

Les rechutes de lésions professionnelles de 1991

Une analyse
des données de la CSST

ÉTUDES ET RECHERCHES

Michèle Gervais
Jacques Cousin

Juillet 1996

RR-138

RÉSUMÉ



IRSST
Institut de recherche
en santé et en sécurité
du travail du Québec

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,

Les rechutes de lésions professionnelles de 1991

**Une analyse
des données de la CSST**

Michèle Gervais, Programme organisation du travail, IRSST
Jacques Cousin, CSST

avec la collaboration de
Paul Massicotte, Carole Tremblay et Normand Dufour

**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

RÉSUMÉ

REMERCIEMENTS

Cette étude a été rendue possible grâce à la CSST, notamment grâce à la Direction de la statistique et de la gestion de l'information (DSGI). La directrice de la DSGI, M^{me} Andrée Morin, nous a donné accès aux fichiers informatisés STAT-REP et, surtout, a mis à notre disposition le temps et les connaissances de quelques-uns de ses experts, ce qui a contribué, à notre avis, à produire un document qui respecte le sens et la portée des informations contenues dans les fichiers de la CSST. Nous tenons également à remercier Monsieur Gaston Bernard, Chef du service de la statistique de la DSGI, pour ses commentaires et suggestions quant au contenu et à la présentation du texte.

À l'IRSST, M^{me} Denise Granger, directrice du Programme Organisation du travail, a suivi de près l'évolution du dossier et a apporté son soutien aux différentes étapes de sa réalisation. Finalement, nos remerciements vont à Micheline Levy pour la relecture et la correction du texte ainsi qu'à Sylvie Bond, responsable de la réalisation des nombreux tableaux et de la mise en page du document.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS TABLE DES MATIÈRES

1.	Mise en contexte	1
2.	Ensemble des accidentés du travail	1
2.1	Natures et sièges de lésions en cause dans les cas de rechutes	1
2.2	Âge et sexe des travailleurs les plus touchés par les rechutes	2
2.3	Secteurs d'activité, professions et régions des travailleurs les plus touchés par les rechutes	3
3.	Ensemble des travailleurs en réadap- tation	4
3.1	Natures et sièges de lésions en cause dans les cas de rechutes avec réadaptation	5
3.2	Caractéristiques des travail- leurs en réadaptation les plus touchés par les rechutes	5
4.	Les maladies du système musculo- squelettique	6
	En somme	7
	NOTES	8

1. Mise en contexte

Cette étude résulte d'une collaboration entre la Direction de la Statistique et de la Gestion de l'Information (DSGI) de la CSST et le Programme Organisation du Travail de l'IRSST. L'objectif était le ciblage des groupes de travailleurs les plus exposés au risque de rechute, à la suite d'une lésion professionnelle, afin de définir les secteurs auprès desquels il vaudrait la peine de développer plus à fond la problématique des rechutes ainsi que celle de la réadaptation qui y est étroitement liée.

Les travaux de ciblage ayant permis de produire plusieurs données nouvelles, il est apparu utile d'en faire profiter d'autres utilisateurs en préparant un document de référence qui présenterait l'essentiel des informations que nous avons tirées de l'examen des fichiers de la CSST. De nombreux tableaux accompagnent le rapport.

Le résumé qui suit se divise en trois sections : la première concerne l'ensemble des accidentés du travail, la seconde, l'ensemble des travailleurs en réadaptation à la suite d'accidents du travail, et la dernière, les travailleurs atteints de maladies professionnelles du système musculo-squelettique.

2. Ensemble des accidentés du travail

Près de 175 000 accidents survenus en 1991 ont été indemnisés pour perte de temps de travail; parmi ces lésions, 10 000 ont été suivies de rechutes. Ces 10 000 lésions correspondent en fait à 90% des rechutes acceptées et indemnisées par la CSST¹.

Environ 6% des lésions subies chaque année sont suivies de rechutes. Peu nombreuses, ces lésions représentent cependant des coûts importants en termes de perte de temps de travail. Ainsi, la durée d'indemnisation d'une lésion avec rechute est de 7 mois en moyenne (218 jours),

alors que celle d'un dossier sans rechute est de 7 semaines (47 jours)². Si le quart environ de ces dossiers sont associés à des absences prolongées du travail - plus de 6 mois - c'est en partie lié au recours à la réadaptation et dans une moindre mesure à la répétition des rechutes pour une même lésion.

Dans ce qui suit, deux approches sont utilisées en parallèle en vue de cibler les populations les plus à risque. La première prend en compte le *volume des travailleurs* lequel constitue un indicateur de coûts; la seconde s'intéresse au risque relatif, à la *proportion de travailleurs* touchés. Ici apparaissent les divers indicateurs de risque, soit l'incidence ou le risque de subir une rechute, et une fois qu'il y a eu rechute, la probabilité qu'il y en ait plus d'une et la probabilité que le travailleur ait recours à la réadaptation.

2.1 Natures et sièges de lésions en cause dans les cas de rechutes

Parmi l'ensemble des travailleurs qui ont subi des rechutes, deux sur cinq souffrent d'une *entorse* et un sur sept est atteint d'une *lésion péri-articulaire*³.

Il n'est donc pas étonnant de constater que les *entorses au dos* et les *douleurs au dos* - les « dorsalgies-lombalgies- cervicalgies » - représentent un gros tiers de l'ensemble des rechutes. Leur importance dans la problématique des rechutes se mesure aussi par le fait que ces blessures au dos comptent parmi celles qui sont les plus souvent associées à la *probabilité de réadaptation* (un travailleur avec rechute sur six ira en réadaptation) et à des durées d'absence supérieures à une année.

Après les blessures au dos, les *blessures péri-articulaires* constituent le deuxième bloc en importance. Les deux parties du corps les plus couramment affectées sont l'*épaule* et le *coude*, avec les deux tiers

blessures péri-articulaires. Ce qui particularise ce type de blessure - quand elle touche le coude, le genou, le poignet et l'épaule - est la forte *probabilité de rechutes répétées* (un travailleur sur cinq aura plus d'une rechute).

Par ailleurs, si on s'intéresse au *risque de subir une rechute*, le portrait diffère : les hernies, les lésions péri-articulaires et les « blessures multiples-lésions internes »⁴ sont les natures qui, toutes proportions gardées, entraînent le plus de rechutes. Parmi elles, signalons que les lésions péri-articulaires et les « blessures multiples-lésions internes » (moins fréquentes) qui ont le *genou* pour siège, présentent un risque de rechute trois fois plus élevé que la moyenne des lésions et une forte probabilité de rechutes répétées.

En somme, si on considère à la fois le nombre de travailleurs concernés et les indicateurs de risque, trois catégories de lésions apparaissent prioritaires en termes de prévention des rechutes : ce sont les *entorses*, les *douleurs* et les *lésions péri-articulaires* qui, tous sièges confondus, réunissent les *deux tiers des cas de rechutes*.

2.2 Âge et sexe des travailleurs les plus touchés par les rechutes

Plus d'hommes que de femmes sont touchés du fait qu'ils sont plus nombreux dans la population active, et pour la même raison, la grande majorité des travailleurs ayant des rechutes ont entre 25 et 44 ans. Mais en termes de risque, les femmes connaissent plus de rechutes que les hommes, et ce à tout âge. De plus, les âges les plus critiques vont de 35 à 54 ans pour les travailleuses et de 45 à 54 ans pour les travailleurs.

La *supériorité du risque* de rechute chez les *femmes* se retrouve dans toutes les catégories de nature et de siège de lésion. Parmi les différents sièges de lésion, on remarque que les *lésions au coude* chez les travailleuses

sont préoccupantes sous divers aspects : risque élevé de rechute et de rechutes répétées, de même que fortes probabilités de réadaptation et d'absences du travail supérieures à un an; mais elles ne représentent qu'une petite fraction des rechutes. Les *lésions au dos* se démarquent surtout par leur nombre et les *lésions à l'épaule* retiennent l'attention à la fois par leur nombre et par des risques élevés.

Chez les *hommes*, ce sont aussi des lésions proportionnellement peu répandues - celles atteignant des *sièges multiples* - qui se démarquent au regard des mêmes indicateurs. Mais en termes de nombre de travailleurs touchés et de risque élevé de rechute et de rechutes répétées, les *lésions au genou*, à *l'épaule* et au *coude* sont aussi préoccupantes que les *lésions au dos* qui, avec un risque moindre, entraînent souvent de la réadaptation et de longues absences du travail.

2.3 Secteurs d'activité, professions et régions des travailleurs les plus touchés par les rechutes

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, on trouve un *plus grand nombre* et un *plus grand risque de rechutes* dans les *secteurs d'activité tertiaires* - la santé et les services sociaux, le commerce, les services personnels et domestiques, l'administration - que dans les autres sphères de l'activité économique, exception faite des *mines* et de *quelques secteurs manufacturiers à forte composante féminine* - l'industrie textile de première transformation et l'habillement notamment.

Quant au *secteur de la construction*, il a un profil bien particulier : le risque de rechute y est inférieur à celui de l'ensemble des secteurs mais il est aggravé par une importante probabilité de réadaptation et de forts effectifs de travailleurs, ce qui se traduit par d'imposants coûts d'indemnisation.

Si de façon plus spécifique, on voulait cibler les secteurs qui se démarquent par de *forts risques* (incidence) de *rechute* et/ou des *probabilités de réadaptation supérieures* aux moyennes pour ce qui est des natures de lésions ciblées comme étant plus critiques ou prioritaires - i.e. les entorses, les douleurs et différentes « algies » et les lésions péri-articulaires -, les secteurs d'activité qui retiennent alors l'attention sont *les mines, l'industrie textile de première transformation, l'habillement, la construction, le commerce de détail des vêtements, les services aux entreprises et l'hébergement*.

Globalement, c'est dans les *secteurs tertiaires* et dans la *construction* que l'on rencontre les plus fortes *probabilités de réadaptation* à la suite de rechutes, alors que les *rechutes répétées* sont proportionnellement plus courantes dans les *secteurs manufacturiers* (en association, on s'en doute, avec les LATR).

L'importance du tertiaire dans la problématique des rechutes se manifeste aussi par un *risque plus élevé* au sein des *professions non manuelles*. Deux grands groupes professionnels se démarquent des autres : le personnel médical qui connaît le plus haut niveau d'exposition aux rechutes (associé à un grand nombre de travailleurs touchés) et les travailleurs spécialisés dans la vente chez qui on observe les plus importantes probabilités de rechutes répétées et de rechutes accompagnées de réadaptation, ainsi que de très longues absences du travail.

Par contre, le *nombre de rechutes* (comme le nombre d'accidents) reste *plus élevé* chez *l'ensemble des travailleurs manuels*. Les travailleurs spécialisés dans la fabrication, le montage et la réparation ainsi que les manutentionnaires sont les groupes les plus importants sous cet aspect.

En ce qui concerne les *territoires CSST*, on observe des variations du risque qui peuvent s'expliquer, en partie, par les spécialisations industrielles de ces régions. Ainsi,

l'Outaouais, la Gaspésie et l'Estrie présentent une incidence de rechutes de 20 à 30% plus élevée que la moyenne québécoise.

On remarque que l'Outaouais se particularise par un risque plus élevé qu'ailleurs de rechutes de « blessures multiples-lésions internes » et de rechutes d'entorses, alors que la Gaspésie se démarque par des rechutes de « douleurs-dorsalgies-myalgies » relativement plus fréquentes qu'ailleurs au Québec. En Estrie, les lésions péri-articulaires sont celles qui présentent le plus fort risque de rechute, mais ce niveau de risque est cependant comparable à celui qui est observé en Abitibi-Témiscamingue et au Saguenay-Lac St-Jean.

3. Ensemble des travailleurs en réadaptation

La réadaptation est un processus long et coûteux qui est souvent associé aux rechutes. C'est pourquoi on a choisi de présenter dans une section différente de l'information ne concernant que les travailleurs accidentés en 1991 qui ont été en réadaptation et qui ont aussi connu des rechutes. Parmi les accidentés de 1991, 4 926 travailleurs ont eu de la réadaptation et, parmi eux, 1 361 ont connu des rechutes.

En fait, les statistiques présentées dans cette section sont influencées par le fait que *pour les trois quarts des dossiers* comportant des rechutes, *l'admission en réadaptation s'est faite à la suite de la rechute* et non à la suite de la blessure d'origine : c'est comme si la rechute venait mettre en évidence le besoin de réadaptation. C'est ce qui explique les écarts importants de niveau entre les indicateurs de cette section et ceux de la section précédente sur l'ensemble des travailleurs.

Les travailleurs qui ont eu recours au programme de réadaptation sociale et professionnelle de la CSST représentent 3% des accidentés de 1991 et leurs dossiers

ont cumulé près de la moitié des jours de travail que la CSST a dû indemniser en relation avec les accidents survenus en 1991 (cumul 1991-1994). Le quart de ces travailleurs ont eu des rechutes et se sont absentés du travail pour une durée moyenne de 851 jours (2 ans et 4 mois). On notera qu'avec ou sans rechute, l'absence moyenne reste la même, l'épisode de rechute étant noyé dans l'ensemble du processus de réadaptation.

3.1 Natures et sièges de lésions en cause dans les cas de rechutes avec réadaptation

Plus des deux tiers (70%) des travailleurs en réadaptation avec des rechutes sont atteints de l'une ou l'autre des natures de lésion déjà identifiées comme critiques : les entorses, les lésions péri-articulaires et les « douleurs-dorsalgies-myalgies ». Les *entorses et douleurs au dos* ainsi que les *lésions péri-articulaires à l'épaule* sont les types de lésions qu'on rencontre le plus souvent.

En termes de *risque*, les *lésions péri-articulaires* sont préoccupantes avec une incidence moyenne de rechute de plus de 40%, incidence qui atteint même les 45% quand la lésion est dans la région du coude; également préoccupantes, les entorses du poignet donnent lieu à des rechutes dans plus de la moitié des cas alors que les rechutes d'entorses à l'épaule surviennent chez deux travailleurs sur cinq⁵.

3.2 Caractéristiques des travailleurs en réadaptation les plus touchés par les rechutes

C'est au milieu de leur vie active que les travailleurs subissent le plus de rechutes, en termes absolus et relatifs, à quelques nuances près. Par rapport à l'ensemble des accidentés, les travailleurs en réadaptation connaissent plus tôt un risque important de rechutes, i.e. déjà à partir de 25 à 34 ans. Ici aussi, les femmes sont

plus sujettes que les hommes à faire une rechute, sauf dans les cas de lésions péri-articulaires.

Près de la moitié des travailleurs en réadaptation avec des rechutes proviennent de gros secteurs d'activité en termes d'effectifs de main-d'oeuvre : ce sont les *secteurs du commerce, de la santé et des services sociaux et celui de la construction*; par contre seuls les deux premiers présentent des risques de rechute supérieurs à la moyenne. Le secteur de la construction, quoique présentant un risque inférieur toutes proportions gardées, fait partie des secteurs les plus préoccupants en raison de l'importante proportion de travailleurs qui sont admis en réadaptation et du nombre relativement élevé de ceux qui font des rechutes.

Mais en allant au-delà du nombre de dossiers - lequel est un indicateur de coûts et non du risque - on peut voir que les secteurs de la *fabrication de matières plastiques* et de la *fabrication de matériel de transport* sont ceux qui sont les plus exposés aux rechutes, la fabrication de matériel de transport étant de surcroît caractérisée par une forte probabilité de rechutes répétées.

Sur le plan de la *durée d'indemnisation* des dossiers - qui est toujours longue dans l'univers de la réadaptation - quelques secteurs se démarquent des autres par de très longues durées. Ces secteurs sont l'*industrie du meuble, la construction, l'industrie du caoutchouc et des matières plastiques et le commerce de gros de produits divers* (absences supérieures à 1000 jours). Cet indicateur signifie vraisemblablement peu de chose au regard des rechutes comme telles, mais traduit plutôt la difficulté de réintégration au marché du travail propre aux travailleurs de ces secteurs.

Finalement, en termes régionaux, les taux de rechute les plus élevés auprès des travailleurs en réadaptation ont été observés sur la *Côte-Nord*, en *Estrie* et dans la région de *Québec*. Les rechutes de blessures multiples-lésions internes caractérisent les deux premières régions, alors

que Québec montre proportionnellement plus de rechutes de lésions péri-articulaires.

Par rapport à l'ensemble des régions cependant, les rechutes de lésions péri-articulaires et de douleurs sont relativement plus importantes dans la région de la Gaspésie qu'ailleurs au Québec, comme les entorses le sont dans le Bas-Saint-Laurent.

4. Les maladies du système musculo-squelettique

Les sections précédentes concernaient les accidentés de 1991; cette section-ci porte sur les travailleurs ayant déclaré une maladie musculo-squelettique en 1991. Ces travailleurs ont été examinés séparément et plus brièvement pour les raisons mentionnées dans le rapport.

Ces travailleurs, au nombre de 3 074, représentaient plus des deux tiers des individus ayant reçu de l'IRR pour une maladie professionnelle déclarée en 1991, ce qui témoigne d'une concentration importante de ce type de maladie. Parmi eux, un sur cinq connaîtra une rechute, un taux sensiblement plus élevé que celui des lésions péri-articulaires accidentelles (un sur neuf).

À l'inverse de ce qu'on observe chez les accidentés du travail, le risque de rechute est le même pour les travailleuses et les travailleurs et, de plus, les travailleuses atteintes sont en nombre supérieur à celui des hommes.

Un lien apparaît nettement entre la supériorité des effectifs féminins et le ciblage des secteurs et des régions les plus exposés aux rechutes. Ainsi les industries manufacturières des aliments et boissons et de l'habillement, le commerce de détail des aliments et boissons, la santé et les services sociaux, le cuir, le textile de première transformation - tous des secteurs qui emploient une main-d'œuvre en majorité féminine -, se démarquent par une plus forte concentration du

nombre de maladies du système musculo-squelettique et parfois aussi du risque de rechutes, bien que les nombres soient bien petits ici pour être vraiment significatifs à partir des données d'une seule année.

Les régions où se trouvent certaines des industries nommées ci-haut - Chaudière-Appalaches, Yamaska et l'Estrie - ainsi que la région de Québec réunissent plus de la moitié des cas de maladies du système musculo-squelettique. Mais c'est au Saguenay-Lac-Saint-Jean et en Abitibi-Témiscamingue qu'on observe les plus forts risques de rechutes des maladies du système musculo-squelettique.

Signalons en terminant, que 6% des travailleurs atteints de maladies du système musculo-squelettique passent par la réadaptation, qu'il y ait ou non rechute (i.e. une proportion deux fois plus importante que pour les accidentés), avec une probabilité un peu plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes.

En somme

Enfin, s'il fallait résumer très brièvement l'essentiel de ce qui précède, on dirait qu'environ 6% des accidentés du travail connaissent une rechute. La majorité des cas se règlent relativement rapidement. Mais pour approximativement 15 à 25% des travailleurs atteints, les rechutes constituent un problème préoccupant, source d'incapacités, de difficultés de retour au travail et de coûts importants. Ces travailleurs connaissent de longues périodes d'indemnisation, des rechutes répétées et souvent doivent recourir aux programmes de réadaptation de la CSST.

Dans l'ensemble, ce sont les travailleurs qui sont au milieu de leur vie active qui sont les plus touchés, en termes absolus et relatifs, les travailleuses un peu plus tôt que les travailleurs. Parmi les accidentés, le risque de

connaître une rechute est plus marqué chez les femmes, quoique cette différence s'atténue quand on passe au sous-univers de la réadaptation, mais le nombre l'emporte toujours chez les hommes.

Certaines lésions sont plus souvent associées aux rechutes, soit par le nombre, soit par le niveau de risque ou de gravité, soit par le besoin de réadaptation; ce sont les lésions au dos (entorses, conflits disco-ligamentaires, lombalgies, dorsalgies, cervicalgies) ainsi que les lésions péri-articulaires, surtout celles qui touchent le coude et l'épaule, puis dans une moindre mesure, le genou et le poignet.

On trouve des concentrations sectorielles et régionales plus marquées pour ces mêmes lésions. Les secteurs où l'on dénombre le plus de travailleurs accidentés avec des rechutes sont ceux de l'industrie des aliments et boissons, de la construction, du commerce, de la santé et des services sociaux, ce qui est partiellement lié aux importants effectifs de main-d'oeuvre qu'on y trouve.

Mais en termes de risque, ou de gravité relative (rechutes répétées, réadaptation, longues durées d'absence), on remarque que, dans l'ensemble, les secteurs tertiaires déclarent relativement plus de cas de rechutes que les secteurs secondaires ou primaires qui, par contre, présentent des risques plus élevés d'accidents du travail en général. Le secteur de la construction constitue une exception : en termes de risque de rechutes, il se comporte comme la moyenne des secteurs, mais là où il se distingue, c'est par son recours à la réadaptation, deux fois plus élevé que ce qu'on observe dans le reste des secteurs d'activité.

Finalement, en termes régionaux, l'Outaouais et la Gaspésie se démarquent par des risques de rechute plus élevés qu'ailleurs en ce qui concerne l'ensemble des accidents; mais si on se restreint aux travailleurs en réadaptation, c'est sur la Côte-Nord, dans l'Estrie et à Québec que le risque de rechute est plus important, alors que pour les rechutes de maladies musculo-squelettiques, l'Abitibi-Témiscamingue et le Saguenay-Lac-St-Jean apparaissent aux premiers rangs.

NOTES

1. Les dossiers dont l'événement d'origine n'avait pas été indemnisé (la rechute devenant donc le premier événement) et les dossiers où le retour au travail n'avait duré qu'une journée ou moins avant la rechute, ont été exclus. Les 1171 dossiers visés sont l'objet d'une annexe au rapport.
2. Les durées sont calculées sur la période 1991-1994.
3. Ce qui correspond à peu près aux « lésions en ite » de la CSST, soit les bursites, tendinites, ténosynovites, épicondylites, ligamentites, capsulites, etc.
4. Soit les commotions, évanouissements, traumatismes internes, contusions cérébrales et blessures multiples.
5. Rappelons que les divers taux sont calculés à partir d'effectifs réduits, ne concernant de plus qu'une seule année. Il en résulte une plus grande variabilité des indicateurs.