de fournir une information adéquate permettant d'établir l'incidence des maux de dos chez les aides malades. La CSST peut fournir des statistiques sur les maux de dos ayant fait l'objet d'une réclamation et sur ceux qui ont été compensés mais ceux-ci ne sont qu'une proportion non représentative de tous les cas de maux de dos. Les hôpitaux détiennent des dossiers sur les cas sévères qui ont nécessité des soins ou qui ont nécessité une chirurgie. Les dossiers des services de santé des employés ne sont pas complets, les employés ne rapportent pas toujours la présence d'un mal de dos. Pour toutes ces raisons, il fut décidé de collecter l'information à partir d'un questionnaire.

Un premier contact fut établi avec les employeurs. Il s'agissait soit du coordonateur du programme des soins à domicile dans les CLSC, soit du directeur des services des soins infirmiers dans les hôpitaux pour malades chroniques. Ce contact était fait par une lettre qui expliquait les buts de l'étude. Il était suivi d'une rencontre. Dans certains établissements où il y avait des indéisions sur la participation au projet, un ou des représentants du département des ressources humaines et du syndicat des employés participaient à cette première rencontre.

Certains établissements ont accepté de participer à l'étude mais ont refusé de révéler les noms des

employés qui participeraient à l'étude. Pour contourner cette difficulté, un code d'identification fut créé. Il consistait dans les quatre premières lettres du nom de famille et la première lettre du prénom. Ce code fut accepté par la majorité des institutions sauf 1 CLSC et 6 hôpitaux. Dans ces derniers cas, on a eu recours à un code chiffré. Les établissements furent invités à fournir une liste de tous les employés susceptibles de participer à l'étude. Cette liste contenait les codes (alphabétiques ou numériques) et l'ancienneté de chaque employé. Elle allait être utilisée par le chercheur pour sélectionner l'échantillon des participants à l'étude.

Il revenait au coordinateur du programme de soins et au directeur du service hospitalier la tâche d'expliquer le projet aux aides malades et de solliciter leur participation. L'accord devait être sanctionné par la signature d'une lettre de consentement à participer. Le signataire de cette lettre était le représentant du CLSC ou de l'hôpital concernés. La signature devait se faire uniquement après consultation avec le syndicat des employés. La lettre contenait les conditions suivantes:

- accepte de participer à l'étude;
- accepte de fournir aux chercheurs une liste codée (par ancienneté) des aides malades à domicile et des aides malades en milieu hospitalier qui travaillaient ou avaient travaillé dans leur établissement durant la période entre 1 janvier 1988 et le 31 décembre 1992;
- accepte d'expliquer aux aides malades la nature de l'étude;
- accepte de distribuer les questionnaires et s'assure que les questionnaires sont retournés aux chercheurs.

Dans cette démarche, les chercheurs ont eu l'appui de l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS). Cette association a assuré la collaboration de ses membres et de ses syndicats affiliés.

Copie des lettres adressées aux CLSC et aux hôpitaux de malades chroniques sont reproduites à l'annexe I.

Les listes fournies par les CLSC et les hôpitaux étaient réparties en trois sections. 1) La première section comprenait les aides malades qui étaient au travail en 1988 et qui étaient encore au travail en 1992. Il s'agit de la cohorte prévalente. Toutes ces personnes avaient au moins 5 années d'ancienneté en 1992. La seconde section consistait dans les nouveaux employés qui avaient été embauchés durant la période 1988-1992. Ils constituaient la cohorte incidente. Ils avaient moins de 5 années d'ancienneté en 1992. La troisième section incluait la liste des employés qui avaient cessé leur travail durant la période 1988-1992.

Certaines institutions ont refusé de participer. Les principales raisons de ces refus étaient le manque de ressources pour constituer les listes des employés ou l'impossibilité de regrouper les sujets sélectionnés pour leur faire remplir le questionnaire.

Pour des raisons d'anonymat et de confidentialité, nous n'avions pas le droit de contacter les aides malades directement. Pour cela, les coordinateurs et les directeurs ont distribué les questionnaires

aux aides malades au travail. Ils ont aussi contacté les sujets qui avaient quitté le travail et leur ont envoyé le questionnaire par la poste.

6. Taille de l'échantillon

Il n'y a pas dans la littérature d'études qui rapportent les taux d'incidence de maux de dos chez les aides malades travaillant à domicile. Chez les aides malades en milieu hospitalier, Cust et al. (1972) rapporte un taux annuel d'incidence de 3% pour un premier épisode de mal de dos chez les aides malades ayant moins de 5 années d'ancienneté.

La taille de l'échantillon peut être établie en suivant les recommandations de Breslow et Day (1987) pour l'établissement de la taille des échantillons dans les études de cohortes. Au tableau 2, sont rapportés, à partir de ces auteurs, une série de tailles d'échantillons correspondant à un risque relatif variant de 1.5 à 4.0 chez les non-exposés. Les autres paramètres utilisés sont: degré de signification de 5%, pouvoir de 80%, risque relatif de 2.0.

Tableau 2: Taille de l'échantillon pour un niveau de signification de 5%, un pouvoir de 80% et un risque relatif de 1.5 et de 2.0 lorsque le taux annuel d'incidence de l'événement est de 1.5 à 4.0% chez les sujets non-exposés. Selon Breslow et Day (1987).

Taux annuel d'incidence (%)	Personnes-années à risque	
	Risque relatif = 2.0	Risque relatif = 1.5
1.5	1,333	4,333
2.0	1,000	3,250
2.5	800	2,600
3.0	666	2,166
3.5	571	1,857
4.0	500	1,625

Pour déterminer la taille de l'échantillon nous avons pris en considération les éléments suivants:

1- Un taux annuel hypothétique d'incidence de mal de dos de 1.5% pour les aides malades en milieu hospitalier et de 3.0% pour les aides malades à domicile. [Au tableau 2, ceci nécessite un échantillon de 1333 personnes-années]

2- Un taux de réponse au questionnaire de 75%. Ceci nous amène à augmenter le nombre de personnes-années dans notre échantillon par un facteur de 1.25. [$1333 \times 1.25 = 1666$ personnes-années]

3- Comme dans l'analyse il nous faudra comparer 2 groupes, soit les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier, il nous faut donc un même nombre de personnes-années dans chaque groupe. [1666 personnes-années chez les aides malades à domicile et 1666 personnes-années chez les aides malades en milieu hospitalier]

4- Comme nous avons l'intention de diviser chaque groupe en cohorte incidente et en cohorte prévalente, il nous faudra également 4 sous-groupes de 1666 personnes-années chacun.

5- Le nombre de sujets nécessaires pour obtenir le nombre de personnes-années désirées est dépendant du nombre d'années que durera le follow-up. Pour la cohorte prévalente, comme tous les sujets seront à risque pendant toute la période d'observation (1988-1992), ce nombre est de 5 années. Pour la cohorte incidente, nous avons estimé ce nombre à 2 années en moyenne. Les nombres dans l'échantillon peuvent donc être divisés par ces facteurs de 2 et de 5. [aides malades dans cohorte incidente: $1666 / 2 = 833$; aides malades dans cohorte prévalente: $1666 / 5 = 333$]

Ceci nous amène donc à fixer la taille de notre échantillon aux nombres de sujets suivant (résumés au tableau 3):

- 833 aides malades à domicile dans la cohorte incidente
- 833 aides malades en milieu hospitalier dans la cohorte incidente
- 333 aides malades à domicile dans la cohorte prévalente
- 333 aides malades en milieu hospitalier dans la cohorte prévalente

Pour un total de 1166 aides malades à domicile et de 1166 aides malades en milieu hospitalier.

Tableau 3 Dimension de l'échantillon

Dimension théorique Breslow et Day	1333 personnes-années
Prenant en considération un taux de réponse de 75%	$1333 \times 1.25 = 1666$ personnes-années
Pour les aides malades à domicile	1666 personnes-années
Pour les aides malades en milieu hospitalier	1666 personnes-années
Aides malades à domicile, cohorte incidente	$1666 / 2 = 833$ sujets

Aides malades à domicile, cohorte prévalente	1666 / 5 = 333 sujets
Aides malades en milieu hospitalier, cohorte incidente	1666 / 2 = 833 sujets
Aides malades en milieu hospitalier, cohorte prévalente	1666 / 5 = 333 sujets

7. Confidentialité

Les données de cette étude ont été tenues confidentielles

- 1) Les sujets de l'étude n'ont pas été contactés directement. Tous les contacts se sont faits par l'entremise des coordinateurs de programme dans les CLSC ou des directeurs de service dans les hôpitaux pour malades chroniques;
- 2) Les sujets étaient identifiés par des codes; leur identité personnelle demeurait cachée;
- 3) Les questionnaires dans des enveloppes scellées étaient remis aux coordinateurs et directeurs pour être transmis aux sujets;
- 4) Une assurance de confidentialité était donnée aux sujets lors des rencontres d'information et dans les lettres qui leurs étaient transmises;
- 5) A cause de l'anonymité des réponses, il n'était pas possible de consulter les dossiers médicaux des sujets. Une exception toutefois, les dossiers médicaux de la CSST ont pu être consultés lorsque les sujets ont donné leur autorisation écrite à cet effet dans les questionnaires;
- 6) Le protocole de recherche a été revu et autorisé par le comité d'éthique du Département de santé au travail de l'université McGill.

8. Collecte des données

Les questionnaires étaient envoyés aux coordinateurs et aux directeurs pour être transmis aux sujets participants. Dans la plupart des endroits, les sujets étaient réunis dans un même local sur les lieux du travail pour remplir le questionnaire.

Le taux attendu de réponses était estimé à 75-80%. Les raisons de cet optimisme étaient les suivantes:

- Les coordinateurs et les directeurs avaient accepté d'expliquer aux participants la signification de l'étude, de solliciter leur participation, de les encourager à répondre à toutes les questions et de retourner les questionnaires promptement. De plus, ils assuraient les participants de la confidentialité des renseignements fournis;
- La directrice de l'Ordre des infirmières du Québec et les infirmières de la haute administration avaient souligné que les aides malades connaissaient l'existence de la recherche et accordaient beaucoup d'importance au problème des maux de dos. On s'attendait donc à ce qu'elles

répondent sans hésitations.

- Le fait que le questionnaire était rempli sur les lieux du travail était une autre garantie d'un haut taux de réponses.

Tous les questionnaires étaient accompagnés d'une enveloppe affranchie de sorte que les participants pouvaient les mettre à la poste eux mêmes. Dans bien des cas, les coordinateurs et les directeurs ont recueilli les questionnaires complétés et les ont fait parvenir en liasse aux chercheurs.

9. Les instruments utilisés

Les questionnaires utilisés ont été développés spécifiquement pour les besoins de cette recherche. (Voir annexe II). Pour la préparation de ces questionnaires, les auteurs ont consulté des questionnaires semblables développés par ASSTSAS et le CLSC Centre-Ville, et ont aussi utilisé une question extraite d'un questionnaire standardisé sur les incapacités résultant des maux de dos préparé par Abenhaim, Esdaile et Kopec du département d'Épidémiologie et de Biostatistique de l'Université McGill. (Kopec, communication personnelle)

Les questionnaires comprenaient plusieurs types de questions: choix multiples, remplir des espaces, analogue visuel, échelles de Likert, échelles de mesure ordinales et questions ouvertes.

Il comprenait les sections suivantes:

1. Présentation générale et formulaire de consentement
2. Renseignements généraux sur les répondants
3. Définition d'un mal au bas du dos
4. L'histoire des douleurs
5. Le mal au bas du dos
6. Le mal au bas du dos relié au travail
7. Les traitements
8. Définition d'un épisode de mal au bas du dos
9. Section #1: L'épisode de mal au bas du dos le plus récent
10. Section #2 Le premier épisode de mal au bas du dos
11. Les activités
12. La formation
13. Les tâches
14. Les caractéristiques des bénéficiaires
15. Transfert et déplacement des bénéficiaires
16. La chambre à coucher: les équipements et l'espace de travail
17. La salle de toilette: l'espace de travail
18. La salle de bain: les équipements et l'espace de travail

Les questionnaires étaient bilingues, français et anglais. Ils ont été prétestés à quatre occasions dans un CLSC et dans un hôpital de soins prolongés avant la rédaction de la version finale.

10. Les non-répondants

On s'attendait à un taux de non-réponses d'environ 25%. Dans le but de pouvoir estimer l'impact des non-répondants sur les résultats de l'étude, il fut décidé d'inviter les non-répondants à répondre à un court questionnaire. Dans ce court questionnaire, seules quelques questions étaient posées: données démographiques, informations sur la présence de mal de dos, le type de bénéficiaires desservis, les services fournis, et les équipements et l'espace du lieu de travail. (Une copie du court questionnaire est reproduite en annexe II). Le temps requis pour remplir ce court questionnaire était estimé à 10 minutes au lieu des 50 minutes requises pour le questionnaire original.

Ce court questionnaire a été envoyé à un échantillon de non-répondants. La façon de procéder fut la même que pour les questionnaires originaux.

11. Contrôle de la qualité

Plusieurs mesures de contrôle de qualité furent appliquées tout au long de l'étude.

Au début de l'étude, la phraséologie et la clarté du questionnaire furent testées à quatre reprises avant d'en arriver à la version finale utilisée dans l'étude. La saisie des données sur matériel informatique fut confiée à une firme spécialisée qui utilisait une technique de monitoring en continu. Un échantillon aléatoire de 10% des questionnaires (environ 100 questionnaires) furent saisis une deuxième fois à titre de contrôle. Aucune erreur ne fut détectée. Avant de procéder à l'analyse, une recherche des données manquantes ou invraisemblables fut conduite. Quand de telles données étaient identifiées, elles étaient transformées en données manquantes.

12. Analyse

La plupart des analyses ont été des analyses de régression logistique. Le logiciel utilisé était le SPSS pour Windows. La comparaison des taux d'incidence s'est faite en utilisant la régression de Poisson. Le logiciel utilisé était EGRET.

V. Résultats

1. Population à l'étude et taux de réponse

La population à l'étude et les taux de réponse sont décrits au tableau 3. Dans un premier temps, on a obtenu des employeurs de la région une liste de tous les employés qui répondaient à la définition d'aides malades oeuvrant à domicile et d'aides malades travaillant en milieu hospitalier. La majorité des employeurs ont aussi fourni les dates d'embauche. Cette liste contenait 1218 aides malades à domicile et 1867 aides malades en milieu hospitalier (Total au tableau 3). De cette liste ont été exclus les hommes et les aides malades qui avaient moins de 6 mois d'ancienneté (175 aides malades à domicile et 161 aides malades en milieu hospitalier). Cette liste fut divisée en trois cohortes, la cohorte incidente (employés qui avaient 5 années ou moins d'expérience en 1992), la cohorte prévalente (employés ayant plus de 5 années d'ancienneté et qui étaient encore au travail en 1992) et une cohorte de travailleurs qui avaient quitté le travail durant la période 1988-1992. A partir de cette liste, on a procédé à un échantillonnage stratifié. Puisqu'ils ne totalisaient pas le nombre désiré de sujets (1,666 sujets) tous les sujets de la cohorte incidente ont été conservés dans l'échantillon (1,101 sujets). Par ailleurs, il y avait une surabondance de sujets dans la cohorte prévalente (1,342 sujets alors que le nombre désiré était de 666 sujets). Pour cette raison on a échantillonné un sous groupe de 769 sujets dans cette cohorte. Le nombre de personnes auxquelles le questionnaire devait être adressé était donc 923 aides malades à domicile et 1155 aides malades en milieu hospitalier.

Entre temps, un certain nombre de sujets se sont retirés de l'étude et d'autres ont été exclus de telle sorte que le questionnaire n'a pas pu être envoyé à toutes les personnes sélectionnées. Ceci a entraîné la perte de 9 aides malades à domicile et de 527 aides malades en milieu hospitalier (dans ce dernier cas, ce sont des hôpitaux qui ont retiré leur participation de l'étude). Un nombre additionnel de personnes (63 aides malades à domicile et 46 aides malades en milieu hospitalier) ont dû être retirées de l'étude parce qu'elles ne rencontraient pas les critères de l'étude [hommes (14 aides malades à domicile, 2 aides malades en milieu hospitalier); personnes ayant changé d'emploi avant l'administration du questionnaire et non retraceables (47 aides malades à domicile, 43 aides malades en milieu hospitalier); arrêt de travail avant 1988 (2 aides malades à domicile); avaient travaillé moins de 6 mois (1 aide malade en milieu hospitalier)] Ces exclusions, qui totalisent 72 aides malades à domicile et 573 aides malades en milieu hospitalier (sous-total 4 du tableau 3) ont diminué le nombre de personnes à qui le questionnaire a été adressées à 851 aides malades à domicile et 582 aides malades en milieu hospitalier (sous-total 3 = total - sous-total 4 du tableau 3).

Ce ne sont pas toutes les personnes qui ont répondu au questionnaire. Vingt (20) aides malades à domicile et 65 aides malades en milieu hospitalier ont refusé de répondre et ont retourné le questionnaire intact. Plusieurs personnes n'ont pas retourné le questionnaire (251 aides malades à domicile et 94 aides malades en milieu hospitalier). Ces refus et ces non-réponses ont diminué le nombre de réponses à 580 aides malades à domicile et 423 aides malades en milieu hospitalier (sous-total 1 = sous-total 3 - sous-total 2 au tableau 3) pour un taux de réponse de 68.2% pour

les aides malades à domicile et 72.7% pour les aides malades en milieu hospitalier. (Sous-total 1 / sous-total 3 au tableau 3).

De ce nombre, 6 aides malades à domicile et 6 aides malades en milieu hospitalier n'avaient pas rapporté leur ancienneté dans le questionnaire. Les trois cohortes étaient donc constituées des effectifs suivants: cohorte incidente: 213 aides malades à domicile, 228 aides malades en milieu hospitalier; cohorte prévalente: 349 aides malades à domicile, 188 aides malades en milieu hospitalier; groupe qui ont quitté entre 1988-1992: 12 aides malades à domicile et 1 aide malade en milieu hospitalier pour un total de 574 aides malades à domicile et 417 aides malades en milieu hospitalier.

2. Statistiques descriptives

2a Caractéristiques personnelles

La distribution des sujets selon leurs caractéristiques personnelles, la cohorte à laquelle ils appartiennent (incidente, prévalente ou les deux regroupées) et leurs lieux de travail (aide malade à domicile ou aide malade en milieu hospitalier) est rapportée au tableau 4a.

Age en 1992

Les aides malades à domicile sont plus âgées que les aides malades en milieu hospitalier. Les âges sont respectivement 45.0 (déviations standard (DS) =9.0) et 38.5 (DS=10.0) années (Chi-carré = 89.6, $p < 0.001$).

Grandeur

Il y a peu de différence dans les grandeurs entre les deux groupes. La grandeur moyenne des aides malades à domicile est de 160.8 (DS=6.3) centimètres et celle des aides malades en milieu hospitalier est de 161.6 (DS=6.4) centimètres. Toutefois, cette différence est significative (Chi-carré = 9.0, $p = 0.03$).

Poids

Il y a une différence de poids non-significative entre les aides malades à domicile (poids moyen 144.0, DS=27.6) et les aides malades en milieu hospitalier (poids moyen 141.5, DS=27.3) livres (Chi-carré = 7.9, $p = 0.09$).

Accouchements

Une plus grande proportion d'aides malades à domicile que d'aides malades en milieu hospitalier ont eu au moins un accouchement (Chi-carré = 25.9, $p < 0.001$).

Age au premier accouchement

L'âge au premier accouchement était semblable pour les deux groupes. Il était de 23.8 (DS=4.3) — années pour les aides malades à domicile et de 24.0 (DS=4.1) années pour les aides malades en milieu hospitalier (Chi-carré = 2.5, $p = 0.28$).

Enfants en bas âge

Les aides malades en milieu hospitalier (qui sont aussi plus jeunes que les aides malades à domicile) ont une plus grande proportion de premiers enfants âgés de moins de 5 ans. (12.9% vs 4.8%) (Chi-carré = 19.8, $p < 0.001$).

Statut de fumeur

La proportion de non-fumeurs est de 52% parmi les aides malades à domicile et de 51% parmi les aides malades en milieu hospitalier. Il y a toutefois une proportion un peu plus grande de fumeurs parmi les aides malades en milieu hospitalier. (37.7% vs 32.0%) (Chi-carré = 5.9, $p = 0.05$).

Nombre de cigarettes par jour

Le nombre de cigarettes fumées par jour en 1992 n'était pas différent entre les aides malades à domicile (18.1 cigarettes, DS=8.4) et les aides malades en milieu hospitalier (18.1 cigarettes, DS=7.2) (Chi-carré = 1.7, $p = 0.43$).

Les différences observées entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier pour l'ensemble des sujets à l'étude se retrouvaient également dans chacune des cohorte incidente et prévalente. Toutefois, la cohorte incidente était plus jeune que la cohorte prévalente.

Résumé sur les caractéristiques personnelles.

Les aides malades à domiciles sont plus âgées que les aides malades en milieu hospitalier et un plus grand nombre d'entre elles ont eu un accouchement.

En contre partie, les aides malades en milieu hospitalier ont plus de premiers enfants en bas âge et elles fument plus que les aides malades à domicile.

2b Caractéristiques reliées à l'emploi

Ancienneté

Les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier ont le même nombre moyen d'années d'ancienneté (7.8 années (DS 4.7) chez les aides malades à domicile et 7.3 années (DS 6.3) chez les aides malades en milieu hospitalier) Tableau 4b. Toutefois, cette ancienneté se distribue différemment. Chez les aides malades à domicile, elle se concentre entre 6 et 19 années de travail alors que chez les aides malades en milieu hospitalier, les sujets sont répartis de façon plus égale dans tous les groupes d'ancienneté.

Profil d'emploi

a) Statut d'emploi

Les aides malades à domicile occupent davantage des emplois à temps plein que les aides malades en milieu hospitalier (67.1% vs 35.1%) (Chi-carré = 122.0, $p < 0.001$).

b) Heures travaillées par semaine

En corollaire avec l'observation précédente, une plus grande proportion d'aides malades à domicile que d'aides malades en milieu hospitalier travaillent 35 heures et plus par semaine (73.3% vs 45.8%) (Chi-carré = 93.6, $p < 0.001$). Ceci est vrai autant pour la cohorte incidente que pour la cohorte prévalente.

Formation

Formation sur la manutention des bénéficiaires

a) Une plus grande proportion d'aides malades à domicile que d'aides malades en milieu hospitalier ont reçu une formation sur les techniques de levage de patients. (91.5% vs 80.2%) (Chi-carré = 20.7, $p < 0.001$). La même observation s'applique à la cohorte prévalente mais pas à la cohorte incidente où les deux groupes d'aides malades ont des proportions semblables (95%) de personnes formées. Ceci peut indiquer que la formation est maintenant plus universellement offerte.

Cette formation comprenait les éléments suivants: démonstration avec pratique sur le transfert de patients, vidéos sur les soins d'hygiène de base et les techniques pour donner un bain à un patient, séances d'information et d'échanges de points de vue avec un ergonome ou un physiothérapeute, sessions de formation sur l'utilisation du lève-patient...

b) Recours à la formation

Les aides malades à domicile rapportent utiliser davantage que les aides malades en milieu hospitalier les techniques apprises de levage de malades dans l'exécution de leurs tâches (57.8% vs 43.8%) (Chi-carré = 14.0, $p = 0.009$).

Les raisons alléguées pour ne pas appliquer les techniques apprises sont: manque de temps, manque d'espace, utilisation pas nécessaire, manque de collaboration du patient.

Type de bénéficiaires

a) Personnes âgées

Les aides malades en milieu hospitalier rapportent prendre soin de personnes âgées un peu plus souvent (76.0%) que les aides malades à domicile (69.5%). Cette différence est statistiquement significative (Chi-carré = 9.4, $p = 0.009$). Les deux groupes disent que les personnes âgées représentent plus de 75% de leurs bénéficiaires.

b) Jeunes handicapés (de moins de 60 ans)

Plus d'aides malades en milieu hospitalier rapportent qu'il y a des jeunes handicapés parmi leurs bénéficiaires que d'aides malades à domicile (18.8% vs 5.6%) (Chi-carré = 33.1, $p < 0.001$). Mais les jeunes malades handicapés représentent une faible proportion des bénéficiaires.

c) Handicapés de 60 ans et plus

Même observation que pour l'item précédent. La différence entre les deux groupes d'aides malades est plus prononcée pour les handicapés âgés (53.4% vs 13.6%) (Chi-carré = 137.4, $p <$

0.001).

d) Convalescents post-op

Même observation que pour les deux items précédents (9.2% vs 2.4%)(Chi-carré = 14.3, $p = 0.009$). Toutefois, les soins à des convalescents post-op représente une faible proportion des activités des aides malades.

e) Patients en phase terminale

Même observation que pour les trois items précédents (28.5% vs 5.2%) (Chi-carré = 77.9, $p < 0.001$).

Type de tâches

a) Soins d'hygiène de base

Les aides malades à domicile donnent des soins d'hygiène de base un peu plus fréquemment que les aides malades en milieu hospitalier (63.1% vs 59.6%)(Chi-carré = 59.8, $p < 0.001$). Cette différence est plus prononcée pour la cohorte prévalente. Il n'y a pas de différence pour la cohort incidente.

b) Transfert de patients

Les aides malades en milieu hospitalier accomplissent beaucoup plus de transferts de patients que les aides malades à domicile (66.3% vs 16.2%) (Chi-carré = 235.0, $p < 0.001$).

c) Nourrir les patients

Les aides malades en milieu hospitalier rapportent nourrir les patients beaucoup plus fréquemment que les aides malades à domicile (59.0% vs 5.8%) (Chi-carré = 364.0, $p < 0.001$).

Environnement de travail

a) Equipement adéquat dans la chambre à coucher du patient

Davantage d'aides malades en milieu hospitalier (52.1%) que d'aides malades à domicile (26.5%) rapportent que l'équipement dans la chambre à coucher du patient était adéquat (Chi-carré = 86.5, $p < 0.001$).

b) Espace adéquat dans la chambre à coucher du patient

A la question "Est-ce que vous pensez que l'espace de travail dans la chambre à coucher du bénéficiaire est suffisant", les deux groupes d'aides malades ont répondu de la même manière (Chi-carré = 4.3, $p = 0.114$).

c) Equipement adéquat dans la salle de bain

Comme pour l'équipement dans la chambre à coucher, davantage d'aides malades en milieu hospitalier ont répondu par l'affirmative à cette question (47.3% vs 38.8%). La différence entre les deux groupes est toutefois moindre que pour l'équipement dans la chambre à coucher (Chi-carré = 17.6, $p = 0.002$).

d) Espace adéquat dans la salle de bain

Davantage d'aides malades en milieu hospitalier (36.4%) que d'aides malades à domicile (15.5%) ont répondu par l'affirmative à cette question (Chi-carré = 61.8, $p < 0.001$).

Aide et équipement pour l'accomplissement des tâches

a) Aide disponible pour déplacer les patients

Davantage d'aides malades en milieu hospitalier (53.3%) que d'aides malades à domicile (7.6%) ont répondu par l'affirmative à la question: "Est-ce que quelqu'un vous aide, en général, à déplacer ou à transférer physiquement le bénéficiaire d'un endroit à l'autre..." (Chi-carré = 477.2, $p < 0.001$). Ceci illustre qu'en milieu hospitalier, le travail se fait davantage en équipe alors qu'à domicile, l'aide malade travaille seule.

b) Utilisation d'un-lève patient

Davantage d'aides malades en milieu hospitalier (90.3%) rapportent utiliser un lève-patient que d'aides malades à domicile (45.7%) (Chi-carré = 183.9, $p < 0.001$). Les raisons invoquées pour ne pas utiliser le lève-patient étaient les suivantes: non disponibilité du lève-patient, manque d'espace, manque de temps et refus du patient.

c) Proportion de patients levés à l'aide d'un lève-patient

La proportion de patient levés à l'aide d'un lève-patient est de 52.4% pour les aides malades en milieu hospitalier et 8.6% pour les aides malades à domiciles. Ceci est une différence prononcée entre les deux groups (Chi-carré = 133.3, $p < 0.001$).

d) Lève-patients nécessaires mais non utilisés

Une proportion importante d'aides malades en milieu hospitalier (66.0%) et d'aides malades à domicile (55.8%) n'utilisent pas un lève-patient quand celui-ci serait nécessaire. Il y a une différence significative entre les deux groupes (Chi-carré = 54.8, $p < 0.001$).

Résumé sur les caractéristiques reliées à l'emploi

Les aides malades à domicile travaillent davantage à temps plein, 35 heures et plus par semaine. Une plus grande proportion d'entre elles ont reçu une formation sur la manutention des bénéficiaires.

Le type de bénéficiaires diffère entre les deux groupes d'aides malades. Bien que les deux groupes voient en majorité des personnes âgées, les aides malades en milieu hospitalier voient davantage de malades handicapés, de convalescents post-op et de malades en phase terminale que les aides malades à domicile.

Le profil des tâches varie aussi entre les deux groupes. Alors que les aides malades à domicile donnent davantage des soins d'hygiène de base, les aides malades en milieu hospitalier font beaucoup plus de transferts de patients et nourrissent davantage les patients.

Les équipements et les espaces pour donner les soins et pour déplacer les patients sont davantage présents et adéquats en milieux hospitaliers. Les aides malades en milieu hospitalier ont aussi davantage d'aide pour déplacer les patients et utilisent davantage un lève-patient.

2c Description des lombalgies

Quatre indicateurs ont été utilisés pour comparer les maux de dos entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier: 1) la présence d'un mal de dos à n'importe quel moment durant la vie; 2) la présence d'un mal de dos en 1992 ou 3) en 1988 et 4) la présence d'une première lombalgie au cours de la période 1988-1992.

Plusieurs indicateurs de sévérité ont été utilisés: 1) lombalgie qui nécessitait un traitement; 2) lombalgie dont les douleurs réveillaient la personne la nuit; 3) lombalgie avec douleurs irradiant dans les jambes; 4) lombalgie avec altération des activités quotidiennes; 5) lombalgie avec altération des activités de travail; 6) lombalgie accompagnée d'incapacité; 7) lombalgie interprétée comme sévère par le sujet interrogé; 8) lombalgie avec indemnisation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail; 9) nombre de jours indemnisés pour le premier épisode de lombalgie; et 10) nombre de jours d'absence de travail pour le premier épisode de lombalgie.

La fréquence de ces lombalgies a été comparée entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier (Tableau 4c).

Sauf pour quelques exceptions, toutes les analyses indiquent que les aides malades à domicile souffrent davantage de maux de dos que les aides malades en milieu hospitalier. Ceci est vrai aussi pour tous les niveaux de sévérité. Ces différences sont toutefois assez faibles de sorte que seulement quelques-unes se rapprochent ou atteignent la signification statistique de $p < 0.05$. Ce sont: 1) la présence d'un mal de dos à n'importe quel moment durant la vie (Chi-carré = 3.4, $p =$

0.065); 2) lombalgie avec altération des activités quotidiennes en 1992 (Chi-carré = 5.5, $p = 0.02$); 3) lombalgie accompagnée d'incapacité en 1992 (Chi-carré = 16.0, $p < 0.001$); 4) nombre moyen de jours compensés pour une première lombalgie apparue durant la période 1988-1992 (aides malades à domicile 75.6 jours; aides malades en milieu hospitalier 20.4 jours); et 5) nombre de jours de travail perdus pour une première lombalgie apparue durant la période 1988-1992 (aides malades à domicile 50.4 jours; aides malades en milieu hospitalier 24.1 jours).

Résumé de la comparaison des lombalgies entre les deux groupes d'aides malades

Les aides malades à domicile souffrent davantage de maux de dos que les aides malades en milieu hospitalier, quelque soit le niveau de sévérité.

Ces différences se rapprochaient ou atteignaient la signification statistique pour cinq indicateurs de maux de dos:

- 1) présence d'un mal de dos à n'importe quel moment durant la vie;
- 2) présence d'une lombalgie avec altération des activités quotidiennes en 1992;
- 3) présence d'une lombalgie accompagnée d'incapacité en 1992;
- 4) nombre de jours compensés pour une première lombalgie apparue durant la période 1988-1992;
- 5) nombre de jours de travail perdus pour une première lombalgie apparue durant la période 1988-1992.

3. Choix des variables pour l'analyse statistique

Le choix des variables pour l'analyse statistique s'est fait en trois étapes.

Etape #1: Sélection parmi les variables corrélées.

L'information recueillie par le questionnaire a permis de créer plusieurs variables. Certaines de ces variables peuvent être fortement corrélées entre elles, ce qui signifie qu'elles mesurent la même chose. L'insertion de toutes ces variables dans l'analyse affaiblirait la capacité de l'analyse discriminante à identifier les variables qui contribuent réellement à expliquer la question sous investigation (la variable dépendante). Pour cette raison, il est préférable qu'une seule de plusieurs variables corrélées soit insérée dans l'analyse. A cette fin, une matrice de corrélation a été construite. Tableau 5.1

Très peu de variables étaient corrélées à plus de $r = 0.5$. Celles qui l'étaient avaient toutes trait à la consommation de cigarette. Le nombre de cigarettes fumées par jour en 1992 était corrélé au nombre de cigarettes fumées par jour en 1991 à un niveau de 0.98. Pareillement, le nombre de cigarettes fumées par jour en 1991 était corrélé au nombre de cigarettes fumées par jour en 1990

à 0.96, et ainsi de suite pour les années antérieures. Pour cette raison, on a choisi comme indicateur du nombre de cigarettes fumées par jour, le nombre de cigarettes fumées par jour en 1992. Pour les ex-fumeurs, l'indicateur choisi était le nombre de cigarettes fumées pendant l'année précédant l'année où ils avaient cessé de fumer.

Etape #2: Choix des variables pour l'analyse multi-variée

La seconde étape a permis de choisir les variables qui seront incluses dans l'analyse statistique multivariée.

Pour déterminer parmi les variables personnelles et les variables reliées à l'emploi lesquelles doivent être retenues pour l'analyse multivariée, on a eu recours à la régression logistique, en particulier au test “-2Log Likelihood”. Pour ce test, la variable dépendante est la présence ou l'absence d'un mal de dos. Les variables indépendantes sont les variables personnelles et les variables reliées à l'emploi. Pour qu'une variable indépendante soit considérée comme explicative et retenue pour l'analyse multivariée, le modèle qui l'inclut (modèle A) doit être plus performant (better fit) que le modèle de référence A0. Le modèle A inclut chaque variable indépendante (x_i) seule (i.e., $y=b_0+b_i*x_i$) et est comparé au modèle de référence A0 qui ne contient aucune variable (seulement la constance; i.e., $y=b_0$). La contribution de chaque variable indépendante sur la performance du modèle (improvement in the fit) est mesurée par le test du chi-carré d'amélioration. La valeur p indique le niveau de signification du chi-carré.

Les tableaux 5.2.1 et 5.2.2 montrent la contribution de chaque variable indépendante prise séparément à la performance du modèle A sur le modèle A0 pour le premier épisode de mal de dos apparu entre 1988-1992.

De toutes les variables personnelles, seule l'âge contribue de façon significative à expliquer l'apparition du premier épisode de mal de dos apparu durant la période 1988-1992. Les autres variables: grandeur, poids, nombre de cigarettes par jour et accouchement ne contribuent pas. Parmi les variables reliées à l'emploi, les variables contributives sont: la disponibilité d'aides pour déplacer les patients, l'ancienneté, le nombre d'heures travaillées par semaine, lève-patient nécessaire mais non utilisé et le travail auprès des convalescents post opération.

Après avoir identifié les variables qui, prises individuellement, contribuaient significativement à l'explication de la variable dépendante, on a identifié les variables qui, lorsque mises en présence des variables identifiées précédemment, continuent à contribuer significativement à la performance du modèle.

Le tableau 5.2.3 montre les résultats de cette analyse en ce qui a trait à la contribution des variables reliées à l'emploi sur le premier épisode de mal de dos apparu entre 1988-1992. La variable nombre d'heures travaillées par semaine ne contribue plus à l'amélioration du modèle. Elle sera donc délaissée de l'analyse multivariée. Toutes les autres variables significatives seront maintenues.

Etape #3: Construction du modèle final

Pour construire le modèle final, toutes les variables qui ont contribué à la performance du modèle dans les étapes précédentes, soient-elles personnelles ou reliées à l'emploi ont été insérées dans le modèle. Le tableau 5.3 montre les différents modèles qui ont été développés afin d'obtenir le modèle final concernant le premier épisode de mal de dos apparu entre 1988 et 1992. Les variables ajoutées qui n'amélioreraient pas la performance du modèle à un niveau de signification de $p < 0.05$ ont été rejetées. Deux variables reliées à l'emploi furent ainsi rejetées: le nombre d'heures travaillées par semaine et l'ancienneté. Les variables qui sont demeurées dans le modèle sont donc: l'âge, la disponibilité d'aide pour déplacer un patient, la nécessité d'un lève-patient non utilisé, le fait que le bénéficiaire soit un convalescent en post-op et le lieu de travail (à domicile vs en milieu hospitalier).

4. Résultats des analyses statistiques

Analyse de régression multiple sans ajustement

Au tableau 6.1 sont présentés les ratios de risques de maux de dos entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier. Le tableau présente les ratios de cotes (odds ratios) et les ratios de risques. Les ratios de risques sont calculés en tenant compte du nombre de personnes-années contribuées par les sujets durant la période 1988-1992. (Un exemple du calcul des personnes-années est donné à l'annexe III)

Pour l'ensemble des sujets, un seul type de mal de dos montre une différence significative entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier. Il s'agit des maux de dos avec incapacité en 1992. (Ratio de cotes (OR) = 1.82, intervalle de confiance 95% (IC 95%) = 1.36-2.43; ratio de risques (RR) = 1.46, IC 95% = 1.12-1.90). Les aides malades à domicile ont un taux de fréquence plus élevé que les aides malades en milieu hospitalier.

Dans toutes les analyses, la cohorte incidente (celle constituée des nouveaux employés embauchés entre 1988-1992) montre des risques plus élevés que la cohorte prévalente (celle qui était au travail en 1988). Les résultats obtenus par les OR sont très semblables aux résultats obtenus par RR.

Analyse de régression multiple avec ajustement

Au tableau 6.2 sont présentés les mêmes risques qu'au tableau 6.1 après ajustement pour les variables suivantes: âge, présence d'aides pour déplacer les patients, bénéficiaires qui étaient des convalescents post-op et lève-patient nécessaire mais non utilisé.

Après ajustement, deux indicateurs révèlent des résultats significatifs statistiquement, ce sont l'apparition d'un premier épisode de mal de dos entre 1988-1992 (OR = 1.62, IC95% 1.02-2.56;

RR = 1.61, IC95% 1.08-2.39) et présence d'une lombalgie avec incapacité (OR = 1.77, IC95% 1.14-2.75; RR = 1.76, IC95% 1.18-2.63) Dans les deux cas, ce sont les aides malades à domicile qui ont un risque plus élevé. Après l'ajustement, tous les taux augmentent dans la cohorte incidente mais changent peu dans la cohorte prévalente.

Les résultats obtenus après ajustement sont semblables à ceux obtenus avant ajustement sauf pour la cohorte incidente où ils ont une tendance assez claire à augmenter.

Analyse de régression logistique

Au tableau 6.3 sont présentés les résultats de l'analyse de régression logistique pour le premier épisode de mal de dos apparu entre 1988-1992. Les variables incluses dans l'analyse sont celles sélectionnées dans le modèle final (section 3, étape #3). La variable d'intérêt est le type d'emploi, c'est à dire, aide malade à domicile et aide malade en milieu hospitalier. L'analyse révèle qu'après ajustement pour l'âge, la présence d'aide pour déplacer les patients, la nécessité d'un lève-patient non utilisé et le fait que le bénéficiaire soit un convalescent post-op, les aides malades à domicile ont un risque de développer un premier épisode de mal de dos entre 1988 et 1992 de 1.63 (IC95% 1.03-2.58) comparé aux aides malades en milieu hospitalier.

Au tableau 6.4 sont présentés les mêmes résultats qu'au tableau précédent après ajustement pour les variables reconnues dans la littérature comme étant associées aux maux de dos. Ces variables étaient l'âge, la grandeur, le poids, les accouchements et le nombre de cigarettes fumées par jour. Le risque pour les aides malades à domicile a augmenté quelque peu après cet ajustement (RR = 1.68, IC95% 1.05-2.68) comparativement à l'analyse non ajustée.

L'analyse montre que le risque de développer un premier épisode de mal de dos durant la période 1988-1992 était moindre pour les aides malades âgées de 45 ans et plus comparé aux aides malades de moins de 35 ans. Ceci peut simplement refléter que les personnes de 45 ans et plus avaient déjà eu leur premier épisode de mal de dos antérieurement à 1988 et donc cette observation apporte peu d'information.

Le risque d'un premier épisode de mal de dos diminue lorsque l'aide malade est assistée par d'autres personnes pour déplacer les patients. Toutefois, ce résultat n'est pas statistiquement significatif. Pareillement, le risque augmente lorsque les bénéficiaires sont des convalescents post-op, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif. Les résultats concernant un lève-patient nécessaire mais non utilisé sont équivoques indiquant un risque élevé pour celles qui mentionnent que cette situation se présente entre 25 et 74% du temps mais non chez celles qui rapportent cette situation dans 75% du temps et plus.

Le tableau 7 (7a à 7h) montre les résultats des analyses de régression logistique appliquées à une sélection de lombalgies.

Le tableau 7a traite du premier épisode de lombalgie apparu entre 1988 et 1992. Pour la cohorte

totale, les résultats ont déjà été rapportés précédemment. Pour la cohorte incidente, les résultats sont semblables à ceux de la cohorte totale mais n'atteignent pas la signification statistique. Les contrastes entre les risques sont moins prononcés dans la cohorte prévalente

Le tableau 7b traite de la présence de lombalgie au cours de la vie entière. Un nombre significativement plus élevé d'aides malades à domicile rapportent avoir eu une lombalgie que les aides malades en milieu hospitalier (RR = 1.68, IC95% 1.12-2.53). Ces résultats sont semblables pour la cohorte incidente mais le RR est moins élevé pour la cohorte prévalente. Les aides malades de 55 ans et plus rapportent moins de lombalgies, ce qui pourrait indiquer un phénomène de sélection naturelle, celles qui demeurent au travail à cet âge étant celles qui n'ont pas eu ce problème.

Le tableau 7c traite des lombalgies accompagnées d'incapacité en 1992. Le seul résultat significatif est un taux plus élevé chez les aides malades à domiciles (RR = 1.81, IC95% 1.67-2.82). Ce risque est plus élevé dans la cohorte incidente (RR = 3.10, IC95% 1.44-6.67).

Le tableau 7d rapporte les résultats concernant la présence d'une lombalgie en 1992, au moment de l'enquête. La fréquence était légèrement plus élevée chez les aides malades à domicile mais la différence n'était pas significative (RR = 1.23, IC95% 0.82-1.83). Par ailleurs, il y avait un risque significativement plus élevé de lombalgies chez les aides malades qui rapportaient une fréquence élevée de situation ($\geq 75\%$) où un lève-patient était nécessaire mais non utilisé (RR = 1.51, IC95% 1.00-2.27).

Les résultats sur la présence d'une lombalgie en 1988 ne peuvent s'appliquer qu'à la cohorte prévalente, présente au travail à cette date (tableau 7e). Contrairement aux tableaux précédents, il n'y a pas d'augmentation de la fréquence de lombalgie chez les aides malades à domicile.

Le tableau 7f rapporte les résultats pour une première lombalgie au cours de la période 1988-1992 qui a entraîné une compensation. Il s'agit d'un degré plus sévère de lombalgie. Le risque est plus élevé chez les aides malades à domicile, tout particulièrement dans la cohorte incidente (RR = 15.19, IC95% 2.03-113.74). Ce risque est cependant basé sur des petits nombres.

Le tableau 7g traite des lombalgies ayant nécessité un traitement. Il y a un risque plus élevé dans la cohorte incidente chez les aides malades à domicile (RR = 3.93, IC95% 1.49-10.37). Ici encore, ces résultats sont basés sur des petits nombres.

Le tableau 7h rapporte les résultats concernant la présence d'un premier épisode de lombalgie apparu entre 1988 et 1992 et considéré comme sévère par l'employé. Bien que le profil des risques soit semblable à celui des tableaux précédents, aucun n'atteint la signification statistique.

Les résultats des analyses précédentes sont résumés au tableau 8. Plusieurs observations peuvent être faites.

Premièrement, les aides malades à domicile ont un risque plus élevé de lombalgie que les aides malades en milieu hospitalier. Ce risque est statistiquement significatif pour plusieurs types de lombalgies. Ce sont: avoir eu une lombalgie durant la vie, présence d'une lombalgie avec incapacité, un premier épisode de lombalgie durant la période 1988-1992, un premier épisode avec compensation et un premier épisode avec traitement durant la période 1988-1992.

Deuxièmement, les risques sont plus élevés dans la cohorte incidente que dans la cohorte totale.

Troisièmement, les risques ne sont pas élevés dans la cohorte prévalente, cohorte constituée des travailleuses qui étaient au travail au début de la période d'observation en 1988 ainsi qu'à la fin de cette période en 1992.

Quatrièmement, les risques augmentent avec la sévérité du mal de dos, de lombalgie durant la vie (RR = 1.97, IC95% 1.02-3.80) à lombalgie avec incapacité (RR = 3.10, IC95% 1.44-6.67) à lombalgie traitée (RR = 3.93, IC95% 1.49-10.37) et finalement lombalgie avec compensation (RR = 15.19, IC95% 2.03-113.74). Il faut noter toutefois que les nombres de cas diminuant avec le degré de sévérité, les intervalles de confiance aussi augmentent.

Sommaire des résultats

Le tableau 9 montre un sommaire des résultats. Tel que noté précédemment, le risque de lombalgie est constamment plus élevé chez les aides malades à domicile, quelque soit le degré de sévérité de la lombalgie et la cohorte à laquelle elles appartiennent. La présence de lombalgie diminue avec l'âge. Ceci peut sembler absurde mais on doit se rappeler que l'étude est conduite chez de travailleuses actives et cette diminution avec l'âge est vraisemblablement le reflet d'une sélection naturelle, les travailleuses âgées atteintes de maux de dos ayant quitté le travail actif.

Les résultats sur les autres variables contributives sont beaucoup plus équivoques. Concernant l'influence que la disponibilité d'aide pour déplacer les patients peut avoir sur la présence de lombalgies, certains résultats montrent que la fréquence des maux de dos diminue avec l'augmentation d'une telle aide, d'autres montrent qu'elle augmente et plusieurs ne révèle aucune tendance. Des résultats équivoques similaires sont observés quand les bénéficiaires sont des convalescents post-op. Concernant la situation où un lève-patient est nécessaire mais n'est pas utilisé, il semble que cette situation s'accompagne d'une augmentation de la fréquence des maux de dos.

VI. Discussion

1. Retour sur les hypothèses de l'étude.

Au début de l'étude, nous avons formulé certaines hypothèses que nous sommes maintenant en mesure de vérifier.

Hypothèse #1: *Les aides malades qui travaillent à domicile ont des taux plus élevés (taux d'incidence et taux de prévalence) de maux de dos que les aides malades qui font un travail similaire en milieu hospitalier. Ceci est vrai pour différentes définitions et différents niveaux de gravité des maux de dos.*

Cette hypothèse s'est confirmée. Les aides malades à domicile ont un risque plus élevé de lombalgie que les aides malades en milieu hospitalier. Cet excès est statistiquement significatif pour plusieurs types de lombalgies. Ce sont: avoir eu une lombalgie durant la vie, présence d'une lombalgie avec incapacité en 1992, un premier épisode de lombalgie durant la période 1988-1992, un premier épisode avec compensation et un premier épisode avec traitement durant la période 1988-1992. Les risques augmentent avec la sévérité du mal de dos, de lombalgie durant la vie (RR = 1.97, IC95% 1.02-3.80) à lombalgie avec incapacité (RR = 3.10, IC95% 1.44-6.67) à lombalgie traitée (RR = 3.93, IC95% 1.49-10.37) et finalement lombalgie avec compensation (RR = 15.19, IC95% 2.03-113.74). Il faut noter toutefois que les nombres de cas diminuant avec le degré de sévérité, les intervalles de confiance augmentent aussi.

Hypothèse #2: *Les facteurs personnels associés au développement d'un mal de dos sont les suivant: âge, grandeur, poids, consommation de cigarettes et nombre d'accouchements.*

Contrairement à ce que nous révèle la littérature, seul l'âge était associé au mal de dos parmi les sujets de l'étude. Contrairement aussi avec la littérature, dans la présente étude, la fréquence de nouveaux maux de dos était plus faible chez les sujets âgés de 45 ans et plus en comparaison avec les sujets âgés de moins de 45 ans. Deux raisons pourraient expliquer ce phénomène. La première raison réside dans le design même de l'étude. La présente étude était conduite chez des aides malades qui étaient au travail. Il s'agissait en fait d'un groupe de " survivantes ". Celles qui avaient développé un mal de dos s'étaient vraisemblablement retirées du travail. Comme ces maux de dos sont plus fréquents avec l'âge, il est probable que ceci explique pourquoi on observe moins de maux de dos chez les travailleuses plus âgées. La deuxième raison pourrait résider dans le type de tâches accomplies par les aides malades plus âgées. Il se pourrait que celles-ci accomplissent moins de tâches qui les exposent à développer des maux de dos que les aides malades plus jeunes..

Hypothèse #3: *Les facteurs professionnels associés aux maux de dos parmi les aides malades sont: l'ancienneté, le travail plein temps-temps partiel, l'espace de travail disponible, la présence d'équipements sur les lieux de travail, le type de service offert, les caractéristiques des bénéficiaires, la présence de lève-patients et le*

travail d'équipe.

Parmi ces facteurs, l'étude a permis d'en confirmer 3: la présence d'aide pour déplacer les patients, le fait que le bénéficiaire soit un convalescent post-opération et un lève-patient nécessaire mais non-utilisé. Dans le cas de ce troisième facteur, la question posée a pu porter à ambiguïté de sorte que ce facteur peut signifier que le lève-patient n'était pas disponible alors qu'il était nécessaire ou qu'il était disponible mais que l'aide malade ne l'utilisait pas faute de temps ou parce que le bénéficiaire le refusait. Quoiqu'il en soit, ce facteur contribuait à la présence de mal de dos chez l'employé.

Hypothèse #4: Ce ne sont pas les facteurs personnels qui expliquent les taux plus élevés de maux de dos parmi les aides malades à domicile.

Cette hypothèse s'est confirmée. Le contrôle pour les variables personnelles telles que âge, grandeur, poids, avoir eu un accouchement, nombre de cigarettes fumées par jour n'a pas modifié la relation observée d'un excès de risque chez les aides malades à domicile en comparaison avec les aides malades en milieu hospitalier.

Hypothèse #5: Lorsque sont contrôlés les facteurs professionnels de mal de dos tels que ancienneté, travail plein temps-temps partiel, espace de travail disponible, disponibilité d'équipement, type de service offert, les caractéristiques des bénéficiaires, présence d'un lève-patient et travail d'équipe, la différence observée entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier disparaît.

Si cette hypothèse s'était avérée vraie, ceci aurait indiqué qu'en corrigeant les causes professionnelles de mal de dos à domicile, on aurait pu éliminer l'excès de risque de mal de dos chez les aides malades à domicile. Mais les résultats des études discriminantes ne parlent pas dans cette direction. En effet, en corrigeant pour les facteurs de risque professionnels identifiés dans cette étude, il persiste une différence significative de maux de dos entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier. Pour le moment, nous ne sommes pas capable d'expliquer ce phénomène. Au delà des variables professionnelles mesurées, il y aurait d'autres facteurs qui occasionnent davantage des maux de dos chez les aides malades à domicile que chez les aides malades en milieu hospitalier.

2. Le mal de dos comme facteur de sélection hors travail

Les résultats de la présente étude s'appliquent à l'ensemble des aides malades participant à l'étude c'est-à-dire toutes les aides malades qui avaient travaillé en aucun temps entre 1988 et 1992. Dans les faits, ce groupe rassemblait deux types de travailleuses, celles qui étaient au travail en 1988, quelque était leur ancienneté et les nouvelles aides malades qui avaient été embauchées entre janvier 1988 et juin 1992. Ces deux types de travailleuses sont essentiellement différentes. Dans le

premier type se retrouvent les aides malades qui sont en mesure de travailler, c'est à dire que si elles souffrent de mal de dos, leur mal n'est pas assez sévère pour les empêcher de travailler. Ce sont des "survivantes" au mal de dos sévère. Et de ce groupe, on ne connaît rien de celles qui ont dû quitter à cause de mal au dos. Ce groupe ne peut donc pas être considéré comme représentatif de la problématique des maux de dos chez les aides malades. Ceci est vrai en autant que l'histoire naturelle du mal de dos amène les personnes affectées à quitter le travail, ce qui est vrai en partie seulement, puisque plusieurs personnes demeurent au travail même avec leur mal de dos.

Par contre, le deuxième type de travailleuses, celles qui ont commencé à travailler entre 1988 et 1992 et que nous avons appelé la cohorte incidente nous éclaire sur la vraie fréquence des maux de dos attribuables au travail d'aide malades. Cette cohorte nous permet de documenter les maux de dos au fur et à mesure qu'ils font leur apparition, avant que le phénomène de sélection naturelle hors du travail ne s'installe.

Si l'histoire naturelle de la maladie n'entraîne pas de sélection naturelle hors du lieu de travail, les résultats de notre étude devraient être les mêmes dans les deux cohortes: incidente et prévalente. Si, par contre, il y a un phénomène de sélection, alors les résultats seront différents entre la cohorte incidente et prévalente. On observera un risque élevé dans la cohorte incidente mais l'absence de risque dans la cohorte prévalente.

Dans les faits, c'est ce que nous observons. Il y a une différence significative dans la fréquence des maux de dos entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier dans la cohorte totale; il n'y a pas de telle différence ou la différence est beaucoup moindre dans la cohorte prévalente et elle est plus prononcée dans la cohorte incidente illustrant que les maux de dos sont plus fréquents chez les aides malades à domicile et qu'il y a effectivement un phénomène de sélection naturelle des travailleuses hors du milieu de travail occasionné par le développement d'un mal de dos.

On peut donc dire que le mal de dos chez les aides malades est un facteur qui les éloigne du travail.

3. Validité de l'étude

Les contraintes de confidentialité imposées par les organisations participantes ont entraîné de sérieuses difficultés qui risquaient de mettre en cause la validité même de cette étude. Ne pouvant pas identifier les sujets et pouvant encore moins les contacter, il nous était impossible de connaître la valeur représentative des sujets répondants. Toutefois, des efforts ont été faits pour tenter de connaître la portée de ces limites.

Biais de sélection: influence des non-répondants

Les taux de réponses au questionnaire ont été de 68.2% chez les aides malades à domicile et de 72.7% chez les aides malades en milieu hospitalier. Bien que ces taux de réponse soient très

raisonnables (il est fréquent de trouver des taux de réponse inférieurs à 50% dans les études conduites chez des volontaires), il convient de se demander si ces répondants sont représentatifs de l'ensemble des aides malades éligibles à l'étude ou si un biais de sélection pourrait s'être introduit dans l'étude.

Pour répondre adéquatement à cette question, il faudrait comparer entre les non-répondants et les répondants, un certain nombre de caractéristiques obtenues avant la complétion du questionnaire. Malheureusement les exigences de confidentialité requises par les institutions participantes de ne transmettre au chercheur que le minimum d'information rendre impossible une telle comparaison.

Pour contourner cette difficulté, un second questionnaire a été adressé aux non-répondants. Les taux de réponses à ce deuxième questionnaire ont été de 50.9% chez les aides malades à domicile et de 22.7% chez les aides malades en milieu hospitalier, soit beaucoup moins bon que pour le questionnaire original. Néanmoins, au deuxième questionnaire plus de maux de dos ont été rapportés par les aides malades en milieu hospitalier que par les aides malades à domicile, résultat opposé au résultat obtenu dans l'étude principale (Voir annexe IV, Caractéristiques des non-répondants).

Comment devons nous interpréter ces résultats? Il convient de noter que les caractéristiques personnelles des répondants au deuxième questionnaire étaient différentes des caractéristiques des répondants au premier questionnaire: elles comprenaient une plus grande proportion d'aides malades provenant de milieu hospitalier qui étaient plus âgés, avaient une longue ancienneté, travaillaient comme occasionnelles et comprenaient une plus forte proportion de personnes non-formées. Ceci semble indiquer que les aides malades plus âgées provenant du milieu hospitalier n'avaient pas répondu au questionnaire #1 dans une proportion adéquate ou, pour une raison inconnue, ont répondu au questionnaire #2 dans une proportion trop grande.

Il n'y a pas lieu de croire que les répondants au questionnaire #2 étaient plus représentatifs de la population des aides malades que les répondants au questionnaire #1, bien au contraire le faible taux de réponse au questionnaire #2 ouvrait la porte à un biais plus important que le taux de réponse plus élevé au questionnaire #1.

Nous avons recalculé les OR en imaginant le pire scénario, à savoir en regroupant les réponses obtenues au deuxième questionnaire chez les non-répondants avec les réponses obtenues au premier questionnaire chez les répondants. Les résultats apparaissent au tableau 10. Ils révèlent que les risques plus élevés chez les aides malades à domiciles diminuent quelque peu en valeur absolue mais demeurent significativement élevés indiquant que les non-répondants n'ont pas introduit dans l'étude un biais de sélection susceptible d'invalidier les résultats.

Biais de sélection: emplois antérieurs

Les résultats de l'étude montrent que les aides malades à domicile ont une fréquence plus élevée de maux de dos que les aides malades en milieu hospitalier. Cet excès de risque se maintient même

après avoir contrôlé pour les variables potentiellement confondantes. Il convient toutefois de se demander si les emplois antérieurs détenus par les aides malades à domicile peuvent expliquer ces résultats. Est-ce que le risque élevé de lombalgie parmi des aides malades à domicile pourrait être le résultat d'un risque cumulé dans un ou des emplois précédents et qui est erronément attribué à l'emploi d'aide malade à domicile parce que ces travailleuses ont changé d'emploi?

Cette question est étudiée en détail à l'annexe V, Influence des emplois précédents sur les résultats. Deux cent vingt et un (221) aides malades à domicile (39%) et 119 aides malades en milieu hospitalier (28%) ont rapporté avoir eu un ou plusieurs emplois avant leur occupation actuelle. Ces autres emplois variaient de travail dans le secteur industriel (23%), travail de bureau (21%), aide malade en milieu hospitalier (20%), travail de restaurant (18%), travail de garderie (9%), travailleuses sociales (6%), ou ménagères (3%).

Les caractéristiques descriptives montrent que les aides malades à domicile qui ont travaillé auparavant comme aides malades en milieu hospitalier n'étaient pas différentes des aides malades à domicile qui ont détenu d'autres occupations antérieurement non plus que de celles qui ont rapporté n'avoir détenu aucun autre emploi précédemment. En fait, les aides malades à domicile qui ont travaillé précédemment comme aides malades en milieu hospitalier rapportent un taux de fréquence de lombalgie inférieur à celui de l'ensemble des aides malades à domicile.

Pour valider ces observations, une analyse de régression logistique fut conduite. Les résultats de l'analyse (Tableau V.6 de l'annexe V) ont confirmé que le fait d'avoir détenu un emploi antérieurement à celui d'aide malade à domicile n'explique pas l'excès de risque de lombalgie observé chez les aides malades à domicile en comparaison avec les aides malades en milieu hospitalier. Ce facteur n'a donc pas causé un biais de sélection dans l'étude.

RECOMMANDATIONS

Suite au dépôt du rapport de recherche, l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail a demandé aux auteurs d'énoncer les recommandations qui découlent de leur recherche. Ces recommandations pourraient être décrites de la façon suivante:

- 1) Les données empiriques montrent que les aides-malades qui travaillent à domicile ont des taux plus élevés de maux de dos que les aides-malades qui font un travail similaire en milieu hospitalier, et que cette augmentation du risque est significativement associée à des facteurs professionnels. Il découle de cette observation que des programmes de prévention de maux de dos devront être élaborés spécifiquement pour les aides-malades qui travaillent à domicile.
- 2) Parmi les facteurs professionnels qui contribuent à l'apparition des maux de dos chez les aides-malades à domicile, l'étude en a identifié trois: la présence d'assistance pour déplacer les patients, le fait que le bénéficiaire soit un convalescent post-opération et la présence d'un lève-patient au chevet du malade.

L'aide-malade à domicile travaille ordinairement seule. L'aide-malade en milieu hospitalier peut demander l'assistance de d'autres personnes pour déplacer certains patients. L'absence de cette assistance est un facteur contributif significatif au développement du mal de dos chez l'aide-malade à domicile. Il faudrait que l'aide-malade à domicile puisse recourir à l'assistance d'une autre personne pour déplacer certains patients. Ceci peut s'avérer fort difficile par la nature même du service offert, l'aide-malade à domicile travaillant seule. Il pourrait par ailleurs y avoir quelques exceptions pour certains types de malade qui sont particulièrement difficiles à déplacer. Il vaudra aussi développer des programmes particuliers dans le cas des convalescents post-opération. Ce type de malade contribue à l'excès de maux de dos chez les aides-malades à domicile. Une action dans ce dossier est d'autant plus impérative que le système de soins s'oriente vers les soins ambulatoires.

L'absence d'un lève-patient s'est avéré une source de mal de dos chez les aides-malades. Il faut recommander que les lèves-patients soient utilisés d'avantage et qu'ils soient d'avantage disponibles aux domiciles des malades qui nécessitent des déplacements.

- 3) L'ensemble des facteurs professionnels et personnels considérés dans la présente étude n'expliquent qu'une partie de l'excès des maux de dos chez les aides-malades qui travaillent à domicile. Lors d'études ultérieures, il conviendra d'ajouter aux protocoles l'étude d'autres variables telles que stress familial, satisfaction au travail, fatigue, nombre de domiciles desservis, ... etc.

RÉFÉRENCES:

Arad & Ryan. The incidence and prevalence in nurses of low back pain. A definitive survey exposes the hazards. Aust-Nurses Journal; 1986 July; 16(1):44-8.

Berkson et al. Voluntary strengths of male adults with acute low back syndromes. Clinical Orthopaedics and Related Research; 1977; 129:84-95.

Breslow & Day. Statistical methods in cancer research. Volume II. The design and analysis of cohort studies. IARC 1987.

Brown. Lifting as an industrial hazard. American Industrial Hygiene Association Journal; 1973; 34:292-297.

Brown. Factors contributing to the development of low-back pain in industrial workers. Am Ind Hyg Assoc J; 1975; 36:26-31.

Cady et al. Strength and fitness and subsequent back injuries in firefighters. Journal of Occupational Medicine; 1979; 21:269-272.

Caillet. *Low back pain syndrome* (3 rd edition). Philadelphia: Davis. 1981

Chaffin et al. Preemployment strength testing. Journal of Occupational Medicine; 1978; 20:403-408.

Chaffin & Park. A longitudinal study of low-back pain as associated with occupational lifting factors. American Industrial Hygiene Association Journal; 1973; 34:513-525.

Cust et al. The prevalence of low back pain in nurses. International Nursing Review; 1972; 19:169-78.

Dehlin et al. Back symptoms in nursing aides in a geriatric hospital. Scandinavian Journal of Rehabilitative Medicine; 1976; 8:47-53.

Dehlin & Berg. Back symptoms and psychological perception of work. Scandinavian Journal of Rehabilitative Medicine; 1977; 9:61-65.

Feffer. All about backaches-Latest advice from a back specialist. U.S. News and World Report. 1971:74-78.

Ferguson. Strain injuries in hospital employees. Medical Journal of Australia; 1970; 1:376-9.

Frymoyer et al. Epidemiologic studies of low back pain. Spine; 1980; 5:419-423.

- Harber et al. Occupational low-back pain in hospital nurses. Journal of Occupational Medicine; 1985 July; 27(7):518-24.
- Hoover. Job-related back injuries in a hospital. American Journal of Nursing; 1973; 73:2078-9.
- Hult. Cervical, dorsal, and lumbar spinal syndromes. Acta Orthopædica Scandinavica; (Suppl.) ; 1954; 17:1-102.
- Klein et al. Assessment of worker's compensation claims for back strains/sprains. Journal of Occupational Medicine; 1984; 26:443-8.
- Knutson. Analysis of occupational injuries and illnesses for Wisconsin industry: Hospitals. Madison: Department of Industry, Labor and Human Relations. 1976
- Kraus et al. Back pain correction and prevention. New York State Journal of Medicine; 1977; 77:1335-1338.
- Magora. Investigation of the relation between low-back pain and occupation: I. Age, sex, community, education and other factors. Industrial Medicine and Surgery; 1970; 39:465-71.
- Magora. Investigation of the relation between low-back pain and occupation. III: Physical requirements: Sitting, standing and weight lifting. Industrial Medicine and Surgery; 1972; 41:5-9.
- Magora. Investigation of the relation between low-back pain and occupation: IV. Physical requirements. Scand J Rehabil Med; 1973; 5:186-190.
- Mandel & Lohman. Low back pain in nurses: the relative importance of medical history, work factors, exercise, and demographics. Research in Nursing and Health; 1987 June; 10(3):165-70.
- Ministère des Affaires sociales. Statistiques. 1990
- Natvig. Sociomedical aspects of low back pain causing prolonged sick leave: a retrospective study. Acta Socio-medica Scandinavica; 1970; 2:117-126.
- Owen. The magnitude of low-back problem in nursing. Western Journal of Nursing Research; 1989 April; 11(2):234-42.
- Owen & Damron. Personal characteristics and back injury among hospital nursing personnel. Research in Nursing and Health; 1984; 7:305-13.
- Raistrick. Nurses with back pain- can the problem be prevented? Nursing Times; 1981 May; 77(20):853-6.

Richards & McKinnon. Back and neck pain in nurses. N.Z. Family Physician; 1985; 12:143-146.

Rowe. Low-back disabilities in industry: Updated position. Journal of Occupational Medicine; 1971; 13:476-478.

Ryden et al. Occupational low-back injury in a hospital employee hospital: an epidemiologic analysis of multiple risk factors of a high-risk occupational group. Spine; 1989 March; 14(3):315-20.

Smith. *Industrial back hygiene*. Madison, WI: Wisconsin Department of Industry, Labor and Human Relations. 1979.

Spitzer. 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; 1987; 12:12-15.

Stubs et al. Back pain in nursing profession I. Epidemiology and pilot methodology. Ergonomics; 1983; 26:755-65.

Stubs et al. Backing out: nurse wastage associated with back pain. International Journal of Nursing Studies; 1986 b; 23: 325-36.

Svenson et al. Low back pain in relation to other diseases and cardiovascular risk factors. Spine; 1983; 3:227-285.

Svenson & Andersson. Low back pain in 40 to 47 year old men; work history and environmental factors. Spine; 1983; 8:272-276.

Svenson & Andersson. The relationship of low-back pain, work history, work environment and stress. Spine; 1989; 14:517-22.

Troup et al. Back pain in industry. A prospective survey. Spine; 1981; 6:61-9.

Venning et al. Personal and job-related factors as determinants of incidence of back injuries among nursing personnel. Journal of Occupational Medicine; 1987 October; 29(10):820-5.

Videman et al. Low-back pain in nurses and some loading factors of work. Spine; 1984 May-June; 9(4):400-4.

Westrin et al. The personality of the back patient. Clinical Orthopaedics and Related Research; 1972; 87:209-216.

TABLEAUX

TABLEAUX

Tableau 3 Population éligible, population échantillonnée, les réponses, les refus et population incluse dans l'étude.

	AIDES MALADES À DOMICILE				AIDES MALADES HOSPITALIÈRES			
	population éligible	échantillon	réponses	dans l'étude	population éligible	échantillon	réponses	dans l'étude
Cohorte incidente*	459	459	213	213	642	642	228	228
Cohorte prévalente**	396	331	349	349	421	438	188	188
Ancienneté inconnue***	36		6		489		6	
Ont quitté	152	133	12	12	154	75	1	1
Sous-total 1: réponses			580				423	
Refus			20				65	
Non-répondants			251				94	
Sous-total 2: non-réponses			271				159	
Sous-total 3 (2+1): questionnaires adressés			851				582	
Retirés de l'étude			9				527	
Exclus	175		63		161		46	
Sous-total 4: exclusions			72				573	
Total (3+4)	1218	923	923	574	1867	1155	1155	417

* au travail pour une période <=5 années au moment de l'entrevue en 1992; ** au travail depuis plus de 5 années au moment de l'entrevue en 1992; *** ne peut être inclus ni dans la cohorte incidente ni dans la cohorte prévalente.

Tableau 4a Distribution des sujets selon leurs caractéristiques personnelles, la cohorte à laquelle ils appartiennent (incidente, prévalente ou les deux regroupées) et leurs lieux de travail (aide malade à domicile ou en milieu hospitalier).

	COHORTE INCIDENTE				COHORTE PREVALENTE				TOTAL			
	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AGE EN 1992 (ANNÉES)												
< 25	5	2.5	28	12.7	0	0.0	1	0.6	5	0.9	29	7.3
25-34	37	18.3	75	34.1	29	8.8	44	24.4	66	12.4	119	29.8
35-44	88	43.6	68	30.9	88	26.7	64	35.6	176	33.1	132	33.0
45-54	61	30.2	44	20.0	142	43.2	49	27.2	203	38.2	93	23.3
>= 55	11	5.4	5	2.3	70	21.3	22	12.2	81	15.3	27	6.8
Soustrtotal	202	47.9	220	52.1	329	64.6	180	35.4	531	57.0	400	43.0
Manquant	11		8		20		8		31		16	
Total	213		228		349		188		562		416	
Moyen (DS)	41.4 (8.3)		35.8 (9.4)		47.2 (8.7)		41.9 (9.8)		45.0 (9.0)		38.5 (10.0)	
GRANDEUR (CENTIMÈTRES)												
< 160	69	33.0	73	32.9	135	39.7	65	34.9	204	37.2	138	33.8
160-164	73	34.9	60	27.0	105	30.9	49	26.3	178	32.4	109	26.7
165-169	37	17.7	46	20.7	68	20.0	52	28.0	105	19.1	98	24.0
>= 170	30	14.4	43	19.4	32	9.4	20	10.8	62	11.3	63	15.4
Soustrtotal	209	48.5	222	51.5	340	64.6	186	35.4	549	57.4	408	42.6
Manquant	4		6		9		2		13		8	
Total	213		228		349		188		562		416	
Moyen (DS)	161.4 (6.3)		161.7 (6.9)		160.4 (6.3)		161.5 (5.8)		160.8 (6.3)		161.6 (6.4)	
POIDS (LBS)												
< 120	32	15.5	51	23.1	49	14.5	38	20.3	81	14.8	89	21.8
120-139	60	29.0	62	28.1	123	36.3	61	32.6	183	33.5	123	30.1
140-159	61	29.5	56	25.3	81	23.9	41	21.9	142	26.0	97	23.8
160-179	27	13.0	27	12.2	50	14.7	26	13.9	77	14.1	53	13.0
>= 180	27	13.0	25	11.3	36	10.6	21	11.2	63	11.5	46	11.3
Soustrtotal	207	48.4	221	51.6	339	64.4	187	35.6	546	57.2	408	42.8
Manquant	6		7		10		1		16		8	
Total	213		228		349		188		562		416	
Moyen (DS)	144.8 (28.3)		140.7 (26.6)		143.6 (27.1)		142.5 (28.1)		144.0 (27.6)		141.5 (27.3)	
ACCOUCHEMENTS												
Aucun	27	13.4	85	38.3	60	17.9	38	20.8	87	16.2	123	30.4
Oui	175	86.6	137	61.7	275	82.1	145	79.2	450	83.8	282	69.6
Soustrtotal	202	47.6	222	52.4	335	64.7	183	35.3	537	57.0	405	43.0
Manquant	11		6		14		5		25		11	
Total	213		228		349		188		562		416	

Tableau 4a (suite)

	COHORTE INCIDENTE				COHORTE PREVALENTE				TOTAL			
	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AGE AU PREMIER ACCOUCHEMENT (ANNÉES)												
< 25	87	60.4	77	64.2	153	66.2	66	54.5	240	64.0	143	59.3
25-34	54	37.5	42	35.0	71	30.7	52	43.0	125	33.3	94	39.0
>= 35	3	2.1	1	0.8	7	3.0	3	2.5	10	2.7	4	1.7
Soustrait	144	54.5	120	45.5	231	65.6	121	34.4	375	60.9	241	39.1
Manquant	69		108		118		67		187		175	
Total	213		228		349		188		562		416	
Moyen (DS)	23.8 (4.4)		23.5 (3.9)		23.7 (4.2)		24.6 (4.2)		23.8 (4.3)		24.0 (4.1)	
AGE DU PREMIER ENFANT EN 1992 (ANNÉES)												
< 5	11	6.3	16	11.9	11	3.9	20	14.0	22	4.8	36	12.9
5-9	12	6.8	13	9.6	14	5.0	12	8.4	26	5.7	25	9.0
>= 10	153	86.9	106	78.5	255	91.1	111	77.6	408	89.5	217	78.1
Soustrait	176	56.6	135	43.4	280	66.2	143	33.8	456	62.1	278	37.9
Manquant	37		93		69		45		106		138	
Total	213		228		349		188		562		416	
Moyen (DS)	18.2 (8.1)		16.3 (8.6)		24.2 (9.3)		18.7 (11.1)		21.9 (9.3)		17.6 (10.0)	
STATUT DE FUMEUR EN 1992 (voir texte)												
NonFUMEUR	98	47.1	116	53.2	181	55.0	89	48.6	279	52.0	205	51.1
ExFUMEUR	30	14.4	19	8.7	56	17.0	26	14.2	86	16.0	45	11.2
FUMEUR	80	38.5	83	38.1	92	28.0	68	37.2	172	32.0	151	37.7
Soustrait	208	48.5	218	51.2	329	64.3	183	35.7	537	57.2	401	42.8
Manquant	5		10		20		5		25		15	
Total	213		228		349		188		562		416	
NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR EN 1992 (voir texte)												
<= 9	10	13.3	10	12.2	15	16.5	6	9.0	25	15.1	16	10.7
10-19	25	33.3	32	39.0	27	29.7	22	32.8	52	31.3	54	36.2
>= 20	40	53.3	40	48.8	49	53.8	39	58.2	89	53.6	79	53.0
Soustrait	75	47.8	82	52.2	91	57.6	67	42.4	166	52.7	149	47.3
Manquant	138		146		258		121		396		267	
Total	213		228		349		188		562		416	
Moyen (DS)	18.5 (8.7)		17.0 (7.4)		17.8 (8.2)		18.4 (7.1)		18.1 (8.4)		18.1 (7.2)	

Tableau 4b Distribution des sujets selon les caractéristiques de leur travail, la cohorte à laquelle ils appartiennent (incidente, prévalente ou les deux regroupées) et leurs lieux de travail (aide malade à domicile ou en milieu hospitalier).

	COHORTE INCIDENTE				COHORTE PRÉVALENTE				TOTAL			
	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ANCIENNETÉ (EN 1992, ANNÉES)												
1	12	5.9	25	11.2					12	2.2	25	6.1
2	37	18.0	54	24.1					37	6.8	54	13.2
3	47	22.9	43	19.2					47	8.6	43	10.5
4	61	29.8	65	29.0					61	11.2	65	15.9
5	48	23.4	37	16.5					48	8.8	37	9.0
6- 9					177	52.2	86	46.2	177	32.5	86	21.0
10-14					101	29.8	45	24.2	101	18.6	45	11.0
15-19					56	16.5	36	19.4	56	10.3	36	8.8
>= 20					5	1.5	19	10.2	5	0.9	19	4.6
Soustrtotal	205	47.8	224	52.2	339	64.6	186	35.4	544	57.0	410	43.0
Manquant	8		4		10		2		18		6	
Total	213		228		349		188		562		416	
Moyen (DS)	3.4 (1.2)		3.1 (1.3)		10.4 (4.0)		12.4 (6.2)		7.8 (4.7)		7.3 (6.3)	
STATUT D'EMPLOI												
Occasion.	81	39.5	67	30.7	22	6.5	18	9.8	103	18.9	85	21.1
T. partiel	30	14.6	109	50.0	46	13.6	67	36.4	76	14.0	176	43.8
T. plein	94	45.9	42	19.3	271	79.9	99	53.8	365	67.1	141	35.1
Soustrtotal	205	48.5	218	51.5	339	64.8	184	35.2	544	57.5	402	42.5
Manquant	8		10		10		4		18		14	
Total	213		228		349		188		562		416	
NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE												
<15 hres	27	13.1	35	16.2	16	4.7	15	8.2	43	7.8	50	12.6
15-20	10	4.9	29	13.4	6	1.7	19	10.4	16	2.9	48	12.1
20-24	11	5.3	25	11.6	22	6.4	10	5.5	33	6.0	35	8.8
25-29	17	8.3	27	12.5	28	8.1	19	10.4	45	8.2	46	11.6
30-34	3	1.5	26	12.0	7	2.0	11	6.0	10	1.8	37	9.3
35	128	62.1	4	1.9	241	70.1	3	1.6	369	67.1	7	1.8
> 35	10	4.9	70	32.4	24	7.0	105	57.7	34	6.2	175	44.0
Soustrtotal	206	48.8	216	51.2	344	65.4	182	34.6	550	58.0	398	42.0
Manquant	7		12		5		6		12		18	
Total	213		228		349		188		562		416	
Moyen (DS)	32.3 (9.8)		29.4 (10.8)		33.7 (8.0)		32.6 (9.9)		33.2 (8.7)		31.0 (10.5)	
FORMATION (ENTRE 1988 ET 1992)												
AUCUNE	7	4.2	8	5.1	33	10.9	57	33.3	40	8.5	65	19.8
OUI	161	95.8	150	94.9	271	89.1	114	66.7	432	91.5	264	80.2
Soustrtotal	168	51.5	158	48.5	304	64.0	171	36.0	472	58.9	329	41.1
Manquant	45		70		45		17		90		87	
Total	213		228		349		188		562		416	

Tableau 4b (suite)

	COHORTE INCIDENTE				COHORTE PRÉVALENTE				TOTAL			
	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RECOURS À LA FORMATION												
<25% temps	9	5.5	17	10.5	20	7.7	14	11.8	29	6.9	31	11.0
25-74%	54	33.1	67	41.4	95	36.7	60	50.4	149	35.3	127	45.2
>=75%	100	61.3	78	48.1	144	55.6	45	37.8	244	57.8	123	43.8
Soustrait	163	50.2	162	49.8	259	68.5	119	31.5	422	60.0	281	40.0
Manquant	68		66		90		69		140		135	
Total	213		228		349		188		562		416	
PATIENTS AGÉS												
<25% temps	11	5.7	13	6.0	10	3.3	10	6.3	21	4.2	23	6.1
25-74%	51	26.3	42	19.4	79	26.2	25	15.8	130	26.3	67	17.9
>=75%	132	68.0	162	74.7	212	70.4	123	77.8	344	69.5	285	76.0
Soustrait	194	47.2	217	52.8	301	65.6	158	34.4	495	56.9	375	43.1
Manquant	19		11		48		30		67		41	
Total	213		228		349		188		562		416	
PATIENTS HANDICAPÉS (AGÉS DE MOINS DE 60 ANS)												
<25% temps	129	74.1	106	60.2	204	75.8	81	63.8	333	75.2	187	61.7
25-74%	37	21.3	37	21.0	48	17.8	22	17.3	85	19.2	59	19.5
>=75%	8	4.6	33	18.8	17	6.3	24	18.9	25	5.6	57	18.8
Soustrait	174	49.7	176	50.3	269	67.9	127	32.1	443	59.4	303	40.6
Manquant	39		52		80		61		119		113	
Total	213		228		349		188		562		416	
PATIENTS HANDICAPÉS (AGÉS DE 60 ANS ET PLUS)												
<25% temps	80	46.5	39	21.0	135	52.7	34	27.2	215	50.2	73	23.5
25-74%	65	37.8	47	25.3	90	35.2	25	20.0	155	36.2	72	23.2
>=75%	27	15.7	100	53.8	31	12.1	66	52.8	58	13.6	166	53.4
Soustrait	172	48.0	186	52.0	256	67.2	125	32.8	428	57.9	311	42.1
Manquant	41		42		93		63		134		105	
Total	213		228		349		188		562		416	
PATIENTS CONVALESCENTS POST-OP												
<25% temps	132	86.3	112	80.0	188	85.8	76	85.4	320	86.0	188	82.1
25-74%	19	12.4	12	8.6	24	11.0	8	9.0	43	11.6	20	8.7
>=75%	2	1.3	16	11.4	7	3.2	5	5.6	9	2.4	21	9.2
Soustrait	153	52.2	140	47.8	219	71.1	89	28.9	372	61.9	229	38.1
Manquant	60		88		130		99		190		187	
Total	213		228		349		188		562		416	
PATIENTS EN PHASE TERMINALE												
<25% temps	118	68.2	89	50.9	199	73.4	72	62.1	317	71.4	161	55.3
25-74%	46	26.6	31	17.7	58	21.4	16	13.8	104	23.4	47	16.2
>=75%	9	5.2	55	31.4	14	5.2	28	24.1	23	5.2	83	28.5
Soustrait	173	49.7	175	50.3	271	70.0	116	30.0	444	60.4	291	39.6
Manquant	40		53		78		72		118		125	
Total	213		228		349		188		562		416	

Tableau 4b (suite)

	COHORTE INCIDENTE				COHORTE PRÉVALENTE				TOTAL			
	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SOINS D'HYGIENE												
<25% temps	8	4.0	24	11.4	15	4.8	51	31.3	23	4.5	75	20.1
25-74%	59	29.2	44	20.9	108	34.5	32	19.6	167	32.4	76	20.3
>=75%	135	66.8	143	67.8	190	60.7	80	49.1	325	63.1	223	59.6
Soustrait	202	48.9	211	51.1	313	65.8	163	34.2	515	57.9	374	42.1
Manquant	11		17		36		25		47		42	
Total	213		228		349		188		562		416	
TRANSFERTS DE PATIENTS												
<25% temps	74	37.8	17	7.8	129	43.1	32	19.2	203	41.0	49	12.7
25-74%	86	43.9	45	20.5	126	42.1	36	21.6	212	42.8	81	21.0
>=75%	36	18.4	157	71.7	44	14.7	99	59.3	80	16.2	256	66.3
Soustrait	196	47.2	219	52.8	299	64.2	167	35.8	495	56.2	386	43.8
Manquant	17		9		50		21		67		30	
Total	213		228		349		188		562		416	
NOURRIR LES PATIENTS												
<25% temps	157	83.5	36	16.7	241	86.1	48	28.7	398	85.0	84	21.9
25-74%	20	10.6	43	19.9	23	8.2	30	18.0	43	9.2	73	19.1
>=75%	11	5.9	137	63.4	16	5.7	89	53.3	27	5.8	226	59.0
Soustrait	188	46.5	216	53.5	280	62.6	167	37.4	468	55.0	383	45.0
Manquant	25		12		69		21		94		30	
Total	213		228		349		188		562		416	
EQUIPEMENT ADÉQUAT DANS LA CHAMBRE À COUCHER DU PATIENT												
<25% temps	56	29.8	18	8.5	95	32.2	17	9.9	151	31.3	35	9.1
25-74%	84	44.7	71	33.3	120	40.7	78	45.6	204	42.2	149	38.8
>=75%	48	25.5	124	58.2	80	27.1	76	44.4	128	26.5	200	52.1
Soustrait	188	46.9	213	53.1	295	63.3	171	36.7	483	55.7	384	44.3
Manquant	25		15		54		17		79		32	
Total	213		228		349		188		562		416	
ESPACE ADÉQUAT DANS LA CHAMBRE À COUCHER DU PATIENT												
<25% temps	57	30.0	61	28.2	87	29.8	66	38.4	144	29.9	127	32.7
25-74%	84	44.2	75	34.7	132	45.2	72	41.9	216	44.8	147	37.9
>=75%	49	25.8	80	37.0	73	25.0	34	19.8	122	25.3	114	29.4
Soustrait	190	46.8	216	53.2	292	62.9	172	37.1	482	55.4	388	44.6
Manquant	23		12		57		16		80		28	
Total	213		228		349		188		562		416	
ÉQUIPEMENT ADÉQUAT DANS LA SALLE DE BAIN DU PATIENT												
<25% temps	30	15.5	39	18.1	52	17.0	45	26.2	82	16.5	84	21.7
25-74%	91	47.2	61	28.4	132	43.3	59	34.3	223	44.8	120	31.0
>=75%	72	37.3	115	53.5	121	39.7	68	39.5	193	38.8	183	47.3
Soustrait	193	47.3	215	52.7	305	63.9	172	36.1	498	56.3	387	43.7
Manquant	20		13		44		16		64		29	
Total	213		228		349		188		562		416	

Tableau 4b (suite)

	COHORTE INCIDENTE				COHORTE PRÉVALENTE				TOTAL			
	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESPACE ADÉQUAT DANS LA SALLE DE BAIN DU PATIENT												
<25% temps	57	30.3	58	27.1	82	27.2	58	33.5	139	28.4	116	30.0
25-74%	104	55.3	65	30.4	170	56.5	65	37.6	274	56.0	130	33.6
>=75%	27	14.4	91	42.5	49	16.3	50	28.9	76	15.5	141	36.4
Soustopotal	188	46.8	214	53.2	301	63.5	173	36.5	489	55.8	387	44.2
Manquant	25		14		48		15		73		29	
Total	213		228		349		188		562		416	
AIDE DISPONIBLE POUR DÉPLACER LES PATIENTS												
<25% temps	159	85.0	20	9.0	254	84.4	22	12.9	413	84.6	42	10.7
25-74%	18	9.6	85	38.3	20	6.6	56	32.9	38	7.8	141	36.0
>=75%	10	5.3	117	52.7	27	9.0	92	54.1	37	7.6	209	53.3
Soustopotal	187	45.7	222	54.3	301	63.9	170	36.1	488	55.5	392	44.5
Manquant	26		6		48		18		74		24	
Total	213		228		349		188		562		416	
UTILISATION D'UN LÈVE-PATIENT												
Non	89	49.4	11	5.3	161	57.5	26	14.9	250	54.3	37	9.7
Oui	91	50.6	198	94.7	119	42.5	148	85.1	210	45.7	346	90.3
Soustopotal	180	46.3	209	53.7	280	61.7	174	38.3	460	54.6	383	45.4
Manquant	33		19		69		14		102		33	
Total	213		228		349		188		562		416	
PROPORTION DE PATIENTS LEVÉS À L'AIDE D'UN LÈVE-PATIENT												
<25%	111	92.5	104	51.7	144	90.6	65	42.2	255	91.4	169	47.6
>= 25%	9	7.5	97	48.3	15	9.4	89	57.8	24	8.6	186	52.4
Soustopotal	120	37.4	201	62.6	159	50.8	154	49.2	279	44.0	355	56.0
Manquant	93		27		190		34		283		61	
Total	213		228		349		188		562		416	
LÈVE-PATIENT NÉCESSAIRE MAIS NON-UTILISÉ												
<25% temps	43	39.8	30	15.3	57	37.5	22	14.6	100	38.5	52	15.0
25-74%	5	4.6	35	17.9	10	6.6	31	20.5	15	5.8	66	19.0
>=75%	60	55.6	131	66.8	85	55.9	98	64.9	145	55.8	229	66.0
Soustopotal	108	35.5	196	64.5	152	50.2	151	49.8	260	42.8	347	57.2
Manquant	105		35		197		37		302		69	
Total	213		228		349		188		562		416	

Tableau 4c Distribution des sujets selon les types de lombalgies, la cohorte à laquelle ils appartiennent (incidente, prévalente ou les deux regroupées) et leurs lieux de travail (aide malade à domicile ou en milieu hospitalier)

	COHORTE INCIDENTE				COHORTE PRÉVALENTE				TOTAL			
	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LOMBALGIE DURANT LA VIE												
Non	127	59.6	155	68.0	197	56.4	110	58.5	324	57.7	265	63.7
Oui	86	40.4	73	32.0	152	43.6	78	41.5	238	42.3	151	36.3
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE ATTRIBUÉE AU TRAVAIL EN 1992												
Non	142	66.7	152	66.7	192	55.0	114	60.6	334	59.4	266	63.9
Oui	71	33.3	76	33.3	157	45.0	74	39.4	228	40.6	150	36.1
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC TRAITEMENT EN 1992												
Non	161	75.6	178	78.1	241	69.1	137	72.9	402	71.5	315	75.7
Oui	52	24.4	50	21.9	108	30.9	51	27.1	160	28.5	101	24.3
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC DOULEUR QUI RÉVEILLAIT LA NUIT EN 1992												
Non	186	87.3	207	90.81	294	84.2	163	86.7	480	85.4	370	88.9
Oui	27	12.7	21	9.29	55	15.8	25	13.3	82	14.6	46	11.1
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC DOULEUR IRRADIANT DANS LES JAMBES EN 1992												
Non	186	87.3	213	93.4	299	85.7	163	86.7	485	86.3	376	90.4
Oui	27	12.7	15	6.6	50	14.3	25	13.3	77	13.7	40	9.6
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC ALTÉRATION DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES EN 1992												
Non	179	84.0	201	88.2	282	80.8	164	87.2	461	82.0	365	87.7
Oui	34	16.0	27	11.8	67	19.2	24	12.8	101	18.0	51	12.3
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC ALTÉRATION DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL EN 1992												
Non	182	85.4	199	87.3	289	82.8	160	85.1	471	83.8	359	86.3
Oui	31	14.6	29	12.7	60	17.2	28	14.9	91	16.2	57	13.7
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC INCAPACITÉS EN 1992												
Capable	150	70.4	189	82.9	222	63.6	136	72.3	372	66.2	325	78.1
Incapable	63	29.6	39	17.1	127	36.4	52	27.7	190	33.8	91	21.9
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5

Tableau 4c (suite)

	COHORTE INCIDENTE				COHORTE PRÉVALENTE				TOTAL			
	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LOMBALGIE ATTRIBUÉE AU TRAVAIL EN 1988												
Non	47	92.2	34	91.9	251	71.9	147	78.2	298	74.5	181	80.4
Oui	4	7.8	3	8.1	98	28.1	41	21.8	102	25.5	44	19.6
Soustrtotal	51	58.0	37	42.0	349	65.0	188	35.0	400	64.0	225	36.0
Manquant	162		191		0		0		162		191	
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC TRAITEMENT EN 1988												
Non	46	90.2	34	91.9	293	84.0	164	87.2	339	84.8	198	88.0
Oui	5	9.8	3	8.1	56	16.0	24	12.8	61	15.3	27	12.0
Soustrtotal	51	58.0	37	42.0	349	65.0	188	35.0	400	64.0	225	36.0
Manquant	162		191		0		0		162		191	
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC DOULEUR QUI RÉVEILLAIT LA NUIT EN 1988												
Non	50	98.0	36	97.3	322	92.3	174	92.6	372	93.0	210	93.3
Oui	1	2.0	1	2.7	27	7.7	14	7.4	28	7.0	15	6.7
Soustrtotal	51	58.0	37	42.0	349	65.0	188	35.0	400	64.0	225	36.0
Manquant	162		191		0		0		162		191	
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC DOULEUR QUI IRRADIE DANS LES JAMBES EN 1988												
Non	50	98.0	37	100.0	335	96.0	178	94.7	385	96.3	215	95.6
Oui	1	2.0	0	0.0	14	4.0	10	5.3	15	3.8	10	4.4
Soustrtotal	51	58.0	37	42.0	349	65.0	188	35.0	400	64.0	225	36.0
Manquant	162		191		0		0		162		191	
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC ALTÉRATION DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES EN 1988												
Non	47	92.2	36	97.3	319	91.4	175	93.1	366	91.5	211	93.8
Oui	4	7.8	1	2.7	30	8.6	13	6.9	34	8.5	14	6.2
Soustrtotal	51	58.0	37	42.0	349	65.0	188	35.0	400	64.0	225	36.0
Manquant	162		191		0		0		162		191	
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
LOMBALGIE AVEC ALTÉRATION DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL EN 1988												
Non	48	94.1	35	94.6	316	90.5	171	91.0	364	91.0	206	91.6
Oui	3	5.9	2	5.4	33	9.5	17	9.0	36	9.0	19	8.4
Soustrtotal	51	58.0	37	42.0	349	65.0	188	35.0	400	64.0	225	36.0
Manquant	162		191		0		0		162		191	
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5

Tableau 4c (suite)

	COHORTE INCIDENTE				COHORTE PRÉVALENTE				TOTAL			
	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Aide à domicile		Aide en m. hosp.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992												
Aucun	151	70.9	174	76.3	255	73.1	140	74.5	406	72.2	314	75.5
Oui	62	29.1	54	23.7	94	26.9	48	25.5	156	27.8	102	24.5
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE AYANT NÉCESSITÉ UN TRAITEMENT ENTRE 1988-1992												
Non	183	85.9	203	89.0	312	89.4	160	85.1	495	88.1	363	87.3
Oui	30	14.1	25	11.0	37	10.6	28	14.9	67	11.9	53	12.7
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE SÉVÈRE ENTRE 1988-1992												
Non/léger	199	93.4	217	95.2	323	92.6	171	91.0	522	92.9	388	93.3
Sévère	14	6.6	11	4.8	26	7.4	17	9.0	40	7.1	28	6.7
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE AVEC COMPENSATION ENTRE 1988-1992												
Non	201	94.4	226	99.1	329	94.3	176	93.6	530	94.3	402	96.6
Oui	12	5.6	2	0.9	20	5.7	12	6.4	32	5.7	14	3.4
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
NOMBRE DE JOURS COMPENSÉS POUR LE PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992												
< 90	9	75.0	2	100.0	6	40.0	8	88.9	15	55.6	10	90.9
>=90	3	25.0	0	0.0	9	60.0	1	11.1	12	44.4	1	9.1
Soustrtotal	12	85.7	2	14.3	15	62.5	9	37.5	27	71.1	11	28.9
Manquant	201		226		334		179		535		405	
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
Moyen (DS)	69.2 (82.6)		12.0 (2.8)		80.8 (60.7)		22.2 (27.5)		75.6 (70.0)		20.4 (25.0)	
NOMBRE DE JOURS D'ABSENCE POUR LE PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992												
< 90	14	87.5	5	100.0	14	60.9	14	82.4	28	71.8	19	86.4
>=90	2	12.5	0	0.0	9	39.1	3	17.6	11	28.2	3	13.6
Soustrtotal	16	76.2	5	23.8	23	57.5	17	42.5	39	63.9	22	36.1
Manquant	197		223		326		171		527		404	
Total	213	48.3	228	51.7	349	65.0	188	35.0	562	57.5	416	42.5
Moyen (DS)	44.4 (68.4)		12.6 (11.3)		54.6 (61.0)		27.5 (37.6)		50.4 (63.4)		24.1 (33.8)	

Tableau 5.1: Matrice de corrélation

Coefficients de corrélation

AGE	Grandeur	Poids	Accouchement	Nombre d'accouchement	Année du lier accouchement	Age du premier enfant	Statut de fumeur	Age début fumer	NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR				
									en 1988	en 1989	en 1990	en 1991	en 1992
1.0000	- .1393	.1139	.2234	.5389	-.3740	.4668	.0291	-.0288	-.0560	-.1035	-.1288	-.1434	-.1395
- .1393	1.0000	.3100	.0119	-.0475	.0044	-.0349	.0749	.0468	.0091	.0083	.0092	.0138	.0253
.1139	.3100	1.0000	-.0090	.0781	-.0213	.0064	-.0533	-.0403	-.0651	-.0703	-.0705	-.0604	-.0604
.2234	.0119	-.0090	1.0000	.4599	-.3328	.7116	.2659	.0265	-.0528	-.0755	-.0729	-.0785	-.0779
Accouchement	-.0475	.0781	.4599	1.0000	-.4656	.6860	-.0100	-.0537	-.0779	-.1095	-.1085	-.1027	-.1042
Nb d'accouchements	.0044	-.0213	-.3328	-.4656	1.0000	-.5480	-.0481	-.0012	.0203	.0465	.0439	.0499	.0506
An lier accouch.	-.3740	.0064	.7116	.6860	-.5480	1.0000	.1744	-.0065	-.0548	-.0817	-.0790	-.0718	-.0739
Age lier enfant	-.0349	.0064	.7116	.6860	-.5480	1.0000	.1744	-.0065	-.0548	-.0817	-.0790	-.0718	-.0739
Age lier enfant	.4668	-.0349	.7116	.6860	-.5480	1.0000	.1744	-.0065	-.0548	-.0817	-.0790	-.0718	-.0739
Statut de fumeur	.0291	-.0533	.2659	-.0100	-.0481	.1744	1.0000	.8321	.7816	.7789	.7687	.7878	.7840
Age début fumer	-.0288	-.0403	.0265	-.0537	-.0012	-.0065	.8321	1.0000	.6489	.6364	.6303	.6184	.6101
CIGARETTES 1988	.0091	.0203	-.0528	-.0091	.0046	-.0548	.7816	.6489	1.0000	.9754	.9307	.8950	.8768
CIGARETTES 1989	.1035	-.0703	-.0755	-.1095	.0465	-.0817	.7789	.6364	.9754	1.0000	.9211	.8990	.8938
CIGARETTES 1990	.1288	-.0705	-.0729	-.1027	.0439	-.0790	.7687	.6303	.9307	.9575	1.0000	.9637	.9438
CIGARETTES 1991	.1434	-.0600	-.0785	-.1027	.0499	-.0718	.7878	.6184	.8950	.9211	.9637	1.0000	.9833
CIGARETTES 1992	.1395	-.0604	-.0779	-.1042	.0506	-.0739	.7840	.6101	.8990	.9211	.9637	.9833	1.0000

Tableau 5.2.1: Etude de la contribution de chaque variable à la performance du modèle simple A lorsque le modèle de référence A0 ne contient pas de variable. Variables personnelles vs développement d'un premier épisode de mal de dos entre 1988-1992

MODÈLE	-2Log Likelihood	Chi-carré d'amélioration	dl	Valeur p
(0) Aucune variable	1128.608			
(1) (0) + Age	1116.598	12.011	4	0.0173 *
(2) (0) + Grandeur	1124.479	4.129	4	0.3888
(3) (0) + Poids	1120.164	8.444	5	0.1334
(4) (0) + Nombre de cigarettes par jour	1124.259	4.349	4	0.3608
(5) (0) + Accouchement	1128.027	0.581	2	0.7478

* statistiquement significatif à < 0.05

Tableau 5.2.2: Etude de la contribution de chaque variable à la performance du modèle simple A lorsque le modèle de référence A0 ne contient pas de variable. Variables reliées à l'emploi vs développement d'un premier épisode de mal de dos entre 1988-1992.

MODÈLE	-2Log Likelihood	Chi-carré d'amélioration	dl	Valeur p
(0) Aucune variable	1128.608			
(1) (0) + Aides pour déplacer les patients	1117.699	10.909	3	0.0122 *
(2) (0) + Lève-patient utilisé	1126.694	1.914	2	0.384
(3) (0) + Soins d'hygiène de base	1126.017	2.591	3	0.4591
(4) (0) + Transferts de patients	1124.53	4.078	3	0.2531
(5) (0) + Nourrir les patients	1127.607	1.001	3	0.8011
(6) (0) + Ancienneté	1116.484	12.124	5	0.0331 *
(7) (0) + Statut d'emploi	1127.311	0.916	3	0.8215
(8) (0) + Nombre heures par semaine	1118.705	9.903	4	0.0421 *
(9) (0) + Formation en 1988-92	1125.449	3.159	2	0.2061
(10) (0) + Recours à la formation	1126.449	2.159	3	0.54
(11) (0) + Equip.ds ch.à coucher	1123.361	5.247	3	0.1546
(12) (0) + Equipement ds salle de bain	1121.867	6.741	3	0.0806
(13) (0) + Espace ds salle de bain	1124.327	4.281	3	0.2327
(14) (0) + Espace ds ch.à coucher	1121.574	7.034	3	0.0708
(15) (0) + % de patients soulevés	1127.737	0.871	2	0.6469
(16) (0) + Lève-patient nécessaire mais non utilisé	1119.912	8.696	3	0.0336 *
(17) (0) + Patients âgés	1125.564	3.044	3	0.3848
(18) (0) + Handicapés (<60 ans)	1126.371	2.237	3	0.5246
(19) (0) + Handicapés (≥60 ans)	1127.437	1.171	3	0.76
(20) (0) + Convalescents, post-op	1120.606	8.002	3	0.046 *
(21) (0) + En phase terminale	1124.609	3.999	3	0.2616

* statistiquement significatif à < 0.05

Tableau 5.2.3: Etude de la contribution de chaque variable à la performance du modèle A lorsque le modèle de référence A0 contient plusieurs variables. Variables reliées à l'emploi vs développement d'un premier épisode de mal de dos entre 1988-1992.

MODÈLE	CONTRIBUTION DU MODÈLE				CONTRIBUTION DE LA VARIABLE AJOUTÉE		
	-2Log Likelihood	Chi-carré d'amélioration	dl	Valeur p	Chi-carré d'amélioration	dl	Valeur
(0) Aucune variable	1128.608						
(1) (0) + Aides pour déplacer les patients	1117.699	10.909	3	0.0122	10.909	3	0.0122
(2) (1) + Nombre hres par semaine	1110.277	18.331	7	0.0106	7.422	4	0.1152
(3) (1) + Lève-patient nécessaire mais non utilisé	1108.749	19.859	6	0.0029	8.95	3	0.03
(4) (3) + Convalescents, post-op	1095.804	32.804	9	0.0001	12.945	3	0.0048
(5) (4) + Ancienneté	1082.522	46.086	14	0	13.282	5	0.0209

* statistiquement significatif à < 0.05

Tableau 5.3: Etude de la contribution de chaque variable à la performance du modèle A lorsque le modèle de référence A0 contient plusieurs variables. Recherche du modèle final. Variables personnelles et variables reliées à l'emploi vs développement d'un premier épisode de mal de dos entre 1988-1992.

MODÈLE	CONTRIBUTION DU MODÈLE				CONTRIBUTION DE LA VARIABLE AJOUTÉE		
	-2Log Likelihood	Chi-carré d'amélioration	dl	Valeur p	Chi-carré d'amélioration	dl	Valeur p
(0) Aucune variable	1128.608						
(1) (0) + Age	1116.598	12.011	4	0.0173	12.011	4	0.0173 *
(2) (1) + Aides pour déplacer les patients	1104.911	23.697	7	0.0013	11.686	3	0.0085 *
(3) (2) + Nombre hres semaine	1097.047	31.561	11	0.0009	7.864	4	0.0967
(4) (2) + Lève-patient nécessaire mais non utilisé	1096.629	31.979	10	0.0004	8.282	3	0.0405 *
(5) (4) +Convalescents, post-op	1082.054	46.554	13	0	14.575	3	0.0022 *
(6) (5) + Ancienneté	1072.174	56.434	18	0	9.88	5	0.0787
(7) (5) + Type d'emploi	1077.64	50.968	14	0	4.414	1	0.0356 *

* statistiquement significatif à < 0.05

Tableau 6.1: Ratios de cote (OR) et ratios de risque (RR) entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier selon différents types de lombalgies et selon les cohortes. Analyse de régression multiple sans ajustement.

Mesure de lombalgie	Cohorte	n	OR	IC 95%	n	RR	IC 95%
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992	incidente	116	1.28	0.84-1.95	110	1.33	0.91-1.95
	prévalente	142	1.09	0.73-1.64	145	1.11	0.78-1.56
	total	258	1.18	0.88-1.57	255	1.12	0.87-1.44
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE AVEC COMPENSATION ENTRE 1988-1992	incidente	14	4.69*	1.32-16.68	14	6.06*	1.36-27.06
	prévalente	32	0.71	0.42-1.20	34	0.90	0.44-1.82
	total	46	1.64	0.88-3.05	48	1.47	0.80-2.71
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE AYANT NÉCESSITÉ UN TRAITEMENT ENTRE 1988-1992	incidente	55	1.32	0.76-2.30	53	1.49	0.86-2.59
	prévalente	65	0.88	0.42-1.85	68	0.79	0.50-1.27
	total	120	0.95	0.65-1.39	121	0.95	0.66-1.36
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE SÉVÈRE ENTRE 1988-1992	incidente	25	1.22	0.55-2.69	25	1.28	0.58-2.83
	prévalente	43	0.84	0.44-1.58	44	1.30	0.74-2.27
	total	68	1.03	0.63-1.69	69	0.96	0.59-1.56
LOMBALGIE AVEC INCAPACITÉ EN 1992	incidente	102	2.00*	1.28-3.12	99	1.76*	1.16-2.67
	prévalente	179	1.51*	1.03-2.23	162	1.29	0.92-1.81
	total	281	1.82*	1.36-2.43	261	1.46*	1.12-1.90
Nombre d'observations totales	incidente	441 Personnes	1302 Personnes-années				
	prévalente	537 Personnes	2243 Personnes-années				
	total	980 Personnes	3545 Personnes-années				

Tableau 6.2: Ratios de cote (OR) et ratios de risque (RR) entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier selon différents types de lombalgies et selon les cohortes. Analyse de régression multiple avec ajustement pour âge, aide pour déplacer les patients, bénéficiaires convalescents post-op, lève-patient nécessaire mais non utilisé.

Mesure de lombalgie	Cohorte	n	OR	IC 95%	n	RR	IC 95%
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992	incidente	116	1.94	0.96-3.93	110	2.08	xx
	prévalente	142	1.31	0.70-2.43	145	1.44	0.85-2.44
	total	258	1.62*	1.02-2.56	255	1.61*	1.08-2.39
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE AVEC COMPENSATION ENTRE 1988-1992	incidente	14	10.16*	1.68-61.49	14	16.53	xx
	prévalente	32	0.88	0.29-2.66	34	1.05	xx
	total	46	1.80	0.69-4.66	48	2.04	xx
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE AYANT NÉCESSITÉ UN TRAITEMENT ENTRE 1988-1992	incidente	55	3.60*	1.39-9.35	53	5.10	xx
	prévalente	65	0.82	0.37-1.81	68	0.84	xx
	total	120	1.45	0.80-2.65	121	1.67	0.94-2.97
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE SÉVÈRE ENTRE 1988-1992	incidente	25	2.26	0.59-8.59	25	2.94	xx
	prévalente	43	0.89	0.34-2.32	44	2.20	xx
	total	68	1.23	0.56-2.67	69	1.39	xx
LOMBALGIE AVEC INCAPACITÉ EN 1992	incidente	102	2.92*	1.37-6.21	99	3.35*	1.68-6.67
	prévalente	179	1.24	0.71-2.17	162	1.42	0.87-2.31
	total	281	1.77*	1.14-2.75	261	1.76*	1.18-2.63
Nombre d'observations totales	incidente	441 Personnes			1302 Personnes-années		
	prévalente	537 Personnes			2243 Personnes-années		
	total	980 Personnes			3545 Personnes-années		

Tableau 6.3 Premier épisode de lombalgie entre 1988-1992. Régression logistique.

VARIABLE		No Obs	No Cas	OR** (Intervalle de confiance à 95%)
Type d'emploi	Aide malade en milieu hospitalier	416	102	1.00 (référence)
	Aide malade à domicile	562	156	1.63 (1.03 - 2.58) *
Age (en 1992)	< 35 ans	219	68	1.00 (référence)
	35-44	308	88	0.77 (0.54 - 1.14)
	45-54	296	70	0.56 (0.37 - 0.85) *
	>= 55	108	17	0.34 (0.18 - 0.64) *
	valeur manquante	47	15	
Aide disponible pour déplacer les patients	< 25 % du temps	455	133	1.00 (référence)
	25-74 %	179	54	1.00 (0.60 - 1.64)
	>= 75 %	246	55	0.74 (0.45 - 1.22)
	valeur manquante	98	16	
Patients convalescents post-op	< 25% du temps	508	119	1.00 (référence)
	25-74 %	63	13	0.71 (0.37 - 1.37)
	>= 75 %	30	8	1.50 (0.64 - 3.53)
	valeur manquante	377	118	
Lève-patient nécessaire mais non utilisé	< 25 % du temps	152	37	1.00 (référence)
	25-74 %	81	33	2.44 (1.31 - 4.55) *
	>= 75 %	374	94	1.16 (0.73 - 1.84)
	valeur manquante	371	94	

* statistiquement significatif

** OR = estimés du risque relatif obtenus à partir du "likelihood" des coefficients de la régression logistique

Tableau 6.4 Premier épisode de lombalgie entre 1988-1992. Régression logistique ajustée.***

VARIABLE		No Obs	No Cas	OR** (Intervalle de confiance à 95%)
Type d'emploi	Aide malade en milieu hospitalier	416	102	1.00 (référence)
	Aide malade à domicile	562	156	1.68 (1.05 - 2.68) *
Age (en 1992)	< 35 ans	219	68	1.00 (référence)
	35-44	308	88	0.77 (0.50 - 1.18)
	45-54	296	70	0.57 (0.36 - 0.91) *
	>= 55	108	17	0.36 (0.19 - 0.70) *
	valeur manquante	47	15	
Aide disponible pour déplacer les patients	< 25 % du temps	455	133	1.00 (référence)
	25-74 %	179	54	1.00 (0.60 - 1.66)
	>= 75 %	246	55	0.77 (0.50 - 1.28)
	valeur manquante	98	16	
Patients convalescents post-op	< 25% du temps	508	119	1.00 (référence)
	25-74 %	63	13	0.72 (0.37 - 1.41)
	>= 75 %	30	8	1.76 (0.73 - 4.21)
	valeur manquante	377	118	
Lève-patient nécessaire mais non utilisé	< 25 % du temps	152	37	1.00 (référence)
	25-74 %	81	33	2.45 (1.29 - 4.62) *
	>= 75 %	374	94	1.17 (0.73 - 1.87)
	valeur manquante	371	94	

* statistiquement significatif

** OR = estimés du risque relatif obtenus à partir du "likelihood" des coefficients de la régression logistique

*** ajustée pour les variables possiblement confondantes rapportées dans le littérature: age, grandeur, poids, avoir eu un accouchement, nombre de cigarettes fumées par jour.

Tableau 7a Premier épisode de lombalgie entre 1988-1992. Régression logistique.

COHORTES		TOTALE				INCIDENTE				PRÉVALENTE			
VARIABLE		RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS
Type d'emploi	A hopital A domicile	1.00 1.63	(1.03 - 2.58) *	416 562	102 156	1.00 2.02	(0.99 - 4.12)	228 213	54 62	1.00 1.29	(0.69 - 2.40)	188 349	48 94
Age en 1992	< 35	1.00		219	68	1.00		145	44	1.00		74	24
	35-44	0.77	(0.54 - 1.14)	308	88	0.74	(0.43 - 1.26)	156	43	0.91	(0.48 - 1.71)	152	45
	45-54	0.56	(0.37 - 0.85) *	296	70	0.57	(0.31 - 1.05)	105	24	0.62	(0.33 - 1.16)	191	46
	>= 55 manquant	0.34 (0.18 - 0.64) *		108 47	17 15	0.00		16 19	0 5	0.45 (0.21 - 0.96) *		92 28	17 10
Aide disponible pour déplacer les patients	< 25 % du temps	1.00		455	133	1.00		179	52	1.00		276	81
	25-74 %	1.00	(0.60 - 1.64)	179	54	1.43	(0.69 - 2.98)	103	34	0.69	(0.36 - 1.34)	76	20
	>= 75 %	0.74	(0.45 - 1.22)	246	55	0.78	(0.35 - 1.72)	127	25	0.74	(0.38 - 1.45)	119	30
	manquant			98	16			32	5			66	11
Convalescent, post-op	< 25% du temps	1.00		508	119	1.00		244	59	1.00		264	60
	25-74 %	0.71	(0.37 - 1.37)	63	13	1.13	(0.49 - 2.60)	31	10	0.29	(0.82 - 0.99) *	32	3
	>= 75 %	1.50	(0.64 - 3.53)	30	8	1.24	(0.38 - 4.12)	18	4	2.30	(0.65 - 8.11)	12	4
	manquant			377	118			148	43			229	75
Lève-patient nécessaire mais non-utilisé	< 25 % du temps	1.00		152	37	1.00		73	20	1.00		79	17
	25-74 %	2.44	(1.31 - 4.55) *	81	33	1.62	(0.66 - 3.99)	40	14	3.67	(1.50 - 8.95) *	41	19
	>= 75 %	1.16	(0.73 - 1.84)	374	94	1.10	(0.58 - 2.10)	191	51	1.16	(0.59 - 2.28)	183	43
	manquant			371	94			137	31			234	63
TOTAL				978	258			441	116			537	142

* statistiquement significatif

Tableau 7b Lombarie durant la vie entière. Régression logistique

COHORTES	TOTALE				INCIDENTE				PRÉVALENTE			
	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS
TYPE d'emploi												
A hospital	1.00		416	151	1.00		228	73	1.00		188	78
A domicile	1.68 (1.12 - 2.53) *		562	238	1.97 (1.02 - 3.80) *		213	86	1.48 (0.86 - 2.54)		349	152
Age en 1992												
< 35	1.00		219	87	1.00		145	53	1.00		74	34
35-44	1.02 (0.70 - 1.47)		308	137	0.81 (0.49 - 1.34)		156	58	1.24 (0.69 - 2.22)		152	79
45-54	0.79 (0.54 - 1.15)		296	117	0.89 (0.51 - 1.54)		105	42	0.69 (0.38 - 1.22)		191	75
>= 55	0.54 (0.33 - 0.87) *		108	34	0.00		16	0	0.60 (0.31 - 1.17)		92	34
manquant			47	14			19	6			28	8
Statut de patient												
< 25 % du temps	1.00		455	198	1.00		179	71	1.00		276	127
25-74 %	0.91 (0.57 - 1.43)		179	67	1.20 (0.60 - 2.40)		103	38	0.71 (0.37 - 1.36)		76	29
>= 75 %	0.99 (0.64 - 1.54)		246	95	0.98 (0.48 - 2.02)		127	40	1.08 (0.60 - 1.94)		119	55
manquant			98	29			32	10			66	19
Statut de patient												
< 25 % du temps	1.00		508	192	1.00		244	86	1.00		264	108
25-74 %	0.34 (0.18 - 0.66) *		63	12	0.43 (0.18 - 1.07)		31	7	0.26 (0.09 - 0.70) *		32	5
>= 75 %	1.08 (0.50 - 2.35)		30	11	1.51 (0.54 - 4.25)		18	7	0.76 (0.22 - 2.65)		12	4
manquant			377	172			148	59			229	113
Statut de patient												
< 25 % du temps	1.00		152	57	1.00		73	25	1.00		79	32
25-74 %	1.33 (0.74 - 2.40)		81	33	1.22 (0.51 - 2.91)		40	14	1.38 (0.60 - 3.15)		41	19
>= 75 %	1.23 (0.81 - 1.85)		374	152	1.23 (0.67 - 2.24)		191	69	1.15 (0.65 - 2.04)		183	83
manquant			371	147			137	51			234	96
TOTAL			978	389			441	159			537	230

* statistiquement significatif

Tableau 7c Lombalgie avec incapacité en 1992. Régression logistique

DORTES	RIABLE	TOTALE				INCIDENTE				PRÉVALENTE			
		RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS
e en 1992	A hopital	1.00		416	91	1.00		228	39	1.00		188	52
	A domicile	1.81	(1.67 - 2.82) *	562	190	3.10	(1.44 - 6.67) *	213	63	1.25	(0.72 - 2.18)	349	127
	< 35	1.00		219	53	1.00		145	37	1.00		74	16
	35-44	1.30	(0.87 - 1.95)	308	101	0.72	(0.41 - 1.27)	156	38	2.49	(1.29 - 4.83) *	152	63
	45-54	1.11	(0.73 - 1.68)	296	91	0.69	(0.37 - 1.30)	105	25	1.71	(0.89 - 3.27)	191	66
le	>= 55	0.88	(0.50 - 1.54)	108	28	0.00		16	0	1.50	(0.71 - 3.14)	92	28
	manquant			47	8			19	2			28	6
	< 25 % du temps	1.00		455	157	1.00		179	51	1.00		276	106
	25-74 %	0.96	(0.60 - 1.56)	179	49	1.52	(0.70 - 3.31)	103	28	0.71	(0.37 - 1.40)	76	21
	>= 75 %	0.71	(0.44 - 1.16)	246	51	0.75	(0.32 - 1.77)	127	17	0.71	(0.39 - 1.32)	119	34
ivalescent, it-op	manquant			98	24			32	6			66	18
	< 25% du temps	1.00		508	144	1.00		244	56	1.00		264	88
	25-74 %	1.00	(0.56 - 1.80)	63	19	1.06	(0.44 - 2.52)	31	9	0.78	(0.35 - 1.77)	32	10
	>= 75 %	0.66	(0.24 - 1.80)	30	5	0.71	(0.15 - 3.35)	18	2	0.78	(0.20 - 3.02)	12	3
	manquant			377	113			148	35			229	78
re-patient essaie is non-isé	< 25 % du temps	1.00		152	37	1.00		73	18	1.00		79	19
	25-74 %	1.79	(0.94 - 3.42)	81	24	1.75	(0.67 - 4.54)	40	12	1.76	(0.71 - 4.35)	41	12
	>= 75 %	1.46	(0.92 - 2.30)	374	105	1.05	(0.54 - 2.12)	191	43	1.75	(0.93 - 3.29)	183	62
	manquant			371	115			137	29			234	86
	TAL			978	281			441	102			537	179

*statistiquement significatif

Tableau 7d Lombalgie en 1992. Régression logistique

OHORTES	TOTALE				INCIDENTE				PRÉVALENTE			
	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS
ARIABLE												
pe d'emploi												
A hopital	1.00		416	150							188	
A domicile	1.23 (0.82-1.83)		562	228			228				349	
ge en 1992												
< 35	1.00		219	84			145				74	
35-44	0.93 (0.64-1.35)		308	122			156				152	
45-54	1.00 (0.68-1.46)		296	122			105				191	
>= 55	0.68 (0.41-1.14)		108	35			16				92	
manquant			47	15			19				28	
ide												
< 25 % du	1.00		455	192			179				276	
temps	0.82 (0.52-1.30)		179	69			103				76	
25-74 %	0.66 (0.43-1.04)		246	82			127				119	
>= 75 %			98	35			32				66	
manquant												
nvalescent,												
st-op	1.00		508	184			244				264	
< 25% du	0.96 (0.55-1.66)		63	23			31				32	
temps	0.38 (0.14-1.03)		30	5			18				12	
25-74 %			377	166			148				229	
>= 75 %												
manquant												
ve-patient												
cessaire	1.00		152	55			73				79	
25-74 %	1.06 (0.58-1.93)		81	28			40				41	
>= 75 %	1.15 (1.00-2.27)*		374	160			191				183	
manquant			371	135			137				234	
TOTAL			978	378			441				537	

*statistiquement significatif

Tableau 7e Lombalgie en 1988. Régression logistique

DORTES	TOTALE				INCIDENTE				PRÉVALENTE			
	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS
RIABLE												
de d'emploi												
			416				228		1.00		188	41
			562				213		0.92	(0.50-1.68)	349	98
e en 1992												
			219				145		1.00		74	15
			308				156		1.19	(0.59-2.39)	152	35
			296				105		1.66	(0.85-3.24)	191	59
			108				16		1.46	(0.68-3.13)	92	26
			47				19				28	4
le												
			455				179		1.00		276	84
			179				103		0.47	(0.22-1.01)	76	14
			246				127		0.51	(0.26-1.01)	119	23
			98				32				66	18
nvaiescent,												
			508				244		1.00		264	64
			63				31		0.72	(0.29-1.78)	32	7
			30				18		0.77	(0.16-3.73)	12	2
			377				148				229	66
re-patient												
			152				73		1.00		79	15
			81				40		2.66	(1.04-6.84)*	41	12
			374				191		1.56	(0.78-3.11)	183	42
			371				137				234	70
TAL			978				441				537	139

*statistiquement significatif

Tableau 7f Premier épisode de lombalgie compensé entre 1988-1992. Régression logistique

COHORTES		TOTALE				INCIDENTE				PRÉVALENTE			
VARIABLE		RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS
Type d'emploi	A hopital A domicile	1.00 1.91 (0.72 - 5.03)		416 562	14 32	1.00 15.19 (2.03 - 113.74) *		228 213	2 12	1.00 0.88 (0.29 - 2.66)		188 349	12 20
Age en 1992	< 35	1.00		219	8	1.00		145	3	1.00		74	5
	35-44	1.44 (0.61 - 3.43)		308	20	1.53 (0.36 - 6.51)		156	8	1.18 (0.55 - 2.58)		152	12
	45-54	0.88 (0.35 - 2.24)		296	13	0.88 (0.16 - 4.90)		105	3	0.59 (0.26 - 1.36)		191	10
	>= 55 manquant	0.87 (0.27 - 2.85)		108 47	5 0	0.00		16 19	0 0	0.38 (0.13 - 1.11)		92 28	5 0
Aide disponible pour déplacer les patients	< 25 % du temps	1.00		455	26	1.00		179	9	1.00		276	17
	25-74 %	1.13 (0.41 - 3.15)		179	8	2.73 (0.61 - 12.31)		103	4	0.79 (0.31 - 2.03)		76	4
	>= 75 % manquant	0.88 (0.30 - 2.61)		246 98	8 4	1.09 (0.99 - 11.99)		127 32	1 0	0.61 (0.24 - 1.53)		119 66	7 4
Convalescent, post-op	< 25% du temps	1.00		508	20	1.00		244	8	1.00		264	12
	25-74 %	0.36 (0.05 - 2.72)		63	1	0.72 (0.08 - 6.43)		31	1	0.00		32	0
	>= 75 % manquant	0.00		30 377	0 25	0.00		18 148	0 5	0.93 (0.11 - 7.68)		12 229	0 20
Lève-patient nécessaire mais non-utilisé	< 25 % du temps	1.00		152	6	1.00		73	2	1.00		79	4
	25-74 %	1.04 (0.24 - 4.58)		81	3	4.02 (0.42 - 38.99)		40	2	2.21 (0.72 - 6.80)		41	1
	>= 75 % manquant	1.18 (0.44 - 3.19)		374 371	16 21	1.34 (0.24 - 7.59)		191 137	5 5	1.10 (0.45 - 2.70)		183 234	11 16
TOTAL				978	46			441	14			537	32

* statistiquement significatif

Tableau 7g Premier épisode de lombalgie avec traitement apparu entre 1988-1992. Régression logistique

COHORTES		TOTALE				INCIDENTE				PRÉVALENTE			
VARIABLE		RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS
Type d'emploi	A hopital A domicile	1.00 1.47	(0.80 - 2.70)	416 562	53 67	1.00 3.93	(1.49 - 10.37) *	228 213	25 30	1.00 0.79	(0.35 - 1.76)	188 349	28 37
Age en 1992	< 35	1.00		219	31	1.00		145	19	1.00		74	12
	35-44	1.02	(0.61 - 1.70)	308	48	0.94	(0.46 - 1.92)	156	22	1.18	(0.55 - 2.58)	152	26
	45-54	0.65	(0.37 - 1.14)	296	31	0.78	(0.36 - 1.79)	105	13	0.59	(0.26 - 1.36)	191	18
	>= 55	0.34	(0.14 - 0.88) *	108	6	0.00		16	0	0.38	(0.13 - 1.11)	92	6
	manquant			47	4			19	1			28	3
Aide disponible pour déplacer les patients	< 25 % du temps	1.00		455	57	1.00		179	24	1.00		276	33
	25-74 %	1.24	(0.65 - 2.36)	179	30	2.44	(0.94 - 6.29)	103	18	0.79	(0.31 - 2.03)	76	12
	>= 75 %	0.80	(0.41 - 1.57)	246	27	1.50	(0.52 - 4.35)	127	13	0.61	(0.24 - 1.53)	119	14
	manquant			98	6			32	0			66	6
Convalescent, post-op	< 25% du temps	1.00		508	56	1.00		244	30	1.00		264	26
	25-74 %	0.36	(0.11 - 1.20)	63	3	0.58	(0.16 - 2.10)	31	3	0.00		32	0
	>= 75 %	1.43	(0.47 - 4.33)	30	4	2.16	(0.55 - 8.49)	18	3	0.93	(0.11 - 7.68)	12	1
	manquant			377	57			148	19			229	38
Jève-patient nécessaire mais non-utilisé	< 25 % du temps	1.00		152	16	1.00		73	8	1.00		79	8
	25-74 %	2.05	(0.92 - 4.59)	81	16	2.09	(0.63 - 6.94)	40	7	2.21	(0.72 - 6.80)	41	9
	>= 75 %	1.38	(0.74 - 2.57)	374	52	1.70	(0.70 - 4.14)	191	29	1.10	(0.45 - 2.70)	183	23
	manquant			371	36			137	11			234	25
TOTAL				978	120			441	55			537	65

* statistiquement significatif

Tableau 7h Premier épisode sévère de l'ombalgie entre 1988-1992 Régression multiple

IORTES	IABLE	TOTALE				INCIDENTE				PRÉVALENTE			
		RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS	RR	IC à 95%	No. OBS	No. CAS
d'emploi en 1992	A hospital	1.00		416	28	1.00		228	11	1.00		188	17
	A domicile	1.23 (0.56-2.70)		562	40	2.38 (0.62-9.21)		213	14	0.86 (0.33-2.27)		349	26
nible déplacer atients	< 35	1.00		219	15	1.00		145	7	1.00		74	8
	35-44	1.21 (0.62-2.39)		308	28	1.25 (0.44-3.57)		156	11	1.17 (0.46-2.94)		152	17
	45-54	0.84 (0.41-1.74)		296	20	1.25 (0.40-3.92)		105	7	0.58 (0.22-1.54)		191	13
	>= 55 manquant	0.55 (0.18-1.61)		108	5	0.00		16	0	0.41 (0.12-1.37)		92	5
alescent, op	< 25 % du temps	1.00		455	34	1.00		179	12	1.00		276	22
	25-74 %	1.14 (0.50-2.65)		179	16	1.53 (0.41-5.73)		103	9	0.99 (0.31-3.12)		76	7
	>= 75 %	0.72 (0.29-1.79)		246	13	0.67 (0.13-3.42)		127	4	0.92 (0.31-2.71)		119	9
	manquant			98	5			32	0			66	5
-patient ssaire non-é	< 25% du temps	1.00		508	28	1.00		244	12	1.00		264	16
	25-74 %	0.51 (0.12-2.19)		63	2	1.20 (0.24-5.89)		31	2	0.00		32	0
	>= 75 %	0.00		30	0	0.00		18	0	0.00		12	0
	manquant			377	38			148	11			229	27
AL	< 25 % du temps	1.00		152	9	1.00		73	3	1.00		79	6
	25-74 %	1.82 (0.65-5.12)		81	9	3.93 (0.77-20.10)		40	5	0.99 (0.24-4.07)		41	4
	>= 75 %	1.01 (0.44-2.31)		374	23	1.86 (0.48-7.18)		191	12	0.59 (0.20-1.74)		183	11
	manquant			371	27			137	5			234	22
				978	68			441	25			537	43

* statistiquement significatif

Tableau 8 Risque de lombalgie chez les aides malades à domicile vs aides malades en milieu hospitalier. Régression logistique.

DÉSIGNATION	INCIDENTE			PRÉVALENTE			TOTAL		
	N	RR	IC à 95%	N	RR	IC à 95%	N	RR	IC à 95%
TYPE DE LOMBALGIES									
lombalgie durant la vie	159	1.97*	1.02-3.80	230	1.48	0.86-2.54	389	1.68*	1.12-2.53
lombalgie en 1992		N/A			N/A		378	1.23	0.82-1.83
lombalgie avec traitement en 1992		N/A			N/A		261	1.42	0.91-2.21
lombalgie affectant le travail en 1992		N/A			N/A		148	1.19	0.69-2.05
lombalgie affectant activité de vie en 1992		N/A			N/A		152	1.36	0.79-2.35
lombalgie réveillant la nuit en 1992		N/A			N/A		128	1.34	0.74-2.40
lombalgie irradiant dans les jambes en 1992		N/A			N/A		117	1.69	0.92-3.11
lombalgie en 1988		N/A		139	0.92	0.50-1.68		N/A	
lombalgie avec traitement en 1988		N/A		80	1.09	0.52-2.28		N/A	
lombalgie affectant le travail en 1988		N/A		50	1.01	0.42-2.45		N/A	
lombalgie affectant activité de vie en 1988		N/A		43	1.42	0.55-3.85		N/A	
lombalgie réveillant la nuit en 1988		N/A		41	1.10	0.41-2.94		N/A	
lombalgie irradiant dans les jambes en 1988		N/A		24	0.93	0.26-3.31		N/A	
lombalgie avec incapacité en 1992	102	3.10*	1.44-6.67	179	1.25	0.72-2.18	281	1.81*	1.67-2.82
premier épisode de lombalgie 1988-1992	116	2.02	0.99-4.12	142	1.29	0.69-2.40	258	1.63*	1.03-2.58

épisode sévère de lombalgie 1988-1992	25	2.38	0.62-9.21	43	0.86	0.33-2.27	68	1.23	0.56-2.70
épisode avec compensation 1988-1992	14	15.19*	2.03-113.74	32	0.88	0.29-2.66	46	1.91	0.72-5.03
épisode avec traitement 1988-1992	55	3.93*	1.49-10.37	65	0.79	0.35-1.76	120	1.47	0.80-2.70
tal	441			537			978		

* statistiquement significatif.

Tableau 9 Sommaire des résultats sur les variables associées aux lombalgies

Type de lombalgie	Cohorte	RR des aides malades à domicile	Age	Aides pour déplacer les patients	Convalescents post-op	Lève-patient nécessaire non utilisé
A. Lombalgie durant la vie	totale	1.68*	↘ qd age ↗	pas de tendance	pas de tendance	pas de tendance
B. Lombalgie durant la vie	incidente	1.97*	↘ qd age ↗	pas de tendance	pas de tendance	↗ qd l-p ↗
C. Lombalgie avec incapacité	totale	1.81*	pas de tendance	↘ qd aide ↗	↘ qd conv ↗	pas de tendance
D. Lombalgie avec incapacité	incidente	3.10*	↘ qd age ↗	pas de tendance	pas de tendance	pas de tendance
E. Lombalgie en 1988	prévalente	0.92	↗ qd age ↗	↗ qd aide ↗	pas de tendance	↗ qd l-p ↗
F. Lombalgie en 1992	totale	1.23	↘ qd age ↗	↘ qd aide ↗	↘ qd conv ↗	↗ qd l-p ↗
G. Pr. épisode 1988-1992	totale	1.63*	↘ qd age ↗	↘ qd aide ↗	pas de tendance	pas de tendance
H. Pr. épisode 1988-1992	incidente	2.02	↘ qd age ↗	pas de tendance	↗ qd conv ↗	pas de tendance
I. Pr. ép. + traitement 1988-92	totale	1.47	↘ qd age ↗	pas de tendance	pas de tendance	pas de tendance
J. Pr. ép. + traitement 1988-92	incidente	3.93*	↘ qd age ↗	↗ qd aide ↗	↗ qd conv ↗	↗ qd l-p ↗
K. Pr. ép. + compensation 88-92	totale	1.91	↘ qd age ↗	pas de tendance	↘ qd conv ↗	pas de tendance
L. Pr. ép. + compensation 88-92	incidente	15.19*	↘ qd age ↗	pas de tendance	↘ qd conv ↗	pas de tendance

↗ = augmente; ↘ = diminue; * statistiquement significatif.

Tableau 10 Influence des non-répondants sur les résultats de l'étude

TYPE DE MAL DE DOS		RÉPONDANTS				NON-RÉPONDANTS				TOTAL			
		NO OBS	NO CAS	RR (IC 95%)	NO OBS	NO CAS	RR (IC 95%)	NO OBS	NO CAS	RR (IC 95%)	NO OBS	NO CAS	RR (IC 95%)
Mal de dos durant la vie	Cohorte incidente	441	159	1.971* (1.02-3.80)	44	21	analyse impossible	485	180	1.835 (0.98-3.45)			
	Cohorte prévalente	537	230	1.477 (0.86-2.54)	84	46	analyse impossible	621	276	1.397 (0.84-2.34)			
	Total	978	389	1.682* (1.12-2.52)	161	80	0.936 (0.17-5.13)	1106 (i)	456 (ii)	1.502* (1.02-2.20)			
Mal de dos en 1992	Cohorte incidente	441		analyse impossible			analyse impossible	485	165	analyse impossible			
	Cohorte prévalente	537		analyse impossible			analyse impossible	621	290	analyse impossible			
	Total	978	378	1.226 (0.82-1.83)	161	85	0.769 (0.16-3.61)	1106 (i)	455 (iii)	1.168 (0.80-1.70)			
Mal de dos avec incapacité en 1992	Cohorte incidente	441	102	3.10 (1.44-2.18)	44	15	analyse impossible	485	117	2.687* (1.30-5.54)			
	Cohorte prévalente	537	179	1.248 (0.72-2.18)	84	44	analyse impossible	621	223	1.091 (0.65-1.84)			
	Total	978	281	1.812* (1.66-2.82)	161	72	1.085 (0.34-1.40)	1106 (i)	340 (iv)	1.543* (1.02-2.32)			

Le nombre total ne correspond pas à l'addition des nombres individuels pour les raisons suivantes: (i) 33 non-répondants dont on ne connaît pas la cohorte d'appartenance; (ii) 13 non-répondants dont la cohorte d'appartenance n'est pas connue; (iii) 8 non-répondants dont la cohorte d'appartenance n'est pas connue; (iv) 13 non-répondants dont la cohorte d'appartenance n'est pas connue.

ANNEXE I

LETTRES ADRESSÉES AUX CLSC ET AUX HÔPITAUX POUR MALADES CHRONIQUES

Le 30 novembre 1992

Dina Hamd
École de Santé au travail
Université Mc Gill
1130, av. des Pins ouest
Montréal, Québec H3A 1A3

Ceci est pour confirmer notre participation au projet de recherche de l'école de santé au travail, Université McGill, concernant les maux de dos chez les auxiliaires familiales travaillant à domicile au cours de la période 1986-1994.

Nous permettons au Dr. Dina Hamd d'avoir accès à la liste des auxiliaires familiales par code d'identification et par ancienneté, qui travaillent ou ont travaillé au CLSC durant cette période. Nous allons expliquer ce projet aux auxiliaires familiales, les inviter à participer à l'étude, distribuer les questionnaires ainsi que vérifier que tous les questionnaires sont retournés au Dr. Hamd.

Coordonnatrice
Coordonnateur

Maintien à domicile

CLSC : _____

Le 11 novembre 1992.

Dina Hamd
Ecole de Santé au travail
Université Mc Gill
1130, av. des Pins ouest
Montréal, Québec H3A 1A3

Ceci est pour confirmer notre participation au projet de recherche de l'école de santé au travail, Université McGill, concernant les maux de dos chez les préposées aux bénéficiaires au cours de la période 1986-1994.

Nous permettons au Dr. Dina Hamd d'avoir accès à la liste des préposées aux bénéficiaires par code d'identification et par ancienneté, qui travaillent ou ont travaillé au centre hospitalier durant cette période. Nous allons expliquer ce projet aux préposées aux bénéficiaires, les inviter à participer à l'étude, distribuer les questionnaires ainsi que vérifier que tous les questionnaires sont retournés au Dr. Hamd.

Directrice
Directeur
Soins Infirmiers

Directrice
Directeur
Centre Hospitalier

Centre Hospitalier :



LISTE DES AUXILIAIRES FAMILIALES

1.	DOUCV	13 ANS	220 JOURS
2.	LAMOC	13 ANS	178 JOURS
3.	CHARC	13 ANS	72 JOURS
4.	ROYM	13 ANS	59 JOURS
5.	HENEM	13 ANS	59 JOURS
6.	STPIM	11 ANS	304 JOURS
7.	LAURMR	7 ANS	231 JOURS
8.	SIMIG	5 ANS	162 JOURS
9.	LABEL	4 ANS	360 JOURS
10.	DUROM	4 ANS	234 JOURS
11.	FORTS	4 ANS	109 JOURS
12.	BRUM	3 ANS	80 JOURS
13.	DESGMC	3 ANS	43 JOURS
14.	PINER	2 ANS	132 JOURS
15.	CYRD	1 AN	306 JOURS
16.	BOUEL	1 AN	44 JOURS
17.	BERGD		321.35 JOURS
18.	DOREN		297 JOURS
19.	DEGRF		244 JOURS
20.	LAURH		116 JOURS
21.	CHARR		115 JOURS
22.	GONZMH		68 JOURS
23.	LECLL		33 JOURS



McGill

School of Occupational Health
École de Santé au travail
Charles Meredith House
McGill University

Postal address:
1130 Pine Avenue West
Montreal, PQ, Canada H3A 1A3

Tel.: (514) 398-4228
Fax: (514) 398-7435

Montréal, le 17 mai 1993

Préposée aux bénéficiaires
Centre hospitalier (unités de soins prolongés)

Chère Madame,

Bonjour. J'aimerais vous informer que vous participez à une étude concernant les préposées qui se réalise pour la première fois. Pour cela, il est très important que vous remplissiez le questionnaire.

Vous trouverez dans votre enveloppe, le questionnaire, une description de l'étude, une lettre de l'ASSTSAS et une enveloppe pliée.

Je vous demande de suivre la démarche suivante:

1. remplir le questionnaire
2. mettre le questionnaire dans l'enveloppe pliée
3. sceller l'enveloppe
4. remettre l'enveloppe scellée à votre directrice (directeur) des soins infirmiers ou bien à la personne qui vous distribuera les questionnaires. Cette personne en charge ramassera tous les questionnaires remplis pour me les envoyer par collis.

Veuillez remplir le questionnaire et le remettre AVANT LE 4 JUIN 1993.

Si vous avez des questions concernant l'étude, n'hésitez pas à m'appeler au (514) 398-8115.

Je vous remercie pour votre collaboration.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr. Dina Hamd
École de santé au travail
Université McGill



McGill

School of Occupational Health
École de Santé au travail
Charles Meredith House
McGill University

Postal address:
1130 Pine Avenue West
Montreal, PQ, Canada H3A 1A3

Tel.: (514) 398-4228
Fax: (514) 398-7435

Le 10 mai, 1993

À toutes les préposées aux bénéficiaires
Centre hospitalier (soins de longue durée)

Chère madame,

La présente lettre est pour vous faire part d'une étude importante que nous avons développée à l'École de Santé au Travail, à l'Université McGill, en collaboration avec l'ASSTSAS. L'étude concerne les maux au bas du dos chez les préposées aux bénéficiaires travaillant dans les centres hospitaliers (unités de soins de longue durée) de la région Montréalaise et des régions voisines (régions 4, 5, 6, 7), au cours de la période 1988-1992.

Suite à cette étude, les recommandations impliqueront des améliorations des conditions de travail. Pour cela, votre collaboration est nécessaire au succès de l'étude. Vous n'aurez qu'à compléter le questionnaire. Les questions concernent votre mal au bas du dos relié à votre travail comme préposée, vos tâches, les caractéristiques de vos bénéficiaires, les équipements utilisés,.... durant les cinq dernières années.

Il est important de spécifier que le questionnaire sera anonyme et les réponses resteront confidentielles. Votre directrice (directeur) m'a envoyée une liste codifiée des préposées; c'est-à-dire, pour chacune de vous, un code a été développé en prenant les quatre premières lettres de votre nom de famille et les initiales de votre prénom ou bien en vous donnant un chiffre. Je vous enverrai le questionnaire dans une enveloppe scellée. Votre code développé par la directrice (directeur), sera indiqué sur l'enveloppe. Je donnerai à chacune de vous un autre code d'identification qui ne sera connu que par vous et moi. Ce nouveau code sera mentionné sur votre questionnaire.

Je vous remercie grandement à l'avance pour votre collaboration. Les résultats de l'étude vous seront transmis dès que possible.

Dr. Dina Hamd, Doctorat
Responsable de l'étude
École de Santé au Travail
Université McGill



Association
pour la santé et la sécurité du travail,
secteur affaires sociales

Montréal, le 11 mai 1993

O B J E C T I F

prévention

Préposée aux bénéficiaires
Unité de soins prolongés

Objet : Étude comparative sur la fréquence et la gravité des maux de dos -
projet de recherche de Dina Hamd

Madame,

Votre association sectorielle paritaire requiert votre participation à l'effet d'une étude d'envergure, jamais réalisée auparavant dans le secteur des unités de soins prolongés et de soins à domicile. L'objectif consiste à recueillir des données pertinentes quant à la fréquence et à la gravité des maux de dos chez les préposées aux bénéficiaires des centres hospitaliers de soins prolongés comparativement avec les auxiliaires familiales et sociales des CLSC.

Cette étude est menée par madame Dina Hamd de l'Université McGill, conjointement avec l'ASSTSAS. Le succès de cette recherche repose en l'occurrence sur votre collaboration à répondre au questionnaire ci-joint et procurera une connaissance plus exhaustive de la situation, de même qu'une amélioration éventuelle des conditions de travail de votre secteur.

À cet effet, les seules données actuellement disponibles ne ciblent que des lésions relatives à plus d'une journée d'absence. Le présent questionnaire, quant à lui, couvre entre autres les symptômes des maux de dos, leur influence sur la vie quotidienne et les éléments du milieu de travail de nature à contribuer à ce problème.

Par le biais de ce questionnaire, nous comptons sur votre désir de collaborer à la progression de ce dossier ainsi qu'à ses retombées positives. L'ASSTSAS publiera notamment les résultats de cette étude dans sa revue périodique *Objectif prévention*.

Vous remerciant à l'avance de votre précieuse collaboration, veuillez agréer, Madame, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Le Directeur général

Gilles Le Beau

Gilles Le Beau
GLB/ad

P.j.

☐ MONTRÉAL

801 est, rue Sherbrooke (12^e étage)
Montréal (Qc) H2L 1K7

☐ QUÉBEC

979, rue de Bourgogne
Bureau 570



McGill

School of Occupational Health
École de Santé au travail
Charles Meredith House
McGill University

Postal address:
1130 Pine Avenue West
Montreal, PQ, Canada H3A 1A3

Tel.: (514) 398-4228
Fax: (514) 398-7435

Montréal, le 23 juin 1993

Préposée aux bénéficiaires

Chère madame,

Comme vous le savez déjà, vous avez été choisie parmi les préposées aux bénéficiaires dans notre étude à l' Université McGill, concernant les maux de dos et les conditions de travail.

Je vous adresse cette lettre pour vous informer qu'une grande majorité des préposées n'a pas complété le questionnaire. Il faut que nous recevions des informations sur tous les participants pour pouvoir analyser les données et en tirer des conclusions concernant vos conditions de travail. Nous ne pourrions donc procéder dans notre étude tant que n'avons pas de renseignements sur les non-répondants.

Vous êtes très important pour nous et votre collaboration contribuera au succès de notre étude.

Pour cela, je vous invite à remplir le questionnaire, même si vous n'avez jamais eu de maux de dos. Il est important de comprendre que si vous ne voulez pas signer la formule de consentement, complétez quand-même le questionnaire. De plus, si vous sentez qu'il y a des questions personnelles auxquelles vous ne voulez pas répondre, ignorez-les mais complétez quand-même les autres.

Après cela, vous pouvez envoyer le questionnaire par la poste ou bien remettez-le à votre directrice des soins infirmiers ou à la personne responsable du projet à l'hôpital avant le 8 septembre 1993.

Pour toute information, vous pouvez me contacter au (514) 398-8115 dès la fin août 1993.

Je vous assure encore une fois du caractère strictement confidentiel de vos réponses. Votre participation est grandement appréciée. Il est important de ne pas oublier que cette étude se réalise à l'École de santé au travail, dont l'objectif principal est de procurer un environnement sain et sauf de travail pour vous, les préposées aux bénéficiaires travaillant dans les centres hospitaliers.

Dr. Dina Hamd
École de santé au travail
Université McGill

DATE : LE 19 NOVEMBRE 1993

DE : DINA HAMD
DÉPARTEMENT DE SANTÉ AU TRAVAIL
UNIVERSITÉ MCGILL

SUJET : RAPPEL AUX AUXILIAIRES FAMILIALES QUI N'ONT PAS ENCORE
RETOURNÉ LE QUESTIONNAIRE

VEUILLEZ AFFICHER LES FEUILLES ATTACHÉES DANS LE CLSC OÙ LES AUXILIAIRES
POURRONT LES LIRE. MERCI POUR VOTRE COLLABORATION.

DATE : LE 19 NOVEMBRE 1993

DE : DINA HAMD
DÉPARTEMENT DE SANTÉ AU TRAVAIL
UNIVERSITÉ MCGILL

SUJET : RAPPEL AUX AUXILIAIRES FAMILIALES QUI N'ONT PAS ENCORE
RETOURNÉ LE QUESTIONNAIRE

VEUILLEZ AFFICHER LES FEUILLES ATTACHÉES DANS LE CLSC OÙ LES AUXILIAIRES
POURRONT LES LIRE. MERCI POUR VOTRE COLLABORATION.

DATE : LE 19 NOVEMBRE 1993

DE : DINA HAMD
DÉPARTEMENT DE SANTÉ AU TRAVAIL
UNIVERSITÉ MCGILL

SUJET : RAPPEL AUX AUXILIAIRES FAMILIALES QUI N'ONT PAS ENCORE
RETOURNÉ LE QUESTIONNAIRE

VEUILLEZ AFFICHER LES FEUILLES ATTACHÉES DANS LE CLSC OÙ LES AUXILIAIRES
POURRONT LES LIRE. MERCI POUR VOTRE COLLABORATION.

DATE : LE 19 NOVEMBRE 1993

DE : DINA HAMD
DÉPARTEMENT DE SANTÉ AU TRAVAIL
UNIVERSITÉ MCGILL

SUJET : RAPPEL AUX AUXILIAIRES FAMILIALES QUI N'ONT PAS ENCORE
RETOURNÉ LE QUESTIONNAIRE

VEUILLEZ AFFICHER LES FEUILLES ATTACHÉES DANS LE CLSC OÙ LES AUXILIAIRES
POURRONT LES LIRE. MERCI POUR VOTRE COLLABORATION.



McGill

IMPORTANT

RAPPEL

A TOUTES LES AUXILIAIRES FAMILIALES

**SUJET: QUESTIONNAIRE DE L'UNIVERSITÉ MCGILL
SUR LES MAUX DE DOS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL**

**VEUILLEZ COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE ET POSTER-LE DÈS
QUE POSSIBLE. LA DATE LIMITE EST LE 10 DÉCEMBRE 1993.
MERCI.**

IMPORTANT

REMINDER

TO ALL HOMEMAKERS

**SUBJECT: QUESTIONNAIRE OF MCGILL UNIVERSITY
ON LOW BACK PAIN AND WORKING CONDITIONS**

**PLEASE FILL OUT THE QUESTIONNAIRE AND MAIL IT TO US
AS SOON AS POSSIBLE. THE DEADLINE IS DECEMBER 10, 1993.**

ANNEXE II

QUESTIONNAIRES UTILISÉS POUR LA COLLECTE DES DONNÉES



QUESTIONNAIRE S'ADRESSANT AUX AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES.

Chère Madame,

Vous avez été choisie au hasard parmi l'échantillonnage des auxiliaires familiales pour la région Montréalaise et ses environs. J'espère que ce recherche pourra être utile pour améliorer vos conditions de travail. Votre collaboration est nécessaire au succès de ce projet. Je vous remercie grandement à l'avance. Dès que possible, les résultats de ce étude vous seront transmis!

LE BUT DE CE QUESTIONNAIRE EST DE:

1. Déterminer la sévérité des maux au bas du dos chez les auxiliaires familiales
2. Déterminer les facteurs associés au développement des maux au bas du dos
3. Comparer les maux au bas du dos des auxiliaires familiales à ceux des préposées aux bénéficiaires

CONFIDENTIEL

JE VOUS ASSURE DU CARACTÈRE STRICTEMENT CONFIDENTIEL DE VOS RÉPONSES. LE CODE DONNÉ SUR LE QUESTIONNAIRE NE SERA CONNU QUE PAR VOUS ET LA CHERCHEUSE.

CHERCHEUSE :

**DINA HAMD, Doctorat
ÉCOLE DE SANTÉ AU TRAVAIL
UNIVERSITÉ MCGILL**

LE 10 MAI 1993

QUESTIONNAIRE #1

- . Renseignements généraux sur les répondants _____ p. 3
- . Définition d'un mal au bas du dos _____ p. 7
- . L'histoire des douleurs _____ p. 8
- . Le mal au bas du dos _____ p.10
- . Le mal au bas du dos relié au travail _____ p.12
- . Les traitements _____ p.14
- . Définition d'un épisode de mal au bas du dos _____ p.15
- . Les épisodes de maux au bas du dos _____ p.16
- . Section #1:L'épisode de mal de dos le plus récent ____ p.17
- . Section #2:Le premier épisode de mal au bas du dos ____ p.24
- . Les activités _____ p.33
- . La formation _____ p.34
- . Les tâches _____ p.36
- . Les caractéristiques des bénéficiaires _____ p.39
- . Transfert et déplacement des bénéficiaires _____ p.42
- . La chambre à coucher: les équipements et l'espace ____ p.46
- . La salle de bain: les équipements et l'espace _____ p.48

Le projet de recherche de Dina Hamd de l'université McGill a pour but de déterminer la fréquence des maux de dos chez les auxiliaires familiales et chez les préposées aux bénéficiaires, et d'identifier les facteurs associés au développement des maux de dos afin de mieux les comprendre; ce qui pourrait contribuer à l'amélioration des conditions de travail.

Votre collaboration contribuera au succès de cette recherche.

FORMULE DE CONSENTEMENT

Il est entendu que les informations de cette recherche seront tirées à partir d'un questionnaire que je remplirai en mai 1993, et d'un suivi de ce questionnaire en 1994-95.

Ces informations seront confidentielles, et ne seront utilisées que par la chercheuse, Dina Hamd, pour les fins de la recherche. Personne ne saura le code inscrit sur le questionnaire à part moi-même et la chercheuse.

Les questionnaires seront conservés dans un casier sous clef à l'université McGill. Les résultats des 2000 participants seront regroupés.

Aucune information personnalisée ne sera transmise à mon employeur ou à quiconque.

Il est entendu que ma participation à cette recherche est volontaire et que je pourrai cesser ma participation en tout temps sans que cela puisse porter préjudice à mon emploi actuel.

J'ACCEPTE DE PARTICIPER AU PROJET CI-HAUT DÉCRIT AUX CONDITIONS QUI Y SONT DÉCRITES.

SIGNATURE : _____

NOM: _____

DATE: _____

Il peut s'avérer nécessaire que la chercheuse, Dina Hamd, ait à consulter mon dossier administratif au CLSC. Si c'est le cas, il est entendu que cela serait uniquement pour avoir des informations concernant la date d'un accident de travail, la cause, ainsi que les circonstances reliées à l'accident.

J'ACCEPTE QUE LA CHERCHEUSE, DINA HAMD, CONSULTE MON DOSSIER ADMINISTRATIF AU CLSC DANS LES CONDITIONS QUI VIENNENT D'ETRE DÉCRITES.

SIGNATURE : _____

VEUILLEZ LIRE LES INSTRUCTIONS.

LES INSTRUCTIONS ET NOTES SERONT MENTIONNÉS ENTRE DES TIRÉS

VOUS N'AUREZ QU'À ENCERCLER LA BONNE RÉPONSE OU METTRE UN 'X'
SUR LA LIGNE OU DANS UNE COLONNE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Spécifiez votre Date de naissance : 19 _ _ mois: _____

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE

2. SPÉCIFIEZ votre sexe

a. féminin

b. masculin

3. SPÉCIFIEZ votre Taille:

_____ / _____ (pieds/pouces)
OU _____ (mètres)

4. SPÉCIFIEZ votre Poids:

_____ (kilos)
OU _____ (livres)

5. SPÉCIFIEZ la Date du début de votre emploi comme AUXILIAIRE
FAMILIALE au CLSC :

année: 19 _ _ mois: _____

ID code:

4

6. Quelle est le titre de votre emploi ?

- a. auxiliaire familiale - maintien à domicile
- b. auxiliaire familiale - enfance / famille
- c. autre:
SPÉCIFIEZ _____

7. Quel est le statut de votre emploi ?

- a. temps complet permanent
- b. temps partiel régulier
- c. temps partiel occasionnel ou sur appel
- d. temps complet occasionnel ou sur appel

8. SPÉCIFIEZ EN GÉNÉRAL le Nombre d'heures de travail par semaine
comme AUXILIAIRE pour les années suivantes:

NOTE: ÉCRIVEZ 'ZÉRO' SI VOUS N'AVEZ PAS TRAVAILLÉ
AU CLSC DURANT CETTE ANNÉE

ANNÉE	1992	1991	1990	1989	1988
NOMBRE D' HEURES PAR SEMAINE					

9. Avez-vous un autre emploi que celui au CLSC ?

a. non

-----SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 10. -----

b. oui

SI 'OUI', SPÉCIFIEZ lequel: _____

où: _____

nombre d'heures par semaine: _____

depuis: mois: _____; année: 19 __

jusqu'à: mois: _____; année: 19 __

SI AUTRE,
SPÉCIFIEZ lequel: _____

où: _____

nombre d'heures par semaine: _____

depuis: mois: _____; année: 19 __

jusqu'à: mois: _____; année: 19 __

10. Quel est votre emploi précédent celui au CLSC ?

a. aucun

----- PASSEZ À LA PAGE 6. -----

b. SPÉCIFIEZ lequel: _____

DE l'année: 19 __

JUSQU' À l'année: 19 __

SI AUTRE,
SPÉCIFIEZ lequel: _____

DE l'année: 19 __

JUSQU' À l'année: 19 __

ID code:

6

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE

11. Vous êtes actuellement un :

a. non-fumeur

----- PASSEZ À LA QUESTION # 12. -----

b. ex-fumeur

SPÉCIFIEZ l'âge auquel vous avez arrêté de fumer: ----- ans

c. fumeur

SI VOUS AVEZ RÉPONDU 'b' OU 'c' :

SPÉCIFIEZ l'âge auquel vous avez commencé à fumer: ----- ans

SPÉCIFIEZ le nombre de cigarettes fumées par jour durant les années suivantes:

ANNÉE	1992	1991	1990	1989	1988
NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR					

12. Avez-vous déjà eu un ou plusieurs accouchements ?

a. non

----- PASSEZ À LA PAGE 7. -----

b. oui

SI 'OUI', SPÉCIFIEZ le Nombre d'accouchements : # _____

SI 'OUI', SPÉCIFIEZ la Date de votre PREMIER accouchement: 19

13. SPÉCIFIEZ l'âge de vos enfants

Enfant	Âge (ANS)
premier enfant	
deuxième enfant	
troisième enfant	

Enfant	Âge (ANS)
quatrième enfant	
cinquième enfant	
sixième enfant	

DÉFINITION D' UN "MAL AU BAS DU DOS"

POUR LE RESTE DU QUESTIONNAIRE, S.V.P. :
CONSIDÉRER LA DÉFINITION SUIVANTE DE "MAL AU BAS DU DOS"
EN REMPLISSANT LE QUESTIONNAIRE

DÉFINITION DE MAL AU BAS DU DOS :

UN MAL DE DOS EST UNE DOULEUR AU BAS DU DOS, DANS LA RÉGION
=====

LOMBAIRE, ASSOCIÉE À VOTRE EMPLOI COMME AUXILIAIRE FAMILIALE
=====

AU CLSC

REMARQUE:

LES QUESTIONS SUIVANTES SONT RELIÉES AUX 5 DERNIÈRES ANNÉES À L'EMPLOI AU CLSC.

DONC, SI CA FAIT 5 ANS OU PLUS QUE VOUS TRAVAILLEZ AU CLSC COMME AUXILIAIRE, RÉPONDEZ AUX QUESTIONS DU QUESTIONNAIRE POUR LES 5 ANNÉES (1988 À 1992).

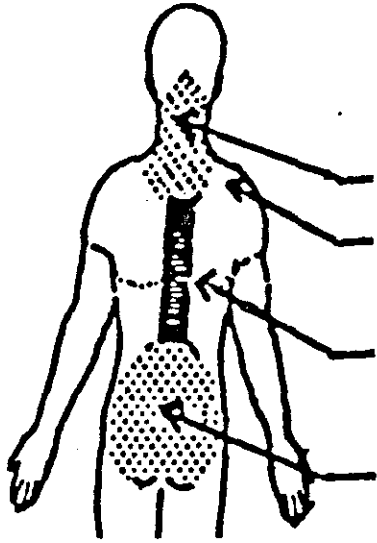
PAR CONTRE, SI CA FAIT MOINS DE 5 ANS QUE VOUS TRAVAILLEZ AU CLSC, RÉPONDEZ AUX QUESTIONS CORRESPONDANT À L'ANNÉE OU LES LES ANNÉES LORS DE VOTRE EMPLOI AU CLSC SEULEMENT.

L'HISTOIRE DES DOULEURS AU DOS

14. Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu des sensations répétées de douleur aux régions suivantes, reliées à votre EMPLOI A CLSC ?

COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHACUNE DES ANNÉES SI VOUS AVEZ EU DES DOUL

SI VOUS N'AVEZ PAS EU DE DOULEUR, COCHEZ 'PAS DE MAL'

		1992	1991	1990	1989	1988
	Cou / Région Cervicale					
	Épaules					
	Haut du Dos					
	Bas du Dos					
PAS DE MAL						

 METTEZ UN 'X' POUR 'NON' OU 'OUI'. SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE.

15. Avez-vous déjà eu un ou plusieurs des diagnostics médicaux suivants:

DIAGNOSTICS MÉDICAUX	NON	OUI SI OUI, PRÉCISEZ			NE SAIS PAS	
		ANNÉE	DURÉE			
			EN JOURS	OU EN MOIS		
a. entorse lombaire		19__	____	____		
b. hernie discale sans radiation aux genoux ou jambes		19__	____	____		
c. hernie discale avec radiation aux genoux ou jambes		19__	____	____		
d. scoliose		19__	____	____		
e. SI autre, SPÉCIFIEZ: _____ _____ _____		19__	____	____		

LE MAL AU BAS DU DOS

16. Avez-vous jamais eu des problèmes AU BAS DU DOS dans la vie ?

a. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 73, PAGE 33. -----

b. oui

17. SPÉCIFIEZ l'origine de votre MAL AU BAS DU DOS:

a. liée au travail chez un employeur précédent

PRÉCISEZ le type d'emploi: _____

SPÉCIFIEZ la date: 19 _ _

b. liée au travail avec l'employeur actuel au CLSC

c. liée au travail chez l'employeur actuel autre que le CLSC

PRÉCISEZ le type d'emploi: _____

SPÉCIFIEZ la date: 19 _ _

d. origine hors-travail

e. origine non identifiée

LE MAL AU BAS DU DOS ACTUEL

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE

18. PRÉSENTEMENT, avez-vous un MAL AU BAS DU DOS ?

a. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 21, PAGE 12. -----

b. oui

LE MAL AU BAS DU DOS ACTUEL

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE

19. SPÉCIFIEZ l'origine du MAL AU BAS DU DOS ACTUEL:

a. liée au travail chez un employeur précédent

PRÉCISEZ le type d'emploi: _____

SPÉCIFIEZ la date: 19 _ _

b. liée au travail avec l'employeur actuel au CLSC

c. liée au travail chez l'employeur actuel autre que le CLSC

PRÉCISEZ le type d'emploi: _____

SPÉCIFIEZ la date: 19 _ _

d. origine hors-travail

e. origine non identifiée

20. PRÉSENTEMENT, quand est-ce que vos douleurs au BAS DU DOS se présentent-elles LE PLUS SOUVENT ?

a. le matin

b. l'après-midi

c. le soir

d. la nuit

e. la semaine

f. la fin de semaine

MAL AU BAS DU DOS RELIÉ AU TRAVAIL COMME AUXILIAIRE

21. PRÉCISEZ APPROXIMATIVEMENT Combien de FOIS PAR MOIS vous avez ces douleurs au BAS DU DOS RELIÉ À VOTRE TRAVAIL COMME AUXILIAIRE pour les cinq dernières années:

 COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHAQUE ANNÉE

ANNÉE	DOULEURS AU BAS DU DOS PAR MOIS				
	aucune fois	1 à 4 fois	5 à 10 fois	plus de 10 fois	tous les jours
1992					
1991					
1990					
1989					
1988					

22. Avez-vous eu des MAUX AU BAS DU DOS reliés à votre EMPLOI comme AUXILIAIRE ou de la douleur qui est descendue dans une ou les deux jambes durant les cinq dernières années?

 COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE ANNÉE

DOULEUR AU BAS DU DOS DESCENDANT DANS LES JAMBES ?	DANS LES CINQ DERNIÈRES ANNÉES				
	1992	1991	1990	1989	1988
a. non					
b. oui, à UNE JAMBE					
c. oui, aux DEUX JAMBES					

23. Avez-vous déjà eu des douleurs au BAS DU DOS reliées à votre EMPLOI comme AUXILIAIRE qui vous ont réveillé la nuit durant les cinq dernières années ?

 COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE ANNÉE

	1992	1991	1990	1989	1988
a. oui					
b. non					

MAL AU BAS DU DOS RELIÉ AU TRAVAIL COMME AUXILIAIRE

24. Durant les cinq dernières années, avez-vous déjà eu un MAL AU BAS DU DOS relié à votre EMPLOI comme AUXILIAIRE qui vous a dérangé ou a interféré avec vos activités:

 COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE ANNÉE DANS LES DEUX TABLEAUX SUIVANTS

ACTIVITÉS		1992	1991	1990	1989	1988
a. Activités au travail	OUI					
	NON					

ACTIVITÉS		1992	1991	1990	1989	1988
b. Activités de tous les jours (marche, sorties, sports, sexualité...)	OUI					
	NON					

25. Pour les cinq dernières années:

Quand est-ce que vos douleurs au BAS DU DOS , reliées à votre EMPLOI comme AUXILIAIRE, se sont-elles présentées LE PLUS SOUVENT ?

 COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE ANNÉE

MAL AU BAS DU DOS	1992	1991	1990	1989	1988
a. pas de mal au bas du dos					
b. le matin					
c. l'après-midi					
d. le soir					
e. la nuit					
f. la semaine					
g. la fin de semaine					

LES TRAITEMENTS

26. Pour vos douleurs au BAS DU DOS reliées à votre EMPLOI comme AUXILIAIRE, avez-vous déjà eu les traitements suivants au cours des cinq dernières années ?

COCHEZ UNE OU PLUSIEURS RÉPONSES POUR CHAQUE ANNÉE

	1992	1991	1990	1989	1988
AUCUN TRAITEMENT	()	()	()	()	()
TRAITEMENT PAR SOI-MÊME					
. repos au lit	()	()	()	()	()
. se frotter avec des onguents (par exemple, Antiphlogestine,...)	()	()	()	()	()
. "pad" électrique ou d'eau chaude	()	()	()	()	()
. médicaments sans prescription (par exemple, aspirin, tyléno,....)	()	()	()	()	()
. exercice	()	()	()	()	()
. techniques NADEAU	()	()	()	()	()
CONSULTATION MÉDICALE					
. d'un médecin de médecine générale	()	()	()	()	()
. d'un médecin spécialiste	()	()	()	()	()
. pris des médicaments sur prescription pour vos douleurs au dos	()	()	()	()	()
TRAITEMENT					
. d'un chiropraticien	()	()	()	()	()
. en acupuncture	()	()	()	()	()
. en physiothérapie	()	()	()	()	()
EXAMENS D'INVESTIGATION					
. radiographie	()	()	()	()	()
. scan or examen très spécialisé	()	()	()	()	()
. myélographie	()	()	()	()	()
HOSPITALISATION					
. sans opération	()	()	()	()	()
. avec opération (chirurgie)	()	()	()	()	()
PORT D'UN APPAREIL					
. un corset	()	()	()	()	()
. un appareil stimulation électrique(TNS)	()	()	()	()	()
SI AUTRE, PRÉCISEZ	()	()	()	()	()

DÉFINITION D' UN "ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS"

POUR LE RESTE DU QUESTIONNAIRE, S.V.P. :
CONSIDÉRER LA DÉFINITION SUIVANTE D' "ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS"
EN REMPLISSANT LE QUESTIONNAIRE

DÉFINITION D 'UN ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS :

UN ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS EST UNE DOULEUR DANS LA RÉGION LOMBAIRE ASSOCIÉE À VOTRE EMPLOI COMME AUXILIAIRE QUI REMPLIT UNE OU PLUSIEURS DES CONDITIONS SUIVANTES:

1. A DURÉ AU MOINS DEUX JOURS, OU
==== ===== = =

2. A NECESSITÉ UN TRAITEMENT POUR LA DOULEUR
=====

(PAR EXEMPLE, REPOS OU EXERCICE OU MÉDICAMENT....) , OU
= =

3. A OCCASIONNÉ AU MOINS DEUX JOURS D' ABSENCE
===== =====

LES ÉPISODES DE MAUX AU BAS DU DOS

LES QUESTIONS SUIVANTES SONT RELATIVES AUX CINQ DERNIÈRES ANNÉES DURANT VOTRE EMPLOI COMME AUXILIAIRE FAMILIALE.

27. Avez-vous eu des épisodes dans les cinq dernières années?

a. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 50, PAGE 24. -----

b. oui

REMP LISSEZ LE TABLEAU SUIVANT QUESTION #28 EN ÉCRIVANT LE NOMBRE D'ÉPISODES DE MAL AU BAS DU DOS POUR LES ANNÉES SUIVANTES.

NOTE: ÉCRIVEZ '0', SI VOUS N'AVEZ PAS EU D'ÉPISODES.

UN ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS EST TEL QUE DÉPINI À LA PAGE

28.

	1992	1991	1990	1989	1988
NOMBRE D' ÉPISODES DE MAL AU BAS DU DOS					

29. PRÉCISEZ LA DATE DE CES ÉPISODES AU BAS DU DOS:
DU PLUS RÉCENT AU PLUS ANCIEN ÉPISODE

SPÉCIFIEZ LA DATE		SPÉCIFIEZ LA DURÉE	
Année	Mois	EN Jours	OU EN Mois
19__			
19__			
19__			
19__			
19__			
19__			

SPÉCIFIEZ LA DATE		SPÉCIFIEZ LA DURÉE	
Année	Mois	EN Jours	OU Mois
19__			
19__			
19__			
19__			
19__			
19__			

SI VOUS AVEZ EU UN OU PLUSIEURS ÉPISODES DE MAL AU BAS DU DOS, VOUS ALLEZ REMPLIR LES SECTION SUIVANTES DE CE QUESTIONNAIRE POUR:
L'ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS LE PLUS RÉCENT (SECTION #1, PAGES: 17 À 23)
ET LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS (SECTION #2, PAGES: 24 À 32)

SECTION #1 : L' ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS LE PLUS RÉCENT

30. SPÉCIFIEZ LA DATE DE CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS LE PLUS RÉCENT relié à votre EMPLOI comme AUXILIAIRE:

année: 19 __ __ mois: _____

31. METTEZ UN 'X' SUR LA LIGNE POINTILLÉE pour indiquer votre condition lors de CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS.

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I
TRÈS LÉGER MODÉRÉ UN PEU SÉVÈRE SÉVÈRE EXTRÊMEMENT SÉVÈRE
LÉGER

32. PRÉCISEZ le mode d'apparition des problèmes
- a. douleurs soudaines, mais sans événement précis
 - b. douleurs qui s'installent progressivement
 - c. à la suite d'un accident, ou d'un événement précis

SPÉCIFIEZ LA DATE: mois: _____ ; année: 19 __ __

33. D' après vous, CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS a été causé par :
- a. le bénéficiaire
 - b. l'équipement
 - c. l'espace pour travailler
 - d. la façon de travailler
 - e. autre, PRÉCISEZ: _____

34. Selon vous, quelle est la CAUSE PROBABLE de CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

a. _____

b. Ne sais pas

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE.

35. Est-ce que dans CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS la douleur est descendue dans une ou dans les deux jambes ?

- a. non
- b. oui, à UNE JAMBE
- c. oui, aux DEUX JAMBES

SECTION #1 : L' ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS LE PLUS RÉCENT.

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE.

36. Est-ce que CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS a occasionné des jours d' absence ?

a. non

----- PASSEZ À LA QUESTION # 39. -----

b. oui

37. PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS D' ABSENCE : _____ jours

38. Est- ce que les jours d' absence

a. ont été indemnisés par la CSST

PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS INDEMNISÉS: _____ jours

b. ont été payés par l' assurance-maladie

PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS PAYÉS: _____ jours

c. ont été refusés par la CSST

d. ont été refusés par l' assurance-maladie

e. non-réclamés au CLSC

39. Suite à cet épisode de mal au bas du dos le plus récent, avez-vous eu une rechute, une récurrence ou une aggravation au bas du dos, soit : réapparition de douleur sans nouvel accident, qui a occasionné des journées d'absence ?

a. non

b. oui

SI 'OUI', PRÉCISEZ COMBIEN DE FOIS: _____

PRÉCISEZ LA DURÉE TOTALE D'ABSENCE: _____

L'ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS LE PLUS RÉCENT- LES TRAITEMENTS

40. Pour CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS, avez-vous eu les traitements suivants?

----- COCHEZ UNE OU PLUSIEURS RÉPONSES -----

OUI

TRAITEMENT PAR SOI-MÊME

- . repos au lit _____ ---
- . se frotter avec des onguents
(par exemple, Antiphlogestine, ...) _____ ---
- . "pad" électrique ou d'eau chaude _____ ---
- . médicaments sans prescription
(par exemple, aspirine, tylenol, ...) _____ ---
- . exercice _____ ---
- . techniques NADEAU _____ ---

CONSULTATION MÉDICALE

- . d'un médecin de médecine générale _____ ---
- . d'un médecin spécialiste _____ ---
- . pris des médicaments sur prescription
pour vos douleurs au dos _____ ---

TRAITEMENT

- . d'un chiropraticien _____ ---
- . en acupuncture _____ ---
- . en physiothérapie _____ ---

EXAMENS D'INVESTIGATION

- . radiographie _____ ---
- . scan or examen très spécialisé _____ ---
- . myélographie _____ ---

HOSPITALISATION

- . sans opération _____ ---
- . avec opération (chirurgie) _____ ---

PORT D'UN APPAREIL

- . un corset _____ ---
- . un appareil stimulation électrique (TNS) _____ ---

SI AUTRE, PRÉCISEZ _____

AUCUN TRAITEMENT _____ ---

L'ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS LE PLUS RÉCENT

NOTE: VOUS POUVEZ ENCERCLER PLUS QU'UNE RÉPONSE.

41. Quelle(s) étaient les caractéristiques de ce bénéficiaire lors d
CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

- a. personne âgée en perte d'autonomie
- b. handicapé physique moins de 60 ans
- c. handicapé physique plus de 60 ans
- d. convalescent , post-op
- e. en phase terminale
- f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ: _____

42. Est-ce que ce bénéficiaire utilisait un aide technique pour se
déplacer?

- a. non
----- PASSEZ À LA QUESTION # 44, PAGE 21 -----
- b. oui

NOTE: VOUS POUVEZ ENCERCLER PLUS QU'UNE RÉPONSE.

43. Qu' utilisait le bénéficiaire ?

- a. canne
- b. marchette
- c. béquilles
- d. fauteuil roulant non motorisé
- e. fauteuil roulant motorisé
- f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ: _____

L'ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS LE PLUS RÉCENT

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE.

44. Quel service faisiez-vous lors de CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

- a. soins personnels de base (eg., donner des bains)
- b. transfert du bénéficiaire
- c. entretien ménager
- d. approvisionnement (faire l'épicerie)
- e. préparer la nourriture
- f. surveillance et accompagnement / gardiennage
- g. donner à manger au bénéficiaire
- h. transport d'équipement de la rue à la maison du bénéficiaire
- i. déplacement vers le domicile du bénéficiaire

j. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ: _____

45. Où étiez-vous lorsque vous avez eu CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

a. dans la salle de bain du bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION # 46, PAGE 22. -----

b. dans la chambre à coucher du bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION # 48, PAGE 23. -----

c. sur les escaliers avec le bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION # 50 PAGE 24. -----

d. sur la rue avec le bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION # 50, PAGE 24. -----

e. sur la rue, en transportant l'équipement
----- PASSEZ À LA QUESTION # 50, PAGE 24. -----

f. sur la rue, en se déplaçant vers le domicile du bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION # 50, PAGE 24. -----

g. autre:
SPÉCIFIEZ _____

----- PASSEZ À LA QUESTION # 50, PAGE 24. -----

L'ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS LE PLUS RÉCENT- LES ÉQUIPEMENTS

46. Quels ÉQUIPEMENTS SPÉCIAUX aviez-vous dans la salle de bain dans la maison du bénéficiaire où vous avez eu CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

 COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHAQUE ITEM S'IL EST PRÉSENT ET UTILISÉ POUR DONNER LES SOINS.

ÉQUIPEMENTS DANS LA SALLE DE BAIN	PRÉSENT		UTILISÉ	
	Oui	Non	Oui	Non
a. barre d'appui au mur de la baignoire				
b. barre d'appui près de la toilette				
c. anti-dérapant au fond de la baignoire ou de la douche				
d. tapis anti-dérapant à l'extérieur de la baignoire ou de la douche				
e. douche-téléphone dans la baignoire				
f. chaise dans la baignoire ou dans la douche				
g. planche de bain au-dessus de la baignoire				
h. banc de transfert au-dessus de la baignoire				
i. lève-patient à fonctionnement manuel				
j. lève-patient à fonctionnement électrique				
k. lève-patient sur rail				
l. autres: SPÉCIFIEZ: _____				
m. aucun équipement				

47. METTEZ UN 'X' SUR LA LIGNE POINTILLÉE POUR DÉTERMINER Comment trouvez-vous l'espace pour vous déplacer DANS LA SALLE DE BAIN quand vous avez eu CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

(ligne pointillée)

I-----I-----I-----I
PEU TOUT ASSEZ ESPACE
D'ESPACE JUSTE D'ESPACE PLUS QUE
ASSEZ
D'ESPACE NÉCESSAIRE

 PASSEZ À LA QUESTION # 50, PAGE 24.

L'ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS LE PLUS RÉCENT- LES ÉQUIPEMENTS

48. Quels ÉQUIPEMENTS SPÉCIAUX aviez-vous dans la chambre à coucher dans la maison du bénéficiaire où vous avez eu CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

 COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHAQUE ITEM S'IL EST PRÉSENT ET UTILISÉ POUR
 DONNER LES SOINS.

ÉQUIPEMENTS DANS LA CHAMBRE À COUCHER	PRÉSENT		UTILISÉ	
	Oui	Non	Oui	Non
a. lit ordinaire non ajustable en hauteur				
b. lit à hauteur variable à fonctionnement manuel				
c. lit électrique				
d. fauteuil de repos à rapprocher du lit				
e. fauteuil roulant à rapprocher du lit				
f. chaise d'aisance à roulettes près du lit				
g. chaise d'aisance sans roulettes près du lit				
h. guitare pour laver les cheveux au lit				
i. lève-patient à fonctionnement manuel				
j. lève-patient à fonctionnement électrique				
k. lève-patient sur rail				
l. autres: SPÉCIFIEZ:				
m. aucun équipement				

49. METTEZ UN 'X' SUR LA LIGNE POINTILLÉE POUR DÉTERMINER Comment trouvez-vous l'espace pour vous déplacer DANS LA CHAMBRE À COUCHER quand vous avez eu CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

(ligne pointillée)

I-----I-----I-----I
PEU TOUT ASSEZ ESPACE
D'ESPACE JUSTE D'ESPACE PLUS QUE
ASSEZ
D'ESPACE NÉCESSAIRE

LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS

50. SPÉCIFIEZ LA DATE DE VOTRE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS RELIÉ À VOTRE EMPLOI COMME AUXILIAIRE :

année: 19 _ _ mois: _____

SI LA DATE DE CE PREMIER ÉPISODE EST AVANT 1988,
PASSEZ À LA QUESTION # 73, PAGE 33.

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE

51. Est-ce que CE PREMIER ÉPISODE de mal au bas du dos est votre ÉPISODE de mal au bas du dos LE PLUS RÉCENT ?

a. non

b. oui

----- PASSEZ A LA QUESTION # 73, PAGE 33. -----

52. PRÉCISEZ le mode d'apparition des problèmes

a. douleurs soudaines, mais sans événement précis

b. douleurs qui s'installent progressivement

c. à la suite d'un accident, ou d'un événement précis

SPÉCIFIEZ LA DATE: mois: _____ ; année: 19 _ _

LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS

53. SPÉCIFIEZ l'origine du PREMIER épisode de MAL AU BAS DU DOS:

a. liée au travail chez un employeur précédent

PRÉCISEZ le type d'emploi: _____

SPÉCIFIEZ la date: 19 _ _

b. liée au travail avec l'employeur actuel au CLSC

c. liée au travail chez l'employeur actuel autre que le CLSC

PRÉCISEZ le type d'emploi: _____

SPÉCIFIEZ la date: 19 _ _

d. origine hors-travail

e. origine non identifiée

54. Est-ce que vos douleurs depuis le premier épisode de MAL AU BAS DU DOS:

a. sont DISPARUES

b. reviennent à INTERVALLES IRRÉGULIERS

c. sont RESTÉES CONSTANTES (plus ou moins inchangées)

d. ont AUGMENTÉ

55. METTEZ UN 'X' SUR LA LIGNE POINTILLÉE pour indiquer votre condition lors de CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS.

I-----I-----I-----I-----I-----I-----I
TRÈS LÉGER MODÉRÉ UN PEU SÉVÈRE EXTRÊMEMENT
LÉGER SÉVÈRE SÉVÈRE

LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS

56. D'après vous, CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS a été causé par

- a. le bénéficiaire
- b. l'équipement
- c. l'espace pour travailler
- d. la façon de travailler
- e. autre, PRÉCISEZ: _____

57. Selon vous, quelle est la CAUSE PROBABLE de CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS :

a. _____

b. Ne sais pas

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE.

58. Est-ce que dans CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS la douleur est descendue dans une ou dans les deux jambes ?

- a. non
- b. oui, à UNE JAMBE
- c. oui, aux DEUX JAMBES

LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE.

59. Est-ce que CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS a occasionné des jours d'absence ?

a. non

----- PASSEZ À LA QUESTION # 62. -----

b. oui

60. PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS D'ABSENCE : _____ jours

61. Est-ce que les jours d'absence

a. ont été indemnisés par la CSST

PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS INDEMNISÉS: _____ jours

b. ont été payés par l'assurance-maladie

PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS PAYÉS: _____ jours

c. ont été refusés par la CSST

d. ont été refusés par l'assurance-maladie

e. non-réclamés au CLSC

62. Suite à ce premier épisode de mal au bas du dos, avez-vous eu une rechute, une récurrence ou une aggravation au bas du dos, soit la réapparition de douleur sans nouvel accident, qui a occasionné des journées d'absence ?

a. non

b. oui

SI 'OUI', PRÉCISEZ COMBIEN DE FOIS: _____

PRÉCISEZ LA DURÉE TOTALE D'ABSENCE: _____

LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS -LES TRAITEMENTS
--

63. Pour CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS, avez-vous eu les traitements suivants?

----- COCHEZ UNE OU PLUSIEURS RÉPONSES -----

OUI

TRAITEMENT PAR SOI-MÊME

- | | |
|--|-----|
| . repos au lit _____ | --- |
| . se frotter avec des onguents
(par exemple, Antiphlogestine, ...) _____ | --- |
| . "pad" électrique ou d'eau chaude _____ | --- |
| . médicaments sans prescription
(par exemple, aspirine, tylenol, ...) _____ | --- |
| . exercice _____ | --- |
| . techniques NADEAU _____ | --- |

CONSULTATION MÉDICALE

- | | |
|---|-----|
| . d'un médecin de médecine générale _____ | --- |
| . d'un médecin spécialiste _____ | --- |
| . pris des médicaments sur prescription
pour vos douleurs au dos _____ | --- |

TRAITEMENT

- | | |
|-----------------------------|-----|
| . d'un chiropraticien _____ | --- |
| . en acupuncture _____ | --- |
| . en physiothérapie _____ | --- |

EXAMENS D'INVESTIGATION

- | | |
|--|-----|
| . radiographie _____ | --- |
| . scan or examen très spécialisé _____ | --- |
| . myélographie _____ | --- |

HOSPITALISATION

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| . sans opération _____ | --- |
| . avec opération (chirurgie) _____ | --- |

PORT D'UN APPAREIL

- | | |
|--|-----|
| . un corset _____ | --- |
| . un appareil stimulation électrique (TNS) _____ | --- |

SI AUTRE, PRÉCISEZ _____

AUCUN TRAITEMENT _____

LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS

NOTE: VOUS POUVEZ ENCERCLER PLUS QU'UNE RÉPONSE.

64. Quelle(s) étaient les caractéristiques de ce bénéficiaire lors de CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

- a. personne âgée en perte d'autonomie
- b. handicapé physique moins de 60 ans
- c. handicapé physique plus de 60 ans
- d. convalescent , post-op
- e. en phase terminale
- f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ: _____

65. Est-ce que ce bénéficiaire utilisait un aide technique pour se déplacer?

a. non

----- PASSEZ À LA QUESTION # 67, PAGE 30 -----

b. oui

NOTE: VOUS POUVEZ ENCERCLER PLUS QU'UNE RÉPONSE.

66. Qu' utilisait le bénéficiaire ?

- a. canne
- b. marchette
- c. béquilles
- d. fauteuil roulant non motorisé
- e. fauteuil roulant motorisé
- f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ: _____

LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS

ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE.

67. Quel service faisiez-vous lors de CET ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DO

- a. soins personnels de base (eg., donner des bains)
- b. transfert du bénéficiaire
- c. entretien ménager
- d. approvisionnement (faire l'épicerie)
- e. préparer la nourriture
- f. surveillance et accompagnement / gardiennage
- g. donner à manger au bénéficiaire
- h. transport d'équipement de la rue à la maison du bénéficiaire
- i. déplacement vers le domicile du bénéficiaire
- j. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ: _____

68. Où étiez-vous lorsque vous avez eu CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU
DU DOS ?

- a. dans la salle de bain du bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION #69, PAGE 31. -----
- b. dans la chambre à coucher du bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION # 71, PAGE 32. -----
- c. sur les escaliers avec le bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION # 73, PAGE 33. -----
- d. sur la rue avec le bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION # 73, PAGE 33. -----
- e. sur la rue, en transportant l'équipement
----- PASSEZ À LA QUESTION # 73, PAGE 33. -----
- f. sur la rue, en se déplaçant vers le domicile du bénéficiaire
----- PASSEZ À LA QUESTION # 73, PAGE 33. -----
- g. autre:
SPÉCIFIEZ _____
----- PASSEZ À LA QUESTION # 73, PAGE 33. -----

LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS- LES ÉQUIPEMENTS

69. Quels ÉQUIPEMENTS SPÉCIAUX aviez-vous dans la salle de bain dans la maison du bénéficiaire où vous avez-eu CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

 COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHAQUE ITEM S'IL EST PRÉSENT ET
 UTILISÉ POUR DONNER LES SOINS.

ÉQUIPEMENTS DANS LA SALLE DE BAIN	PRÉSENT		UTILISÉ	
	Oui	Non	Oui	Non
a. barre d'appui au mur de la baignoire				
b. barre d'appui près de la toilette				
c. anti-dérapant au fond de la baignoire ou de la douche				
d. tapis anti-dérapant à l'extérieur de la baignoire ou de la douche				
e. douche-téléphone dans la baignoire				
f. chaise dans la baignoire ou dans la douche				
g. planche de bain au-dessus de la baignoire				
h. banc de transfert au-dessus de la baignoire				
i. lève-patient à fonctionnement manuel				
j. lève-patient à fonctionnement électrique				
k. lève-patient sur rail				
l. autres: SPÉCIFIEZ: _____				
m. aucun équipement				

70. METTEZ UN 'X' SUR LA LIGNE POINTILLÉE POUR DÉTERMINER Comment trouvez-vous l'espace pour vous déplacer DANS LA SALLE DE BAIN quand vous avez eu CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

(ligne pointillée)

I-----I-----I-----I			
PEU D'ESPACE	TOUT JUSTE ASSEZ D'ESPACE	ASSEZ D'ESPACE	ESPACE PLUS QUE NÉCESSAIRE

 PASSEZ À LA QUESTION # 73, PAGE 33.

LE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS- LES ÉQUIPEMENTS

71. Quels ÉQUIPEMENTS SPÉCIAUX aviez-vous dans la chambre à coucher dans la maison du bénéficiaire où vous avez eu CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

 COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHAQUE ITEM S'IL EST PRÉSENT ET UTILISÉ POUR DONNER LES SOINS.

ÉQUIPEMENTS DANS LA CHAMBRE À COUCHER	PRÉSENT		UTILISÉ	
	Oui	Non	Oui	Non
a. lit ordinaire non ajustable en hauteur				
b. lit à hauteur variable à fonctionnement manuel				
c. lit électrique				
d. fauteuil de repos à rapprocher du lit				
e. fauteuil roulant à rapprocher du lit				
f. chaise d'aisance à roulettes près du lit				
g. chaise d'aisance sans roulettes près du lit				
h. guitare pour laver les cheveux au lit				
i. lève-patient à fonctionnement manuel				
j. lève-patient à fonctionnement électrique				
k. lève-patient sur rail				
l. autres: SPÉCIFIEZ:				
m. aucun équipement				

72. METTEZ UN 'X' SUR LA LIGNE POINTILLÉE POUR DÉTERMINER Comment trouvez-vous l'espace pour vous déplacer DANS LA CHAMBRE À COUCHER quand vous avez eu CE PREMIER ÉPISODE DE MAL AU BAS DU DOS ?

(ligne pointillée)

I-----I-----I-----I			
PEU D'ESPACE	TOUT JUSTE ASSEZ D'ESPACE	ASSEZ D'ESPACE	ESPACE PLUS QUE NÉCESSAIRE

LES ACTIVITÉS

 COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE ITEM DE 'a' à 'i'

73. AUJOURD'HUI, pourriez-vous faire les activités suivantes:

ACTIVITÉS	Capable	Incapable dû à une faiblesse ou douleur au BAS DU DOS	Incapable pour autres raisons: PRÉCISEZ:
a. Soulever fréquemment des poids légers (5 à 10 livres)			_____ _____
b. tirer et pousser fréquemment avec modération			_____ _____
c. Soulever fréquemment des poids lourds (plus que 40 livres)			_____ _____
d. Rester debout 20 à 30 minutes sans interruption			_____ _____
e. Rester debout plusieurs heures sans interruption			_____ _____
f. Fréquente torsion et étirement du dos			_____ _____
g. Monter et descendre fréquemment les escaliers			_____ _____
h. Rester assise pour plusieurs heures			_____ _____
i. Se courber et pencher la plupart du temps			_____ _____

LA FORMATION

74. Durant les cinq dernières années, avez-vous suivi une ou des session(s) de formation ou d'entraînement sur la manutention des bénéficiaires ?

 POUR CHAQUE ANNÉE, METTEZ UN 'X' POUR 'OUI' OU 'NON'.

FORMATION	1992	1991	1990	1989	1988
NON					
OUI					

 SI 'OUI', PASSEZ À LA QUESTION # 75.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU 'NON' POUR TOUTES LES ANNÉES,
 PASSEZ À LA QUESTION # 78, PAGE 36.

75. Est-ce que la ou les session(s) de formation était(étaient) le PDSB:

PRINCIPES POUR LE DÉPLACEMENT SÉCURITAIRE DES BÉNÉFICIAIRES?

 POUR CHAQUE ANNÉE DE FORMATION, METTEZ UN 'X' POUR 'OUI' OU 'NON'.
 SI 'OUI' REMPLISSEZ LE TABLEAU SUIVANT.

	PDSB		SI 'OUI', PRÉCISEZ LA DURÉE DU PDSB	
	Non	Oui	EN HEURES OU	EN JOURS
1992				
1991				
1990				
1989				
1988				

 SI VOUS AVEZ RÉPONDU 'OUI', PASSEZ À LA QUESTION #77, PAGE 35.
 SI VOUS AVEZ RÉPONDU 'NON', PASSEZ À LA QUESTION #76, PAGE 35.

LA FORMATION

76. SI AUTRE QUE LE 'PDSB' SPÉCIFIEZ QUEL TYPE DE FORMATION:

	PRÉCISEZ CE TYPE DE FORMATION	PRÉCISEZ LA DURÉE	
		EN HEURES OU	EN JOURS
1992			
1991			
1990			
1989			
1988			

77. SI VOUS AVEZ SUIVI UN COURS DE FORMATION, *ENCERCLEZ LA BONNE RÉPONSE* pour indiquer si vous appliquez les principes appris au PDSB ou les principes d'un autre type de formation.

- a. pas du tout
- b. entre 1 et 25 % du temps
- c. entre 25 et 50 % du temps
- d. entre 50 et 75 % du temps
- e. plus de 75 % du temps

SI VOUS AVEZ REPONDU 'a', 'b', 'c', OU 'd',

PRÉCISEZ LA OU LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS N'APPLIQUEZ PAS LES PRINCIPES PLUS SOUVENT:

LES TÂCHES

IDENTIFIEZ APPROXIMATIVEMENT LES SERVICES FOURNIS À VOS BÉNÉFICIAIRES EN 1992

COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE SERVICE (POUR CHAQUE ITEM DE 'a' À 'g')

78. Quels services fournissiez-vous à vos bénéficiaires en 1992 ?

SERVICES FOURNIS EN 1992	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	PLU DE 75% DU TEM
a. soins personnels de base (par exemple, donner des bains)						
b. transfert du bénéficiaire						
c. entretien ménager						
d. faire l'épicerie						
e. préparer la nourriture						
f. accompagnement / gardiennage						
g. donner à manger au bénéficiaire						
h. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

79. Est-ce que ces pourcentages des services que vous avez fourni à bénéficiaires en 1992 sont les mêmes que pour les années de 1988 à 1991?

a. oui

----- SI 'OUI', PASSEZ À LA QUESTION # 84, PAGE 39. -----

b. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 80, PAGE 37. -----

ID code:

37

COCHER UNE CASE POUR CHAQUE SERVICE (POUR CHAQUE ITEM DE 'a' À 'g')

80. Quels services fournissiez-vous à vos bénéficiaires en 1991 ?

SERVICES FOURNIS EN 1991	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS
a. soins personnels de base (par eg, donner des bains)						
b. transfert du bénéficiaire						
c. entretien ménager						
d. faire l'épicerie						
e. préparer la nourriture						
f. accompagnement / gardiennage						
g. donner à manger au bénéficiaire						
h. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

81. Quels services fournissiez-vous à vos bénéficiaires en 1990 ?

SERVICES FOURNIS EN 1990	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS
a. soins personnels de base (par eg, donner des bains)						
b. transfert du bénéficiaire						
c. entretien ménager						
d. faire l'épicerie						
e. préparer la nourriture						
f. accompagnement / gardiennage						
g. donner à manger au bénéficiaire						
h. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

ID code:

COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE SERVICE (POUR CHAQUE ITEM DE 'a' À 'h')

38

82. Quels services fournissiez-vous à vos bénéficiaires en 1989 ?

SERVICES FOURNIS EN 1989	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS
a. soins personnels de base (par eg, donner des bains)						
b. transfert du bénéficiaire						
c. entretien ménager						
d. faire l'épicerie						
e. préparer la nourriture						
f. accompagnement / gardiennage						
g. donner à manger au bénéficiaire						
h. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

83. Quels services fournissiez-vous à vos bénéficiaires en 1988 ?

SERVICES FOURNIS EN 1988	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS
a. soins personnels de base (par eg, donner des bains)						
b. transfert du bénéficiaire						
c. entretien ménager						
d. faire l'épicerie						
e. préparer la nourriture						
f. accompagnement / gardiennage						
g. donner à manger au bénéficiaire						
h. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES

IDENTIFIEZ APPROXIMATIVEMENT LES CARACTÉRISTIQUES DE VOS BÉNÉFICIAIRES EN 1992.

COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE CARACTÉRISTIQUE
(POUR CHAQUE ITEM DE 'a' À 'e')

84. En 1992, mes bénéficiaires étaient LA PLUPART DU TEMPS,

CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES EN 1992	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	TOUT LE TEMPS
a. personne âgée en perte d'autonomie						
b. handicapé physique de moins de 60 ans						
c. handicapé physique de plus de 60 ans						
d. convalescent post-op						
e. en phase terminale						
f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

85. Est-ce que ces pourcentages des caractéristiques de vos bénéficiaires en 1992 sont les mêmes que pour les années de 1988 à 1991?

a. oui

----- SI 'OUI', PASSEZ À LA QUESTION # 90, PAGE 42. -----

b. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 86, PAGE 40. -----

 COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE CARACTÉRISTIQUE
 (POUR CHAQUE ITEM DE 'a' À 'e')

86. En 1991, mes bénéficiaires étaient LA PLUPART DU TEMPS,

CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES EN 1991	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	TOUT LE TEMP
a. personne âgée en perte d'autonomie						
b. handicapé physique de moins de 60 ans						
c. handicapé physique de plus de 60 ans						
d. convalescent post-op						
e. en phase terminale						
f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

87. En 1990, mes bénéficiaires étaient LA PLUPART DU TEMPS,

CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES EN 1990	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	TOUT LE TEMP
a. personne âgée en perte d'autonomie						
b. handicapé physique de moins de 60 ans						
c. handicapé physique de plus de 60 ans						
d. convalescent post-op						
e. en phase terminale						
f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE CARACTÉRISTIQUE
(POUR CHAQUE ITEM DE 'a' À 'e')

88. En 1989, mes bénéficiaires étaient LA PLUPART DU TEMPS,

CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES EN 1989	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	TOUT LE TEMPS
a. personne âgée en perte d'autonomie						
b. handicapé physique de moins de 60 ans						
c. handicapé physique de plus de 60 ans						
d. convalescent post-op						
e. en phase terminale						
f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

89. En 1988, mes bénéficiaires étaient LA PLUPART DU TEMPS,

CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES EN 1988	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	TOUT LE TEMPS
a. personne âgée en perte d'autonomie						
b. handicapé physique de moins de 60 ans						
c. handicapé physique de plus de 60 ans						
d. convalescent post-op						
e. en phase terminale						
f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

TRANSFERT ET DÉPLACEMENT DES BÉNÉFICIAIRES

90. En 1992, SPÉCIFIEZ EN MOYENNE combien de votre clientèle avait besoin d'assistance physique pour être déplacé ou transféré d'un endroit à un autre (par exemple, transfert du lit au fauteuil,...)

 COCHEZ AVEC UN 'X' UNE CASE.

BÉNÉFICIAIRES AYANT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE ? EN 1992	COCHE
AUCUN DE MES BÉNÉFICIAIRES A BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE	
MOINS DE 25% DE MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE	
ENTRE 25% ET 50% DE MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE	
ENTRE 50% ET 75% DE MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE	
PLUS DE 75% DE MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE	
TOUS MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE	

91. Est-ce que le pourcentage de vos bénéficiaires nécessitant d'assistance physique dans un transfert ou dans un déplacement en 1992 est le même que pour les années de 1988 à 1991?

a. oui

----- SI 'OUI', PASSEZ À LA QUESTION # 93, PAGE 43. -----

b. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 92, PAGE 43. -----

TRANSFERT ET DÉPLACEMENT DES BÉNÉFICIAIRES

 COCHEZ AVEC UN 'X' UNE CASE POUR CHAQUE ANNÉE.

92. SPÉCIFIEZ EN MOYENNE combien de votre clientèle a besoin d'assistance physique dans un transfert ou dans un déplacement durant 1988 à 1991:

BÉNÉFICIAIRES AYANT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE ?	1991	1990	1989	1988
AUCUN DE MES BÉNÉFICIAIRES A BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE				
MOINS DE 25% DE MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE				
ENTRE 25% ET 50% DE MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE				
ENTRE 50% ET 75% DE MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE				
PLUS DE 75% DE MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE				
TOUS MES BÉNÉFICIAIRES ONT BESOIN D'ASSISTANCE PHYSIQUE				

93. Est-ce que vous utilisez un lève-patient pour vos bénéficiaires durant les années suivantes ?

 COCHEZ AVEC UN 'X' UNE CASE POUR CHAQUE ANNÉE.

UTILISEZ-VOUS UN LÈVE-PATIENT ?	1992	1991	1990	1989	1988
a. non					
b. oui, un lève-patient manuel					
c. oui, un lève-patient électrique					

 Si vous n'avez répondu que 'NON' pour toutes les années,
 PASSEZ À LA QUESTION # 96, PAGE 45.

Si vous avez répondu 'OUI',
 PASSEZ À LA QUESTION # 94, PAGE 44.

TRANSFERT ET DÉPLACEMENT DES BÉNÉFICIAIRES

94. Pour quelle proportion de vos bénéficiaires utilisez-vous un lève-patient manuel ou électrique durant les années suivantes ?

COCHEZ AVEC UN 'X' UNE CASE POUR CHAQUE ANNÉE.

POUR COMBIEN DE VOS BÉNÉFICIAIRES UTILISEZ-VOUS UN LÈVE-PATIENT ?	1992	1991	1990	1989	1988
POUR AUCUN DE MES BÉNÉFICIAIRES					
POUR MOINS DE 25% DE MES BÉNÉFICIAIRES					
ENTRE 25% ET 50% DE MES BÉNÉFICIAIRES					
ENTRE 50% ET 75% DE MES BÉNÉFICIAIRES					
POUR PLUS DE 75% DE MES BÉNÉFICIAIRES					
POUR TOUS MES BÉNÉFICIAIRES					

95. Pour vos bénéficiaires requérant l'utilisation d'un lève-patient manuel ou électrique, utilisez-vous le lève-patient manuel ou électrique tout le temps durant les années suivantes ?

COCHEZ AVEC UN 'X' UNE CASE POUR CHAQUE ANNÉE.

J'UTILISE LE LÈVE-PATIENT:	1992	1991	1990	1989	1988
TOUJOURS (100% DU TEMPS)					
PLUS DE 75% DU TEMPS					
ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS					
ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS					
MOINS DE 25% DU TEMPS					
JE N'UTILISE JAMAIS LE LÈVE-PATIENT					

SPÉCIFIEZ la raison pour laquelle vous n'utilisez pas le lève-patient pour vos bénéficiaires requérant l'utilisation d'un lève-patient:

TRANSFERT ET DÉPLACEMENT DES BÉNÉFICIAIRES

96. Est-ce que quelqu'un vous aide, EN GÉNÉRAL, à déplacer ou à transférer physiquement le bénéficiaire d'un endroit à l'autre en 1992 (par exemple, transfert du lit au fauteuil,...) ?

 COCHEZ AVEC UN 'X' UNE CASE.

AIDE À DÉPLACER PHYSIQUEMENT VOS BÉNÉFICIAIRES ? EN 1992	COCHEZ
IL N'Y A JAMAIS D'AIDE	
AIDE MOINS DE 25% DU TEMPS	
AIDE ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	
AIDE ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	
AIDE PLUS DE 75% DU TEMPS	
J'AI TOUJOURS D' AIDE	

97. Est-ce que le fait que quelqu'un vous aide ou pas en 1992 est le même que pour les années de 1988 à 1991?

a. oui

----- SI 'OUI', PASSEZ À LA QUESTION # 99, PAGE 46. -----

b. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 98. -----

98. Est-ce que quelqu'un vous aide, EN GÉNÉRAL, à déplacer ou à transférer physiquement le bénéficiaire d'un endroit à l'autre durant les années suivantes?

 COCHEZ AVEC UN 'X' UNE CASE POUR CHAQUE ANNÉE.

AIDE POUR DÉPLACER VOS BÉNÉFICIAIRES ?	1991	1990	1989	1988
IL N'Y A JAMAIS D'AIDE				
AIDE MOINS DE 25% DU TEMPS				
AIDE ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS				
AIDE ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS				
AIDE PLUS DE 75% DU TEMPS				
J'AI TOUJOURS D' AIDE				

LA CHAMBRE À COUCHER: LES ÉQUIPEMENTS

IDENTIFIEZ APPROXIMATIVEMENT LA PRÉSENCE D'ÉQUIPEMENT POUR VOS BÉNÉFICIAIRES EN 1992 (par exemple, lit à hauteur variable, lève-patient, chaise d'aisance à roulettes ...)

COCHEZ AVEC UN 'X' UNE CASE.

99. Est-ce que vous pensez que l'équipement trouvé dans la chambre à coucher dans la maison des bénéficiaires était adéquat en 1992:

ÉQUIPEMENT DANS LA CHAMBRE À COUCHER ?	EN 1992	COCHEZ
N'EST JAMAIS ADÉQUAT		
ADÉQUAT MOINS DE 25% DU TEMPS		
ADÉQUAT ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS		
ADÉQUAT ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS		
ADÉQUAT PLUS DE 75% DU TEMPS		
TOUJOURS ADÉQUAT		

100. Est-ce que l'équipement dans la chambre à coucher dans la maison de vos bénéficiaires en 1992 est le même que pour les années de 1988 1991?

a. oui

----- SI 'OUI', PASSEZ À LA QUESTION # 102, PAGE 47. -----

b. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 101. -----

101. Est-ce que vous pensez que l'équipement trouvé dans la chambre à coucher dans la maison des bénéficiaires était adéquat durant les années suivantes:

COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHAQUE ANNÉE.

ÉQUIPEMENT DANS LA CHAMBRE À COUCHER ?	1991	1990	1989	1988
N'EST JAMAIS ADÉQUAT				
ADÉQUAT MOINS DE 25% DU TEMPS				
ADÉQUAT ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS				
ADÉQUAT ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS				
ADÉQUAT PLUS DE 75% DU TEMPS				
TOUJOURS ADÉQUAT				

LA CHAMBRE À COUCHER: L' ESPACE DE TRAVAIL

SPÉCIFIEZ COMMENT ÉTAIT L' ESPACE DE TRAVAIL DANS LA CHAMBRE À COUCHER DES BÉNÉFICIAIRES EN 1992.

102. Est-ce que vous pensez que l'espace de travail dans la chambre à coucher dans la maison de vos bénéficiaires était suffisant en 1992:

COCHEZ UNE CASE.

L'ESPACE DANS LA CHAMBRE À COUCHER ?	EN 1992	COCHEZ
N'EST JAMAIS SUFFISANT		
SUFFISANT MOINS DE 25% DU TEMPS		
SUFFISANT ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS		
SUFFISANT ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS		
SUFFISANT PLUS DE 75% DU TEMPS		
TOUJOURS SUFFISANT		

103. Est-ce que l'espace de travail dans la chambre à coucher dans la maison de vos bénéficiaires en 1992 est le même que pour les années de 1988 à 1991?

a. oui

----- SI 'OUI', PASSEZ À LA QUESTION # 105, PAGE 48. -----

b. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 104. -----

104. Est-ce que vous pensez que l'espace de travail dans la chambre à coucher dans la maison de vos bénéficiaires était suffisant durant les années suivantes:

COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHAQUE ANNÉE.

L'ESPACE DANS LA CHAMBRE À COUCHER ?	1991	1990	1989	1988
N'EST JAMAIS SUFFISANT				
SUFFISANT MOINS DE 25% DU TEMPS				
SUFFISANT ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS				
SUFFISANT ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS				
SUFFISANT PLUS DE 75% DU TEMPS				
TOUJOURS SUFFISANT				

LA SALLE DE BAIN: LES ÉQUIPEMENTS

 IDENTIFIEZ APPROXIMATIVEMENT LA PRÉSENCE D'ÉQUIPEMENT DANS LA SALLE
 BAIN DANS LA MAISON DE VOS BÉNÉFICIAIRES EN 1992 (par exemple, barre
 d'appui, chaise ou planche de bain dans la baignoire, lève-patient...)

105. Est-ce que vous pensez que l'équipement trouvé dans la salle de
 bain dans la maison de vos bénéficiaires était adéquat en 1992:

 COCHEZ AVEC UN 'X' UNE CASE.

ÉQUIPEMENT DANS LA SALLE DE BAIN ?	EN 1992	COCHEZ
N'EST JAMAIS ADÉQUAT		
ADÉQUAT MOINS DE 25% DU TEMPS		
ADÉQUAT ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS		
ADÉQUAT ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS		
ADÉQUAT PLUS DE 75% DU TEMPS		
TOUJOURS ADÉQUAT		

106. Est-ce que l'équipement dans la salle de bain dans la maison de
 vos bénéficiaires en 1992 est le même que pour les années de 1988 à
 1991?

a. oui

----- SI 'OUI', PASSEZ À LA QUESTION # 108, PAGE 49. -----

b. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 107, PAGE 49. -----

107. Est-ce que vous pensez que l'équipement trouvé dans la salle de bain dans la maison de vos bénéficiaires était adéquat durant les années suivantes:

 COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHAQUE ANNÉE.

ÉQUIPEMENT DANS LA SALLE DE BAIN ?	1991	1990	1989	1988
N'EST JAMAIS ADÉQUAT				
ADÉQUAT MOINS DE 25% DU TEMPS				
ADÉQUAT ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS				
ADÉQUAT ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS				
ADÉQUAT PLUS DE 75% DU TEMPS				
TOUJOURS ADÉQUAT				

LA SALLE DE BAIN: L' ESPACE DE TRAVAIL

 SPÉCIFIEZ COMMENT ÉTAIT L' ESPACE DE TRAVAIL DANS LA SALLE DE BAIN DES BÉNÉFICIAIRES EN 1992.

108. Est-ce que vous pensez que l'espace de travail dans la salle de bain dans la maison de vos bénéficiaires était suffisant durant les années suivantes:

 COCHEZ UNE CASE.

L'ESPACE DANS LA SALLE DE BAIN ?	EN 1992	COCHEZ
N'EST JAMAIS SUFFISANT		
SUFFISANT MOINS DE 25% DU TEMPS		
SUFFISANT ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS		
SUFFISANT ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS		
SUFFISANT PLUS DE 75% DU TEMPS		
TOUJOURS SUFFISANT		

109. Est-ce que l'espace de travail dans la salle de bain dans la maison de vos bénéficiaires en 1992 est le même que pour les années 1988 à 1991?

a. oui

----- SI 'OUI', VOUS AVEZ TERMINÉ LE QUESTIONNAIRE.
MERCİ BEAUCOUP -----

b. non

----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 110. -----

110. Est-ce que vous pensez que l'espace de travail dans la salle de bain dans la maison de vos bénéficiaires était suffisant durant les années suivantes:

COCHEZ AVEC UN 'X' POUR CHAQUE ANNÉE.

L'ESPACE DANS LA SALLE DE BAIN ?	1991	1990	1989	1988
N'EST JAMAIS SUFFISANT				
SUFFISANT MOINS DE 25% DU TEMPS				
SUFFISANT ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS				
SUFFISANT ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS				
SUFFISANT PLUS DE 75% DU TEMPS				
TOUJOURS SUFFISANT				

MERCİ POUR VOTRE EXCELLENTE COLLABORATION.



POUR INFORMATION, APPELER: (514) 398-8

QUESTIONNAIRE S'ADRESSANT AUX AUXILIAIRES FAMILIALES ET SOCIALES.

VEUILLEZ LIRE LES INSTRUCTIONS QUI SERONT MENTIONNÉS ENTRE DES TIRÉS

VOUS N'AUREZ QU'À ENCERCLER LA BONNE RÉPONSE OU METTRE UN 'X'
DANS UNE COLONNE

1. SPÉCIFIEZ votre Age: a. moins de 20 ans
b. entre 20 et 24 ans c. entre 25 et 29 ans d. entre 30 et 34
e. entre 35 et 39 ans f. entre 40 et 44 ans g. entre 45 et 49
h. entre 50 et 54 ans i. entre 55 et 59 ans j. plus de 60 ans

2. SPÉCIFIEZ votre sexe: a. féminin b. masculin

3. SPÉCIFIEZ votre Taille: _____ pieds / _____ pouces

4. SPÉCIFIEZ votre Poids: _____ livres

5. SPÉCIFIEZ la Date du début de votre emploi comme AUXILIAIRE FAMILI
au CLSC :

année: 19 __ __ mois: _____

SI VOUS NE TRAVAILLEZ PLUS COMME AUXILIAIRE, SPÉCIFIEZ la Date d'arrêt
votre emploi comme AUXILIAIRE:

année: 19 __ __ mois: _____

ET CONSIDÉREZ LES QUESTIONS SUIVANTES COMME ÉTANT RELIÉES À LA DERNI
ANNÉE DE VOTRE EMPLOI COMME AUXILIAIRE:

6. Quelle est le titre de votre emploi ?
a. auxiliaire familiale - maintien à domicile
b. auxiliaire familiale - enfance / famille
c. autre: SPÉCIFIEZ _____

7. Quel est le statut de votre emploi ?
a. temps complet permanent
b. temps partiel régulier
c. temps partiel occasionnel ou sur appel
d. temps complet occasionnel ou sur appel

8. SPÉCIFIEZ EN GÉNÉRAL le Nombre d'heures de travail par semaine co
AUXILIAIRE pour les années suivantes:

ÉCRIVEZ 'ZÉRO' SI VOUS N'AVEZ PAS TRAVAILLÉ AU CLSC DURANT CETTE ANNÉE

ANNÉE	1992	1991	1990	1989	1988
NOMBRE D' HEURES PAR SEMAINE					

9. Avez-vous un autre emploi que celui au CLSC ?

a. non

b. oui

SI 'OUI', SPÉCIFIEZ lequel: _____

où: _____

nombre d'heures par semaine: _____

depuis: mois: _____; année: 19 __

10. Quel est votre emploi précédent celui au CLSC ?

a. aucun

b. SPÉCIFIEZ lequel: _____

DE l'année: 19 __ JUSQU' À l'année: 19 __

11. SPÉCIFIEZ le nombre de cigarettes fumées par jour durant les années suivantes: _____

ÉCRIVEZ 'ZÉRO' SI VOUS NE FUMEZ PAS

ANNÉE	1992	1991	1990	1989	1988
NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR					

12. SPÉCIFIEZ l'âge de vos enfants

a. aucun enfant

b. premier enfant : _____ ans c. deuxième enfant : _____ ans

d. troisième enfant: _____ ans e. quatrième enfant: _____ ans

f. cinquième enfant: _____ ans g. sixième enfant : _____ ans

13. En 1992-93, avez-vous eu des sensations répétées de douleur aux régions suivantes, reliées à votre EMPLOI AU CLSC ?

OUI

NON

cou

épaules

haut du dos

bas du dos

 COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE ITEM DE 'a' à 'i'

14. AUJOURD'HUI, pourriez-vous faire les activités suivantes:

ACTIVITÉS	Capable	Incapable dû à une faiblesse ou douleur au BAS DU DOS	Incapable pour autres raisons PRÉCISEZ:
a. Soulever fréquemment des poids légers (5 à 10 livres)			_____
b. tirer et pousser fréquemment avec modération			_____
c. Soulever fréquemment des poids lourds (plus que 40 livres)			_____
d. Rester debout 20 à 30 minutes sans interruption			_____
e. Rester debout plusieurs heures sans interruption			_____
f. Fréquente torsion et étirement du dos			_____
g. Monter et descendre fréquemment les escaliers			_____
h. Rester assise pour plusieurs heures			_____
i. Se courber et pencher la plupart du temps			_____

15. Durant les cinq dernières années, PRÉCISEZ quand vous avez suivi
une ou des session(s) de formation ou d'entraînement sur la
manutention des bénéficiaires (par exemple le PDSB) ?

a. aucune

b. année: 19 __
 année: 19 __

durée: _____ jours
 durée: _____ jours

16. Avez-vous jamais eu des problèmes AU BAS DU DOS dans la vie ?
a. non
----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 21, PAGE 5. -----
b. oui

Un épisode de mal au bas du dos associé à votre emploi comme
auxiliaire doit remplir une ou plusieurs des conditions suivantes:
1. a duré au moins deux jours, OU
2. a nécessité un traitement pour la douleur
(par exemple, repos ou exercice ou médicament....) , OU
3. a occasionné au moins deux jours d' absence

17. Durant les cinq dernières années, avez-vous eu des épisodes de
au bas du dos relié à votre emploi comme auxiliaire ?
a. non
----- SI 'NON', PASSEZ À LA QUESTION # 21, PAGE 5. -----
b. oui

18. PRÉCISEZ approximativement le nombre d'épisodes de mal au bas
dos relié à votre emploi comme auxiliaire dans les cinq dernière
années?

NOMBRE D'ÉPISODES DE MAL AU BAS DU DOS RELIÉ À VOTRE EMPLOI COMME AUXILIAIRE	1992	1991	1990	1989	1988

19. PRÉCISEZ combien ces ÉPISODES DE MAL AU BAS DU DOS ont occasio
des jours d' absence ?

a. aucun
----- PASSEZ À LA QUESTION # 21, PAGE 5. -----

b. PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS D'ABSENCE : _____ j

20. Est- ce que les jours d' absence

a. ont été indemnisés par la CSST
PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS INDEMNISÉS: _____ jours

b. ont été payés par l' assurance-maladie
PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS PAYÉS: _____ jours

c. ont été refusés par la CSST

d. ont été refusés par l' assurance-maladie

e. non-réclamés au CLSC

21. En 1992-93, est-ce que vous pensez que l'équipement trouvé dans maison de vos bénéficiaires est adéquat?

- a. n'est jamais adéquat
- b. adéquat moins de 25% du temps
- c. adéquat entre 25% et 50% du temps
- d. adéquat entre 50% et 75% du temps
- e. adéquat plus de 75% du temps
- f. toujours adéquat

22. En 1992-93, est-ce que l'espace de travail dans la maison de vos bénéficiaires est suffisant ?

- a. n'est jamais suffisant
- b. suffisant moins de 25% du temps
- c. suffisant entre 25% et 50% du temps
- d. suffisant entre 50% et 75% du temps
- e. suffisant plus de 75% du temps
- f. toujours suffisant

IDENTIFIEZ APPROXIMATIVEMENT LES CARACTÉRISTIQUES DE VOS BÉNÉFICIAIRE
EN 1992-93. COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE CARACTÉRISTIQUE (DE 'a' À 'e')

23. En 1992-93, mes bénéficiaires étaient LA PLUPART DU TEMPS,

CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES EN 1992-93	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	TOUT LE TEMPS
a. personne âgée en perte d'autonomie						
b. handicapé physique de moins de 60 ans						
c. handicapé physique de plus de 60 ans						
d. convalescent post-op						
e. en phase terminale						
f. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

Octobre 1993

IDENTIFIEZ APPROXIMATIVEMENT LES SERVICES FOURNIS À VOS BÉNÉFICIAIRE
EN 1992-93. COCHEZ UNE CASE POUR CHAQUE SERVICE(DE 'a' À 'g')

24. Quels services fournissiez-vous à vos bénéficiaires en 1992-93

SERVICES FOURNIS EN 1992-93	PAS DU TOUT	MOINS DE 25% DU TEMPS	ENTRE 25% ET 50% DU TEMPS	ENTRE 50% ET 75% DU TEMPS	PLUS DE 75% DU TEMPS	PLU DE 75% DU TEM
a. soins personnels de base (par exemple, donner des bains)						
b. transfert du bénéficiaire						
c. entretien ménager						
d. faire l'épicerie						
e. préparer la nourriture						
accompagnement/ gardiennage						
f. donner à manger au bénéficiaire						
h. SI AUTRE, SPÉCIFIEZ:						

25. En 1992-93, est-ce que quelqu'un vous aide, EN GÉNÉRAL, à dépla
ou à transférer physiquement le bénéficiaire d'un endroit à
l'autre (par exemple, transfert du lit au fauteuil,...) ?

- a. il n'y a jamais d'aide
- b. aide moins de 25% du temps
- c. aide entre 25% et 50% du temps
- d. aide entre 50% et 75% du temps
- e. aide plus de 75% du temps
- f. j'ai toujours d' aide

MERCI POUR VOTRE EXCELLENTE COLLABORATION.

SI VOUS NE VOULEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS, MENTIONNEZ LA RAISON ET
RETOURNEZ -NOUS LE QUESTIONNAIRE:

ANNEXE III

EXEMPLE DE CALCUL DES PERSONNES-ANNÉES

Les tableaux suivants illustrent comment s'est effectué le calcul des personnes-années. Le tableau III.1 rapporte les données de chaque sujet telles qu'emmagasinées dans la banque de données. Sur chaque ligne sont inscrits les codes qui classifient les sujets ainsi que le nombre de personnes-années auxquelles un ensemble de codes correspondent. Au tableau III.2 sont illustrées les personnes-années qui correspondent à un regroupement des individus selon des caractéristiques communes. Ainsi, chaque ligne du tableau III.2 représente le nombre de personnes-années contribuées par les sujets qui ont tous les mêmes 5 premières caractéristiques: âge, type d'emploi, convalescent post-op, aide pour lever les patients et lève-patient non utilisé et les mêmes profils de mal de dos.

Par exemple, les lignes 2 et 3 du tableau III.1 ont été combinées pour donner la ligne 2 du tableau III.2. Cette combinaison a un total de personnes-années de 8 et aucun mal de dos.

La somme de diverses combinaisons de personnes-années a été utilisée pour calculer les risques relatifs rapportés dans les diverses analyses au rapport.

TABLEAU III.1: Exemple des données utilisées pour le calcul des personnes-années à risque (P-AR)

AGE	TYPE EMPL	CONVAL- POST-OP	AIDE POUR LEVER PATIENTS	LÈVE-P. NON UTI- LISÉ	P-AR	PREM. MAL DE DOS	PREM. MAL DE DOS TRAIT.	PREM. MAL DE DOS SÉVÈRE	PREM. DE MAL DOS COMPEN.	MAL DE DOS AVEC INCAPACIT
1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	3	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	3	0	0	0	0	0
1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	1
1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0
1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0
1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	0
1	1	1	1	2	1	3	1	1	0	0
1	1	1	1	2	2	2	0	0	0	0
1	1	1	1	2	2	2	0	0	0	0
1	1	1	1	2	2	3	0	0	0	1
1	1	1	1	2	2	5	0	0	0	0
1	1	1	1	2	2	5	0	0	0	0
1	1	1	1	2	2	4	0	0	0	0
1	1	1	1	2	2	4	0	0	0	1
1	1	1	1	2	2	1	0	0	0	0
1	1	1	1	2	2	3	0	0	0	0
1	1	1	1	2	2	3	0	0	0	0
1	1	1	1	2	2	2	1	1	0	1
1	1	1	1	2	3	3	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	2	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	4	0	0	0	1
1	1	1	1	2	3	3	0	0	0	1
1	1	1	1	2	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	3	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	2	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	4	0	0	0	0
1	1	1	1	2	3	2	1	0	0	1
1	1	1	1	2	3	1	1	1	0	1
1	1	1	1	2	3	4	1	1	0	1
1	1	1	1	2	3	1	1	1	0	1
1	1	1	1	2	3	3	1	0	0	0
1	1	1	1	2	8	2	0	0	0	0
1	1	1	1	3	1	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	1	1	1	0	0	0
1	1	1	1	3	2	3	0	0	0	0
1	1	1	1	3	2	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	2	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	2	3	0	0	0	0
1	1	1	1	3	2	1	1	1	0	0
1	1	1	1	3	3	2	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	2	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	2	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	4	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	2	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	5	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	2	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	1	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	4	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	2	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	3	0	0	0	0
1	1	1	1	3	3	5	0	0	0	0

TABLEAU III.2: Données regroupées pour le calcul des personnes-années à risque (P-AR)

AGE	TYPE EMPL	CONVAL- POST-OP	AIDE POUR LEVER PATIENTS	LÈVE-P.P-AR NON UTI- LISÉ	P-AR	PREM. DE MAL DOS	PREM. MAL DE DOS TRAIT.	PREM. MAL DE DOS SÉVÈRE	PREM. DE MAL DOS COMPEN.	MAL DE DOS AVEC INCAPACITÉ
1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	3	8	0	0	0	0
1	1	1	1	2	1	16	2	2	1	1
1	1	1	1	2	2	32	1	1	0	3
1	1	1	1	2	3	52	5	3	2	6
1	1	1	1	2	8	2	0	0	0	0
1	1	1	1	3	1	6	1	1	0	0
1	1	1	1	3	2	17	1	1	1	0
1	1	1	1	3	3	83	6	3	2	4
1	1	1	1	3	8	25	0	0	0	1
1	1	1	2	1	1	3	1	0	0	0
1	1	2	1	1	8	5	0	0	0	0
1	1	2	2	2	2	5	0	0	0	0
1	1	2	2	3	11	1	1	0	0	0
1	1	2	2	8	5	0	0	0	0	0
1	1	2	3	1	4	0	0	0	0	0
1	1	2	3	3	5	0	0	0	0	0
1	1	3	1	1	4	0	0	0	0	0
1	1	3	2	3	2	0	0	0	0	0
1	1	3	2	8	3	0	0	0	0	0
1	1	3	3	2	2	0	0	0	1	0

ANNEXE IV

CARACTÉRISTIQUES DES NON-RÉPONDANTS

Un court questionnaire (questionnaire # 2) a été adressé aux 251 aides malades à domicile et aux 94 aides malades en milieu hospitalier qui n'avaient pas répondu au premier questionnaire. Seulement 147 aides malades à domicile et 28 aides malades en milieu hospitalier ont retourné ce deuxième questionnaire. De ceux-là, quelques-uns ont dû être exclus: 8 aides malades à domicile et 1 aide malade en milieu hospitalier étaient des hommes; 3 aides malades en milieu hospitalier n'avaient pas inscrit de réponses sur le questionnaire; 2 aides malades en milieu hospitalier avaient moins de 6 mois de travail. En les excluant, il ne restait dans l'étude que 139 aides malades à domicile et 22 aides malades en milieu hospitalier. Parmi ceux-ci, 31 aides malades à domicile et 2 aides malades en milieu hospitalier n'avaient pas indiqué leur ancienneté de travail dans cet emploi ce qui a laissé dans l'étude 108 aides malades à domicile (36 dans la cohorte incidente, 72 dans la cohorte prévalente) et 20 aides malades en milieu hospitalier (8 dans la cohorte incidente, 12 dans la cohorte prévalente).

Tableau IV.1

	Aides à domicile	Aides en milieu hospitalier
Questionnaires envoyés	251	94
Réponses reçues	147	28
Exclusions		
Hommes	8	1
Non-répondus	0	3
Travail < 6 mois	0	2
Total	8	6
Questionnaires complétés	139	22
Ancienneté inconnue	31	2
Dans l'étude	108	20
Cohorte incidente	36	8
Cohorte prévalente	72	12

1. Comparaison entre les non-répondants et les répondants

Le but de la présente analyse est de comparer les non-répondants aux répondants afin de s'assurer

que les résultats obtenus dans la section analyse ne sont pas le résultat d'un biais introduit par la participation volontaire des répondants. Ce biais, si biais il y avait, serait un biais de sélection.

1.1 Caractéristiques personnelles

Les caractéristiques personnelles des non-répondants sont rapportées au tableau IV.2

Age

Chez les non-répondants, il n'y a pas de différence d'âge entre les aides malades à domicile et les aides malades en milieu hospitalier. Ceci est différent de ce qui existait chez les répondants où les aides malades à domicile étaient plus âgées que les aides malades en milieu hospitalier. Ceci peut indiquer que les aides malades plus âgées en milieu hospitalier n'avaient pas répondu au questionnaire # 1 ou qu'une proportion indue d'aides malades plus âgées provenant du milieu hospitalier ont répondu au questionnaire # 2.

Autres caractéristiques personnelles

Il n'y a pas de différence entre les non-répondants et les répondants sur les autres caractéristiques personnelles telles que grandeur, poids, grossesse et âge du premier enfant.

Habitudes de fumer

La proportion de non-réponses sur la consommation journalière de cigarette était tellement élevée ($123 / 161 = 76\%$) que cette question a dû être laissée de côté.

1.2 Caractéristiques professionnelles

Les caractéristiques professionnelles des non-répondants sont rapportées au tableau IV.3

Ancienneté

La distribution des non-répondants par ancienneté est différente de celle des répondants. Parmi les non-répondants, il y a autant d'aides malades en milieu hospitalier qui ont 6 années et plus d'ancienneté que d'aides malades à domicile, ce qui n'était pas le cas parmi les répondants où la proportion de sujets ayant une telle ancienneté était plus importante parmi les aides malades à domicile. Ceci semble confirmer que lors du questionnaire # 1, les aides malades plus âgées en milieu hospitalier n'avaient pas répondu au questionnaire.

Statut d'emploi

Les non-répondants comprennent une plus grande proportion d'occasionnels que les répondants. Ceci est conforme avec la remarque précédente puisque les aides malades en milieu hospitalier

travaillaient davantage comme occasionnelles que les aides malades à domicile.

Formation

Les non-répondants comprennent une plus grande proportion de personnel non-formé. Ceci semble confirmer les remarques précédentes puisque la proportion de sujets non-formés est plus grande parmi les aides malades en milieu hospitalier les plus âgées.

Caractéristiques des bénéficiaires

Il n'y a pas de différence entre les non-répondants et les répondants en ce qui a trait aux caractéristiques de leurs bénéficiaires telles que: patients âgés, patients handicapés jeunes ou vieux, convalescents post-opératoire ou patients en phase terminale.

Caractéristiques des tâches

Concernant les tâches telles que soins de base aux patients, transfert des patients et faire manger les patients, il y a une légère différence entre les non-répondants et les répondants, les non-répondants ayant une proportion un peu plus élevée de ces tâches. Comme beaucoup de ces tâches sont accomplies par les aides malades plus âgées en milieu hospitalier, il n'est pas surprenant qu'elles soient sur-représentées chez les non-répondants puisque ce groupe de sujets est lui même sur-représenté parmi les non-répondants.

Conditions de travail

Il n'y a pas de différence entre les non-répondants et les répondants concernant les conditions d'équipement et d'espace sur les lieux de travail.

1.3 Lombalgies

La fréquence des lombalgies chez les non-répondants est rapportée au tableau IV.4

Quelque soit la définition de lombalgie qui est utilisée, la fréquence des lombalgies est plus élevée chez les aides malades en milieu hospitalier parmi les non-répondants que parmi les répondants, situation inverse à ce qui avait été observé dans l'étude principale.

Résumé de la comparaison entre les non-répondants et les répondants

Le questionnaire # 2 a permis de découvrir des différences entre les non-répondants et les répondants. Ces différences sont les suivantes:

Chez les non-répondants, il y a:

- 1- Une plus grande proportion d'aides malades plus âgées provenant de milieu hospitalier;
- 2- Une plus grande propotion d'aides malades en milieu hospitalier ayant une longue ancienneté;
- 3- Une plus grande proportion de travailleurs occasionnels;
- 4- Une plus grande proportion d'aides malades non formées à la levée des patients;
- 5- Une plus grande proportion d'aides malades en milieu hospitalier ayant des lombalgies

Toutes ces différences tendent à indiquer que les aides malades plus âgées du milieu hospitalier n'avaient pas répondu au questionnaire # 1 dans une proportion adéquate.

Tableau IV.2: Distribution des non-répondants selon leurs caractéristiques personnelles et leurs lieux de travail (aide malade à domicile ou en milieu hospitalier)

	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Total	
	n	%	n	%	n	%
AGE EN 1992 (ANNÉES)						
< 25	4	3.2	1	4.8	5	3.4
25-34	20	15.9	5	23.8	25	17.0
35-44	44	34.9	5	23.8	49	33.3
45-54	36	28.6	7	33.3	43	29.3
>= 55	22	17.5	3	14.3	25	17.0
SOUSTOTAL	126	85.7	21	14.3	147	100.0
MANQUANT	13		1		14	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
GRANDEUR (CMS)						
< 160	70	69.3	10	58.8	80	67.8
160-164	0	0.0	0	0.0	0	0.0
165-169	11	10.9	4	23.5	15	12.7
>= 170	20	19.8	3	17.6	23	19.5
SOUSTOTAL	101	85.6	17	14.4	118	100.0
MANQUANT	38		5		43	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
MOYENNE	161.3(6.1)		161.4(7.2)		161.3(6.2)	
POIDS (LBS)						
< 120	18	13.8	3	13.8	21	13.8
120-139	44	33.8	7	33.6	51	33.6
140-159	39	30.0	5	28.9	44	28.9
160-179	16	12.3	5	13.8	21	13.8
>= 180	13	10.0	2	9.9	15	9.9
SOUSTOTAL	130	85.5	22	100.0	152	100.0
MANQUANT	9		0		9	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
MOYENNE	142.0(24.4)		143.5(24.4)		142.2(24.4)	

Tableau IV.2(Suite)

	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Total	
	n	%	n	%	n	%
ACCOUCHEMENT						
Non	26	18.7	8	36.4	34	21.1
Oui	113	81.3	14	63.6	127	78.9
SOUSTOTAL	139	86.3	22	13.7	161	100.0
MANQUANT	0		0		0	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
AGE DU PREMIER ENFANT EN 1992						
< 5 ans	7	5.1	2	9.5	9	5.7
5-9	10	7.3	1	4.8	11	7.0
>= 10	120	87.6	18	85.7	138	87.3
SOUSTOTAL	137	86.7	21	13.3	158	100.0
MANQUANT	2		1		3	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
MOYENNE	22.1(9.7)		19.6(11.6)		21.8(9.9)	
STATUT DE FUMEUR EN 1992						
Nonfumeur	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Exfumeur	36	100.0	2	100.0	38	100.0
Fumeur	0	0.0	0	0.0	0	0.0
SOUSTOTAL	36	94.7	2	5.3	38	100.0
MANQUANT	103		20		123	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR 1992)						
<= 9	4	11.1	0	0.0	4	10.5
10-19	10	27.8	1	50.0	11	28.9
>= 20	22	61.1	1	50.0	23	60.5
SOUSTOTAL	36	94.7	82	5.3	38	100.0
MANQUANT	103		146		123	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
MOYENNE	18.7(8.2)		15.0(7.1)		18.5(8.1)	

Tableau IV.3: Distribution des non-répondants selon leurs caractéristiques professionnelles et leurs lieux de travail (aide malade à domicile ou en milieu hospitalier)

	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Total	
	n	%	n	%	n	%
ANCIENNETÉ EN 1992 (ANNÉES)						
1	5	4.6	1	5.0	6	4.7
2	7	6.5	3	15.0	10	7.8
3	10	9.3	4	20.0	14	10.9
4	6	5.6	0	0.0	6	4.7
5	8	7.4	0	0.0	8	6.3
6-9	36	33.3	4	20.0	40	31.3
10-14	26	24.1	5	25.0	31	24.2
15-19	9	8.3	2	10.0	11	8.6
20+	1	0.9	1	5.0	2	1.6
Soustotal	108	84.4	20	15.6	128	64.6
Manquant	31		2		33	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
MOYENNE	6.6(5.2)		8.0(6.5)		6.8(5.4)	
STATUT D'EMPLOI						
Occasionnel	75	56.4	10	47.6	85	55.2
T.partiel	15	11.3	9	42.9	24	15.6
T.plein	43	32.3	2	9.5	45	29.2
Soustotal	133	86.4	21	13.6	154	13.6
Manquant	6		1		7	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE						
<15 hres	9	7.6	0	0.0	9	6.6
15-19	3	2.5	1	5.9	4	2.9
20-24	14	11.8	0	0.0	14	10.3
25-29	11	9.2	4	23.5	15	11.0
30-34	6	5.0	3	17.6	9	6.6
35	72	60.5	1	5.9	73	53.7
> 35	4	3.4	8	47.1	12	8.8
Soustotal	119	87.5	17	12.5	136	100.0
Manquant	20		5		25	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
MOYENNE	30.1(8.1)		33.4(6.0)		30.5(7.9)	
FORMATION ENTRE 1988-1992						
AUCUNE	19	14.4	7	35.0	26	17.1
OUI	113	85.6	13	65.0	126	82.9
Soustotal	132	86.8	20	13.2	152	100.0
Manquant	7		2		9	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0

Tableau IV.3(Suite)

	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Total	
	n	%	n	%	n	%
PATIENTS AGÉS						
<25% temps	11	8.3	1	4.8	12	7.8
25-74%	36	27.3	4	19.0	40	26.1
>=75%	85	64.4	16	76.2	101	66.0
Soustotal	132	86.3	21	13.7	153	100.0
Manquant	7		1		8	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
PATIENTS HANDICAPÉS (ÂGÉS DE MOINS DE 60 ANS)						
<25% temps	81	66.9	14	60.2	95	68.8
25-74%	36	29.8	3	21.0	39	28.3
>=75%	4	3.3	0	18.8	4	2.9
Soustotal	121	87.7	17	50.3	138	100.0
Manquant	18		5		23	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
PATIENTS HANDICAPÉS (ÂGÉS DE 60 ANS et plus)						
<25% temps	57	49.6	3	21.0	60	44.8
25-74%	45	39.1	3	25.3	48	35.8
>=75%	13	11.3	13	53.8	26	19.4
Soustotal	115	85.8	19	52.0	134	100.0
Manquant	24		3		27	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
PATIENTS CONVALESCENTS POST-OP						
<25% temps	95	89.6	11	73.3	106	87.6
25-74%	11	10.4	4	26.7	15	12.4
>=75%	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Soustotal	106	87.6	15	12.4	121	100.0
Manquant	33		7		40	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
PATIENTS EN PHASE TERMINALE						
<25% temps	91	75.2	8	47.1	99	71.7
25-74%	25	20.7	5	29.4	30	21.7
>=75%	5	4.1	4	23.5	9	6.5
Soustotal	121	87.7	17	12.3	138	100.0
Manquant	18		5		23	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0

Tableau IV.3(Suite)

	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Total	
	n	%	n	%	n	%
SOINS D'HYGIÈNE						
<25% temps	8	6.0	0	0.0	8	5.2
25-74%	22	16.4	3	14.3	25	16.1
>=75%	104	77.6	18	85.7	122	78.7
Soustrait	134	86.5	21	13.5	155	100.0
Manquant	5		1		6	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
TRANSFERTS DE PATIENTS						
<25% temps	49	38.9	1	4.8	50	34.0
25-74%	50	39.7	3	14.3	53	36.1
>=75%	27	21.4	17	81.0	44	29.9
Soustrait	126	85.7	21	14.3	147	100.0
Manquant	13		1		14	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
NOURRIR LES PATIENTS						
<25% temps	104	86.7	1	5.3	105	75.5
25-74%	11	9.2	4	21.1	15	10.8
>=75%	5	4.2	14	73.7	19	13.7
Soustrait	120	86.3	19	13.7	139	100.0
Manquant	19		3		22	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
ÉQUIPEMENT ADÉQUAT EN GÉNÉRAL						
<25% temps	26	19.5	4	21.1	30	19.7
25-74%	75	56.4	7	36.8	82	53.9
>=75%	32	24.1	8	42.1	40	26.3
Soustrait	133	87.5	19	12.5	152	100.0
Manquant	6		3		9	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
ESPACE SUFFISANT EN GÉNÉRAL						
<25% temps	44	32.4	1	4.8	45	28.7
25-74%	75	55.1	8	38.1	83	52.9
>=75%	17	12.5	12	57.1	29	18.5
Soustrait	136	86.6	21	13.4	157	100.0
Manquant	3		1		4	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
AIDE POUR DÉPLACER LES PATIENTS						
<25% temps	118	89.4	1	4.8	119	77.8
25-74%	7	5.3	9	42.9	16	10.5
>=75%	7	5.3	11	52.4	18	11.8
Soustrait	132	86.3	21	13.7	153	100.0
Manquant	7		1		8	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0

Tableau IV.4: Distribution des non-répondants selon le type de lombalgies et leurs lieux d'emploi (aide à domicile ou en milieu hospitalier)

	Aide à domicile		Aide en m. hosp.		Total	
	n	%	n	%	n	%
LOMBALGIE DURANT LA VIE						
NON	73	52.5	8	36.4	81	50.3
OUI	66	47.5	14	63.6	80	49.7
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
LOMBALGIE EN 1992						
NON	67	48.2	9	40.9	76	47.2
OUI	72	51.8	13	59.1	85	52.8
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
LOMBALGIE AVEC INCAPACITÉ EN 1992						
Capable	78	56.1	11	50.0	89	55.3
Incapable	61	43.9	11	50.0	72	44.7
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
NOMBRE DE JOURS DE COMPENSATION POUR UN PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992						
< 90	21	72.4	2	66.7	23	71.9
>=90	8	27.6	1	33.3	9	28.1
Soustrtotal	29	90.6	3	9.4	32	100.0
Manquant	110		19		129	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
Moyenne	87.1(142.9)		64.0(48.9)		84.9(136.6)	
NOMBRE DE JOURS ASSURÉS POUR UN PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992						
< 90	15	65.2	0	0.0	15	65.2
>=90	8	34.8	0	0.0	8	34.8
Soustrtotal	23	100.0	0	0.0	23	100.0
Manquant	116		22		138	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
MOYENNE	44.4(68.4)				54.6(61.0)	
NOMBRE DE JOURS D'ABSENCE POUR UN PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992						
< 90	31	79.5	2	50.0	33	76.6
>=90	8	20.5	2	50.0	10	23.3
Soustrtotal	39	90.7	4	9.3	43	100.0
Misssing	100		18		118	
Total	139	86.3	22	13.7	161	100.0
Moyenne	71.9(137.7)		68.2(60.8)		71.6(132.0)	

ANNEXE V

INFLUENCE DES EMPLOIS PRÉCÉDENTS SUR LES RÉSULTATS

Les résultats de l'étude montrent que les aides malades à domicile ont une fréquence plus élevée de maux de dos que les aides malades en milieu hospitalier. Cet excès de risque se maintient après avoir contrôlé pour les variables potentiellement confondantes. Il convient toutefois de se demander si les emplois antérieurs détenus par les aides malades à domicile pourraient expliquer l'excès de risque chez ces dernières. Il se pourrait, en particulier, que les aides malades à domicile aient occupé davantage d'emplois antérieurs que les aides malades en milieu hospitalier et qu'elles aient développé leur mal de dos au cours de ces emplois. Il convient donc de se demander si le risque élevé de lombalgie parmi les aides malades à domicile pourrait être le résultat d'un risque cumulé dans un ou des emplois précédents et qui est erronément attribué à l'emploi d'aide malade à domicile parce que ces travailleuses ont changé d'emploi?

Tel que le montre le tableau V.1, 221 aides malades à domicile (39%) et 119 aides malades en milieu hospitalier (28%) ont rapporté avoir eu un ou plusieurs emplois avant leur occupation actuelle. Ces autres emplois variaient de travail dans le secteur industriel (23%), travail de bureau (21%), aide malade en milieu hospitalier (20%), travail de restaurant (18%), travail de garderie (9%), travailleuses sociales (6%), ou ménagères (3%). Le tableau montre que les aides malades à domicile occupé les emplois suivants: aide malades en milieu hospitalier (31%), travail de bureau (18%), travailleur du secteur industriel (16%), et travail de restaurant (15%); alors que les aides malades en milieu hospitalier ont occupé les emplois suivants: travailleurs du secteur industriel (35%), travail de bureau (27%), et travail de restaurant (25%). En d'autres mots, 68 aides malades à domicile ont occupé des emplois d'aides malades en milieu hospitalier avant leur emploi actuel; aucune aide malade en milieu hospitalier n'a travaillé précédemment comme aide malade à domicile.

L'objet de la présente analyse portera donc sur l'influence qu'a pu avoir le fait de détenir un emploi antérieur ou un emploi comme aide malade en milieu hospitalier sur l'excès de risque observé chez les aides malades à domicile.

Le tableau V.2 décrit les caractéristiques personnelles des aides malades à domicile selon trois groupes, celles qui ont détenu un emploi d'aide malade en milieu hospitalier avant le présent emploi, celles qui ont eu des occupations autres que aide malade en milieu hospitalier et le total des aides malades à domicile. Il n'y a pas de différence dans les caractéristiques personnelles entre les trois groupes.

Au tableau V.3 sont décrites les caractéristiques reliées à l'emploi parmi les trois mêmes catégories. Ici encore, il n'y a pas de différences entre les trois sous-groupes.

Quant à la présence de lombalgie, les aides malades à domicile qui ont travaillé auparavant à titre

d'aides malades en milieu hospitalier ne montrent pas d'augmentation de la fréquence des lombalgies comparé aux aides malades à domicile qui ont détenu d'autres types d'emploi ou à l'ensemble des aides malades à domicile (Tableau V.4). En fait, les aides malades à domicile qui ont travaillé précédemment comme aides malades en milieu hospitalier rapportent un taux de fréquence de lombalgies inférieur à celui de l'ensemble des aides malades à domicile. (Premier épisode de lombalgie entre 1988-1992: aides malades ayant travaillé auparavant comme aides malades en milieu hospitalier 22.1% vs total des aides malades 27.8%)

En résumé, les caractéristiques descriptives montrent que les aides malades à domicile qui ont travaillé auparavant comme aides malades en milieu hospitalier n'étaient pas différentes des aides malades à domicile qui ont détenu d'autres occupations antérieurement non plus que de celles qui ont rapporté n'avoir détenu aucun autre emploi précédemment.

Afin de valider ces observations, une analyse de régression logistique fut conduite. Elle est rapportée au tableau V.5. Dans ce tableau, le fait d'avoir détenu un emploi précédemment à celui d'aide malade à domicile a été ajouté aux différents modèles de régression logistique utilisés pour l'analyse des maux de dos dans le rapport principal. Ceci a été fait pour deux catégories d'emplois antérieurs: tout emploi et emploi à titre d'aide malade en milieu hospitalier.

L'ajout de cette variable (avoir détenu un emploi précédemment et/ou avoir été une aide malade en milieu hospitalier avant d'être une aide malade à domicile) améliore quelque peu le modèle sur la parution d'un premier épisode de lombalgie mais cette amélioration n'est pas statistiquement significative. La même observation s'applique après avoir contrôlé pour les variables confondantes: âge, disponibilité d'aide pour mobiliser les patients, bénéficiaires convalescents post-op, lève-patient nécessaire mais non-utilisé et type d'emploi.

Il semble bien que le fait d'avoir détenu d'autres emplois avant d'être aide malade à domicile n'influence pas la présence de maux de dos chez ces employées. Non plus que le fait d'avoir été une aide malade en milieu hospitalier avant de devenir une aide malade à domicile

Au tableau V.6 sont rapportés les risques relatifs observés pour les différents indicateurs de mal du dos en ajustant, en plus des variables de confusion, le fait d'avoir détenu un emploi antérieurement à celui d'aide malade à domicile. Après avoir ajusté pour les emplois antérieurs, les risques relatifs demeurent les mêmes que ceux observés auparavant. Parfois ils augmentent légèrement mais l'intervalle de confiance s'élargit aussi. Une différence à noter toutefois, l'excès de risque pour les lombalgies avec irradiation dans les jambes rapportées en 1992. Ce risque n'était pas significatif dans l'étude principale mais le devient après ajustement pour les emplois précédents.

En conclusion, le fait d'avoir détenu un ou des emplois avant de devenir aide malade à domicile n'explique pas l'excès de risque de lombalgies observé chez les aides malades à domicile en comparaison avec les aides malades en milieu hospitalier.

Tableau V.1: Emplois occupés antérieurement à l'emploi actuel

EMPLOI ANTÉRIEUR	Aides malades à domicile		Aides malades en milieu hospitalier		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aide malade en milieu hospitalier	68	31	0	0	68	20
Aide malade à domicile	0	0	0	0	0	0
Entretien ménager	7	3	4	3	11	3
Gardiennne d'enfants	23	10	8	7	31	9
Travailleuse sociale	16	7	4	3	20	6
Sécrétaire, commis	39	18	32	27	71	21
Restaurant; vente	33	15	30	25	63	18
Opératrice de machine; industrie	35	16	41	35	76	23
SOUSTOTAL	221	100	119	100	340	100
MANQUANT	341		297		638	
TOTAL	562		416		978	

Tableau V.2: Caractéristiques personnelles des aides malades à domicile selon l'emploi antérieur

TYPE D'EMPLOI ANTÉRIEUR								
	Autre que aide malade en mi- lieu hospital.		Aide malade en milieu hospitalier		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AGE EN 1992 (ANNÉES)								
< 25 ans	4	2.8	1	1.5	0	0.0	5	0.9
25-34	17	12.0	7	10.8	42	13.0	66	12.4
35-44	45	31.7	26	40.0	105	32.4	176	33.1
45-54	53	37.3	19	29.2	131	40.4	203	38.2
>= 55	23	16.2	12	18.5	46	14.2	81	15.3
Soustrait	142	26.7	65	12.2	324	61.0	531	100.0
Manquant	11		3		17		31	
Total	153		68		341		562	
Moyenne (DS)	44.8 (9.4)		44.6 (9.4)		45.2 (8.8)		45.0 (9.0)	
HAUTEUR (CMS)								
< 160	47	31.8	29	44.6	128	38.1	204	37.2
160-164	51	34.5	18	27.7	109	32.4	178	32.4
165-169	30	20.3	12	18.5	63	18.8	105	19.1
>= 170	20	13.5	6	9.2	36	10.7	62	11.3
Soustrait	148	27.0	65	11.8	336	61.2	549	100.0
Manquant	5		3		5		13	
Total	153		68		341		562	
Moyenne (DS)	161.3 (7.0)		160.1 (6.0)		160.8 (6.0)		160.8 (6.3)	
POIDS (LBS)								
< 120	24	15.8	13	19.7	55	16.2	92	16.5
120-139	48	31.6	21	31.8	114	33.6	183	32.9
140-159	46	30.3	21	31.8	75	22.1	142	25.5
160-179	20	13.2	7	10.6	50	14.7	77	13.8
>= 180	14	9.2	4	6.1	45	13.3	63	11.3
Soustrait	152	27.3	66	11.8	339	60.9	557	100.0
Manquant	1		2		2		5	
Total	153		68		341		562	
Moyenne (DS)	142.9 (22.6)		138.7 (25.1)		145.6 (29.8)		144.0 (27.6)	

Tableau V.2(suite)

TYPE D'EMPLOI ANTÉRIEUR

	Autre que aide malade en mi- lieu hospital.		Aide malade en milieu hospitalier		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ACCOUCHEMENTS								
Non	16	11.0	10	15.6	61	18.6	87	16.2
Oui	129	89.0	54	84.4	267	81.4	40	83.8
Soustopal	145	27.0	64	11.9	328	61.1	537	100.0
Manquant	8		4		13		25	
Total	153		68		341		562	
AGE AU PREMIER ENFANT								
< 25 ANS	65	60.7	34	70.8	141	64.1	240	64.0
25-34	40	37.4	14	29.2	71	32.3	125	33.3
>= 35	2	1.9	0	0.0	8	3.6	10	2.7
Soustopal	107	28.5	48	12.8	220	58.7	375	100.0
Manquant	46		20		121		187	
Total	153		68		341		562	
Moyenne (DS)	23.7 (4.5)		23.1 (3.4)		23.9 (4.4)		23.8 (4.3)	
AGE DU PREMIER ENFANT EN 1992								
< 5 ans	8	6.2	4	7.1	10	3.7	22	4.8
5-9	6	4.7	1	1.8	19	7.0	26	5.7
>= 10	115	89.1	51	91.1	242	89.3	408	89.5
Soustopal	129	28.3	56	12.3	271	59.4	456	100.0
Manquant	24		12		70		106	
Total	153		68		341		562	
STATUT DE FUMEUR								
Non-fumeur	84	57.5	32	48.5	163	50.2	279	52.0
Ex-fumeur	16	11.0	7	10.6	63	19.4	86	16.0
Fumeur	46	31.5	27	40.9	99	30.5	172	32.0
Soustopal	146	27.2	66	12.3	325	60.5	537	100.0
Manquant	7		2		16		25	
Total	153		68		341		562	
NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR (1992)								
<= 9	101	70.6	44	71.0	216	68.1	361	69.2
10-19	15	10.5	7	11.3	37	11.7	59	11.3
>= 20	27	18.9	11	17.7	64	20.2	102	19.5
Soustopal	143	27.4	62	11.9	317	60.7	522	100.0
Manquant	10		6		24		40	
Total	153		68		341		562	
Moyenne (DS)	18.2 (9.4)		16.4 (8.5)		18.5 (7.8)		18.1 (8.4)	

Tableau V.3: Caractéristiques professionnelles des aides malades à domicile selon l'emploi antérieur

TYPE D'EMPLOI ANTÉRIEUR								
	Autre que aide malade en mi- lieu hospital.		Aide malade en milieu hospitalier		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ANCIENNETÉ (EN 1992, ANNÉES)								
1	3	2.0	6	9.4	3	0.9	12	2.2
2	19	12.9	8	12.5	10	3.0	37	6.8
3	26	17.7	6	9.4	15	4.5	47	8.6
4	27	18.4	10	15.6	24	7.2	61	11.2
5	16	10.9	13	20.3	19	5.7	48	8.8
6-9	28	19.0	11	17.2	138	41.4	177	32.5
10-14	16	10.9	8	12.5	77	23.1	101	18.6
15-19	9	6.1	2	3.1	45	13.5	56	10.3
20+	3	2.0	0	0.0	2	0.6	5	0.9
SOUSTOTAL	147	27.0	64	11.8	333	61.2	544	100.0
MANQUANT	6		4		8		18	
Total	153		68		341		562	
Moyenne(DS)	6.2(4.8)		5.8(4.1)		8.8(4.4)		7.8(4.7)	
STATUT D'EMPLOI								
Occasion.	38	25.5	17	27.4	48	14.4	103	18.9
T. partiel	19	12.8	8	12.9	49	14.7	76	14.0
T. plein	92	61.7	37	59.7	236	70.9	365	67.1
SOUSTOTAL	149	27.4	62	11.4	333	61.2	544	100.0
MANQUANT	4		6		8		18	
Total	153		68		341		562	
NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE								
<15 hres	17	11.4	6	9.4	20	5.9	43	7.8
15-19	7	4.7	2	3.1	7	2.1	16	2.9
20-24	6	4.0	4	6.3	23	6.8	33	6.0
25-29	11	7.4	6	9.4	28	8.3	45	8.2
30-34	3	2.0	0	0.0	7	2.1	10	1.8
35	96	64.4	44	68.8	229	68.0	369	67.1
>35	9	6.0	2	3.1	23	6.8	34	6.2
SOUSTOTAL	149	27.1	64	11.6	337	61.3	550	100.0
MANQUANT	4		4		4		12	
Total	153		68		341		562	
Moyenne(DS)	32.8(9.0)		32.4(8.5)		33.5(8.7)		33.2(8.7)	
FORMATION (ENTRE 1988-1992)								
Non	7	5.7	3	5.8	30	10.1	40	8.5
Oui	115	94.3	49	94.2	268	89.9	432	91.5
SOUSTOTAL	122	25.8	52	11.0	298	63.1	472	100.0
MANQUANT	31		16		43		90	
Total	153		68		341		562	

Tableau V.3(suite)

TYPE D'EMPLOI ANTÉRIEUR

	Autre que aide malade en mi- lieu hospital.		Aide malade en milieu hospitalier		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RECOURS À LA FORMATION								
<25% temps	8	7.3	4	8.0	17	6.5	29	6.9
25-74%	34	30.9	18	36.0	97	37.0	149	35.3
>= 75%	68	61.8	28	56.0	148	56.5	244	57.8
SOUSTOTAL	110	26.1	50	11.8	262	62.1	422	100.0
MANQUANT	43		18		79		140	
Total	153		68		341		562	
PATIENTS AGÉS								
<25% temps	7	5.2	4	7.0	10	3.3	21	4.2
25-74%	37	27.4	17	29.8	76	25.1	130	26.3
>= 75%	91	67.4	36	63.2	217	71.6	344	69.5
SOUSTOTAL	135	27.3	57	11.5	303	61.2	495	100.0
MANQUANT	18		11		38		67	
Total	153		68		341		562	
PATIENTS HANDICAPÉS (AGÉS DE MOINS DE 60 ANS)								
<25% temps	92	74.2	39	76.5	202	75.4	333	75.2
25-74%	26	21.0	9	17.6	50	18.7	85	19.2
>= 75%	6	4.8	3	5.9	16	6.0	25	5.6
SOUSTOTAL	124	28.0	51	11.5	268	60.5	443	100.0
MANQUANT	29		17		73		119	
Total	153		68		341		562	
PATIENTS HANDICAPÉS (AGÉS DE 60 ANS ET PLUS)								
<25% temps	56	49.1	25	48.1	134	51.1	215	50.2
25-74%	40	35.1	19	36.5	96	36.6	155	36.2
>= 75%	18	15.8	8	15.4	32	12.2	58	13.6
SOUSTOTAL	114	26.6	52	12.1	262	61.2	428	100.0
MANQUANT	39		16		79		134	
Total	153		68		341		562	
PATIENTS CONVALESCENTS POST-OP								
<25% temps	77	78.6	38	88.4	205	88.7	320	86.0
25-74%	18	18.4	5	11.6	20	8.7	43	11.6
>= 75%	3	3.1	0	0.0	6	2.6	9	2.4
SOUSTOTAL	98	26.3	43	11.6	231	62.1	372	100.0
MANQUANT	55		25		110		190	
Total	153		68		341		562	
PATIENTS EN PHASE TERMINALE								
<25% temps	83	69.7	41	78.8	193	70.7	317	71.4
25-74%	31	26.1	8	15.4	65	23.8	104	23.4
>= 75%	5	4.2	3	5.8	15	5.5	23	5.2
SOUSTOTAL	119	26.8	52	11.7	273	61.5	444	100.0
MANQUANT	34		16		68		118	
Total	153		68		341		562	

Tableau V.3(suite)

TYPE D'EMPLOI ANTÉRIEUR

	Autre que aide malade en mi- lieu hospital.		Aide malade en milieu hospitalier		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOINS D'HYGIÈNE								
<25% temps	7	5.0	1	1.7	15	4.8	23	4.5
25-74%	49	34.8	16	26.7	102	32.5	167	32.4
>= 75%	85	60.3	43	71.7	197	62.7	325	63.1
SOUSTOTAL	141	27.4	60	11.6	314	61.0	515	
MANQUANT	12		8		27		47	
Total	153		68		341		562	
TRANSFERTS DE PATIENTS								
<25% temps	56	41.8	19	32.2	128	42.4	203	41.0
25-74%	55	41.0	30	50.8	127	42.1	212	42.8
>= 75%	23	17.2	10	16.9	47	15.6	80	16.2
SOUSTOTAL	134	27.1	59	11.9	302	61.0	495	100.0
MANQUANT	19		9		39		67	
Total	153		68		341		562	
NOURRIR LES PATIENTS								
<25% temps	104	81.9	48	87.3	246	86.0	398	85.0
25-74%	16	12.6	4	7.3	23	8.0	43	9.2
>= 75%	7	5.5	3	5.5	17	5.9	27	5.8
SOUSTOTAL	127	27.1	55	11.8	286	61.1	468	100.0
MANQUANT	26		13		55		94	
Total	153		68		341		562	
ÉQUIPEMENT ADÉQUAT DANS LA CHAMBRE À COUCHER DU PATIENT								
<25% temps	38	30.6	23	37.7	90	30.2	151	31.3
25-74%	53	42.7	27	44.3	124	41.6	204	42.2
>= 75%	33	26.6	11	18.0	84	28.2	128	26.5
SOUSTOTAL	124	25.7	61	12.6	298	61.7	483	100.0
MANQUANT	29		7		43		79	
Total	153		68		341		562	
ESPACE ADÉQUAT DANS LA CHAMBRE À COUCHER DU PATIENT								
<25% temps	35	27.3	24	40.0	85	28.9	144	29.9
25-74%	58	45.3	22	36.7	136	46.3	216	44.8
>= 75%	35	27.3	14	23.3	73	24.8	122	25.3
SOUSTOTAL	128	26.6	60	12.4	294	61.0	482	100.0
MANQUANT	25		8		47		80	
Total	153		68		341		562	

Tableau V.3(suite)

TYPE D'EMPLOI ANTÉRIEUR

	Autre que aide malade en mi- lieu hospital.		Aide malade en milieu hospitalier		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ÉQUIPEMENT ADÉQUAT DANS LA SALLE DE BAIN DU PATIENT								
<25% temps	18	14.1	14	23.3	50	16.1	82	16.5
25-74%	54	42.2	30	50.0	139	44.8	223	44.8
>= 75%	56	43.8	16	26.7	121	39.0	193	38.8
SOUSTOTAL	128	25.7	60	12.0	310	62.2	498	100.0
MANQUANT	25		8		31		64	
Total	153		68		341		562	
ESPACE ADÉQUAT DANS LA SALLE DE BAIN DU PATIENT								
<25% temps	36	28.3	19	32.8	84	27.6	139	28.4
25-74%	70	55.1	35	60.3	169	55.6	274	56.0
>= 75%	21	16.5	4	6.9	51	16.8	76	15.5
SOUSTOTAL	127	26.0	58	11.9	304	62.2	489	100.0
MANQUANT	26		10		37		73	
Total	153		68		341		562	
AIDE DISPONIBLE POUR DÉPLACER LES PATIENTS								
<25% temps	105	82.0	45	77.6	263	87.1	413	84.6
25-74%	13	10.2	8	13.8	17	5.6	38	7.8
>= 75%	10	7.8	5	8.6	22	7.3	37	7.6
SOUSTOTAL	128	26.2	58	11.9	302	61.9	488	100.0
MANQUANT	25		10		39		74	
Total	153		68		341		562	
UTILISATION D'UN LÈVE PATIENT								
Non	65	52.8	28	52.8	157	55.3	250	54.3
Oui	58	47.2	25	47.2	127	44.7	210	45.7
SOUSTOTAL	123	26.7	53	11.5	284	61.7	460	100.0
MANQUANT	102		15		57		102	
Total	153		68		341		562	
PROPORTION DE PATIENTS LEVÉS À L'AIDE D'UN LÈVE-PATIENT								
<25% pats	61	91.0	30	85.7	164	92.7	255	91.4
>= 25%	6	9.0	5	14.3	13	7.3	24	8.6
SOUSTOTAL	67	24.0	35	12.5	177	63.4	279	100.0
MANQUANT	86		33		164		283	
Total	153		68		341		562	
LÈVE-PATIENT NÉCESSAIRE MAIS NON-UTILISÉ								
<25% temps	22	36.1	14	42.4	64	38.6	100	38.5
25-74%	5	8.2	0	0.0	10	6.0	15	5.8
>= 75%	34	55.7	19	57.6	92	55.4	145	55.8
SOUSTOTAL	61	23.5	33	12.7	166	63.8	260	100.0
MANQUANT	92		35		175		302	
Total	153		68		341		562	

Tableau V.4: Maux de dos chez les sujets ayant détenus un ou plusieurs emplois antérieurs

TYPE D'EMPLOI ANTÉRIEUR									
Autre que aide malade en mi- lieu hospital.			Aide malade en milieu hospitalier		Inconnu		Total		
n %			n %		n %		n %		
LOMBALGIE DURANT LA VIE									
Non	123	80.4	46	67.6	155	45.5	324	57.7	
Oui	30	19.6	22	32.4	186	54.5	238	42.3	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0	
LOMBALGIE ATTRIBUÉE AU TRAVAIL EN 1992									
NON	103	67.3	47	69.1	184	54.0	334	59.4	
Oui	50	32.7	21	30.9	157	46.0	228	40.6	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0	
LOMBALGIE AVEC TRAITEMENT EN 1992									
NON	126	82.4	50	73.5	226	66.3	402	71.5	
Treatment	27	17.6	18	26.5	115	33.7	160	28.5	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0	
LOMBALGIE QUI RÉVEILLAIT LA NUIT EN 1992									
NON	139	90.8	57	83.8	284	83.3	480	85.4	
Oui	14	9.2	11	16.2	57	16.7	82	14.6	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0	
LOMBALGIE AVEC DOULEUR IRRADIANT DANS LES JAMBES EN 1992									
NON	137	89.5	62	91.2	286	83.9	485	86.3	
Radiation	16	10.5	6	8.8	55	16.1	77	13.7	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0	
LOMBALGIE AVEC ALTÉRATION DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES EN 1992									
NON	135	88.2	59	86.8	267	78.3	461	82.0	
Oui	18	11.8	9	13.2	74	21.7	101	18.0	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0	
LOMBALGIE AVEC ALTÉRATION DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL EN 1992									
NON	135	88.2	61	89.7	275	80.6	471	83.8	
Oui	18	11.8	7	10.3	66	19.4	91	16.2	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0	
LOMBALGIE AVEC INCAPACITÉ EN 1992									
NON	111	72.5	45	66.2	216	63.3	372	66.2	
Oui	42	27.5	23	33.8	125	36.7	190	33.8	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0	

Tableau V.4(suite)

TYPE D'EMPLOI ANTÉRIEUR

	Autre que aide malade en mi- lieu hospital.		Aide malade en milieu hospitalier		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
LOMBALGIE ATTRIBUÉE AU TRAVAIL EN 1988								
NON	62	81.6	28	75.7	208	72.5	298	74.5
Oui	14	18.4	9	24.3	79	27.5	102	25.5
Soustrait	76	19.0	37	9.3	287	71.8	400	100.0
Manquant	77		31		54		162	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
LOMBALGIE AVEC TRAITEMENT EN 1988								
Non	69	90.8	31	83.8	239	83.3	339	84.8
Traitement	7	9.2	6	16.2	48	16.7	61	15.3
Soustrait	76	19.0	37	9.3	287	71.8	400	100.0
Manquant	77		31		54		162	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
LOMBALGIE AVEC DOULEUR QUI RÉVEILLAIT LA NUIT EN 1988								
NON	74	97.4	35	94.6	263	91.6	372	93.0
Oui	2	2.6	2	5.4	24	8.4	28	7.0
Soustrait	76	19.0	37	9.3	287	71.8	400	100.0
Manquant	77		31		54		162	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
LOMBALGIE AVEC DOULEUR QUI IRRADIE DANS LES JAMBES EN 1988								
NON	76	100.0	37	100.0	272	94.8	385	96.3
Radiation	0	0.0	0	0.0	15	5.2	15	3.8
Soustrait	76	19.0	37	9.3	287	71.8	400	100.0
Manquant	77		31		54		162	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
LOMBALGIE AVEC ALTÉRATION DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES EN 1988								
NON	72	94.7	36	97.3	258	89.9	366	91.5
Oui	4	5.3	1	2.7	29	10.1	34	8.5
Soustrait	76	19.0	37	9.3	287	71.8	400	100.0
Manquant	77		31		54		162	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
LOMBALGIE AVEC ALTÉRATION DES ACTIVITÉS DE TRAVAIL EN 1988								
NON	71	93.4	35	94.6	258	89.9	364	91.0
Oui	5	6.6	2	5.4	29	10.1	36	9.0
Soustrait	76	19.0	37	9.3	287	71.8	400	100.0
Manquant	77		31		54		162	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0

Tableau V.4(suite)

TYPE D'EMPLOI ANTÉRIEUR								
	Autre que aide malade en mi- lieu hospital.		Aide malade en milieu hospitalier		Inconnu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992								
NON	110	71.9	53	77.9	243	71.3	406	72.2
Oui	43	28.1	15	22.1	98	28.7	156	27.8
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE AYANT NÉCESSITÉ UN TRAITEMENT ENTRE 1988-1992								
NON	134	87.6	62	91.2	299	87.7	495	88.1
Oui	19	12.4	6	8.8	42	12.3	67	11.9
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE SÉVÈRE ENTRE 1988-1992								
Léger	144	94.1	65	95.6	313	91.8	522	92.9
Sévère	9	5.9	3	4.4	28	8.2	40	7.1
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE AVEC COMPENSATION ENTRE 1988-1992								
NON	143	93.5	66	97.1	321	94.1	530	94.3
Oui	10	6.5	2	2.9	20	5.9	32	5.7
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
NOMBRE DE JOURS COMPENSÉS POUR LE PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992								
< 90	5	55.6	2	100.0	8	50.0	15	55.6
>= 90	4	44.4	0	0.0	8	50.0	12	44.4
Soustrait	9	33.3	2	7.4	16	59.3	27	100.0
Manquant	144		66		325		535	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
Moyenne(DS)	88.9(84.2)		42.5(53.0)		72.3(65.4)		75.6(70.0)	
NOMBRE DE JOURS D'ABSENCE POUR LE PREMIER ÉPISODE DE LOMBALGIE ENTRE 1988-1992								
< 90	7	70.5	5	100.0	16	66.7	28	71.8
>= 90	3	30.0	0	0.0	8	33.3	11	28.2
Soustrait	10	25.6	5	12.8	24	61.5	39	100.0
Manquant	143		63		317		523	
Total	153	27.2	68	12.1	341	60.7	562	100.0
Moyenne(DS)	62.8(78.9)		26.0(32.1)		50.3(62.0)		50.4(63.4)	

Tableau V.5:

Contribution des emplois précédents au modèle expliquant le premier épisode de mal de dos apparu entre 1988-1992.

MODÈLE	CONTRIBUTION DU MODÈLE				CONTRIBUTION DE LA VARIABLE AJOUTÉE		
	-2Log Likelihood	Chi-carré d'amélioration	dl	Valeur p	Chi-carré d'amélioration	dl	Valeur p
(0) Aucune variable	1128.608						
(1) (0) + Avoir occupé un emploi antérieur	1127.693	0.915	2	0.633	0.915	2	0.633
(2) (0) + Avoir été aide malade en milieu hospitalier	1127.88	0.728	1	0.394	0.728	1	0.394
(3) (0) + Age+aide pour déplacer les patients+lève-patient nécessaire mais non utilisé+convalescent post-op+type d'emploi	1077.640	50.968	14	0.0			
(4) (3) + Avoir occupé un emploi antérieur	1076.238	52.370	16	0.0	1.365	2	0.505
(5) (3) + Avoir été aide malade en milieu hospitalier	1076.638	51.970	15	0.0	0.964	1	0.326

Tableau V.6 Risque de lombalgie chez les aides malades à domicile vs aides malades en milieu hospitalier après avoir contrôlé pour travail antérieur au travail actuel. Régression logistique.**

DORTES	INCIDENTE				PRÉVALENTE				TOTAL		
	N	RR	IC à 95%	N	RR	IC à 95%	N	RR	IC à 95%		
PE DE LOMBALGIES											
mbalgie durant la vie	159	1.71	0.85-3.42	230	2.53*	1.42-4.49	389	1.96*	1.28-3.01		
mbalgie en 1992		N/A			N/A		378	1.37	0.91-2.06		
mbalgie avec traitement en 1992		N/A			N/A		261	1.50	0.95-2.36		
mbalgie affectant le travail en 1992		N/A			N/A		148	1.31	0.76-2.48		
mbalgie affectant activité de vie en 1992		N/A			N/A		152	1.48	0.85-2.58		
mbalgie réveillant la nuit en 1992		N/A			N/A		128	1.36	0.75-2.48		
mbalgie irradiant dans les jambes en 1992		N/A			N/A		117	1.87*	1.01-3.48		
mbalgie en 1988		N/A		139	0.98	0.53-1.82		N/A			
mbalgie avec traitement en 1988		N/A		80	1.23	0.58-2.60		N/A			
mbalgie affectant le travail en 1988		N/A		50	1.18	0.48-2.92		N/A			
mbalgie affectant activité de vie en 1988		N/A		43	1.83	0.68-4.93		N/A			
mbalgie réveillant la nuit en 1988		N/A		41	1.35	0.49-3.67		N/A			
mbalgie irradiant dans les jambes en 1988		N/A		24	1.35	0.39-4.63		N/A			
mbalgie avec incapacité	102	3.00*	1344-6.70	179	1.34	0.76-2.35	281	1.87*	1.19-2.94		

emier épisode de lombalgie 1988-1992	116	2.29*	1.08-4.86	142	1.34	0.71-2.52	258	1.71*	1.07-2.74
. épisode sévère de lombalgie 1988-1992	25	3.22	0.73-14.30	43	0.87	0.35-2.45	68	1.39	0.62-3.11
. épisode avec compensation 1988-1992	14	16.20*	2.04-128.68	32	0.89	0.29-2.75	46	2.14	0.80-5.73
. épisode avec traitement 1988-1992	55	4.65*	1.64-13.17	65	0.83	0.37-1.87	120	1.56	0.84-2.89
total	441			537			978		

* statistiquement significatif.

** les risques sont ajustés pour age, convalescent post-op, aide pour déplacer les patients, lève-patient nécessaire mais pas utilisé et emplois antérieurs.