

CONVERGENCE SST

La revue du Centre patronal SST | Vol. 35, n° 3 - Décembre 2019

PARLONS DOS ET SANTÉ-SÉCURITÉ AU TRAVAIL

- IMPLANTATION D'UN PROGRAMME D'EXERCICES PHYSIQUES PAR ET POUR LES TRAVAILLEURS
- MANUTENTION ET MAUX DE DOS: PRÉVENTION-FORMATION
- QUAND LA CONDITION PERSONNELLE DU TRAVAILLEUR JUSTIFIE UN PARTAGE D'IMPUTATION DES COÛTS

FAIRE CIRCULER ET COCHER

- | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direction | <input type="checkbox"/> Comité SST |
| <input type="checkbox"/> Ressources humaines | <input type="checkbox"/> Comptabilité |
| <input type="checkbox"/> Services de santé | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Production | |

Dépôt légal ISSN 2368-3376 [En ligne]



La revue Convergence SST existe depuis 1985. Elle est publiée à l'intention des entreprises membres des associations regroupées au Centre patronal SST – Formation et expertise.

PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL Daniel Zizian

DIRECTION – COMMUNICATIONS, CROISSANCE ET ASSOCIATIONS Manon Stévenne

RÉDACTION

La revue Convergence SST est rédigée par les professionnels du Centre patronal SST. Ont collaboré à ce numéro : **François Boucher, Denis Dubreuil, Francine Gauvin, France Labelle, Louise Neveu et Maryline Rosan**

RÉVISION Jean-François Lacerte

ILLUSTRATIONS Jacques Goldstyn

CONCEPTION GRAPHIQUE Folio et Garetti

IMPRESSION Impression BT

Ce numéro a été tiré à 20 500 exemplaires.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN 0829-1314 [Imprimé]

ISSN 2368-3376 [En ligne]

Tous les articles de la revue Convergence SST, depuis 2010, se trouvent sur le site Internet du Centre patronal SST – Formation et expertise : www.centrepatronalsst.qc.ca

La reproduction des textes de la revue Convergence SST est autorisée à la condition d'indiquer la source et de nous aviser à : reception@centrepatronalsst.qc.ca

Convention de la Poste-publications
n° 40063479.

Retourner toute correspondance
ne pouvant être livrée au Canada au :
CENTRE PATRONAL SST – FORMATION ET EXPERTISE

500, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 1000
Montréal (Québec) H3A 3C6

Linked in | Suivez-nous!

LE CENTRE PATRONAL SST, AU SERVICE DES EMPLOYEURS!

Le Centre patronal SST – Formation et expertise est un organisme regroupant plus d'une centaine d'associations d'employeurs. Par le biais de leur adhésion au Centre, ces associations permettent à leurs membres de tirer profit des services d'information et de formations de qualité.

Pour obtenir des renseignements sur les services offerts et la liste des associations membres, consultez le www.centrepatronalsst.qc.ca.

MISSION : Aider les employeurs à assumer leur leadership en santé et sécurité du travail.



CONVERGENCE SST

Vol. 35, n° 3 – Décembre 2019

PARLONS DOS ET SANTÉ-SÉCURITÉ AU TRAVAIL

3 MOT DE LA RÉDACTION

Les maux de dos et la santé et sécurité au travail!

4 Implantation d'un programme d'exercices physiques par et pour les travailleurs

6 Maux de dos et analyse ergonomique

8 Manutention et maux de dos: prévention-formation

9 Les facteurs de risque des maux de dos

12 Quand la condition personnelle du travailleur justifie un partage d'imputation des coûts

14 Comment s'effectue la prise en charge des maux de dos dans le système de santé québécois?

16 Maux de dos – Le suivi médico-administratif

18 Anticiper le retour au travail dès que possible!

Note – Les textes de *Convergence SST* ne constituent pas des opinions ou des avis juridiques et ne remplacent pas le recours à un avocat.



France Labelle
B.A., D.E.S.S.C.
Conseillère, expérience client

MOT DE LA RÉDACTION

Les maux de dos et la santé et sécurité au travail!

Qui que nous soyons, nous avons tous connu, au cours de notre vie, un épisode de mal de dos à la suite d'une longue journée debout, d'une activité sollicitant un peu trop les muscles lombaires récalcitrants ou d'une mauvaise posture... Mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'une lombalgie due au travail?

Dans cette nouvelle édition de *Convergence SST*, les maux de dos seront abordés sous le volet de la prévention, de la réparation et de l'aspect financier. Les différents diagnostics et les traitements possibles seront notamment vus, tout comme les réclamations, les risques de rechute et le retour au travail.

Selon les dernières données disponibles de la CNESST : 25 % des réclamations touchent le dos et la colonne vertébrale! Une blessure au dos équivaut en moyenne à 51 jours d'absence et coûte environ 2800\$. Les maux de dos représentent près de 74 % des dossiers ouverts et acceptés relatifs aux troubles musculosquelettiques*.

Dans ce numéro, vous apprendrez en outre comment sont pris en charge les maux de dos dans le système de santé québécois. Plusieurs étapes forment le processus : de l'évaluation du type de lombalgie, aux grades de cette lombalgie, en plus de l'évaluation des obstacles du retour au travail et, enfin, à l'évolution de la condition. Car au terme d'une lésion, le but ultime du traitement doit être le retour au travail, et ce, au plus tôt, afin de restreindre les risques d'incapacité à long terme.

Vous apprendrez également comment s'effectue le suivi médico-administratif d'une telle lombalgie. Car, devant une réclamation pour mal de dos, afin d'être bien avisé, vous devrez accorder une priorité aux particularités liées à cette problématique et vous aurez à vous questionner sur l'admissibilité, l'incapacité et l'imputabilité de cette réclamation.

Vous découvrirez entre autres qu'il y a des métiers et des professions plus à risque et que savoir reconnaître les facteurs qui contribuent aux maux de dos



facilite leur identification et le choix des mesures appropriées pour réduire leur impact. Ainsi, toujours selon les statistiques de la CNESST, 10 % de tous les accidents enregistrés au Québec sont associés à la profession de manutentionnaire. Vous ne serez donc pas étonné de constater que pour les réduire, la mise en place d'un plan de prévention en matière de déplacement sécuritaire des charges est souhaitée.

Plusieurs causes sont à l'origine des maux de dos et peuvent toucher presque tout le monde. En toutes circonstances, il est important d'adopter des comportements sains et sécuritaires, de bonnes habitudes au quotidien et de faire de la prévention.

Bonne lecture!

Source : * *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2014-2017*, CNESST, p. 7-9



François Boucher
B. Éd.
Conseiller en SST

Implantation d'un programme d'exercices physiques par et pour les travailleurs

Pour ce numéro portant sur les maux de dos, j'ai choisi de partager avec vous une expérience personnelle d'implantation d'un programme d'exercices d'échauffements physiques mis en place lorsque j'étais coordonnateur SST pour une scierie, il y a de cela plusieurs années. Nous avons décidé d'implanter ce programme dans le but de prévenir l'apparition de malaises physiques dus au travail. Voici donc, la petite histoire de ce projet.

MISE EN CONTEXTE

La scierie dont il est question comptait 350 employés répartis dans trois unités de production : une scierie de bois d'œuvre, une scierie de bardeaux de cèdre et une usine de rabotage. La plupart des employés avaient été embauchés dans les années 1970 et 1980 pour effectuer des travaux physiques exigeants. La gestion participative était au cœur de l'entreprise pour plusieurs projets de santé et sécurité. La direction faisait preuve d'ouverture et de confiance à l'égard des travailleurs. Elle acceptait des projets proposés par les travailleurs si elle estimait que ces derniers avaient le potentiel de les réaliser.

À l'usine de bardeaux de cèdre, il y avait une centaine de travailleurs, dont la moitié occupaient des postes de travail qui étaient à risque de lésions musculo-squelettiques, toutes les « maladies en ite » comme nous les appelions alors. Ces problématiques touchaient principalement les scieurs et les emballateurs. Ces travailleurs effectuaient des mouvements répétitifs chaque jour ; par exemple, nous avions répertorié jusqu'à vingt mille mouvements répétitifs pour scier les planchettes.

L'entreprise était très ouverte à l'amélioration des conditions de travail et de la sécurité. Pour les mouvements répétitifs, nous ne savions pas trop ce qui pouvait être fait. La seule option à laquelle nous pensions était de remplacer les travailleurs par des machines qui n'étaient pas encore inventées...

L'ÉTINCELLE

C'est lors d'un colloque de la CSST (devenue depuis la CNESST) que j'ai eu l'idée d'implanter un programme d'exercices d'échauffements physiques à notre usine de bardeaux en assistant à une conférence d'une jeune coordonnatrice SST qui travaillait également dans une usine de sciage. Elle était

venue présenter le programme d'exercices qu'elle avait mis en place pour les travailleurs de son usine.

Elle expliquait que son programme avait réduit de beaucoup le nombre de lésions chez les travailleurs, en plus d'avoir eu une influence positive sur leur motivation au travail. Bref, c'était une réussite. Elle avait préparé elle-même son programme d'exercices et se rendait à l'usine au début de chaque quart pour animer la séance d'exercices. Cette coordonnatrice avait beaucoup de crédibilité auprès des travailleurs de son usine, elle était une grande adepte de l'exercice physique et avait fait partie de l'équipe du Rouge et Or de l'Université Laval en badminton. En plus de sa passion pour les sports, sa personnalité sympathique et enjouée devait certainement contribuer au succès de son programme.

J'ai quitté cette conférence avec l'intention d'implanter un tel programme dans mon milieu de travail. Je n'avais aucune expérience ni connaissance en exercices d'échauffements physiques et aucune crédibilité en la matière. Je réalisais la valeur ajoutée d'implanter ce genre de programme, mais je n'avais aucune idée de la façon dont je devais m'y prendre pour l'établir avec succès.

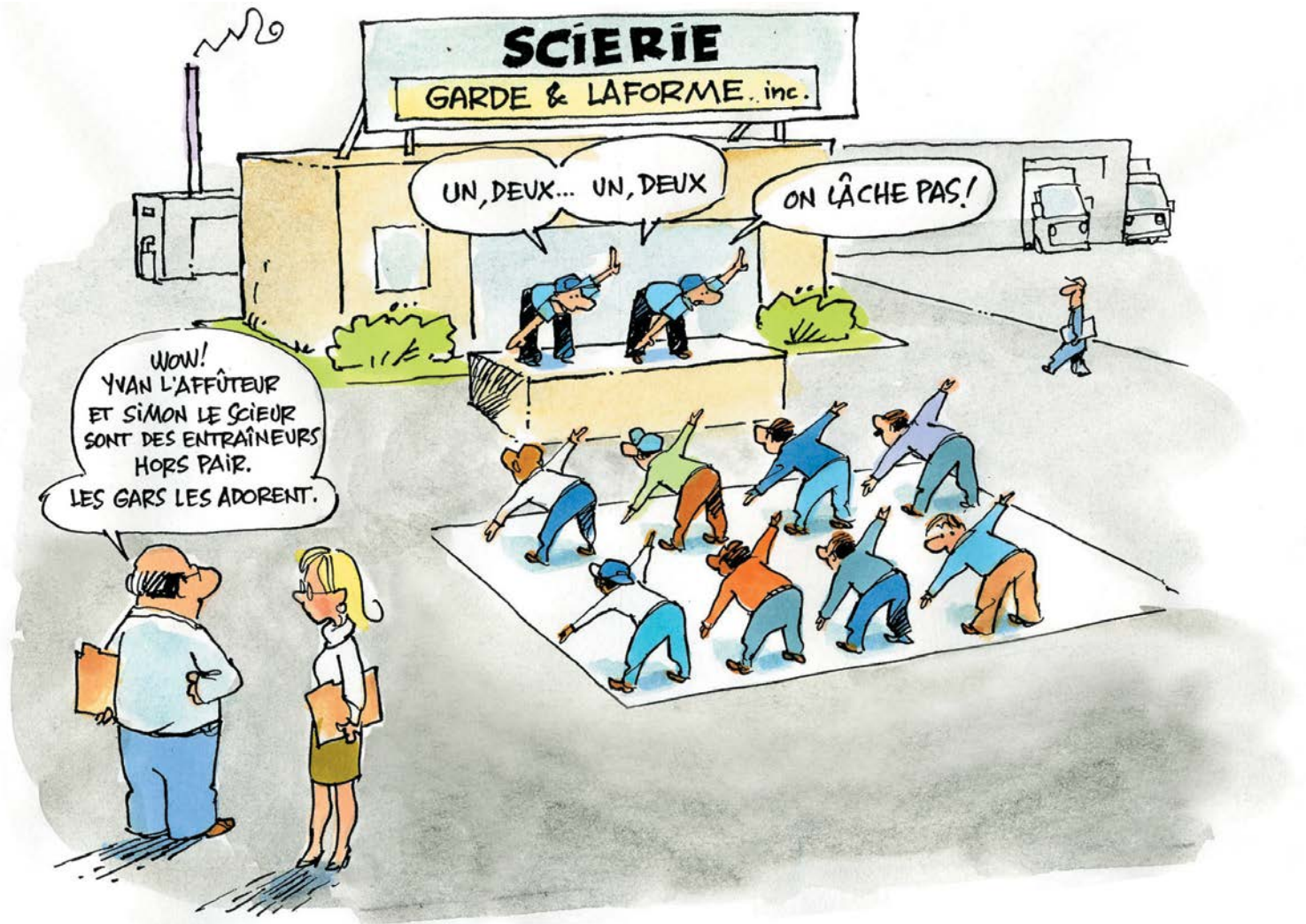
LA CONCEPTION DU PROGRAMME

Je me souviendrai toujours de la rencontre où j'ai parlé de mon idée d'implanter un programme d'exercices physiques afin de réduire nos lésions musculo-squelettiques aux membres de notre comité de santé et sécurité de l'usine de bardeaux. Je n'avais pas terminé ma phrase qu'un superviseur s'est écrié « Aie ça va faire ! Tu ne feras pas faire des pirouettes à mes gars ! ». L'accueil de cette idée n'a pas été très enthousiaste. J'ai eu droit à une série d'arguments défavorables : « On n'a pas

de place pour faire cela, on n'a pas le temps, et surtout, on n'a personne pour animer les séances d'exercices ». Le même superviseur m'a lancé devant le groupe : « Ce n'est sûrement pas toi qui vas les animer ! ». Je dois avouer qu'il n'avait pas tort... J'ai quitté cette rencontre bien découragé.

Dans les jours qui ont suivi, j'ai beaucoup repensé à leur « on n'a personne pour faire cela ! ». Les membres de mon comité avaient raison, je ne pouvais pas me transformer en missionnaire de l'exercice physique. J'ai alors pensé à me tourner vers les travailleurs. Comme je le mentionnais précédemment, nos usines comptaient plus de 350 personnes. Il devait bien y en avoir quelques-uns, parmi eux, qui avaient un grand intérêt pour le conditionnement physique. Après une petite enquête interne, je détenais la solution : Yvan, un de nos affûteurs, animait des cours à l'école de karaté de notre ville depuis plusieurs années, et Simon, un scieur de bardeaux, mettait à la disposition de tous sa salle d'entraînement physique. À eux deux, ils allaient me concocter un excellent programme avec l'objectif de prévenir l'apparition de malaises physiques chez nos travailleurs.

J'ai donc proposé le projet à mes deux sportifs et, d'emblée, ils ont accepté, très motivés par cette idée. L'entreprise les a soutenus afin de leur permettre de concevoir le programme. Par la suite, nous avons fait valider leur travail par une ressource externe, un ergonome du service de santé aux entreprises. Ce dernier a donné son aval au programme développé par mon duo affûteur-scieur. Nous en étions bien heureux. Le programme proposé comportait cinq minutes d'étirements et d'échauffements qui ciblaient le haut du corps (épaules et bras) qui représentaient la majorité des lésions chez nos travailleurs. Ce cinq minutes d'exercices allait se dérouler avant le quart de travail, dans la salle de repos, avec de la musique, et il allait être animé



en alternance par Yvan et Simon (plus tard se joindra à eux une ingénieure de l'entreprise, elle aussi sportive). Nous avons présenté le projet à la direction et il a été décidé que la participation à ce programme se ferait sur une base volontaire, et que les participants seraient rémunérés ou cumuleraient le temps pour ce cinq minutes.

LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME

Une fois le programme approuvé, nous en avons fait l'annonce à l'ensemble des travailleurs de l'usine de bardeaux lors de la rencontre mensuelle de santé et sécurité. Je me souviens encore de la réaction des travailleurs : il y a eu des sourires et des fous rires, mais les gens ont accueilli favorablement le projet. C'était prometteur et encourageant.

La semaine suivante, nous avons commencé le programme, ce fut un succès. Au moins huit travailleurs sur dix se sont présentés avant leur quart de travail pour s'étirer et s'échauffer. Je me suis rendu à quelques reprises pour assister aux séances et, chaque fois, c'était très motivant. Tous effectuaient les exercices avec entrain et, à la fin de séance, ils

poussaient un cri de ralliement tous en cœur; c'était impressionnant. Moi qui ne suis pas très enclin à ce genre d'activité, j'avoue que je trouvais cela très énergisant et motivant.

ET LES RÉSULTATS?

Ce que l'on cherchait à obtenir avec la mise en place de ce programme d'exercices d'échauffements physiques s'est réalisé. Nous avons eu une baisse des lésions musculo-squelettiques, et c'est tant mieux, autant pour les travailleurs que pour l'entreprise. Je me souviens des commentaires positifs de la personne qui s'occupait du suivi des lésions chez nous : elle était dubitative au départ, et très positive face au programme par la suite. Aussi, nous avons étendu ce programme à nos usines de rabotage et de bois d'œuvre, en libérant nos animateurs pour en assurer la réussite. Quelques années après avoir quitté l'entreprise, j'ai rencontré Simon, le scieur qui animait les séances d'exercices, qui m'a dit que le programme était toujours en place. Ce fut un beau moment de bonheur pour moi.

Au-delà des bienfaits physiques sur nos travailleurs, j'ai observé, au fil de la préparation et de la réali-

sation de ce projet, d'autres bienfaits. J'ai vu des travailleurs enthousiastes et fiers de s'occuper d'un projet auquel ils croyaient et pour lequel ils avaient la confiance de leur employeur. Cela est d'ailleurs la marque de reconnaissance la plus forte qu'on peut faire à un employé en tant que patron : lui donner l'occasion, voire la possibilité, d'ajouter son grain de sel afin qu'il puisse contribuer à une amélioration dans son entreprise. Que ce soit en santé et sécurité ou pour un autre enjeu de l'entreprise, je suis persuadé que cela contribue à éviter bien des maux, et à faire des travailleurs heureux.



Denis Dubreuil
M. Sc., erg.
Directeur - Développement des programmes

Maux de dos et analyse ergonomique

Il est bien connu que les maux de dos constituent une donnée importante dans les statistiques en santé et sécurité du travail. Or, il n'est pas toujours facile de déterminer précisément l'origine et la cause d'une telle lésion, car plusieurs structures peuvent être atteintes: ligaments, disques, muscles... En revanche, il est possible d'analyser une tâche qui peut occasionner un mal de dos et d'évaluer le niveau de risque de celle-ci. Une intervention dite « analyse ergonomique » permet d'engager une démarche rigoureuse en tenant compte de différents facteurs de risque. Voyons comment l'ergonome s'y prend pour analyser une tâche et comment il peut proposer des solutions avant que ne survienne un mal de dos.

Avant d'entreprendre une intervention à une tâche de manutention – ou à toute autre tâche –, il est important de s'informer du contexte de travail. Il faut prendre connaissance des trois aspects suivants: l'individu (ex.: les caractéristiques personnelles des employés), les charges à déplacer (ex.: la masse) ainsi que la tâche à réaliser (ex.: la distance à parcourir).

Ainsi, si l'ergonome observe une flexion sévère du dos lors de l'exécution d'une action de manutention, il devra proposer des recommandations visant l'élimination ou la réduction du risque. Ses propositions pourront inclure des ajustements de l'aménagement, une amélioration de la méthode de travail ou encore l'ajout d'une aide mécanique.

L'EFFORT EXCESSIF

L'haltérophile soviétique Vassili Alexeiev a remporté la médaille d'or aux Jeux olympiques de Montréal en 1976. Son programme d'entraînement exigeait qu'il soulève 40 tonnes de fonte par séance! Dans les années 1970, il était nommé « l'homme le plus fort du monde ». Sa méthode de soulèvement et sa capacité musculaire lui permettaient de soulever plus de 250 kg à l'épaulé-jeté.

Chacun possède une capacité musculaire à soulever une charge et il est important de ne pas excéder. Pour le manutentionnaire devant effectuer le déplacement d'une charge, il est important qu'il ne surestime pas sa capacité à réaliser ses actions; tant et aussi longtemps qu'il « demeure dans sa zone de confort », on peut dire que le risque est

FIG. 1 : LES RENSEIGNEMENTS À CONNAÎTRE AU SUJET DE LA TÂCHE À ANALYSER (ex.: manutention de charge)

L'INDIVIDU

- L'expérience
- L'hérédité
- La capacité physique

LA CHARGE

- La masse (poids)
- La dimension
- Le type de prise
- La stabilité de la charge

LA TÂCHE

- La force requise (force-effort)
- La distance à parcourir
- Les obstacles/les dénivelés
- La posture
- La répétition

POSTURE/MAUX DE DOS

Tous les renseignements indiqués dans la Figure 1 influencent le niveau de risque d'une lésion au dos lors de l'exécution d'une tâche de manutention. Or, deux de ces éléments sont très importants et ne doivent être en aucun moment ignorés: la posture et la force-effort. La notion de « posture » correspond à la séquence des mouvements qui seront engagés lors du déplacement de la charge. Afin d'éviter les blessures, il est primordial de vérifier si l'activité de manutention nécessite une flexion importante du dos. Ceci est particulièrement critique lors de l'étape du soulèvement de la charge puisque c'est habituellement à ce moment que les forces de compression sont les plus élevées sur la région lombaire. Lors d'un soulèvement en flexion importante du dos, les disques intervertébraux sont en déséquilibre et le noyau des disques est déplacé vers l'arrière. À long terme et par cumul de flexions sévères, il est possible que le noyau se déplace à l'extérieur du disque: c'est la hernie discale qui s'installe!

FIG. 2 : DOS DROIT (disques intervertébraux en équilibre)

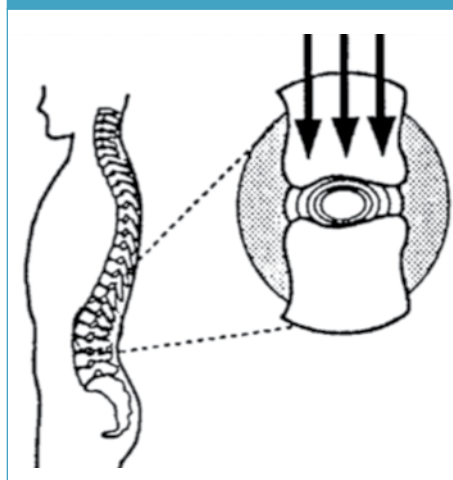
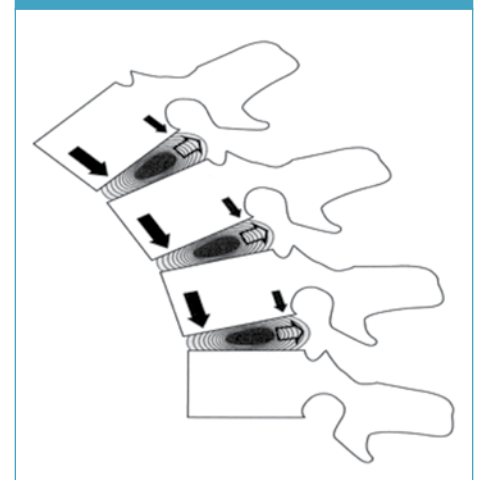


FIG. 3 : FLEXION DU DOS (disques intervertébraux en déséquilibre)





LES ACCIDENTS DU TRAVAIL LES PLUS NOMBREUX SELON LE GENRE D'ACCIDENT – 2017

GENRE D'ACCIDENT	NOMBRE	%
1. Effort excessif	15 711	18,2
2. Réaction du corps	15 677	18,2
3. Chute au même niveau	10 383	12,0
4. Frappé par un objet	9 055	10,5
5. Coincé/écrasé par un équipement/un objet	4 403	5,1
TOTAL DES ACCIDENTS AU QUÉBEC EN 2017	86 223	100

Source : Statistiques annuelles CNESST, 2017

maîtrisé et l'éventualité d'une blessure au dos est limitée. Or, les statistiques de la CNESST démontrent que de nombreuses situations de travail ont été réalisées dans un contexte « d'effort excessif ». Le tableau ci-dessus présente les cinq genres d'accidents les plus souvent enregistrés à la CNESST : aucun genre d'accident n'est plus nombreux que celui associé à un effort excessif!

Avec ces renseignements provenant de la CNESST, il est clair que toute personne ayant comme mandat de prévenir les accidents de travail devra être attentive à l'effort excessif. Les questions suivantes devraient être posées :

- Quelles sont les tâches qui nécessitent un effort important/excessif?
- Des tâches de manutention peuvent-elles compromettre la sécurité des employés?
- De l'aide mécanique est-elle offerte pour le déplacement des charges lourdes?

RÉGLEMENTATION

L'appel à un ergonome pour effectuer l'analyse d'une tâche n'est pas toujours requis, mais dans certaines circonstances, une telle démarche pourrait certainement être pertinente. L'intervention d'un ergonome ou d'un conseiller SST doit toujours inclure l'analyse de plusieurs facteurs de risque, dont la posture et la force requise (effort excessif). D'ailleurs, le *Règlement sur la santé et la sécurité au travail* (RSST) présente une obligation à l'employeur en lien avec le principe d'effort excessif :

RSST, art. 166

« Lorsque le déplacement manuel de charges ou de personnes compromet la sécurité du travailleur, des appareils mécaniques doivent être mis à la disposition de celui-ci. »

EN CONCLUSION

L'employeur doit donc veiller à ce que le déplacement de charges soit effectué de façon à réduire les risques. Lorsqu'il croit que le déplacement manuel d'une charge peut compromettre la santé et la sécurité d'un travailleur, il doit s'assurer que ce dernier puisse effectuer sa tâche avec de l'aide mécanique. Que vous soyez un spécialiste en ergonomie ou non, considérez d'intégrer la prévention afin de réduire les maux de dos dans votre plan d'action annuel en SST : vous contribuerez ainsi à réduire le risque que vos travailleurs se blessent.



Denis Dubreuil
M. Sc., erg.
Directeur - Développement des programmes



Manutention et maux de dos : prévention-formation

Une lésion musculo-squelettique est généralement le résultat d'un cumul de sollicitations au-delà de la capacité de la personne blessée. Dans le cas d'une blessure à la région lombaire, il est possible qu'elle soit associée à des tâches de déplacement de charge. En effet, l'activité de manutention est une activité pour laquelle on observe un nombre important de blessures. D'ailleurs, les statistiques de la CNESST indiquent qu'une des professions les plus à risque est celle du manutentionnaire : 10% de tous les accidents enregistrés au Québec sont associés à cette profession! Les statistiques démontrent également que le dos constitue le site corporel le plus lésé.

PROFESSIONS LES PLUS À RISQUE (NOMBRE DE DOSSIERS ACCEPTÉS À LA CNESST – 2017)

PROFESSION DU TRAVAILLEUR	NOMBRE D'ACCIDENTS (ET%)
1. Travailleurs spécialisés dans les services	11 342 : 13,2%
2. Personnel médical, technicien de la santé et travailleurs assimilés	10 817 : 12,5%
3. Manutentionnaires et travailleurs assimilés	8 637 : 10,0%
Total de tous les accidents au Québec (2017)	86 223 : 100%

Source : Statistiques annuelles CNESST, 2017

Pour tenter de réduire le nombre de lésions associées à la manutention de charge, il est tout à fait pertinent pour l'employeur de mettre en œuvre un programme de formation. La mise en place pourrait prévoir les étapes suivantes :

- recensement des tâches comportant des opérations de déplacement de charges;
- identification des différents types de manutention effectuée dans l'entreprise (boîtes, sacs, objets cylindriques), avec leur distance de déplacement et les équipements disponibles pour effectuer la manutention;
- identification des événements ayant occasionné des douleurs/accidents/lésions à la suite d'une opération de manutention;
- planification et diffusion de la formation (déroulement, contenu, exercices pratiques, etc.);
- suivi : validation de la mise en place des connaissances acquises.

RÈGLEMENTATION

La section XX du *Règlement sur la santé et la sécurité du travail* (RSST) présente les mesures ergonomiques que l'employeur doit mettre en place. En lien avec la manutention de charge, l'article 166 indique ceci :

RSST, art. 166 : « Manutention : les travailleurs préposés à la manutention de charge ou de personnes doivent être instruits de la manière d'accomplir leur travail de façon sécuritaire. »

Cet énoncé rappelle clairement que le travailleur doit recevoir les instructions qui lui assureront d'effectuer ses tâches reliées au déplacement de charge de façon sécuritaire.

REVENONS À LA FORMATION...

Plusieurs aspects doivent être intégrés dans une démarche de formation sur la manutention sécuritaire afin de réduire les risques de blessures au dos et à la région lombaire. Voici quatre concepts à couvrir, tant lors de la formation que durant les activités régulières de manutention au travail.

1. GARDEZ LE DOS DROIT

Lors de la saisie d'une charge à un niveau inférieur, il faut veiller à garder le dos droit et – par opposition – éviter de courber la colonne vertébrale. Lorsque le dos demeure droit, la force exercée sur les disques intervertébraux – particulièrement ceux de la région lombaire – est beaucoup moins importante. La position idéale est de garder le dos droit et de fléchir les genoux pour se rapprocher de la charge à soulever : le risque de blessure au dos sera ainsi réduit.

2. ÉVITEZ LES TORSIONS

La torsion du dos est également un mouvement à risque, surtout lors de la manutention d'une charge lourde. Sans que l'objectif soit d'éliminer complètement ce geste, il faut tenter de réduire l'amplitude d'une torsion afin de réduire le niveau de risque. Pour ce faire, il faut s'assurer qu'au moins un pied se trouve dans la direction de la saisie et du dépôt de la charge.

3. DIMINUEZ LE TEMPS DE CHARGEMENT ET L'ÉLOIGNEMENT DE LA CHARGE

Il va de soi que le risque de blessure au dos augmente en fonction du temps pendant lequel le manutentionnaire déplace la charge et supporte celle-ci. Soulever une charge lorsqu'elle se situe loin du corps augmente la tension exercée sur le système musculo-squelettique. Avant de soulever la charge, il faut vérifier la possibilité de l'approcher près de soi (sur le rebord de la palette, par exemple). Il sera beaucoup plus facile et sécuritaire d'engager le soulèvement de charge de cette façon : en plus de sécuriser le dos, cela permet de supporter la charge moins longtemps!

4. C'EST TELLEMENT LOURD QUE...

Bon nombre d'organisations ont établi des consignes relatives au déplacement sécuritaire des charges. Certaines d'entre elles établissent même une masse pour laquelle elles exigent que le déplacement de charge s'effectue à deux. Et, bien sûr, lorsque le déplacement manuel de charges compromet la sécurité du travailleur, l'employeur doit rendre disponibles des appareils mécaniques afin d'assurer que la tâche soit réalisée de façon sécuritaire.

CONCLUSION

Plusieurs tâches de manutention sont effectuées dans un très grand nombre d'entreprises et entraînent trop souvent des blessures au dos. Pourquoi ne pas intégrer ce sujet dans votre plan de prévention? Une formation auprès de vos manutentionnaires contribuera certainement à réduire leurs risques de blessure au dos!



Louise Neveu, CRHA
2^e c., Gestion SST
Conseillère en SST

Les facteurs de risque des maux de dos

Les maux de dos sont répandus dans la plupart des pays industrialisés et représentent l'une des principales causes d'invalidité dans le monde.

Selon la CNESST, en 2017, pour tous les dossiers de lésions attribuables aux TMS, ouverts et acceptés, la proportion de lésions tant pour la région lombaire que la région dorsale représente 77,2% de l'ensemble des sièges de lésion identifiés. La région cervicale, quant à elle, enregistrait une proportion de 47,3%¹.

Constitué de plusieurs centaines de pièces différentes qui s'articulent les unes aux autres pour permettre toute sa mobilité, le dos est une région du corps humain qui, malgré sa grande force musculaire, est des plus vulnérables et fragiles. Quels sont les facteurs favorisant la survenance de lésions au dos? C'est ce que nous tenterons de voir dans cet article.

MÉTIERS PLUS À RISQUE

Un mal de dos peut survenir, dans notre vie professionnelle, lorsque nous pratiquons nos loisirs ou simplement dans nos activités de la vie quotidienne; personne n'est à l'abri.

Cependant, les statistiques révèlent que pour certains métiers ou occupations les maux de dos ont une incidence plus importante. Mentionnons, entre autres^{2, 3, 4}:

- les professions paramédicales (infirmiers, aides-soignants, physiothérapeutes, kinésithérapeute, etc.);
- les manutentionnaires, déménageurs, bagagistes, etc.;
- les conducteurs d'engins de chantier;
- les puéricultrices en service de garde;
- les chauffeurs routiers et chauffeurs-livreurs;
- les postes administratifs;
- les ouvriers en bâtiments et travaux publics;
- les agriculteurs;
- les employés d'entretien ménager.

En regardant certains de ces métiers d'un peu plus près, on réalise rapidement que certaines conditions de l'environnement de travail sont communes à plusieurs d'entre eux. À titre d'exemples :

1. ORIGINES DES MAUX DE DOS

Le dos est constitué de quatre structures principales, soit les vertèbres, les disques, les tendons et les muscles⁵. Certaines de ces structures présentent des composantes sur lesquelles s'exercent des forces importantes lors de la mobilisation. Elles peuvent donc être atteintes de lésions telles qu'un ligament étiré, un spasme musculaire, un nerf comprimé, une articulation irritée, un disque aplati, etc., qui peuvent causer de la douleur au dos.

De façon générale, on peut regrouper l'origine des maux de dos en deux grandes catégories, soit l'accident et l'usure. Les diverses lésions peuvent être attribuées à l'une ou l'autre selon les circonstances de la survenance de la lésion. Par exemple, une entorse lombaire à la suite d'une perte d'équilibre en voulant éviter une chute et une entorse lombaire survenue à la fin d'une journée au cours de laquelle il y a eu plus de manutentions qu'à l'habitude.

L'ACCIDENT

L'accident, c'est quand quelque chose se brise. Lors d'un accident, une force suffisamment importante s'applique pour l'emporter sur la résistance de cette

chose, par exemple, une tasse de porcelaine tombant sur un plancher de tuile et éclatant en plusieurs morceaux; la résistance de la tuile est plus grande que celle de la tasse. Il en est de même pour le dos; un ligament se déchire, un disque s'écrase, une apophyse se brise, une articulation se luxé, etc.

La force exercée peut être externe, comme dans le cas d'une chute ou d'une collision. Elle peut aussi être d'origine interne, c'est-à-dire que la force développée par nos muscles peut être suffisamment grande pour blesser une des structures du dos. Cette situation peut survenir quand la posture est mauvaise. Par exemple, essayer d'attraper un objet qui chute en trébuchant; on fournit alors un effort soudain et violent pour rétablir notre équilibre et rattraper l'objet. L'effort fourni entraîne une blessure causée par la force appliquée par nos propres muscles.

Les principaux facteurs qui causent l'accident sont un environnement présentant des lacunes à la sécurité et la perturbation de mouvement (déséquilibre, faux mouvement, etc.).

L'USURE

L'usure provient d'une force insuffisante pour causer une lésion d'un seul coup, mais qui, avec la répétition, peut s'étaler sur une période plus ou moins longue et affaiblir le dos. La survenance de la blessure peut être due à une répétition de trop qui brise la dernière résistance d'une des composantes du dos.

L'usure survient lorsqu'il y a une sursollicitation, le dos travaille trop fort, trop mal ou trop longtemps. L'usure est souvent associée à des problèmes ergonomiques dans l'environnement.

SANTÉ

- Déplacements de personnes (poids et répétition)
- Équipements à manipuler
- Espaces restreints

SERVICE DE GARDE

- Soulèvements d'enfants fréquents
- Mobilier trop bas (conçu pour les enfants)

MANUTENTION

- Déplacement de charges (poids et répétition)
- Distance à parcourir
- Soulèvement de charges

CAMIONS/ENGINS DE CHANTIER

- Vibrations à tout le corps
- Posture statique prolongée

ADMINISTRATION

- Organisation des lieux de travail
- Équipement informatique
- Posture statique prolongée

SUITE À LA PAGE 10 ►

2. IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE

Selon l'Organisation mondiale de la santé, un facteur de risque est « tout attribut, caractéristique ou exposition qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme⁹ ».

Savoir reconnaître les facteurs de risque facilite leur identification et le choix de mesures appropriées pour réduire le risque. Il existe six facteurs de risque qui regroupent des situations présentes dans les milieux de travail et dans les activités quotidiennes non professionnelles.

A. LA POSTURE

On connaît tous des postures plus pénibles que d'autres même sans effort. Alors quand on doit y ajouter une charge ou un effort, le risque s'accroît. Cinq postures sont particulièrement associées aux maux de dos :

L'asymétrie

L'asymétrie est une posture où les deux côtés du corps ont des positions différentes. C'est le cas lorsqu'on transporte, d'une seule main, un objet lourd ou lors du transport d'un objet volumineux qui nous empêche de bien voir. L'asymétrie peut aussi être le résultat de l'aménagement du poste ou de l'organisation du travail; les outils, le matériel, les commandes sont situés d'un seul côté. Ces

situations accroissent le risque lorsqu'elles sont extrêmes, présentes sur une période prolongée ou impliquent des efforts importants.

Porter loin du corps, trop haut ou trop bas

Porter loin du corps nous déséquilibre; pour éviter de tomber vers l'avant, les muscles dorsaux se contractent davantage pour maintenir l'équilibre. Cette situation augmente aussi la pression exercée sur les disques (poids de l'objet + contraction accrue); porter près du corps facilite l'équilibre et diminue les pressions. Cependant, certaines situations de travail ne permettent pas d'utiliser ce facteur de protection; pensons au déplacement d'un objet volumineux ou d'un objet chaud ou souillé ou d'un contenant de liquide sans couvercle ou d'une surface de dépôt ou de prise trop éloignée, trop haute ou trop basse.

Flexion du tronc

La flexion du tronc entraîne un déséquilibre vers l'avant. Les mêmes phénomènes de contraction musculaire et d'augmentation de pression se produisent, mais de façon beaucoup plus marquée. L'ajout d'une charge vient augmenter encore davantage les forces et pressions exercées sur les structures du dos. Le mouvement de flexion du tronc nous vient naturellement lorsqu'il faut prendre un objet et qu'il représente une moins grande dépense d'énergie que de fléchir les genoux.

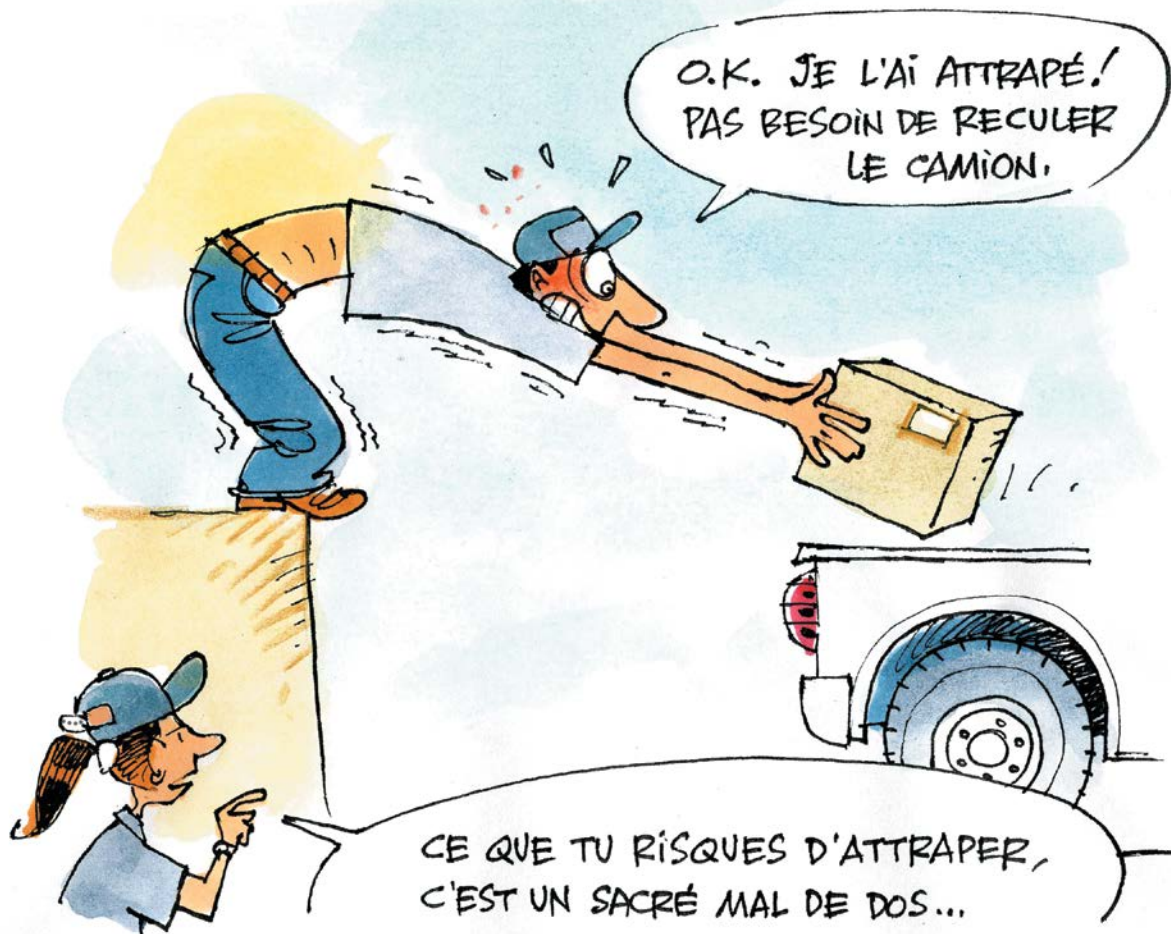
Rotation (torsion) du tronc

La torsion implique une asymétrie donc un effort supplémentaire, mais le problème se situe davantage au niveau des fibres extérieures des disques (anneaux fibreux). Ces fibres élastiques sont perpendiculaires les unes aux autres; lorsqu'il y a torsion, la moitié des fibres est relâchée et l'autre étirée. Ceci implique que lors d'une torsion, seules les fibres étirées absorbent les forces de compression. Toutes les torsions ne sont pas dangereuses: ce sont les torsions extrêmes ou celles qui impliquent des efforts importants ou qui sont fréquentes, ou encore maintenues sur une longue période, qui sont dommageables.

L'aménagement du poste de travail, la cadence de travail ainsi que la méconnaissance des principes de manutention sont des conditions qui favorisent souvent l'utilisation de mouvements de torsion.

Les efforts de traction (pousser/tirer)

Pour déplacer des charges volumineuses, lourdes ou multiples, on utilise souvent un chariot, un diable ou un autre équipement que l'on doit tirer ou pousser. La posture adoptée pour tirer est plus dommageable pour notre dos que celle de pousser. En effet, la musculature du dos est alors mise à forte contribution pour combattre l'inertie de la charge et la flexion du dos. De plus, comme on doit voir où l'on va, la torsion et l'asymétrie s'ajoutent



aux efforts de la musculature. Pousser permet d'utiliser le poids du corps et de garder le dos droit; de plus, l'asymétrie et la torsion sont alors éliminées.

Certains obstacles font en sorte qu'il devient impossible de pousser par exemple: un chariot ayant un chargement qui bloque entièrement la vue, passer par-dessus une dénivellation du plancher, un chariot chargé ou rangé dans un coin.

B. L'OBJET

Les caractéristiques de l'objet à déplacer telles que le poids, la prise et l'instabilité peuvent devenir des facteurs de risque. Plus l'objet manipulé est lourd, plus l'effort est grand; le dos peut alors être surmené. Une prise inadéquate (une charge qui se tient mal) accroît, elle aussi, l'effort de manutention et pas seulement celui du dos. En effet, les mains, les bras et les épaules vont aussi contribuer à stabiliser l'objet. Par ailleurs, faire un mouvement brusque et soudain pour rattraper un objet qui chute ou nous échappe constitue souvent un événement qui entraîne un mal de dos.

L'instabilité de l'objet, c'est lorsque l'objet qu'on manipule peut bouger; par exemple, un objet placé dans un contenant trop grand sans qu'il soit fixé pour l'empêcher de bouger, un récipient à moitié rempli ou encore un emballage fragile, peu rigide. Il faut alors non seulement transporter l'objet, mais également stabiliser la charge. Ce genre de situations accroît les efforts nécessaires à son déplacement, mais présente en plus des risques d'accident.

C. L'INDIVIDU

Les caractéristiques individuelles telles que l'hérédité, l'âge, le poids, la taille, l'état de santé, la pratique d'un sport peuvent aussi constituer des facteurs de risque. Ainsi, de façon générale, la force physique chute de beaucoup au-delà de 60 ans. Cependant, l'expérience de l'individu dans la manutention et une meilleure connaissance de ce qu'on manipule font en sorte qu'on raffine ses façons de travailler. Les statistiques révèlent d'ailleurs que les maux de dos sont plus fréquents dans la population des travailleurs de 20 à 45 ans. Un excès de poids ajoute au travail du dos; en effet, le centre de gravité est alors projeté vers l'avant et l'objet porté se trouve à une distance plus longue du corps.

D. DURÉE ET RÉPÉTITION

Le temps consacré à maintenir un effort, la distance à parcourir avec la charge (plus la distance est longue, plus l'effort est important), la fréquence des répétitions et les périodes de récupération, la période du quart de travail (plus de fatigue accumulée en fin de quart) peuvent rendre moindre la résistance des diverses structures. L'accès à des aides mécaniques ou autres, sont alors autant d'éléments constituant des facteurs de protection.

E. LE STATISME

Le statisme, ce sont les postures prolongées en cours de tâche (ex.: la caissière debout dans un supermarché, l'hygiéniste dentaire assise, tronc fléchi durant de longues minutes). La principale problématique avec le statisme, c'est la diminution de l'oxygénation des tissus en raison d'une irrigation moindre due aux contractions musculaires pour maintenir la posture.

Que la posture soit debout ou assise, l'ajout de mouvements de flexion ou de rotation augmente les forces exercées sur les structures. Le statisme est l'une des causes principales des maux de dos chez le personnel de bureau.

F. VIBRATION À TOUT LE CORPS

Les engins de chantier, les camions, les chariots élévateurs, le matériel vibrant utilisé en position assise transmettent des vibrations à tout le corps à travers la colonne vertébrale. Cette transmission de vibration accroît la fatigue musculaire, diminue la résistance lors d'un effort soudain et brusque; en effet, les ajustements constants que doivent faire les muscles et les tendons pour maintenir l'équilibre et la posture produisent les mêmes effets que le statisme.

3. AUTRES FACTEURS DE RISQUE

La présence d'un de ces trois cofacteurs, soit la température trop froide ou trop chaude, le port de gants de travail inadéquats (ou l'absence), certains facteurs psychosociaux (stress, sentiment d'urgence, forte exigence psychologique, faible autonomie de décision, manque de reconnaissance, relations de travail tendues, etc.), augmente le risque d'apparition d'une lésion au dos.

Des conditions environnementales difficiles telles que le manque d'espace pour manœuvrer, les sols rugueux ou chaotiques, les courbes et les pentes en cours de trajet, un sol avec des obstacles, le manque de visibilité, les aménagements physiques des postes, sont autant d'éléments favorisant les efforts supplémentaires, des postures asymétriques, des torsions, etc.

4. INTÉGRER LA SST

L'intégration de la SST fait appel à une vision large des effets du travail sur la santé et la sécurité, incluant les risques psychosociaux ainsi que tous les autres afin de remonter aux causes fondamentales. Elle nécessite aussi l'engagement de tous les niveaux hiérarchiques, de la haute direction aux employés, ainsi que leur présence sur le terrain pour favoriser les communications directes direction-employés.

L'intégration de la SST signifie aussi d'intervenir rapidement lorsqu'une situation dangereuse est signalée et d'apporter des correctifs, afin de réduire les risques, pas seulement pour les personnes

n'ayant pas de problème au dos, mais aussi pour les lombalgiques. Des formations adaptées aux réalités quotidiennes des opérations de l'organisation, le suivi des actions correctives, incluant la rétroaction auprès des employés, sont autant d'éléments permettant d'intégrer la SST dans toutes les sphères d'activités de l'entreprise.

CONCLUSION

L'identification des facteurs de risque des maux de dos peut s'avérer complexe et de longue haleine. Il importe, une fois les facteurs de risque identifiés, de procéder à la recherche de mesures d'amélioration et de procéder à leur mise en place. Le recours à une ressource externe s'avère souvent nécessaire pour éviter les erreurs qui peuvent s'avérer très coûteuses.

Afin de compléter votre information sur les maux de dos et de commencer votre recherche de points d'amélioration, je vous recommande de lire les articles de mes collègues, François Boucher et Denis Dubreuil, qui traitent respectivement d'hygiène de vie et d'ergonomie et de formation en prévention des maux de dos.

BIBLIOGRAPHIE

- Samperi, Sanina, – Tirer-pousser, pas si facile que ça! – Via Prévention, [www.viaprevention.com](http://www.viaprevention.com/wp-content/uploads/2017/06)>wp-content>uploads>2017/06
- Côté, Charles – Lombalgie: connaître les risques et agir sur les facteurs de protection – Matinée prévention CPSST, avril 2019.
- INRS Santé et sécurité au travail – Lombalgie, facteurs de risques
- St-Vincent, Marie, Denis, Denys, Gonella, Maud, Trudeau, Roselyne – Guide de prévention, Le travail de manutention et le service à la clientèle dans les magasins-entrepôts – IRSST et Aon
- Simoneau, Serge – Guide: Manutention et maux de dos – Multi Prévention ASP, 3^e éd. 2017
- Meyer, J.P. – Évaluation subjective de la charge de travail, Utilisation des échelles de Borg – INRS, 2014
- ISO 11228-2: 2007 – Ergonomie – Manutention manuelle – Partie 2: Action de pousser et de tirer
- <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RG-484-Trav-Man-Partie-1.pdf>

NOTES

1. CNESST: Statistiques attribuables aux TMS en milieu de travail, 2014-2017, tableau 7, p. 15
2. https://www.csst.qc.ca/prevention/theme/maux_dos/Pages/dos_limites.aspx
3. <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/facteurs-risques.html>
4. <https://www.dhnet.be/actu/sante/mal-de-dos-voici-le-top-12-des-metiers-les-plus-a-risques-582cb159cd70d913edcd70fc>
5. À titre informatif, le dos est constitué de 140 muscles, 33 à 35 vertèbres, 25 disques, 60 facettes articulaires, environ 50 apophyses transverses, 23 apophyses épineuses et une centaine de ligaments.
6. https://www.who.int/topics/risk_factors/fr/



Maryline Rosan
B.A.A., LL. B.
Avocate et conseillère en SST

Quand la condition personnelle du travailleur justifie un partage d'imputation des coûts

Votre travailleur souffre d'un mal de dos? Dans quelle mesure sa « condition personnelle » peut-elle justifier un partage d'imputation des coûts?

En matière d'imputation, le principe général est clair. L'employeur se voit imputer par la CNESST la totalité des coûts des prestations d'une lésion professionnelle (art. 326, al. 1 LATMP). Il en est de même pour la maladie professionnelle (art. 328 LATMP).

Par ailleurs, il existe des exceptions qui permettent à l'employeur de demander un partage d'imputation des coûts. Par exemple, lorsque le travailleur était « déjà handicapé » (art. 329 LATMP).

Cet article vise à exposer le raisonnement qui appuie une demande de partage d'imputation, dans le contexte d'une lésion au dos, en s'appuyant sur le motif que le travailleur était « déjà handicapé » lorsque s'est manifestée sa lésion professionnelle.

RAPPEL DE QUELQUES PRINCIPES DE BASE INCONTOURNABLES:

D'abord, un bref rappel de quelques règles de base que vous devez respecter lors de votre demande de partage d'imputation des coûts. Ces règles de base sont tirées d'un jugement cité à de nombreuses reprises, celui de la *Petite-Rivière-Saint-François*¹!

RÈGLE N° 1: RESPECTEZ LES DÉLAIS.

La demande de partage d'imputation des coûts doit être produite à la CNESST avant l'expiration de la troisième année qui suit la lésion professionnelle.

RÈGLE N° 2: FAITES LA DÉMONSTRATION QUE LE TRAVAILLEUR ÉTAIT « DÉJÀ HANDICAPÉ » LORSQUE SA LÉSION AU DOS S'EST MANIFESTÉE, ET QUE LEDIT HANDICAP A EU DES RÉPERCUSSIONS SUR SA LÉSION ET SES CONSÉQUENCES.

Une abondante jurisprudence confirme les balises à retenir pour faire la démonstration du travailleur « déjà handicapé ». Je résume :

1. que le travailleur était « handicapé » avant la survenance de sa lésion professionnelle, qu'il importe que le handicap soit congénital (ex. : une malformation) ou acquis (ex. : arthrose), qu'elle soit symptomatique ou non;
2. ce handicap correspond à une « déviation par rapport à la norme biomédicale » reconnue pour ce type de pathologie;

Autrement dit, que la déficience du travailleur n'est pas dans les « normes biomédicales ». La déficience soulevée doit être comparée à ce que l'on retrouve habituellement chez des personnes de l'âge et du sexe du travailleur au moment de la survenance de la lésion, et présenter un caractère d'anomalie par rapport à l'ensemble de la population de référence²;

3. que le handicap du travailleur a contribué à l'apparition de la lésion et à ses conséquences.

RÈGLE N° 3: APPUYEZ-VOUS SUR DES DONNÉES MÉDICALES CRÉDIBLES.

N'oubliez surtout pas qu'il ne suffit pas d'affirmer que le travailleur est porteur d'une condition préexistante qui dévie par rapport à la norme biomédicale. Il faut le prouver. Vous devez donc soit recourir à l'opinion d'un médecin expert ou soit vous fier à des études épidémiologiques ou à la littérature médicale.

Si vous choisissez cette dernière option, soit la littérature médicale ou les études épidémiologiques, un conseil : prenez une bonne tisane, et méditez en faisant des « Aooooommmmmms »... car parfois, la littérature médicale est un peu ardue.

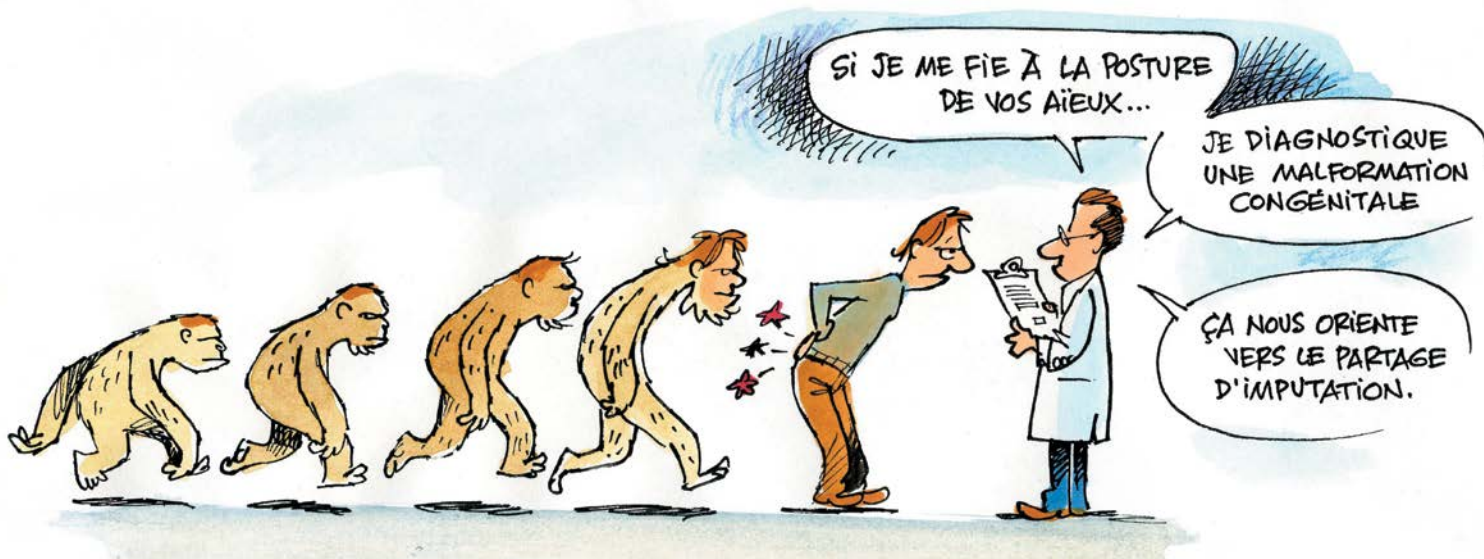
Examinons quelques illustrations jurisprudentielles, uniquement à titre d'exemples, afin d'illustrer l'application de ces règles.

Prenons l'exemple d'une personne qui souffre d'un problème d'obésité morbide de classe II. Dans quelles circonstances son obésité pourrait-elle mener à un partage d'imputation?

Afin de bien illustrer l'application pratique, citons une récente décision, l'affaire *Les Forges de Sorel inc.*³. Dans cette affaire, le travailleur, un homme âgé de 48 ans s'est infligé une entorse lombaire avec une sciatgie droite en descendant d'un chariot élévateur. Il appert évident dans de telles circonstances que l'employeur devrait se demander si l'obésité du travailleur a pu contribuer à l'apparition de cette lésion.

En examinant le dossier clinique et les antécédents du travailleur, le médecin expert de l'employeur observe que ce dernier a souffert d'entorses lombaires itératives, c'est-à-dire répétées dans le temps, tant au niveau de son dossier de la CNESST que des réclamations de nature personnelle, non reliées à un accident du travail. On y note sept épisodes d'entorses lombaires. « L'obésité morbide classe II et l'histoire d'entorses lombaires itératives constituent déjà un tableau anormal, déficient et hors-norme, note le médecin expert dans son rapport. On parle d'une sténose acquise que l'on voit dans la soixantaine avancée », précise-t-il.

Pour l'employeur, sans cette condition préalable, le travailleur n'aurait pas subi une entorse lombaire. Par conséquent, la condition personnelle du



travailleur est responsable de la survenance de la lésion ainsi que de la prolongation de la consolidation, soutient dans son argumentation écrite l'employeur.

Mais le Tribunal administratif du travail (TAT) apporte une nuance à la position de l'employeur. En effet, pour le TAT, « ces handicaps n'ont pas occasionné la lésion professionnelle, mais ils ont rendu très fragile la région lombaire du travailleur facilitant et prédisposant la survenance de cette lésion » (par. 35). Quant à savoir si cette déficience a entraîné des effets sur les conséquences de la lésion professionnelle, le Tribunal est d'accord avec la position de l'employeur. À cause de la nature de la blessure, le fait que le travailleur souffre d'obésité morbide et qu'il a eu plusieurs épisodes d'entorses lombaires, la « date de consolidation du travailleur a été particulièrement longue », note le Tribunal. Le TAT accueille donc la requête de l'employeur.

L'employeur tirera donc profit d'un partage d'imputation des coûts. Ainsi, son dossier financier lui sera imputé dans une proportion de 10 % des coûts et 90 % seront imputés aux employeurs de toutes les unités.

Dans l'affaire Recubec inc.⁴, en participant à une formation de sauvetage, le travailleur se blesse au dos après s'être penché pour placer une « victime » sur la planche dorsale. La CSST (CNESST), a accepté la réclamation sous l'angle d'une entorse lombaire causée par un accident du travail. Un examen d'imagerie par résonance magnétique de la colonne lombaire révélera la présence d'une « discopathie dégénérative multi-étagée », ainsi qu'une « hernie discale ».

L'employeur fait une demande de partage d'imputation, dans laquelle il demande qu'une proportion de 3 % soit imputée à son dossier financier, et 97 % aux employeurs de toutes les unités. Dans son argumentaire, l'employeur fait valoir que, non seulement la durée de consolidation de la lésion du travailleur fut de 420 jours, mais qu'à cela se sont ajoutés 588 jours d'indemnisation conduisant à la détermination d'un emploi convenable.

Le Tribunal accordera raison à l'employeur, dans une proportion de 1 % des coûts à son dossier financier et 99 % aux employeurs de toutes les unités.

Pour en arriver à cette conclusion, le Tribunal a pris en considération les éléments suivants :

- le passé évident de dégénérescence de la colonne lombaire du travailleur (appuyé par le rapport du médecin-conseil);
- un trouble d'adaptation du travailleur ayant mené à l'infarctus;
- l'absence d'efforts réels de recherche d'emploi du travailleur à la suite du plan individualisé de réadaptation;
- et finalement, le commentaire du juge administratif, Denys Beaulieu, voulant que le « Tribunal possède une connaissance d'office de l'impact du tabagisme sur une condition dégénérative du rachis ».

Ce ne sont pas les exemples qui manquent dans la jurisprudence. Chaque cas est un cas d'espèce. Il est toutefois important, comme le rappelle le juge administratif Beaulieu, d'identifier et de soupeser plusieurs éléments, pour déterminer l'impact du handicap sur l'apparition de la lésion ou la prolongation du délai de consolidation. Les éléments soulevés dans l'affaire Hôpital général de Montréal⁵, jugement qui a suivi La Petite-Rivière-Saint-François, font l'unanimité auprès des tribunaux, car fort utiles pour justifier un partage d'imputation des coûts. Les voici :

1. la nature ou la gravité du fait accidentel;
2. le diagnostic initial de la lésion professionnelle;
3. l'évolution des diagnostics et de la condition du travailleur;
4. la compatibilité entre le plan de traitements prescrits et le diagnostic de la lésion professionnelle;
5. la durée de la période de consolidation compte tenu de la lésion professionnelle;
6. la gravité des conséquences de la lésion professionnelle;
7. les avis médicaux à ce sujet.

Enfin, quant à la détermination de la « juste » part du pourcentage des coûts qui devraient être imputés dans le cadre d'une demande de partage, il est fréquent que les tribunaux se basent sur les critères développés dans l'affaire Groupe Prodem⁶, et qui se résument comme suit :

- lorsque le handicap entraîne une prolongation de la période de consolidation, un partage proportionnel est accordé jusqu'à concurrence de 10 %-90 %;
- lorsque d'autres conséquences s'ajoutent à la prolongation de la période de consolidation, un partage de l'ordre de 5 %-95 % est accordé;
- lorsque le handicap est très sérieux et/ou les conséquences très importantes, un partage de 1 %-99 % est accordé;
- lorsque l'apparition de la lésion professionnelle relève entièrement du handicap, un partage total de 0 %-100 % est accordé.

Pour en apprendre davantage sur le sujet, nous vous suggérons de suivre la formation *Imputation des coûts* offerte par le Centre patronal SST.

NOTES

1. Municipalité Petite-Rivière-Saint-François et CSST, (1999) C.L.P. 779;
2. Pour déterminer s'il s'agit d'un handicap qui est « hors norme biomédicale », les tribunaux se baseront sur l'analyse selon la Classification internationale des handicaps élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, Paris, CTNERHI/INSERM, 1988, 203 p., aux pages 23 et 24;
3. 2019 QCTAT 2251
4. 2017 QCTAT 4444
5. C.L.P. 102851-62-9806, 29 novembre 1999, Y. Tardif
6. 2011 QCCLP 743 (CanLII).



Francine Gauvin
B. Sc.
Conseillère en SST

Comment s'effectue la prise en charge des maux de dos dans le système de santé québécois?

La référence pour le traitement des maux de dos par les médecins de première ligne au Québec est le **Guide de pratique CLIP (Clinique des Lombalgies Interdisciplinaires en Première ligne)**. Ce guide a été conçu pour être un aide-mémoire pratique et un outil de formation pour tous les professionnels, quel que soit leur discipline clinique. Il fait consensus auprès de la communauté médicale de plusieurs pays qui, pour la plupart, ont adopté la même approche.

Voyons très sommairement les étapes des bonnes pratiques des lombalgies.

1^{RE} ÉTAPE: L'ÉVALUATION DU TYPE DE LOMBALGIE

Il existe trois types de lombalgie pour fins de triage.

- a) Lombalgie grave – s'assurer de l'absence de drapeaux rouges!

Il s'agit principalement de complications lombaires d'un traumatisme grave ou d'une maladie comme le cancer ou le syndrome de la queue de cheval.

- b) Lombalgie avec composante neurologique

Le patient a un ou des symptômes et signes indiquant une possible composante neurologique à la lombalgie.

Symptômes: douleur descendant en bas du genou, douleur irradiant souvent au pied ou aux orteils, engourdissements ou paresthésies dans le même territoire douloureux.

- c) Lombalgie simple – douleur lombaire ou lombosacrée sans composante neurologique

Caractéristiques générales: douleur «mécanique», c'est-à-dire qui varie dans le temps et selon l'activité. L'état général du patient est bon.

Pour les deux derniers types, le traitement repose sur le soulagement de la douleur par des traitements médicamenteux ou non, et le maintien des activités physiques et professionnelles² si possible.

2^E ÉTAPE: L'ÉVALUATION SUR LES STADES DE LA LOMBALGIE

En général, les lombalgies simples se consolident à l'intérieur de quatre semaines. Celles ayant des signes et des symptômes neurologiques ont une récupération qui est deux fois plus lente et ces signes et symptômes se résorbent le plus souvent sans intervention chirurgicale.

La probabilité de retourner au travail décroît avec la durée de l'incapacité reliée à la lombalgie.

Trois catégories de durée de lombalgie:

Lombalgie aiguë: 0 à 4 semaines; probabilité de retour: 80 à 100 %

Lombalgie subaiguë: 4 à 12 semaines; probabilité de retour: 60 à 80 %

Lombalgie persistante: au-delà de 12 semaines; probabilité de retour: moins de 60 %¹

3^E ÉTAPE: L'ÉVALUATION DES OBSTACLES DU RETOUR AUX ACTIVITÉS (DRAPEAUX JAUNES)

Le Guide propose aux cliniciens des questions pour l'aider à évaluer la perception du patient sur son incapacité et sa probabilité de retour au travail. Le but étant d'évaluer l'aspect psychologique du patient face à son état, d'identifier les obstacles au retour au travail et d'adapter la prise en charge pour éviter la chronicité. Par exemple:

- facteurs psychosociaux: détresse psychologique, dépression, peurs et croyances, catastrophisme, somatisation;
- facteurs liés au travail: insatisfaction, projection face au retour au travail (tâches physiques lourdes ou absence de tout type de travail), faible soutien social dans l'environnement de travail, conflits, incitatifs financiers, etc.);
- facteurs cliniques: intensité de la douleur, perception d'incapacité, perception de l'état de santé en général, symptômes (sans signes), antécédents de lombalgie de longue durée, etc.



Il est important d'identifier ces facteurs si l'on veut ultimement en réduire l'impact. Voici des messages clés transmis aux médecins à l'intention du patient :

- le rassurer sur le bon pronostic général et sur la rareté d'une atteinte grave;
- l'inciter à demeurer actif même s'il a des symptômes;
- éviter d'étiqueter le patient en insistant exagérément sur une atteinte spécifique de la colonne et sur son impact.

4^E ÉTAPE : L'ÉVALUATION DE L'ÉVOLUTION DE LA CONDITION

« L'échelle d'incapacité au dos du Québec³ » présentée dans le Guide peut être utilisée à des intervalles de quatre semaines. Dans cette évaluation, on s'attend à ce que le score du patient s'améliore d'au moins 15 points sur une période de quatre semaines. Dans la situation où le score s'améliore peu ou pas, il s'agit d'un signal objectif pour le clinicien de commencer à reprendre sa recherche aux obstacles au retour aux activités habituelles ou diriger le patient vers d'autres ressources (approche multidisciplinaire, thérapie comportementale, exercice, etc.).

Lorsque le patient ne recouvre pas ses activités après 12 semaines de lombalgie, la possibilité de retour aux activités habituelles chute de façon importante et le risque de persistance des symptômes s'accroît, d'où l'importance d'agir!

LA RÉFÉRENCE À LA PHYSIOTHÉRAPIE ET À L'ERGOTHÉRAPIE

La majorité des cas de lombalgie sera dirigée au service de physiothérapie ou d'ergothérapie. Comment cela se déroule-t-il? Voyons quelques extraits du *Guide administratif sur l'application du Règlement sur l'assistance médicale*⁴.

Les physiothérapeutes, ergothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique (TRP) doivent prodiguer des traitements visant le retour au travail prompt et durable. Ils sont détenteurs d'informations importantes à transmettre au médecin qui a la charge du patient et ils doivent en aviser la CNESST dans les délais prévus.

Responsabilités de la clinique à l'égard du travailleur

AVANT LES TRAITEMENTS

À la réception d'une ordonnance signée par le médecin qui a charge, la clinique vérifie auprès du travailleur s'il a déjà rempli et transmis à la CNESST le formulaire Réclamation du travailleur. Sinon, elle l'invite à le faire dans les plus brefs délais de manière à accélérer l'ouverture du dossier et le paiement des sommes qui seront réclamées par la clinique.

PENDANT LA PÉRIODE DES TRAITEMENTS

La clinique informe le travailleur des dates et des heures de ses séances. Il appartient à la clinique de signaler sans délai à la CNESST toute absence à une séance et d'informer le travailleur de cette démarche. À tout moment pendant la période de traitements, la CNESST peut demander à la clinique de l'informer de l'état du travailleur en utilisant les rapports prévus au règlement. Lorsque le physiothérapeute ou l'ergothérapeute juge que le travailleur a atteint un plateau de récupération fonctionnelle, il doit mettre fin aux traitements et rediriger le travailleur vers son médecin.

RESPONSABILITÉ À L'ÉGARD DU MÉDECIN QUI A CHARGE

La clinique doit fournir au médecin qui a charge tous les rapports de physiothérapie et d'ergothérapie remplis à la demande de la CNESST. En effet, le médecin doit disposer des renseignements nécessaires pour décider de la nature, de la nécessité et de la durée des soins et des traitements. Tout retard à informer le médecin qui a charge peut différer le retour au travail.

DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

L'intervention de la clinique comporte généralement quatre étapes :

Réception de l'ordonnance médicale

Lorsque l'état du travailleur l'exige, le médecin qui a charge prescrit des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie.

Évaluation initiale, plan de traitement et dispensation des traitements

Le physiothérapeute ou l'ergothérapeute rencontre le travailleur, évalue ses besoins, fixe les buts à atteindre et dresse un plan de traitement. À la suite de cette évaluation, il remplit le Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie et le transmet à la CNESST dans les sept jours (avec une copie de l'ordonnance, s'il y a lieu).

Il appartient à l'intervenant de la santé de déterminer le plan de traitement nécessaire au rétablissement de la lésion professionnelle du travailleur, dont la fréquence de traitements.

Une fréquence hebdomadaire maximale est introduite au règlement. Une limite de trois traitements par semaine par type de traitement peut être donnée au travailleur.

Le médecin qui a charge peut spécifier sur l'ordonnance qu'une fréquence supérieure à trois peut être nécessaire.

Malgré l'indication du médecin, l'intervenant de la santé peut juger que trois traitements ou moins sont nécessaires pour traiter le travailleur.

Production de rapports lorsque demandé

Les formulaires Rapport de physiothérapie et Rapport d'ergothérapie disponibles sur le site Web de la CNESST doivent obligatoirement être utilisés pour que les frais soient remboursés.

Fin de l'intervention

Lorsque le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le TRP juge qu'un changement dans l'état du travailleur remet en cause la pertinence des traitements ou qu'un plateau de récupération fonctionnelle est atteint, il met fin aux traitements et dirige le travailleur vers son médecin qui a charge, lequel indique la conduite à tenir.

Advenant que la CNESST ait fait une demande de rapport, il indique la date de fin des traitements ainsi que les difficultés fonctionnelles résiduelles.

Le médecin qui a charge peut aussi mettre fin aux traitements au moyen d'un rapport médical.

Les rapports permettent à la CNESST d'effectuer le suivi de l'évolution de la lésion professionnelle et, s'il y a lieu, de demander plus de renseignements au médecin qui a charge. Ils doivent être datés et signés par le membre de l'ordre professionnel qui a rempli le rapport.

Il peut être intéressant de connaître le contenu de ces rapports lors d'une demande d'expertise médicale dans vos dossiers. Demandez à la CNESST qu'elle transmette une copie du dossier médical du travailleur à votre médecin désigné surtout lorsque la période moyenne de consolidation est dépassée.

J'espère que ces quelques explications vous auront permis de comprendre le travail des professionnels impliqués dans le traitement du travailleur avec l'objectif de lui permettre de reprendre ses activités habituelles dans les meilleurs délais.

J'espère aussi, qu'avec ces explications, vous serez mieux outillé pour effectuer le suivi de vos dossiers de réclamation pour lombalgie et cerner les stades où il faut agir, et cela, même si l'employé est en assignation temporaire ou en retour progressif. À défaut d'agir, un dossier peut devenir chronique ce qui n'est pas souhaitable ni pour le travailleur ni pour l'employeur.

NOTES

1. CLIP – Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne - Guide de pratique, 2006. <https://www.csst.qc.ca/professionnels-de-la-sante/medecins/documents/cliplombalgiesguide2006.pdf>
2. Nos soulignés
3. Précité, note 1, p. 14
4. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200_6241web.pdf



Francine Gauvin
B. Sc.
Conseillère en SST

Maux de dos – Le suivi médico-administratif

Face à une réclamation pour un mal de dos, il faut avoir en tête les particularités liées à cette problématique afin d'adapter les actions médico-administratives en conséquence. Comme pour toute réclamation, il faut se questionner sur l'admissibilité, l'incapacité et l'imputabilité.

LE DIAGNOSTIC EST-IL EN RELATION AVEC LA DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT?

Vérifier la présence du processus pathologique (ou du mécanisme d'action) ou des mouvements générateurs en fonction du type de lésion diagnostiquée.

Par exemple, une entorse lombaire.

MÉCANISMES DE PRODUCTION

- Une flexion, une extension ou une torsion de l'articulation au-delà de son amplitude normale.
- Une tension extrême sur une articulation.
- Un coup direct sur une articulation.
- Une tentative manquée de manœuvrer une charge d'une lourdeur imprévue.
- Encaisser un contrecoup (comme un pic qui bute contre une roche).
- Faire un « faux mouvement ».
- En tentant de ne pas perdre l'équilibre.

L'entorse est une lésion traumatique d'une articulation résultant de sa distorsion brusque à la suite d'une torsion brutale avec élongation ou arrachement des ligaments. Lors d'un traumatisme, l'articulation peut se retrouver dans une position qui dépasse son amplitude naturelle, entraînant une lésion douloureuse. Cette lésion peut aller d'un simple étirement (entorse bénigne) à la rupture totale (entorse grave) en passant par la déchirure de quelques faisceaux (entorse de gravité moyenne). L'entorse est une blessure, c'est-à-dire une lésion traumatique imprévue et soudaine. La première condition de la présomption de l'article 28 LATMP s'applique.

À retenir :

- il n'y a pas d'entorse s'il n'y a pas eu de traumatisme, c'est-à-dire un mouvement soudain, imprévu, de distorsion de l'articulation;
- le délai d'apparition des symptômes d'une blessure est immédiat, parfois un peu à retardement (quelques minutes/heures):
 - la douleur sera à son maximum le lendemain et le surlendemain;
- la gravité du traumatisme est évaluée en fonction des conséquences immédiates:
 - lorsque le traumatisme n'est pas rapporté immédiatement et qu'il n'y a pas de consultation dans les heures qui suivent: on doit conclure qu'il s'agit d'un traumatisme mineur.

DANS VOS DOSSIERS D'ENTORSE LOMBAIRE :

Dans les situations où il y a absence de geste, de mouvement à caractère traumatique assez important pour engendrer une distension violente d'une articulation avec élongation ou arrachement des ligaments, de deux choses l'une :

- le diagnostic est inapproprié, ou;
- l'entorse a été faite ailleurs qu'au lieu et au moment rapporté.
(Il s'agit du deuxième élément de la présomption qui n'est peut-être pas rencontré: *qui arrive sur les lieux du travail*.)

Le fardeau est lourd pour le gestionnaire : ne comptez pas sur la chance pour renverser la présomption! Ça prend une preuve médicale démontrant l'absence de lien entre l'événement déclaré et la blessure.

SIGNES ET SYMPTÔMES	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur et sensibilité. • Contraction des muscles et diminution de l'amplitude des mouvements. • Il peut y avoir une diminution de la lordose.
DIAGNOSTIC	<ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit essentiellement d'un diagnostic clinique (<i>c.-à-d. basé sur les signes et symptômes</i>).
PRONOSTIC	<ul style="list-style-type: none"> • C'est une blessure qui devrait se résorber, guérir : <ol style="list-style-type: none"> 1. Période d'inflammation : limitée dans le temps (deux ou trois jours). 2. Période de réparation des tissus. 3. Période de régénération. Selon le consensus médical, sur le modèle biologique, ces trois périodes sont complétées en quatre à six semaines (période de guérison). <ol style="list-style-type: none"> 4. Finalement, une période de remodelage et de maturation peut s'étendre sur plusieurs mois selon les tissus lésés.
À NOTER	<p>* Il n'y a pas de consensus, car plusieurs chercheurs concluent qu'il n'y a aucune évidence de déchirure d'un muscle ou d'un ligament dans la lombalgie aiguë.</p> <p>Or, c'est le diagnostic retenu chez la majorité des patients qui présentent une lombalgie secondaire à un traumatisme. Il y a donc une acceptation élargie du terme entorse.</p>

Il faut écouter son corps.



C'EST TOUJOURS À NOUS
LES LOMBAIRES DE
FAIRE TOUT LE BOULOT.

JE DEMANDE À TOUS
UN PEU DE FLEXIBILITÉ.

PLIE LES GENOUX!
PLIE LES GENOUX!
PLIE LES GENOUX!

OH! ARRÊTE TON DISQUE!

DIFFÉRENTS DEGRÉS DE GRAVITÉ

ENTORSE BÉNIGNE

Grade I	• Entorses bénignes avec ligaments simplement distendus. Il y a eu distension violente, mais sans arrachement ou rupture des ligaments.
Grade II	• Cela peut être très douloureux et enflé, mais les mouvements demeurent normaux. Avec un bon traitement, le tout se consolide normalement en deux à quatre semaines.

ENTORSE GRAVE

Grade III	<ul style="list-style-type: none"> • Entorses graves avec déchirure ou arrachement ligamentaire. Mouvements anormalement amples à l'articulation et avec une grande laxité. • La douleur et l'enflure ne sont pas nécessairement pires que pour les grades I et II. • Une immobilisation de plusieurs semaines ainsi qu'une rééducation physique seront nécessaires pour limiter les séquelles. • Quelquefois, une chirurgie est nécessaire pour réparer le ligament. • Cette articulation restera fragile.
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANALYSER L'ASPECT MÉDICAL

Chaque rapport médical doit être remis en question sur trois aspects.

L'admissibilité : vérifier la présomption de l'art. 28 ou la notion d'accident du travail (art. 2), vérifier la relation entre les deux.

L'invalidité : vérifier le tableau de période de consolidation, le travailleur n'est pas nécessairement incapable d'effectuer son travail.

L'imputation des coûts : écarter les conditions personnelles : une condition personnelle non aggravée par le travail n'est pas un accident du travail. La théorie du crâne fragile¹ est une règle d'indemnisation et non une règle d'admissibilité. Repérer les indices, par exemple : date de consolidation/diagnostics multiples/algie/ose/ite/plusieurs sièges de lésion/diagnostic incompatible avec le délai de consultation. Vérifier l'opportunité de demander un partage de coûts en vertu du handicap (art. 327,1 ou d'une maladie intercurrente – obérée injustement, art. 326 (2) LATMP).

St-Onge et Domtar - Usine Lebel-sur-Quévillon, 267983-08-0507, 06-11-30, J.-F. Clément, (06LP-211).



Francine Gauvin
B. Sc.
Conseillère en SST

Anticiper le retour au travail dès que possible!

Le but ultime du traitement d'un mal de dos doit être le retour au travail au plus tôt afin de diminuer les risques d'incapacité à long terme et les effets physiques, mentaux et sociaux associés. Comment? En instaurant un programme de gestion de l'incapacité et du retour au travail des cas de lombalgie.

Voici un exemple de démarche :

A) INFORMER ET FORMER

• Sensibiliser les travailleurs aux prises avec des maux de dos. Diffuser régulièrement des informations pour rétablir les faits à l'égard de fausses croyances. La majorité des patients ayant une lombalgie aiguë récupère en quatre à six semaines. Lorsqu'une lombalgie dure plus de trois mois, on parle de chronicité. Le repos aggrave le dos chronique. Le remède : il faut faire de l'exercice, reprendre rapidement ses activités. Informez les travailleurs sur l'importance d'une bonne hygiène de vie. Un corps en pleine forme est capable de se réparer tout seul (lombalgie simple). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 60 % de la population n'atteint pas le niveau d'activité physique recommandé pour favoriser une bonne santé.

• Former les travailleurs aux techniques sécuritaires de manutention et sur les meilleures postures et mouvements à adopter. Depuis 2011, l'approche de formation-intervention dite « stratégie intégrée de prévention en manutention » (SIPM) suscite l'intérêt des intervenants en SST et des milieux de travail. Son originalité repose sur neuf principes d'action qui permettent de décoder pour mieux comprendre la richesse des techniques de manutention utilisées naturellement par les manutentionnaires¹.

B) ANALYSER LES TÂCHES DES DIFFÉRENTS POSTES DE TRAVAIL À RISQUE

• À l'aide de formulaires, de guides ou de professionnels externes :

- identifier et évaluer les facteurs de risques liés aux maux de dos². Ex. : POIDS-V : Postures et mouvements contraignants, objet mal manipulé (poids, prise, charge), individu (IMC, condition physique, etc.), durée et répétition élevées, statisme en cours de tâche, vibrations nocives;
- évaluer les postes de travail et obtenez des propositions d'interventions ergonomiques. Exemple : équipements ergonomiques, normes ergonomiques, périodes de repos minimales, etc.

- Formuler des options de reprise du travail :
 - identifier des postes et des tâches plus légers;
 - identifier des postes et des tâches pouvant être modifiés temporairement : Réduire des tâches, diminuer la charge, le rythme? Adapter la hauteur? Sécuriser les mouvements en utilisant des aides? etc;
 - connaître les exigences de l'emploi afin de faire le lien entre la capacité résiduelle et les exigences de travail.

C) AVOIR UNE PROCÉDURE POUR ÉVALUER LES POSSIBILITÉS D'UN RETOUR AU TRAVAIL AVANT LA DATE DE CONSOLIDATION. ELLE CONSISTE À SUIVRE UNE SÉQUENCE ÉLIMINATOIRE :

- 1) Est-ce que la lésion empêche le travailleur d'exécuter ses tâches normales de travail?

Sa capacité ou son incapacité dépend de deux éléments : son état de santé (une opinion médicale sur les limitations fonctionnelles peut être requise) et les exigences de l'emploi (l'expertise ergonomique afin de connaître la force nécessaire à déployer pour faire ce travail).

- 2) Est-ce que l'employé est en mesure d'effectuer son travail habituel légèrement modifié? Peut-on réaménager les tâches de façon à respecter les restrictions médicales sans dénaturer l'essentiel du travail habituellement exercé par l'employé? Exemple : infirmière affectée à des patients autonomes.
- 3) Si l'employé est incapable d'effectuer son travail, peut-il effectuer d'autres tâches? Demandez-lui ce qu'il peut faire et faites approuver ces tâches par le médecin traitant. Dotez-vous de formulaires avec des photos. Vérifiez si le médecin traitant a autorisé l'assignation temporaire proposée. Faites le suivi de l'évolution de sa capacité résiduelle et proposez-lui une nouvelle assignation temporaire.

Note : Indiquez sur le formulaire : selon son horaire normal et sera libéré le temps nécessaire pour ses traitements.



D) FAIRE LE SUIVI DE L'ÉVOLUTION MÉDICALE DE L'EMPLOYÉ ET POURSUIVRE LE SUIVI ADMINISTRATIF DES RAPPORTS MÉDICAUX :

1) Est-ce que la durée d'invalidité excède la durée moyenne de consolidation?

Il existe des lignes directrices et des guides en matière de durée d'invalidité. On peut se guider sur la durée maximale donnée comme le moment où il faut se questionner si le travailleur n'a pas repris le travail et agir en demandant une expertise médicale, par exemple³.

2) Si le médecin traitant ne suit pas la nouvelle approche de prise en charge d'un patient qui présente une lombalgie (voir article à la page 14), questionnez votre expert sur le traitement, est-il optimal (soulager la douleur, demeurer actif, exercices ou physiothérapie active, etc.), questionnez-le quant à la présence d'obstacles sous-jacents à la reprise du travail, les drapeaux jaunes, demander à votre médecin expert de vérifier ces points et allez au Bureau d'évaluation médicale (BEM).

3) Comprendre ou faire préciser les limitations fonctionnelles temporaires pour pouvoir déterminer un travail. Dans la phase aiguë ou subaiguë, les recommandations médicales classiques accompagnant souvent le retour au travail sont du type⁴ :

- éviter de **soulever, porter, pousser ou tirer** des charges lourdes;
- éviter de garder la **même posture** (en préciser la nature et la durée);
- éviter les activités en position **penchée, accroupie ou instable**;
- éviter tous les mouvements de **flexion, d'extension ou de torsion**;
- éviter de **monter, descendre** des escaliers;
- éviter de **marcher** sur un terrain accidenté ou glissant;
- éviter de **ramper, grimper**;
- éviter de subir des **vibrations** ou **contrecoups** à la colonne;
- éviter de **s'asseoir** dans des fauteuils bas.

Il est très important de connaître ces restrictions dans le cadre du retour au travail. Joignez-les au formulaire d'assignation temporaire pour plus de succès.

Les limitations fonctionnelles doivent être précisées en matière de poids, de fréquence et de durée approximative de la sollicitation de la région anatomique pour être « fonctionnelles ». Pas seulement en limite du nombre d'heures ou de jours à travailler!

Parfois, une évaluation des capacités fonctionnelles de travail peut aussi être nécessaire.

E) PRÉVENIR LA CHRONICITÉ⁵ :

1) Établir un **système de surveillance** de l'évolution d'un dossier de maux de dos et intervenir dans les cas d'arrêt de travail rendu à quatre semaines.

2) Élaborer un cadre organisationnel qui facilite les interventions entre l'entreprise et le travailleur. Cela peut inclure un **contact précoce** avec le travailleur, **une visite ergonomique** du poste de travail, une **rencontre entre le professionnel de la santé de l'entreprise** et le travailleur afin de discuter de ses **attentes**, de **repérer les obstacles** pouvant freiner son retour au travail (la kinésiphobie, soit la peur de bouger qui mène au cercle vicieux de la douleur, les fausses croyances, les craintes du travailleur de revenir au travail, etc.), de lui **faire préciser les tâches qu'il se sentirait capable de faire**, etc. dans l'optique de faire des propositions au médecin traitant.

3) Faire intervenir la réadaptation fonctionnelle après la 4^e semaine (ou plus tôt, selon le dossier), et avant la 12^e semaine d'absence. Il s'agit d'une prise en charge par un **programme de réadaptation multidisciplinaire**. Il faut évaluer les coûts-bénéfices.

4) La collaboration d'un médecin qui pourra établir un lien avec le médecin traitant peut aussi être requise.

5) Faites de la CNESST un partenaire :

- la CNESST a adopté le rapport du comité technique CNESST-FMOQ (février 2000), approuvant la nouvelle approche médicale dans la prise en charge des maux de dos⁶;
- la CNESST se donne un rôle de facilitateur dans le maintien du lien d'emploi dès le premier jour d'absence;
- elle a le mandat d'informer le milieu médical sur les rouages de la loi et les orientations;
- elle a fait de la chronicité un de ses enjeux majeurs. Elle favorise un retour en emploi prompt et durable, elle veut réduire la durée moyenne d'incapacité à 90 jours et elle veut augmenter les décisions de capacité de retour dans l'emploi pré lésionnel⁷.

F) EXIGER LE RAPPORT FINAL ET LE RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE DÈS LA CONSOLIDATION DE LA LÉSION⁸ :

1) Étudier les limitations fonctionnelles et les recommandations médicales : questionnez-vous sur sa capacité de refaire les tâches de son poste de travail ou sur la possibilité d'un emploi équivalent ou d'un emploi convenable. Cet exercice sera facilité si vous avez déjà procédé à l'évaluation des exigences physiques du poste de travail.

2) De plus, n'oubliez pas d'inclure, dans la démarche du retour au travail, l'examen d'un accommodement raisonnable sans contrainte excessive.

En effet, depuis le 2 juillet 2019, la CNESST a mis à jour sa politique en matière de retour au travail et réadaptation en intégrant le processus d'accommodement raisonnable dans sa démarche⁹. Les employeurs devront être en mesure de démontrer que leur démarche tient compte de leur obligation « d'accommodement raisonnable ». Et cela, dans le processus de retour au travail et de la réadaptation d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle qui conserve des limitations fonctionnelles permanentes et sérieuses sans pour autant que cela ne constitue une contrainte excessive. Ces nouvelles orientations sont disponibles sur le site Web de la CNESST et sont incluses dans le *Recueil des politiques en matière d'indemnisation et de réadaptation*.

NOTES

1. **Denys Denis**, chercheur et ergonomiste, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
2. Document référence : Manutention et maux de dos, Serge Simoneau et Côté, cours d'ergonomie, UQTR, 2016, https://www.grandrendez-vous.com/images/quebec/2017/pdf/Charles_Ct_Presentation--jour-du-3-mai-2017-CNESST--Quebec.pdf
3. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-512-01.pdf>
4. http://www.irsst.qc.ca/html/fr/pdf_txt/B-023.pdf
5. L'omnipraticien et le patient souffrant de lombalgie, Médecin du Québec, volume 38, numéro 12, décembre 2003; La réadaptation, une habitude à adopter! Médecin du Québec, volume 43, numéro 11, novembre 2008; Pour un meilleur suivi des travailleurs victimes de lésions professionnelles au dos, FMOQ, 35.
6. <https://www.csst.qc.ca/professionnels-de-la-sante/medecins/Documents/CLIPLombalgiesGuide2006.pdf>
7. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/400/Documents/DC400-2032-12web.pdf>
8. Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail : recommandations de bonnes pratiques, Direction générale Humanisation du travail, septembre 2008, 44 p.
9. <https://www.csst.qc.ca/employeurs/accidents-maladies-lesions/retour-travail/Pages/obligation-accommodement-raisonnable.aspx>



LE CENTRE PATRONAL SST: LA RÉFÉRENCE DES EMPLOYEURS EN SANTÉ-SÉCURITÉ!

DES FORMATIONS PRATIQUES DE HAUTE QUALITÉ!

- Plus de 70 titres de cours
- Des webinaires
- De la formation en ligne
- Des conférences
- De la formation directement en entreprise

DES ÉVÉNEMENTS SST COURUS

- Colloques
- Matinées prévention
- Rencontres juridiques
- Rencontres médicolégales

DES PUBLICATIONS UNIQUES*

- Infolettre *SST Bonjour!*
- Revue *Convergence SST*

* Vous pouvez les recevoir gratuitement, par voie électronique.
Pour vous inscrire, consultez le www.centrepatronalsst.qc.ca.

 **Centre patronal SST**
Formation et expertise 35 ans

500, rue Sherbrooke Ouest | Bureau 1000
Montréal (Québec) H3A 3C6
Téléphone : 514 842-8401

 | Suivez-nous!