

**Pratiques cliniques  
des physiothérapeutes  
dans le traitement  
de travailleurs souffrant  
de maux de dos  
aigus et subaigus**

Régis Blais  
Stéphane Poitras  
Bonnie Swaine  
Michel Rossignol

**ÉTUDES ET  
RECHERCHES**

R-438

**RAPPORT**





Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

## **NOS RECHERCHES** *travaillent pour vous !*

### **MISSION**

- Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.
- Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.
- Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

### **POUR EN SAVOIR PLUS...**

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour.  
De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.  
**[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)**

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

**Abonnement : 1-877-221-7046**

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
2005

IRSST - Direction des communications  
505, boul. De Maisonneuve Ouest  
Montréal (Québec)  
H3A 3C2  
Téléphone : (514) 288-1551  
Télécopieur : (514) 288-7636  
[publications@irsst.qc.ca](mailto:publications@irsst.qc.ca)  
**[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)**  
Institut de recherche Robert-Sauvé  
en santé et en sécurité du travail,  
novembre 2005

# **Pratiques cliniques des physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos aigus et subaigus**

# **ÉTUDES ET RECHERCHES**

Régis Blais, Ph.D.<sup>1</sup>, Stéphane Poitras, PHT, Ph.D.<sup>1</sup>,  
Bonnie Swaine, PHT, Ph.D.<sup>2,3</sup> et Michel Rossignol, Md. MSc.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal

<sup>2</sup>Département de réadaptation, Université de Montréal

<sup>3</sup>Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

<sup>4</sup>Département d'épidémiologie et de biostatistique, Université McGill

<sup>5</sup>Direction de la santé publique de Montréal

**RAPPORT**

Cliquez recherche  
[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)



Cette publication est disponible  
en version PDF  
sur le site Web de l'IRSSST.

Cette étude a été financée par l'IRSSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

**CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSSST**

**Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document  
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.**

## Sommaire

Les maux de dos représentent une part importante des lésions indemnisées par la Commission de la Santé et Sécurité du Travail du Québec (CSST). Les physiothérapeutes sont couramment engagés dans la prise en charge de ce problème, mais on ne peut évaluer l'efficacité de leur approche thérapeutique puisqu'on en connaît mal la constitution. Ce projet visait principalement à 1) décrire prospectivement les interventions pratiquées par les physiothérapeutes auprès de travailleurs indemnisés par la CSST suite à un mal de dos aigu ou subaigu et 2) identifier les facteurs associés à ces choix d'interventions.

Une enquête prospective a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de physiothérapeutes travaillant dans des cliniques privées au Québec. Les physiothérapeutes participants devaient identifier les interventions employées à chaque séance auprès de deux travailleurs indemnisés suite à un mal de dos aigu ou subaigu, dont un souffrant d'irradiation et un ne souffrant pas d'irradiation. Les physiothérapeutes devaient également compléter un questionnaire décrivant leurs caractéristiques socioprofessionnelles.

Pour les travailleurs sans irradiation, 190 physiothérapeutes ont retourné un questionnaire descriptif de leur pratique (taux de réponse de 47.1%). Les interventions et conseils suivants ont été employés par la majorité des physiothérapeutes: exercices d'étirement et de renforcement, mobilisations de la colonne vertébrale, courant interférentiel, mobilisations des tissus mous/massage, chaleur, ultrasons, tractions manuelles, exercices de correction de la posture, enseignements sur les exercices et la fonction, explication des causes du mal de dos, et enseignements sur le contrôle de la douleur. Pour les travailleurs avec irradiation, 139 questionnaires ont été retournés (taux de réponse de 34.5%). En plus des interventions et enseignements mentionnés précédemment, le froid et l'approche McKenzie ont été employés par la majorité des physiothérapeutes pour ce groupe de travailleurs. Bien que traitant des travailleurs semblables, il semble y avoir trois profils de pratiques distincts chez les physiothérapeutes. Pour les travailleurs sans irradiation, ces profils sont: mobilisations des tissus mous (51.9% des physiothérapeutes), McKenzie (24.3%) et exercices/fonction (23.8%). Pour les travailleurs avec irradiation, les profils sont: mobilisations des tissus mous (39.7%), thérapie manuelle (33.1%) et exercices/fonction (27.2%). Peu de caractéristiques des physiothérapeutes étaient reliées aux profils de pratique. Puisque l'efficacité de la plupart des interventions rapportées n'est pas connue, des études sont nécessaires afin de combler cette lacune.

## Tableau des matières

|                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introduction.....                                                                                                                    | 1  |
| 2. Rappel de la problématique, de l'état des connaissances et des objectifs de recherche .....                                          | 2  |
| 2.1 Problématique des maux de dos.....                                                                                                  | 2  |
| 2.2 Données probantes concernant l'efficacité de la physiothérapie dans le traitement de<br>travailleurs souffrant de maux de dos ..... | 2  |
| 2.3 Variations de pratiques et facteurs associés.....                                                                                   | 3  |
| 2.4 Objectifs de recherche.....                                                                                                         | 6  |
| 3. Méthodologie .....                                                                                                                   | 8  |
| 3.1 Choix du devis .....                                                                                                                | 8  |
| 3.2 Développement et validation de contenu des questionnaires .....                                                                     | 8  |
| 3.3 Critères de sélection des travailleurs.....                                                                                         | 9  |
| 3.4 Étude de faisabilité et pilote.....                                                                                                 | 9  |
| 3.5 Sélection des physiothérapeutes .....                                                                                               | 10 |
| 3.6 Collecte de données .....                                                                                                           | 11 |
| 3.7 Analyses .....                                                                                                                      | 11 |
| 4. Résultats .....                                                                                                                      | 14 |
| 4.1 Résultats d'échantillonnage .....                                                                                                   | 14 |
| 4.2 Caractéristiques des travailleurs et épisodes de soins.....                                                                         | 14 |
| 4.3 Objectifs, interventions et éducation employés par les physiothérapeutes.....                                                       | 16 |
| 4.4 Profils de pratiques des physiothérapeutes et facteurs associés.....                                                                | 24 |
| 5. Discussion .....                                                                                                                     | 30 |
| 6. Conclusion .....                                                                                                                     | 34 |
| 7. Applicabilité des résultats .....                                                                                                    | 34 |
| 8. Retombées éventuelles.....                                                                                                           | 35 |
| 9. Liste des articles scientifiques et thèses produits dans le cadre de la présente subvention .....                                    | 36 |
| Références.....                                                                                                                         | 37 |
| Annexes.....                                                                                                                            | 47 |

---

**Liste des tableaux**

|                                                                                                                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1. Résultats de l'étude de faisabilité .....                                                                                                                                                                        | 9  |
| Tableau 2. Caractéristiques des travailleurs.....                                                                                                                                                                           | 16 |
| Tableau 3. Proportion des physiothérapeutes poursuivant des objectifs donnés à au moins une reprise au courant de l'épisode de soins, et proportion des séances où les objectifs ont été poursuivis.....                    | 18 |
| Tableau 4. Objectifs démontrant un changement significatif ( $p < 0.01$ ) dans la fréquence d'utilisation durant l'épisode de soins. ....                                                                                   | 19 |
| Tableau 5. Proportion des physiothérapeutes employant les interventions données à au moins une reprise au courant de l'épisode de soins, et proportion des séances où les interventions ont été employées.....              | 20 |
| Tableau 6. Interventions démontrant un changement significatif ( $p < 0.01$ ) dans la fréquence d'utilisation durant l'épisode de soins. ....                                                                               | 21 |
| Tableau 7. Proportion des physiothérapeutes abordant les types d'enseignements donnés à au moins une reprise au courant de l'épisode de soins, et proportion des séances où les types d'enseignements ont été abordés. .... | 22 |
| Tableau 8. Enseignements démontrant un changement significatif ( $p < 0.01$ ) dans la fréquence d'utilisation durant l'épisode de soins. ....                                                                               | 23 |
| Tableau 9. Profils de pratiques des physiothérapeutes participants dans le traitement de travailleurs sans irradiation .....                                                                                                | 26 |
| Tableau 10. Profils de pratiques des physiothérapeutes participants dans le traitement de travailleurs avec irradiation.....                                                                                                | 28 |

### Liste des figures

|                                                                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1. Modèle de traitement de l'information de Sullivan et al. ....                                                                                                    | 4  |
| Figure 2. Cadre conceptuel de l'étude adapté du modèle de traitement de l'information de<br>Sullivan et al. ....                                                           | 7  |
| Figure 3. Résultats d'échantillonnage.....                                                                                                                                 | 15 |
| Figure 4. Distribution des interventions/enseignements selon les deux premiers axes de l'analyse<br>de correspondance multiple pour les travailleurs sans irradiation..... | 25 |
| Figure 5. Distribution des interventions/enseignements selon les deux premiers axes de l'analyse<br>de correspondance multiple pour les travailleurs avec irradiation..... | 27 |



## 1. Introduction

Le mal de dos est un problème vécu par une proportion importante de la population. Les maux de dos représentent une part très importante des lésions indemnisées par la Commission de la Santé et Sécurité au Travail (CSST). En 1998, les maux de dos ont constitué 28% des lésions professionnelles chez les travailleurs, tout en occasionnant 33,4% des coûts d'indemnité de remplacement du revenu. La majorité de ces coûts sont cependant associés à une minorité d'individus développant une incapacité prolongée[1].

La physiothérapie est fréquemment employée dans le traitement du travailleur souffrant de maux de dos. En 1999, la physiothérapie a représenté plus de 28% des frais d'assistance médicale déboursés par la CSST, toutes lésions confondues[1]. Une étude québécoise a également démontré que plus de 64% des travailleurs indemnisés par la CSST et absents du travail pour plus d'un mois suite à un mal de dos étaient traités en physiothérapie[2].

Bien que fréquemment employée, la nature des interventions utilisées par les physiothérapeutes est peu connue. Dans la plupart des états américains et provinces canadiennes, y compris le Québec, la physiothérapie est une profession à titre protégé et non à acte réservé. Il est donc difficile de définir la profession par des actes qui y serait légalement associés. Afin de pouvoir évaluer adéquatement l'efficacité de la physiothérapie dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos, il est essentiel d'en connaître d'abord la constitution. Douze études ont été réalisées afin d'identifier ces interventions[2-13]. Deux de ces études[10, 13] ont décrit prospectivement les interventions pratiquées par les physiothérapeutes au cours de l'épisode de soin[14, 15]. Ces études ont démontré qu'il est important d'étudier l'ensemble de l'épisode de soin, i.e. de la première à la dernière séance, puisque les interventions choisies par les physiothérapeutes semblent varier de façon significative en cours de traitement. Ces études comportent cependant des limites. Premièrement, le profil de la clientèle traité dans ces études était varié, notamment au niveau de la durée des symptômes. Cette limite rend la comparaison des interventions choisies entre physiothérapeutes hasardeuse puisque le profil de la clientèle traitée pouvait varier. Deuxièmement, seulement une minorité des individus traités dans la plupart des études étaient des travailleurs absents du travail suite à un mal de dos. Il est donc difficile d'appliquer les résultats de ces études à une population spécifique, soit celle de travailleurs. Troisièmement, les instruments employés pour décrire la pratique étaient parfois peu précis, notamment au niveau de la description des types d'exercices pratiqués et des conseils donnés. Finalement, la plupart de ces études ayant été réalisées ailleurs qu'au Québec, il est impossible de savoir si la pratique rapportée reflète celle des physiothérapeutes québécois.

Face à ce manque d'information dans la pratique des physiothérapeutes auprès de travailleurs souffrant de maux de dos, une étude descriptive a été entamée. Les objectifs généraux de cette étude étaient de décrire prospectivement les interventions pratiquées par un échantillon représentatif de physiothérapeutes québécois auprès de travailleurs souffrant de maux de dos aigus ou subaigus, et d'étudier les facteurs socioprofessionnels associés aux choix de ces interventions. Les résultats des pratiques cliniques ont été comparés à la littérature scientifique sur la prise en charge des travailleurs souffrant de maux de dos, afin de déterminer à quel point les approches thérapeutiques rapportées étaient basées sur les données probantes. Ces résultats

ont également permis de définir ce qu'est une intervention typique de physiothérapie auprès de travailleurs souffrant de maux de dos.

## **2. Rappel de la problématique, de l'état des connaissances et des objectifs de recherche**

### **2.1 Problématique des maux de dos**

Bien que le concept de "mal de dos" semble à première vue évident, la première difficulté rencontrée lors de l'étude du mal de dos est sa définition. Dans ce texte, le mal de dos sera défini comme une douleur se situant dans la région lombaire et/ou sacro-iliaque de la colonne vertébrale. Cette région est affectée dans environ les trois quarts des troubles musculo-squelettiques de la colonne[16].

Dans la littérature, les maux de dos sont habituellement classifiés en deux groupes, soit spécifiques ou non-spécifiques[17]. Les maux de dos sont "spécifiques" lorsqu'une cause objective de la douleur peut être identifiée. Cette catégorie inclut entre autres les fractures, les spondylolyses et les tumeurs. Les maux de dos spécifiques représentent environ 15% des maux de dos et répondent mieux à une intervention médicale et/ou chirurgicale. Par contre, 85% des maux de dos sont dits non-spécifiques car aucune pathologie ne peut être objectivement diagnostiquée. Le reste du texte concerne donc cette dernière catégorie de maux de dos puisqu'elle représente la majorité des cas traités en physiothérapie.

À cause de leur impact sur le pronostic de récupération, deux facteurs cliniques ont été démontrés comme étant importants à évaluer chez les individus souffrant de maux de dos non-spécifiques: l'irradiation de la douleur sous le genou[18-26] et la durée des symptômes[27]. L'irradiation de la douleur sous le genou est un prédicteur important d'incapacité prolongée[18-20] et est relié aux capacités fonctionnelles du travailleur[21-26]. Pour ce qui est de la durée des symptômes, les maux de dos sont généralement divisés en trois catégories: aigus (moins d'un mois de symptômes), subaigus (d'un à trois mois de symptômes) et chroniques (plus de trois mois de symptômes)[27, 28]. Les études ont en effet démontré que plus la durée des symptômes était longue, moins le pronostic de récupération était bon. Lorsque la phase chronique est atteinte, une approche multidisciplinaire, complexe et coûteuse semble requise pour espérer un retour au travail[29, 30]. La prévention de l'incapacité prolongée lors des phases aiguë et subaiguë doit donc être un des objectifs principaux dans le traitement du mal de dos[27]. Les phases aiguë et subaiguë impliquent particulièrement les physiothérapeutes puisque la majorité des travailleurs souffrant de maux de dos traités en physiothérapie le sont lors de ces phases[2, 3, 9, 11-13].

### **2.2 Données probantes concernant l'efficacité de la physiothérapie dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos**

De nombreuses interventions peuvent être pratiquées par le physiothérapeute lors du traitement du travailleur souffrant de maux de dos, mais l'efficacité de la plupart des interventions utilisées n'a pas encore été étudiée[28, 31]. Certains essais cliniques randomisés ont été effectués pour évaluer l'efficacité de diverses interventions employées en physiothérapie[32-34]. Cependant,

ces interventions ont été le plus souvent évaluées de façon isolée, ce qui ne représente pas un traitement typique en physiothérapie constitué d'une combinaison d'interventions variant au cours de l'épisode de soins[35]. Néanmoins, la littérature tend à démontrer que, parmi les interventions pouvant être effectuées en physiothérapie, l'exercice devrait être employé afin de prévenir l'incapacité prolongée de travailleurs souffrant de maux de dos subaigus. Cette intervention a en effet été démontrée comme ayant un impact persistant sur la douleur, la fonction et la rapidité de retour au travail auprès d'individus souffrant de douleurs subaiguës[36-38]. On possède cependant peu d'informations sur le type d'exercice à privilégier[39]. Bien que l'utilisation de l'exercice semble prometteuse, on ne sait pas si une telle pratique est incluse de façon courante dans les traitements offerts par les physiothérapeutes québécois, ni la nature des exercices proposés. L'autre intervention ayant démontré une certaine efficacité à long terme est la mobilisation des tissus mous/massages[40, 41]. Cette intervention comprend également une grande variété de possibilités, et il est peu clair lesquelles doivent être privilégiées.

## 2.3 Variations de pratiques et facteurs associés

Bien que de nombreux guides de pratique ont été rédigés pour le traitement des travailleurs souffrant de maux de dos, il est peu probable que ces recommandations soient appliquées par l'ensemble des physiothérapeutes puisque de nombreuses études ont démontré le faible impact des guides sur la pratique professionnelle[42]. Puisqu'un grand nombre d'interventions sont à la disponibilité du physiothérapeute et que la majorité consultent peu la littérature[43, 44], il est fort probable que d'importantes variations existent entre physiothérapeutes quant à la prise en charge de travailleurs souffrant de maux de dos.

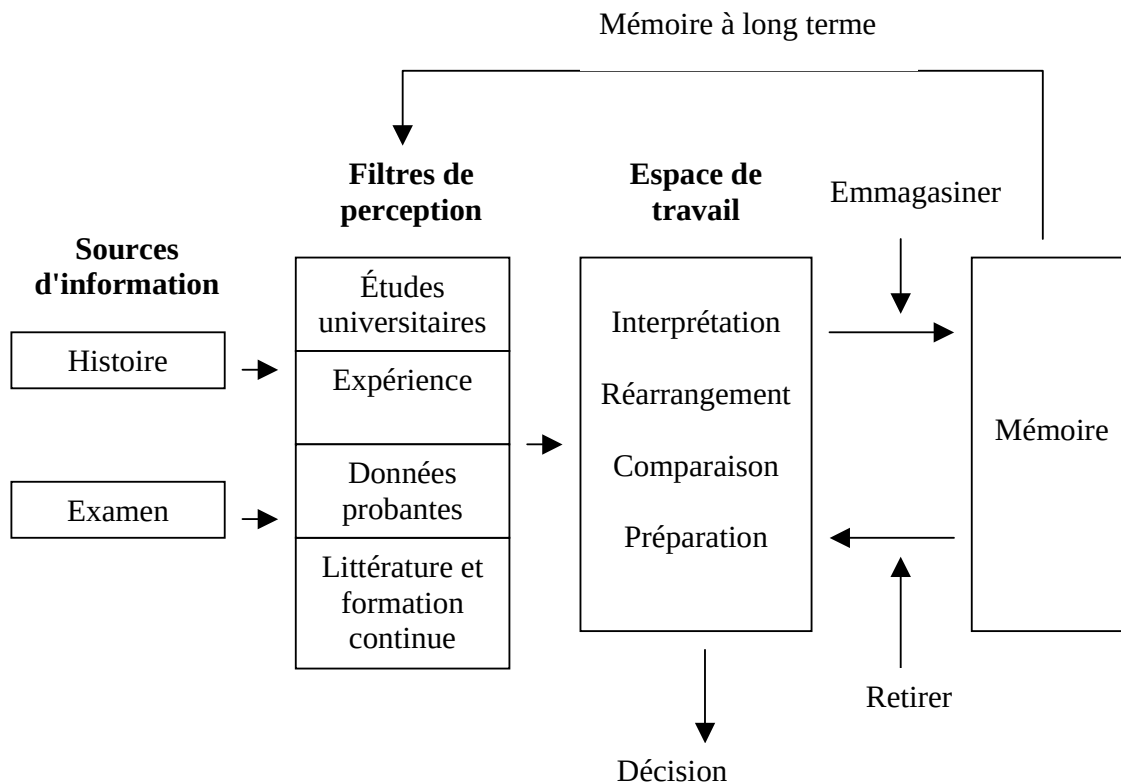
Les variations de pratiques cliniques entre professionnels ont été étudiées depuis un certain temps, notamment au niveau des pratiques médicales[45]. La description de ces variations entre cliniciens permet de quantifier le niveau d'incertitude face à l'approche thérapeutique employée pour un problème de santé donné[46]. La mise au jour de ces variations ainsi que des facteurs associés aux choix thérapeutiques peut favoriser une remise en question de la part des physiothérapeutes et des organismes régissant leur pratique[47]. La prise de conscience des cliniciens à l'égard de ces variations peut également représenter un moment privilégié pour diriger la pratique vers les données probantes[48]. L'identification des facteurs associés aux variations de pratiques permet d'élaborer des stratégies dirigées vers ces facteurs, afin de réduire ces variations et orienter les pratiques vers les données probantes[49].

Un nombre important de facteurs entrent en considération lorsqu'un physiothérapeute choisit des interventions[50]. Ces facteurs sont non seulement nombreux mais interagissent probablement entre eux. Une façon pragmatique de classer les facteurs influençant les choix thérapeutiques est de les classer en trois catégories, tel que proposé par Davis et al. : les facteurs reliés au professionnel, les facteurs reliés au patient et les facteurs reliés au contexte de pratique[51].

Pour les facteurs associés au professionnel, le modèle de traitement de l'information de Sullivan et al. sera employé[52](figure 1). Ce modèle postule que les informations obtenues par le clinicien lors de l'évaluation sont perçues différemment selon des filtres acquis à travers le temps. Le clinicien décide donc des interventions à sélectionner suite à l'obtention de l'information modulée par ces filtres. Bien que la nature de ces filtres puisse être modifiée suite à

de nouvelles expériences, la littérature démontre que ces filtres semblent très stables, ceci étant illustré par la très grande difficulté à modifier les pratiques cliniques[53] et la présence de "signatures" de pratiques qui persistent dans le temps[54].

**Figure 1.** Modèle de traitement de l'information de Sullivan et al.[52]



Les filtres influenceront tout d'abord la perception du problème de santé. Plus il y a d'incertitude dans l'évaluation du problème de santé, plus les sources d'informations subiront l'influence des filtres. Les maux de dos sont une problématique où il y a beaucoup d'incertitude puisqu'une cause ne peut être diagnostiquée dans la très grande majorité des cas. Or, la base du processus décisionnel employé par le professionnel est l'identification du problème de santé, pour ensuite sélectionner les interventions répondant à ce problème[55].

Pour ce qui est des facteurs reliés au patient, deux catégories ont été associées aux variations de pratiques[56]. Premièrement, on peut noter les caractéristiques définissant le profil de la clientèle[57], qui sont les caractéristiques cliniques du patient. Deuxièmement, les préférences du patient face aux interventions effectuées par le professionnel sont à considérer. De façon majoritaire, les patients préfèrent adopter un rôle passif et ont confiance dans les choix des interventions proposées par le professionnel[58]. Dans ce contexte, les préférences influenceront peu les choix thérapeutiques. De plus, les professionnels questionnent habituellement les patients sur leurs préférences lorsque les interventions peuvent avoir un impact iatrogénique important sur la morbidité ou la mortalité[59], ce qui est peu le cas des interventions en physiothérapie.

Certains considèrent que ces préférences ne peuvent expliquer les importantes variations qui existent dans les approches thérapeutiques employées, notamment à cause du rôle passif habituellement joué par le patient et que des variations importantes dans les préférences entre patients ont rarement été démontrées[56].

Bien que le professionnel possède une certaine latitude dans ses choix thérapeutiques, ces derniers seront conditionnés par le contexte de pratique. Tout d'abord, les sources de revenus disponibles semblent affecter les interventions effectuées par le professionnel. Une étude a démontré que le style de pratique d'un professionnel peut être relié à la forme dominante du type d'assurance présent dans la pratique[60]. Dans le contexte québécois, les sources de revenus du physiothérapeute peuvent provenir de trois types de payeurs : les organismes gouvernementaux (dont la CSST), les assureurs privés ou le financement privé, le financement public étant réputé pour être moindre. Les interventions sélectionnées par les physiothérapeutes semblent être sensibles aux revenus obtenus puisqu'une étude a démontré des variations importantes dans le choix des interventions suite à des modifications dans les montants remboursés par l'État[61].

L'organisation du travail peut affecter le choix des interventions. Le nombre de patients vus par quart de travail et la durée de la visite (plus la durée est courte, plus les revenus sont importants) influenceront non seulement les revenus obtenus par la clinique, mais également les approches thérapeutiques sélectionnées[62]. Jette et al. ont en effet démontré que les types d'interventions sélectionnées étaient reliées au nombre de patients traités [63].

Les ressources humaines disponibles à la clinique peuvent également influencer les choix thérapeutiques. Le travail à l'intérieur d'une équipe comprenant d'autres types de professionnels pourrait favoriser l'emploi d'une approche interdisciplinaire pour le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos. L'utilisation d'assistants ou de thérapeutes en réadaptation physique (TRP) varie entre physiothérapeutes et la nature des tâches déléguées varie également selon le milieu[64, 65]. Une utilisation plus intensive des assistants aura comme effet d'augmenter les revenus puisque ces derniers sont habituellement payés moindre[66]. Il y aura donc un incitatif financier à employer des interventions pouvant être effectuées par un assistant.

Finalement, la philosophie du milieu de travail du professionnel semble également affecter les choix thérapeutiques du professionnel. Généralement, les pratiques sont sensiblement les mêmes entre professionnels dans un même milieu de travail[67]. Cette homogénéité peut s'expliquer par le fait que la désirabilité sociale tend à forcer le professionnel à se rallier à l'approche dominante du milieu de travail[68]. De plus, un professionnel gère habituellement l'incertitude en discutant avec ses collègues de travail, ce qui favorise une approche standardisée dans le milieu[69]. Certains auteurs ont également proposé que les cliniciens d'un même milieu suivent habituellement l'enthousiasme d'un clinicien senior pour une intervention donnée[70].

Le comportement du professionnel sera donc affecté par l'ensemble de ces facteurs, influences qui pourront être plus ou moins fortes et plus ou moins en synergie. Ces facteurs influenceront les choix thérapeutiques en déterminant en premier lieu le problème de santé identifié par le physiothérapeute. Suite à l'identification de ce problème, le physiothérapeute choisira les interventions qu'il juge pertinentes afin de répondre à ces besoins, mais ce choix sera à son tour influencé par les facteurs précédemment mentionnés. L'identification des besoins et la sélection

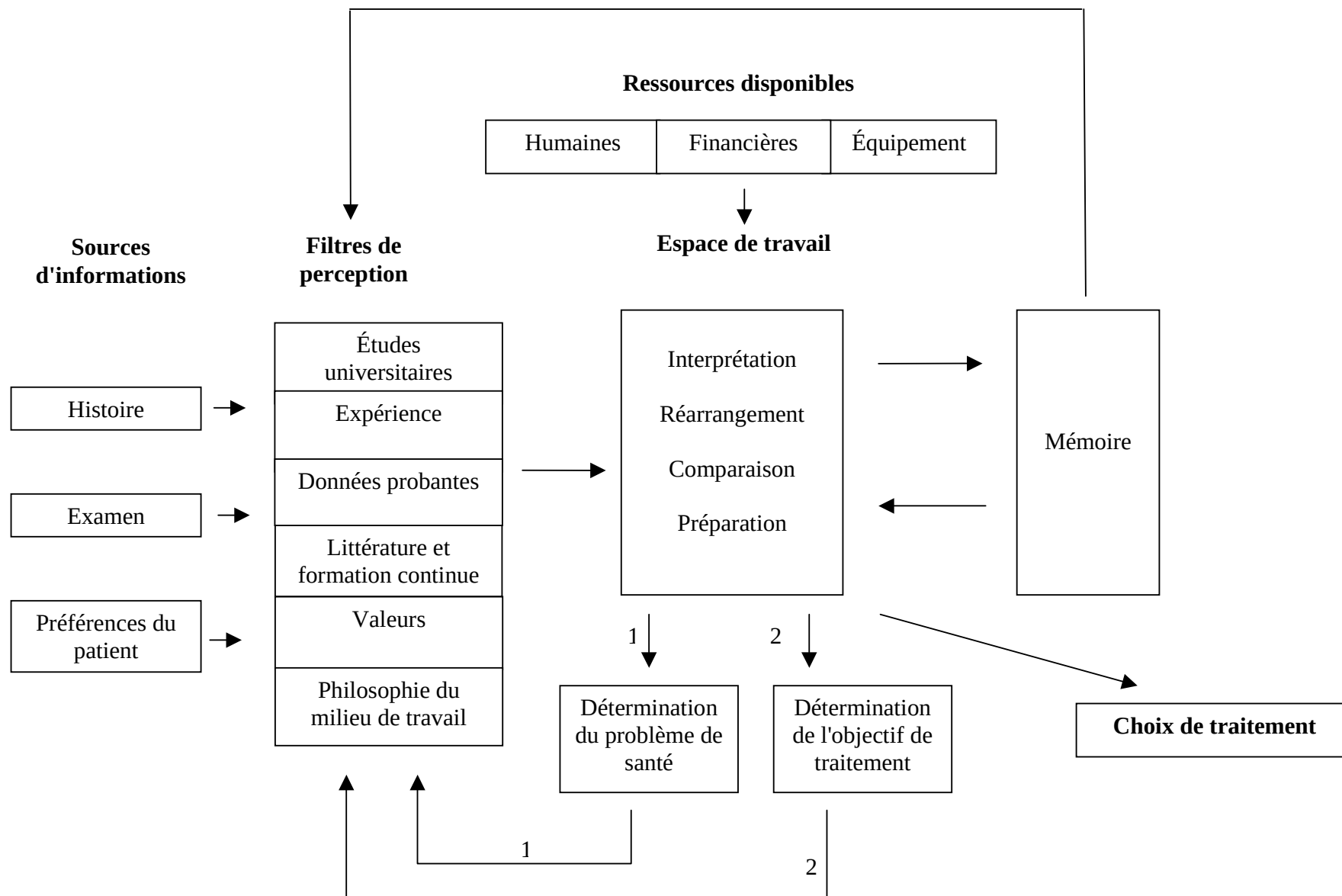
des interventions répondants à ceux-ci semblent donc être un processus complexe et interactif. À la lumière de la littérature précédente, on peut adapter le modèle de Sullivan et al. en y incluant les facteurs du patient ainsi que le contexte de pratique (Figure 2). Ce modèle a donc servi de guide pour déterminer les variables explicatives à inclure dans cette étude.

En résumé, aucune étude n'a documenté en détail les interventions utilisées par les physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs absents du travail suite à un mal de dos aigu ou subaigu, ni les facteurs associés au choix de ces interventions. La documentation de ces interventions est essentielle si on veut, par la suite, évaluer l'efficacité de la physiothérapie telle qu'elle est pratiquée.

## **2.4 Objectifs de recherche**

Ce projet visait à 1) décrire les objectifs de traitement et interventions pratiquées par les physiothérapeutes auprès de travailleurs indemnisés par la CSST suite à un mal de dos aigu ou subaigu, 2) évaluer les changements dans les objectifs de traitement et l'utilisation des interventions au courant de l'épisode de soins, 3) identifier l'impact de la présence d'irradiation de la douleur sous le genou dans le choix des interventions, et 4) identifier les facteurs associés aux choix d'interventions.

**Figure 2.** Cadre conceptuel de l'étude adapté du modèle de traitement de l'information de Sullivan et al.[52]



### **3. Méthodologie**

#### **3.1 Choix du devis**

A la lumière des résultats des études de Jette et al.[14] et van Baar et al.[15] ayant démontré que les pratiques des physiothérapeutes varient au cours de l'épisode de soin, il paraissait essentiel d'étudier l'ensemble de l'épisode afin de bien décrire la dynamique de la pratique des physiothérapeutes. Une enquête prospective décrivant chacune des séances de l'épisode de soin a donc été employée pour identifier les approches thérapeutiques utilisées auprès de travailleurs indemnisés suite à un mal de dos.

#### **3.2 Développement et validation de contenu des questionnaires**

Deux questionnaires ont été développés pour cette étude, soit un questionnaire permettant de décrire les caractéristiques du physiothérapeute et son milieu de travail (A) et un questionnaire permettant de décrire les interventions sélectionnées auprès de deux travailleurs souffrant de maux de dos (B). Une copie des questionnaires se trouve en annexe. Les items du questionnaire A ont été sélectionnés selon le cadre conceptuel précédemment proposé en incluant les items suivants :

- Pour les caractéristiques reliées au physiothérapeute : pourcentage de la clientèle constitué de personnes souffrant de mal de dos dans les derniers 6 mois, université d'obtention du baccalauréat en physiothérapie, année d'obtention du baccalauréat en physiothérapie, participation à des formations continues attestées, âge et sexe.
- Pour les caractéristiques reliées au contexte de travail : pourcentage de la clientèle constitué de travailleurs indemnisés par la CSST dans les derniers 6 mois, nombre moyen de patients toutes conditions confondues vus par quart de travail dans les derniers 6 mois, travail au sein d'une équipe multidisciplinaire lors du traitement du mal de dos, présence d'assistants dans le milieu de travail, équipements disponibles dans le milieu de travail, propriétaire ou employé dans la clinique.

Les sources suivantes d'information ont été employées pour déterminer les items du questionnaire B : littérature portant sur le champ de pratique des physiothérapeutes[71], études portant sur la description de la pratique des physiothérapeutes, deux professeurs enseignants dans le domaine musculo-squelettique des programmes de physiothérapie de l'université de Montréal et de l'université McGill, deux responsables des affaires professionnelles à l'Ordre Professionnel des Physiothérapeutes du Québec (OPPQ), un responsable du secteur de la physiothérapie à la CSST et des physiothérapeutes travaillant dans le domaine musculo-squelettique. Ce questionnaire incluait les items suivants : statut de travail du travailleur, cause du mal de dos selon le physiothérapeute, objectif principal et secondaire poursuivis lors de la séance, interventions pratiquées lors de la séance, conseils donnés lors de la séance, travailleur traité conjointement par un autre professionnel pour son mal de dos, pourcentage de tâches effectuées par un TRP, exercices effectués à la maison ou au travail par le travailleur, et durée de la séance de traitement.

Afin de bien caractériser le travailleur traité, les items suivants ont été ajoutés lors de la séance initiale du questionnaire B: âge du travailleur, sexe du travailleur, nombre de jours depuis la



première journée d'absence, titre d'emploi du travailleur, description brève des tâches principales de travail, et présence de co-morbidités ayant un impact majeur sur les capacités du travailleur à réaliser ses activités habituelles et pour lesquelles le travailleur recevait ou avait reçu des traitements. Puisque la description était limitée à deux travailleurs, les physiothérapeutes devaient indiquer à la dernière séance de traitement à quel point les interventions sélectionnées étaient représentatives de celles habituellement pratiquées, sur une échelle ordinale à 4 points allant de très semblable à très différent. Les physiothérapeutes devaient également indiquer à cette séance les raisons pour lesquelles les traitements avaient été arrêtés.

### 3.3 Critères de sélection des travailleurs

Les interventions pratiquées par chaque physiothérapeute auprès de deux travailleurs ne possédant aucun des critères d'exclusion ont été étudiées. De ces deux travailleurs, un devait souffrir d'irradiations sous le genou lors de la séance initiale, alors que l'autre ne devait pas souffrir d'irradiation sous le genou lors de la séance initiale. Des critères ont été élaborés afin de maximiser l'homogénéité de la clientèle entre physiothérapeutes, ce qui permettait d'étudier les variations de pratiques entre ceux-ci. Les critères d'exclusion des travailleurs étaient les suivants: être indemnisé par la CSST à cause d'un mal de dos depuis trois mois ou plus lors de la séance initiale, être à son travail régulier lors de la séance initiale, souffrir d'un mal de dos spécifique (fracture de la colonne, spondylolise, tumeur, syndrome de la queue de cheval), avoir eu une chirurgie pour le présent mal de dos, avoir été indemnisé par la CSST pour un mal de dos ou avoir été traité en physiothérapie pour un mal de dos dans les trois mois précédant la blessure, être enceinte, avoir reçu du médecin une prescription imposant au physiothérapeute des interventions précises.

### 3.4 Étude de faisabilité et pilote

Une étude de faisabilité a ensuite été réalisée dans un échantillon aléatoire de cliniques de physiothérapie privées de l'Estrie. Cet échantillonnage s'est fait à partir des pages jaunes. Les propriétaires de 14 cliniques ont été contactés par lettre pour savoir s'ils accepteraient que les physiothérapeutes de leur clinique soient invités à participer à une telle étude si une telle occasion leur était proposée. Nous avons ensuite contacté les physiothérapeutes de ces cliniques afin d'obtenir leur avis sur la participation potentielle à une telle étude. Nous avons également demandé aux répondants de nous indiquer leurs commentaires sur la formulation des questions. Le tableau 1 résume les résultats de cette étude de faisabilité.

**Tableau 1.** Résultats de l'étude de faisabilité

|                                                                                   |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Nombre de propriétaires de cliniques contactées                                   | 14         |
| Nombre de réponses de propriétaires                                               | 10 (71.4%) |
| Nombres de propriétaires qui accepteraient l'invitation                           | 8 (57.1%)  |
|                                                                                   |            |
| Nombre de physiothérapeutes contactés dans les 8 cliniques acceptant l'invitation | 14         |
| Nombre de réponses de physiothérapeutes                                           | 11 (78.6%) |
| Nombres de physiothérapeutes qui accepteraient l'invitation                       | 10 (71.4%) |

Afin d'évaluer la procédure de collecte de données, une étude pilote a été réalisée dans trois cliniques de la région de l'Outaouais. Ces trois cliniques ont été sélectionnées de façon non-aléatoire. Les six physiothérapeutes de ces cliniques ont été approchés et ont accepté de participer à une étude pilote dans laquelle ils ont reçu un cahier contenant cinq questionnaires B permettant de décrire les cinq premières séances du prochain travailleur se présentant à eux. Ils devaient également compléter et retourner le questionnaire A. Nous avons également demandé à ces physiothérapeutes de nous donner leurs commentaires sur la formulation des questions. Les physiothérapeutes ont été compensés financièrement pour leur participation. Aucun problème dans la procédure n'a été révélé dans cette étude pilote.

### 3.5 Sélection des physiothérapeutes

Des discussions avec la direction médicale de la CSST ont indiqué que plus de 90% des travailleurs traités en physiothérapie en 1999 l'ont été dans une clinique privée. Conséquemment, les pratiques des physiothérapeutes travaillant dans les cliniques privées ayant un lien d'affaire avec les directions régionales de la CSST du Québec ont été étudiées. Une liste des cliniques privées de la CSST ayant facturé la CSST dans les quatre premiers mois de 2002 a été obtenue. Cette donnée assurait donc que les cliniques étaient toujours actives en 2002. Cette liste contenait également le nombre de dossiers de travailleurs ouverts dans ces cliniques en 2001. Puisque bon nombre de ces cliniques ont traité peu de travailleurs en 2001 et qu'il aurait été difficile pour ces cliniques de recruter des travailleurs répondant aux critères de l'étude dans des délais raisonnables, il a été décidé d'éliminer le quart des cliniques ayant traité le plus faible nombre de travailleurs en 2001. Bien qu'elles représentent 25% des cliniques, elles ont traité seulement 4.4% des travailleurs en 2001. En éliminant ce quart, 443 cliniques étaient éligibles à l'étude. De ce nombre, huit cliniques avaient deux numéros de facturation de la CSST et ont donc été combinées. Le nombre de cliniques éligibles était donc de 434. L'équation suivante avec une erreur d'échantillonnage de 5% et un intervalle de confiance de 95% a été employée pour le calcul de la taille d'échantillon pour les populations finies, où  $N$  est la taille de la population et  $n$  la taille de l'échantillon[72] :

$$n = \frac{N}{(((N-1) * (\frac{0.05^2}{1.96^2 * 0.5^2})) + 1)}$$

Cette équation indiquait qu'un échantillon de 204 cliniques était nécessaire. Des enquêtes préalablement réalisées auprès de physiothérapeutes et notre étude de faisabilité ont obtenu des taux de participation d'environ 60%. En étant conservateur, nous avons donc estimé un taux de réponse de 50%, ce qui donne un échantillon de 408 cliniques. Cet échantillonnage a été fait de façon aléatoire et proportionnelle au nombre de cliniques présentes par région socio-sanitaire du Québec.

Une lettre d'invitation à participer ainsi qu'une description du projet ont été envoyées à l'ensemble des propriétaires ou directeurs des cliniques échantillonnées. Une lettre d'appui du projet de l'OPPQ leur a également été fournie. Deux relances postales ont été effectuées. Les cliniques n'étaient pas éligibles si elles possédaient un des facteurs suivants : aucune clientèle de la CSST n'était traitée, chaque travailleur pouvait être traité par différents physiothérapeutes, ou

les traitements étaient exclusivement donnés par des TRP. Ces informations ont été obtenues des propriétaires. En acceptant de participer à l'étude, le propriétaire a fourni la liste des physiothérapeutes impliqués dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos à sa clinique. Une lettre d'invitation à participer et une description du projet ont été envoyées à ces physiothérapeutes. La même lettre d'appui de l'OPPQ leur a également été donnée. Deux rappels postaux ont été effectués auprès des physiothérapeutes. Les physiothérapeutes n'étaient pas éligibles s'ils avaient un des facteurs suivants : horaire irrégulier, charge de travail faible, les travailleurs souffrant de maux de dos représentaient une très faible proportion de leur clientèle, congé prolongé ou départ prochain de la clinique. Ces informations ont été obtenues auprès des physiothérapeutes.

### **3.6 Collecte de données**

Suite à leur acceptation, les physiothérapeutes ont reçu le questionnaire descriptif de leurs caractéristiques (questionnaire A) qu'ils complétaient et pouvaient retourner immédiatement. Ils ont également reçu deux cahiers comprenant chacun une série de 45 questionnaires descriptifs des séances (B), dont un cahier pour le travailleur souffrant d'irradiation et un sans irradiation. Les 45 séances avaient comme objectif de couvrir la période aiguë et subaiguë du travailleur. Les interventions pratiquées auprès des deux premiers travailleurs ne présentant aucun des critères d'exclusion suite à la réception des cahiers ont été étudiées. À chaque séance, les physiothérapeutes devaient compléter un questionnaire B décrivant les interventions pratiquées auprès du travailleur. À cause du temps demandé pour remplir les questionnaires, les propriétaires ainsi que les physiothérapeutes ont reçu une compensation financière par séance complétée, soit 4\$ pour les physiothérapeutes et 1\$ pour les propriétaires. Les questionnaires ont été acheminés aux physiothérapeutes participants au courant des mois de août et septembre 2002, et ils avaient jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2003 pour retourner les questionnaires. Des rappels fréquents ont été effectués auprès des physiothérapeutes participants lors de la période de collecte de données. L'ensemble des données a été recueilli de façon anonyme et le projet a été approuvé par le comité d'éthique de recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

### **3.7 Analyses**

#### **1) Évaluation de la représentativité des échantillons**

Des données descriptives ont été employées pour évaluer la représentativité des cliniques et physiothérapeutes participants. Pour les cliniques, le volume de clientèle traité en 2001 ainsi que la distribution géographique ont été employés. La variable distribution géographique a été créée en combinant les 16 régions socio-sanitaires du Québec en 5 groupes selon la proximité aux deux grands centres urbains du Québec (Montréal et la ville de Québec): région métropolitaine de recensement de Montréal, région métropolitaine de recensement de Québec, régions socio-sanitaires périphériques de Montréal, régions socio-sanitaires périphériques de Québec, et rural. Pour les physiothérapeutes, les données suivantes ont été employées pour évaluer la représentativité: sexe, nombre d'années de pratique, pourcentage de la clientèle constitué de personnes souffrant de mal de dos dans les derniers 6 mois, pourcentage de la clientèle constitué de travailleurs indemnisés par la CSST dans les derniers 6 mois, université d'obtention du

baccalauréat en physiothérapie, et distribution géographique du milieu de travail. Des tests-t et chi carrés ont été employés pour ces analyses, avec un niveau alpha inférieur à 0.01 étant considéré comme significatif.

## 2) Analyses descriptives de la pratique des physiothérapeutes

Les analyses descriptives suivantes ont été employées pour décrire les interventions employées lors de l'épisode de soins: proportions de physiothérapeutes ayant employé l'intervention à au moins une reprise lors de l'épisode de soins, et fréquence moyenne de l'utilisation de l'intervention lors de l'épisode de soins parmi ceux l'ayant employé à au moins une reprise. En divisant l'épisode de soins en trois parties égales, la fréquence d'utilisation de l'intervention a été calculée pour chacun des tiers d'épisodes, et une analyse GLM avec mesures répétée a été employée pour évaluer le niveau de signification de changements de fréquence d'utilisation entre tiers d'épisodes. Ces analyses ont aussi été effectuées sur l'enseignement donné et les objectifs poursuivis. Ces analyses ont été effectuées séparément pour les travailleurs avec et sans irradiation, et des tests-t et chi carrés ont été employés pour déterminer s'il y avait une différence significative entre les deux groupes de travailleurs dans la prise en charge. À cause de la multiplicité des tests, un niveau alpha inférieur à 0.01 était considéré comme étant significatif. Seulement les objectifs, enseignements et interventions employés à au moins une reprise lors de l'épisode de soins par 10% ou plus des physiothérapeutes ont été présentés.

## 3) Profils de pratiques des physiothérapeutes et facteurs associés

Afin de déterminer si les physiothérapeutes démontraient certains profils de pratique, une analyse de correspondance multiple (ACM) suivie d'une classification hiérarchique[73] ont été employées avec les données d'interventions et enseignements. Ces analyses ont précédemment été employées dans d'autres contextes pour identifier des profils et les relier à des individus[74]. Ces profils ont permis de déterminer si des interventions/enseignements avaient tendance à être effectués en combinaison ou de façon dissociée.

L'ACM a été effectuée afin d'évaluer comment les interventions et enseignements étaient reliés entre eux. Pour chaque physiothérapeute, la fréquence d'utilisation de chaque intervention/enseignement lors de l'épisode de soins a été calculée. Afin de mettre l'accent sur les utilisateurs employant fréquemment les interventions, et puisque la majorité des fréquences d'utilisation n'était pas normalement distribuée, les données de fréquence d'utilisation ont été dichotomisées en employant comme point de coupure la médiane de fréquence d'utilisation de chacune des interventions: une catégorie pour les physiothérapeutes au-dessus de la médiane, et une pour ceux dont la fréquence était égale ou sous la médiane[74]. Les interventions employées par moins de 15% des physiothérapeutes pour les deux groupes de travailleurs ont été exclues des analyses afin de se concentrer sur les interventions les plus représentatives de la pratique et limiter le nombre de variables incluses dans l'analyse. À partir des tableaux de contingences, la relation entre les fréquences d'utilisation des interventions/enseignements lors de l'épisode de soins a été analysée. Cette analyse a également permis de démontrer graphiquement les relations spatiales entre les interventions, enseignements et les physiothérapeutes. Pour ce faire, cette analyse développe des axes qui sont composées des interventions/enseignements permettant de distinguer des profils de pratiques. Les

physiothérapeutes sont distribués dans l'espace selon leurs scores factoriels pour chacun des axes. La classification hiérarchique a ensuite été employée pour déterminer quel profil représentait le plus chaque physiothérapeute. Le nombre de profils de pratiques a été choisi en limitant ce nombre tout en assurant une distribution adéquate du nombre de sujets dans chacun des profils. Les épisodes de soins pour lesquels les physiothérapeutes ont indiqué que la pratique clinique employée était très différente de celle habituellement employée ont été exclus de l'analyse. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SPAD version 5.5.

Tel que démontré dans la figure 2, un nombre important de facteurs peuvent potentiellement influencer le choix des interventions effectuées par le physiothérapeute. Afin d'étudier la relation entre les profils de pratique et certains facteurs socioprofessionnels, des régressions logistiques multinomiales ont été employées. Les facteurs suivants ont été inclus dans le modèle:

- Caractéristiques des physiothérapeutes: nombre d'années de pratique, expérience avec une clientèle souffrant de maux de dos (proportion de la clientèle souffrant de maux de dos dans les derniers six mois), université de graduation, et participation à des formations continues attestées.
- Caractéristiques du contexte de pratique: proportion de la clientèle indemnisée par la CSST dans les 6 derniers mois, travail en équipe multidisciplinaire (travail en clinique avec un ergothérapeute et/ou psychologue dans le traitement de cas souffrant de maux de dos), nombre moyen de patients, toutes conditions confondues, vus par quart de travail, participation d'un TRP lors de l'épisode de soin, et durée médiane de la séance de traitement de l'épisode de soins.

Cependant, des variations dans les objectifs de traitement poursuivis pourraient expliquer en partie les variations des choix thérapeutiques. Afin d'identifier des profils d'objectifs de traitement, une ACM et une classification hiérarchique ont été effectués sur la fréquence des objectifs primaires et secondaires poursuivis lors de l'épisode de soins, en dichotomisant selon la médiane. Les profils d'objectifs ont été inclus dans le modèle.

Seules les variables reliées aux profils de pratiques dont le niveau alpha était inférieur à 0.15 dans des analyses bivariées (chi-carré and ANOVA) ont été incluses dans les régressions, et un niveau alpha inférieur à 0.01 était considéré comme significatif dans ces régressions. L'ensemble de ces analyses a été effectué séparément pour les travailleurs souffrant d'irradiations et les travailleurs ne souffrant pas d'irradiations, afin de déterminer s'il y a variation de profils de pratiques selon la présence ou non d'irradiations.

## 4. Résultats

### 4.1 Résultats d'échantillonnage

La figure 3 décrit les résultats de l'échantillonnage des cliniques et physiothérapeutes. Deux cent vingt-deux propriétaires des cliniques ont accepté de participer (taux de participation de 60.5%). Il n'y avait pas de différence significative dans la distribution géographique ( $p=0.12$ ) et le volume de travailleurs traités ( $p=0.31$ ) entre cliniques participantes et non-participantes.

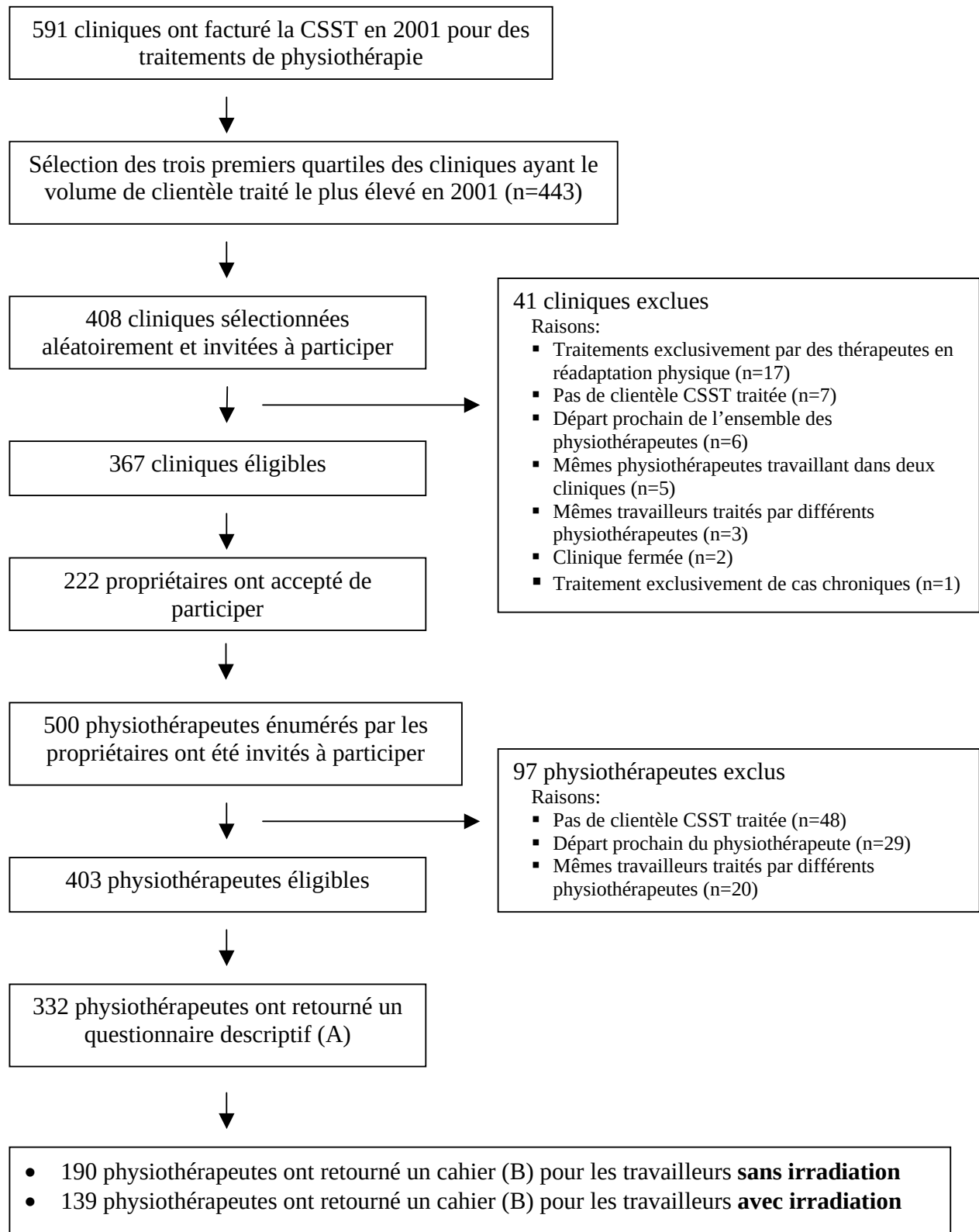
Des questionnaires descriptifs des caractéristiques des physiothérapeutes (questionnaire A) ont été retournés par 332 physiothérapeutes (taux de réponse de 81.4%). Il n'y avait pas de différence significative entre répondants et non-répondants dans la distribution géographique ( $p=0.05$ ) et le volume de travailleurs traités dans leur clinique ( $p=0.37$ ). De ce nombre, cinq physiothérapeutes ont par la suite été exclus de l'étude nous ayant informé qu'ils ne traitaient plus de travailleurs de la CSST ( $n=3$ ) ou qu'ils avaient à présent un horaire de travail irrégulier ( $n=2$ ). Deux cent douze physiothérapeutes ont retourné au moins un cahier descriptif de la pratique (questionnaire B), 63.7% des physiothérapeutes étant de sexe féminin avec un nombre moyen d'années de pratique de 9.3 (écart-type=7.4, étendu=0-43). Pour les travailleurs sans irradiation, 190 physiothérapeutes ont retourné un cahier (taux de réponse de 47.1%), alors que 139 l'ont fait pour les travailleurs avec irradiation (taux de réponse de 34.5%). Pour les travailleurs sans irradiation, seule l'université de graduation était significativement différente ( $p<0.01$ ) entre les physiothérapeutes ayant retourné un questionnaire et ceux n'en ayant pas retourné, avec une sous-représentation des gradués de McGill. Pour les travailleurs avec irradiation, seule la proportion de la clientèle avec des maux de dos et la proportion de la clientèle recevant une compensation de travail étaient significativement différents, avec une sous-représentation de physiothérapeutes ayant des proportions moindres.

### 4.2 Caractéristiques des travailleurs et épisodes de soins

Le tableau 2 décrit les caractéristiques des travailleurs traités lors de l'étude. Seul le statut de travail à la séance initiale était différent entre les deux groupes, avec les travailleurs souffrant d'irradiation significativement plus absents du travail. Les proportions suivantes des travailleurs avec irradiation souffraient toujours de ces symptômes aux moments suivants de l'épisode de soins: 57.7% au début du second tiers, 33.8% au début du dernier tiers, et 25.2% à la dernière séance. À cette dernière séance, 51.5% des travailleurs avec irradiation et 37.4% sans irradiation étaient toujours absent du travail.

Pour ce qui est des caractéristiques des épisodes de soins, le nombre de séances de traitement était significativement différent entre les deux groupes de travailleurs, avec une moyenne de 27.4 séances pour les travailleurs avec irradiation, et 20.7 pour les travailleurs sans irradiation. La durée médiane des séances était de 45 et 60 minutes respectivement pour les travailleurs avec et sans irradiation. Pour les deux groupes, environ 90% des physiothérapeutes ont indiqué que les interventions employées étaient très similaires ou similaires à leur pratique habituelle. Pour ce qui est des raisons de la dernière séance de traitement, la plus grande portion des physiothérapeutes ont indiqué qu'il y avait eu récupération satisfaisante du travailleur (57.4% pour les travailleurs sans irradiation, 43.9% pour les travailleurs avec irradiation).

**Figure 3.** Résultats d'échantillonnage



**Tableau 2.** Caractéristiques des travailleurs.

| Caractéristiques                                       | Absence d'irradiation<br>(N=190) |            | Présence d'irradiation<br>(N=139) |            |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|
|                                                        | Moyenne                          | écart-type | Moyenne                           | écart-type |
| Age                                                    | 38.7                             | 10.9       | 41.6                              | 10.2       |
| Nombre de jours avant le<br>1 <sup>er</sup> traitement | 21.3                             | 16.1       | 24.5                              | 17.0       |
|                                                        | N                                | %          | N                                 | %          |
| Sexe                                                   |                                  |            |                                   |            |
| Masculin                                               | 133                              | 70.0       | 90                                | 64.7       |
| Féminin                                                | 57                               | 30.0       | 49                                | 35.3       |
| Comorbidité                                            |                                  |            |                                   |            |
| Extrémités inférieures                                 | 4                                | 2.1        | 3                                 | 2.2        |
| Extrémités supérieures                                 | 1                                | 0.5        | 2                                 | 1.4        |
| Région cervicale                                       | 6                                | 3.2        | 5                                 | 3.6        |
| Statut de travail à la<br>séance initiale              |                                  |            |                                   |            |
| Absent du travail                                      | 147*                             | 77.4       | 126*                              | 90.6       |
| Assignation temporaire                                 | 43                               | 22.6       | 13                                | 9.4        |
| Statut de travail à la<br>dernière séance              |                                  |            |                                   |            |
| Absent du travail                                      | 71                               | 37.4       | 71                                | 51.5       |
| Assignation temporaire                                 | 59                               | 31.1       | 32                                | 23         |
| Travail régulier                                       | 59                               | 31.1       | 34                                | 24.5       |
| Autre travail                                          | 0                                | 0          | 1                                 | 0.7        |
| Sans emploi                                            | 1                                | 0.5        | 1                                 | 0.7        |

\*: Différence significative ( $p < 0.01$ ) entre groupes de travailleurs

#### 4.3 Objectifs, interventions et éducation employés par les physiothérapeutes

##### ▪ Objectifs poursuivis par les physiothérapeutes

Les tableaux 3 et 4 décrivent les objectifs primaires et secondaires poursuivis par les physiothérapeutes lors de l'épisode de soins. Les objectifs les plus fréquemment poursuivis pour les deux groupes étaient : réduction de la douleur, augmentation de l'amplitude articulaire, augmentation de la force et diminution des tensions musculaires (tableau 3). L'objectif de réduction de la douleur était plus fréquemment poursuivis avec les travailleurs avec irradiation,



alors qu'augmentation de la force et éducation étaient plus fréquemment poursuivis avec les travailleurs sans irradiation (tableau 3). Pour les deux groupes, il y avait une diminution significative de la fréquence des objectifs de réduction de la douleur et de la tension musculaire au courant de l'épisode de soins, et une augmentation pour amélioration de la force, de l'endurance et de la fonction (tableau 4).

#### ▪ Interventions pratiquées par les physiothérapeutes

Les tableaux 5 et 6 décrivent les interventions employées lors de l'épisode de soins. Les interventions les plus employées pour les deux groupes de travailleurs étaient : exercices d'étirement, exercices de renforcement, mobilisations de la colonne, courant interférentiel, mobilisations des tissus mous/massages, ultrasons, chaleur, tractions manuelles, et correction de la posture (tableau 5). Pour les travailleurs avec irradiation, une proportion significativement plus importante de physiothérapeutes ont employé les interventions suivantes : tractions manuelles, tractions mécaniques, approche McKenzie et froid.

Pour ce qui est de la fréquence d'utilisation (tableau 5), les interventions suivantes ont été employées dans la majorité des séances pour les deux groupes de travailleurs : chaleur, exercices d'étirement, mobilisations de la colonne, courant interférentiel, exercices de renforcement, mobilisations des tissus mous/massages, et ultrasons. Pour les travailleurs sans irradiation, les exercices de renforcements ont été employés plus fréquemment. Le tableau 6 montre que généralement, les interventions plus passives (i.e. électrothérapie et thérapie manuelle) avaient tendance à diminuer au courant de l'épisode de soins, alors que les interventions plus actives (i.e. exercices) avaient tendance à augmenter.

#### ▪ Enseignements abordés par les physiothérapeutes

Les tableaux 7 et 8 décrivent les types d'enseignements abordés par les physiothérapeutes lors de l'épisode de soins. Les enseignements suivants ont été les plus abordés pour les deux groupes de travailleurs (tableau 7) : programme d'exercices d'étirement, explication des causes du mal de dos, exercices de renforcement, contrôle de la douleur, augmentation dans les activités à la maison, conseils sur les activités de la vie quotidienne, conseils sur l'ergonomie/tâches de travail, et correction de la posture. Pour les travailleurs avec irradiation, la diminution des activités à la maison a été abordée par une proportion significativement plus importante de physiothérapeutes.

Pour ce qui est de la fréquence des enseignements durant l'épisode de soins (tableau 7), les exercices d'étirement et de renforcement ont été les plus fréquemment abordés pour les deux groupes. Seul les conseils ergonomiques ont été abordés plus fréquemment avec les travailleurs sans irradiation. Pour ce qui est du changement de fréquence des conseils au courant de l'épisode de soins (tableau 8), les conseils suivants ont diminué pour les deux groupes : correction de la posture, rouleau lombaire, conseils sur les activités de la vie quotidienne, contrôle de la douleur, explication des causes du mal de dos, et diminution dans les activités à la maison. À l'opposé, il y a eu augmentation de fréquence pour : exercices de renforcement, augmentation des activités à la maison, exercices cardiorespiratoires, et augmentation des activités au travail. Pour les travailleurs sans irradiation, les conseils sur l'ergonomie/tâches de travail ont augmenté, tandis que les conseils de réduction des activités au travail ont diminué.

**Tableau 3.** Proportion des physiothérapeutes poursuivant des objectifs donnés à au moins une reprise au courant de l'épisode de soins, et proportion des séances où les objectifs ont été poursuivis.

| Objectif                               | % de pht                    |                             | % moyen de séances (écart-type) |         |                             |         |
|----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|-----------------------------|---------|
|                                        | Sans irradiation<br>(N=190) | Avec irradiation<br>(n=139) | Sans irradiation<br>(N=190)     |         | Avec irradiation<br>(n=139) |         |
| Objectif primaire                      |                             |                             |                                 |         |                             |         |
| Diminuer la douleur                    | 84.2                        | 92.1                        | 37.9                            | (30.2)* | 49.2                        | (29.1)* |
| Augmenter l’amplitude<br>articulaire   | 65.8                        | 63.3                        | 32.9                            | (23.3)  | 30.3                        | (25.0)  |
| Augmenter la force                     | 50.5                        | 48.9                        | 28.4                            | (19.9)* | 21.5                        | (17.7)* |
| Diminuer la tension musculaire         | 36.8                        | 33.8                        | 22.7                            | (19.7)  | 13.9                        | (15.0)  |
| Augmenter l’endurance                  | 30.5                        | 30.9                        | 26.6                            | (19.9)  | 19.2                        | (16.1)  |
| Éduquer le travailleur                 | 27.9                        | 30.2                        | 10.0                            | (7.0)*  | 5.5                         | (2.6)*  |
| Améliorer la fonction<br>(AVQ/travail) | 21.1                        | 19.4                        | 20.4                            | (18.6)  | 17.3                        | (16.9)  |
| Évaluation                             | 18.4                        | 14.4                        | 8.4                             | (7.1)   | 6.0                         | (3.5)   |
| Améliorer la posture                   | 8.4                         | 15.1                        | 11.6                            | (12.8)  | 9.7                         | (9.1)   |
| Objectif secondaire                    |                             |                             |                                 |         |                             |         |
| Diminuer la douleur                    | 70.5                        | 71.2                        | 24.3                            | (19.0)  | 24.1                        | (19.6)  |
| Augmenter l’amplitude<br>articulaire   | 67.9                        | 70.5                        | 24.5                            | (18.7)  | 25.9                        | (19.1)  |
| Diminuer la tension musculaire         | 67.4                        | 68.3                        | 25.1                            | (19.5)  | 28.3                        | (25.9)  |
| Éduquer le travailleur                 | 56.3                        | 46.8                        | 11.6                            | (9.5)   | 9.1                         | (7.3)   |
| Augmenter la force                     | 50.0                        | 50.4                        | 19.4                            | (14.5)  | 18.2                        | (14.6)  |
| Augmenter l’endurance                  | 38.9                        | 39.6                        | 19.8                            | (14.0)  | 16.8                        | (13.1)  |
| Améliorer la fonction<br>(AVQ/travail) | 31.6                        | 34.5                        | 14.3                            | (12.1)  | 15.3                        | (16.1)  |
| Améliorer la posture                   | 24.7                        | 30.9                        | 14.7                            | (12.9)  | 10.9                        | (9.5)   |

\*: Différence significative ( $p < 0.01$ ) entre les deux groupes

**Tableau 4.** Objectifs démontrant un changement significatif ( $p < 0.01$ ) dans la fréquence d'utilisation durant l'épisode de soins.

| Objectif                            | Absence d'irradiation |              |               | Présence d'irradiation |              |               |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------|------------------------|--------------|---------------|
|                                     | % moyen de séances    |              |               | % moyen de séances     |              |               |
|                                     | Premier tiers         | Second tiers | Dernier tiers | Premier tiers          | Second tiers | Dernier tiers |
| Objectif primaire                   |                       |              |               |                        |              |               |
| Diminuer la douleur                 | 56.4                  | 32.5         | 23.4          | 67.2                   | 48.0         | 31.9          |
| Augmenter la force                  | 11.9                  | 35.2         | 38.2          | 4.7                    | 22.7         | 37.3          |
| Augmenter l'endurance               | 10.4                  | 26.6         | 42.6          | 3.2                    | 19.4         | 35.5          |
| Améliorer la fonction (AVQ/travail) | 5.2                   | 14.6         | 41.0          | 5.3                    | 11.5         | 36.6          |
| Objectif secondaire                 |                       |              |               |                        |              |               |
| Diminuer la douleur                 | 28.6                  | 26.7         | 16.8          | ns                     | ns           | ns            |
| Diminuer la tension musculaire      | 39.2                  | 21.0         | 14.9          | 36.5                   | 26.7         | 21.3          |
| Augmenter la force                  | 9.3                   | 24.3         | 23.8          | 11.3                   | 20.1         | 23.0          |
| Augmenter l'endurance               | 6.3                   | 20.6         | 32.6          | 6.5                    | 16.7         | 27.1          |
| Améliorer la fonction (AVQ/travail) | 6.9                   | 14.7         | 21.1          | 8.5                    | 16.5         | 20.9          |

ns: changement non-significatif

**Tableau 5.** Proportion des physiothérapeutes employant les interventions données à au moins une reprise au courant de l'épisode de soins, et proportion des séances où les interventions ont été employées.

| Intervention                              | % de pht                    |                             | % moyen de séances (écart-type) |         |                             |         |
|-------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|-----------------------------|---------|
|                                           | Sans irradiation<br>(N=190) | Avec irradiation<br>(n=139) | Sans irradiation<br>(N=190)     |         | Avec irradiation<br>(n=139) |         |
| Exercices d'étirement                     | 93.2                        | 93.5                        | 68.1                            | (29.4)  | 61.2                        | (31.2)  |
| Exercices de renforcement                 | 88.9                        | 84.9                        | 60.3                            | (26.7)* | 51.4                        | (28.7)* |
| Mobilisations de la colonne               | 87.4                        | 87.8                        | 65.0                            | (29.4)  | 63.0                        | (31.1)  |
| Courant interférentiel                    | 74.7                        | 80.6                        | 61.1                            | (31.8)  | 65.2                        | (29.5)  |
| Mobilisations des tissus<br>mous/massages | 74.7                        | 78.4                        | 59.7                            | (33.3)  | 50.8                        | (34.0)  |
| Chaleur                                   | 71.1                        | 66.9                        | 71.0                            | (30.0)  | 59.8                        | (35.9)  |
| Ultrasons                                 | 71.1                        | 81.3                        | 55.3                            | (29.7)  | 51.4                        | (27.4)  |
| Tractions manuelles                       | 61.6*                       | 89.9*                       | 46.3                            | (30.9)  | 54.9                        | (29.4)  |
| Correction de la posture                  | 60.5                        | 68.3                        | 28.2                            | (23.5)  | 22.5                        | (21.2)  |
| Exercices cardiorespiratoires             | 43.7                        | 42.4                        | 49.1                            | (26.5)  | 41.6                        | (26.3)  |
| Froid                                     | 43.2*                       | 59.7*                       | 43.2                            | (33.4)  | 47.9                        | (35.9)  |
| TENS                                      | 41.6                        | 47.5                        | 39.2                            | (33.4)  | 35.1                        | (31.5)  |
| Approche McKenzie                         | 37.4*                       | 63.3*                       | 43.2                            | (32.2)  | 45.6                        | (31.3)  |
| Simulations d'AVQ                         | 30.5                        | 30.9                        | 14.6                            | (14.9)  | 15.9                        | (15.4)  |
| Simulations de tâches de travail          | 30.5                        | 28.8                        | 19.5                            | (16.8)  | 16.3                        | (16.6)  |
| Ostéopathie                               | 14.7                        | 15.8                        | 31.2                            | (28.3)  | 27.1                        | (24.4)  |
| Tractions mécaniques                      | 14.2*                       | 30.9*                       | 28.3                            | (19.7)  | 25.5                        | (26.8)  |
| Manipulations de la colonne               | 14.2                        | 13.7                        | 26.5                            | (29.9)  | 35.3                        | (28.9)  |
| Stimulation neuromusculaire<br>électrique | 13.7                        | 16.5                        | 42.1                            | (30.3)  | 32.0                        | (23.6)  |
| Exercices avec ballon                     | 11.6                        | 7.9                         | 25.8                            | (16.2)  | 21.3                        | (21.5)  |
| Exercices de rééducation musculaire       | 11.6                        | 12.9                        | 30.4                            | (30.4)  | 26.3                        | (21.6)  |
| Laser                                     | 8.9                         | 12.9                        | 17.4                            | (20.2)  | 24.5                        | (22.3)  |
| Mobilisations neurales                    | 8.9                         | 12.9                        | 22.2                            | (21.2)  | 35.6                        | (34.8)  |

\*: Différence significative ( $p < 0.01$ ) entre les deux groupes

**Tableau 6.** Interventions démontrant un changement significatif ( $p < 0.01$ ) dans la fréquence d'utilisation durant l'épisode de soins.

| Intervention                           | Absence d'irradiation |              |               | Présence d'irradiation |              |               |
|----------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------|------------------------|--------------|---------------|
|                                        | % moyen de séances    |              |               | % moyen de séances     |              |               |
|                                        | Premier tiers         | Second tiers | Dernier tiers | Premier tiers          | Second tiers | Dernier tiers |
| Diminution                             |                       |              |               |                        |              |               |
| Courant interférentiel                 | 69.7                  | 62.2         | 51.9          | 72.0                   | 67.8         | 55.3          |
| Ultrasons                              | 67.3                  | 55.5         | 42.8          | 64.5                   | 51.8         | 37.4          |
| Tractions manuelles                    | ns                    | ns           | ns            | 63.6                   | 57.3         | 43.9          |
| Froid                                  | 56.6                  | 42.0         | 31.1          | 60.2                   | 46.8         | 36.0          |
| Approche McKenzie                      | 52.5                  | 39.3         | 33.0          | 58.3                   | 47.2         | 31.7          |
| Mobilisations des tissus mous/massages | ns                    | ns           | ns            | 55.7                   | 51.6         | 45.2          |
| TENS                                   | 46.7                  | 40.2         | 29.8          | 43.2                   | 38.0         | 24.7          |
| Correction de la posture               | 40.2                  | 24.5         | 18.9          | 35.9                   | 17.6         | 14.3          |
| Augmentation                           |                       |              |               |                        |              |               |
| Exercices de renforcement              | 36.3                  | 68.6         | 75.8          | 27.6                   | 54.9         | 72.1          |
| Exercices cardiorespiratoires          | 17.8                  | 56.0         | 73.0          | 17.2                   | 45.8         | 62.8          |
| Exercices avec ballon                  | 8.3                   | 28.1         | 40.6          | ns                     | ns           | ns            |
| Simulations de tâches de travail       | 6.8                   | 20.7         | 31.3          | 4.1                    | 16.8         | 29.0          |
| Stimulation neuromusculaire électrique | 27.6                  | 44.5         | 55.7          | ns                     | ns           | ns            |

ns: changement non-significatif

**Tableau 7.** Proportion des physiothérapeutes abordant les types d'enseignements donnés à au moins une reprise au courant de l'épisode de soins, et proportion des séances où les types d'enseignements ont été abordés.

| Type d'enseignement                  | % de pht                    |                             | % moyen de séances (écart-type) |         |                             |         |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------|-----------------------------|---------|
|                                      | Sans irradiation<br>(N=190) | Avec irradiation<br>(n=139) | Sans irradiation<br>(N=190)     |         | Avec irradiation<br>(n=139) |         |
| Exercices d'étirement                | 92.6                        | 91.4                        | 53.6                            | (33.4)  | 47.9                        | (34.1)  |
| Explication des causes du mal de dos | 92.1                        | 93.5                        | 13.5                            | (12.4)  | 12.0                        | (13.7)  |
| Exercices de renforcement            | 84.2                        | 76.3                        | 46.7                            | (28.7)  | 42.6                        | (30.8)  |
| Contrôle de la douleur               | 78.4                        | 81.3                        | 14.7                            | (15.9)  | 14.4                        | (16.0)  |
| Activités à la maison: augmentation  | 72.6                        | 67.6                        | 31.9                            | (22.8)  | 28.0                        | (21.7)  |
| Activités de la vie quotidienne      | 70.5                        | 79.9                        | 19.0                            | (17.8)  | 17.4                        | (16.7)  |
| Ergonomie/tâches de travail          | 67.4                        | 56.8                        | 21.8                            | (18.8)* | 15.2                        | (15.5)* |
| Correction de la posture             | 58.4                        | 66.9                        | 29.8                            | (25.6)  | 23.6                        | (24.6)  |
| Activités au travail: augmentation   | 45.8                        | 35.3                        | 22.6                            | (18.3)  | 18.0                        | (16.6)  |
| Activités à la maison: diminution    | 37.4*                       | 59.0*                       | 13.1                            | (16.3)  | 13.3                        | (14.3)  |
| Exercices cardiorespiratoires        | 35.3                        | 47.5                        | 27.4                            | (25.2)  | 25.7                        | (26.5)  |
| Rouleau lombaire                     | 30.0                        | 43.9                        | 26.9                            | (27.6)  | 19.7                        | (26.5)  |
| Activités au travail: diminution     | 21.6                        | 23.0                        | 14.3                            | (15.3)  | 15.6                        | (21.2)  |
| Corset lombaire                      | 7.4                         | 11.5                        | 12.9                            | (18.4)  | 11.2                        | (18.9)  |

\*: Différence significative ( $p < 0.01$ ) entre les deux groupes

**Tableau 8.** Enseignements démontrant un changement significatif ( $p < 0.01$ ) dans la fréquence d'utilisation durant l'épisode de soins.

| Types d'enseignements                | Absence d'irradiation |              |               | Présence d'irradiation |              |               |
|--------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------|------------------------|--------------|---------------|
|                                      | % moyen de séances    |              |               | % moyen de séances     |              |               |
|                                      | Premier tiers         | Second tiers | Dernier tiers | Premier tiers          | Second tiers | Dernier tiers |
| Diminution                           |                       |              |               |                        |              |               |
| Correction de la posture             | 43.4                  | 24.0         | 20.7          | 37.6                   | 19.5         | 14.2          |
| Rouleau lombaire                     | 40.5                  | 22.3         | 15.2          | 30.5                   | 17.3         | 12.4          |
| Activités de la vie quotidienne      | 31.9                  | 14.2         | 11.7          | 28.5                   | 13.3         | 10.6          |
| Contrôle de la douleur               | 29.9                  | 7.5          | 5.9           | 27.8                   | 9.9          | 5.3           |
| Explication des causes du mal de dos | 29.5                  | 5.5          | 4.8           | 22.9                   | 9.0          | 4.8           |
| Activités à la maison: diminution    | 24.0                  | 9.1          | 5.7           | 24.0                   | 9.4          | 6.3           |
| Activités au travail: diminution     | 23.7                  | 11.6         | 6.8           | ns                     | ns           | ns            |
| Augmentation                         |                       |              |               |                        |              |               |
| Exercices de renforcement            | 30.4                  | 52.9         | 56.1          | 28.3                   | 45.3         | 54.1          |
| Activités à la maison: augmentation  | 20.8                  | 36.3         | 39.1          | 18.9                   | 29.3         | 35.3          |
| Ergonomie/tâches de travail          | 17.1                  | 20.5         | 28.5          | ns                     | ns           | ns            |
| Exercices cardiorespiratoires        | 14.9                  | 30.9         | 36.4          | 15.9                   | 27.3         | 34.8          |
| Activités au travail: augmentation   | 5.0                   | 22.4         | 40.9          | 2.3                    | 14.6         | 37.8          |

ns: changement non-significatif

#### 4.4 Profils de pratiques des physiothérapeutes et facteurs associés

##### ■ Profils de pratiques

Trois épisodes de soins pour les travailleurs avec irradiation et un pour les travailleurs sans irradiation pour lesquels les physiothérapeutes ont indiqué que les interventions employées étaient très différentes de leur pratique habituelle ont été exclus des analyses, ce qui laissa 189 travailleurs sans irradiation et 136 avec irradiation.

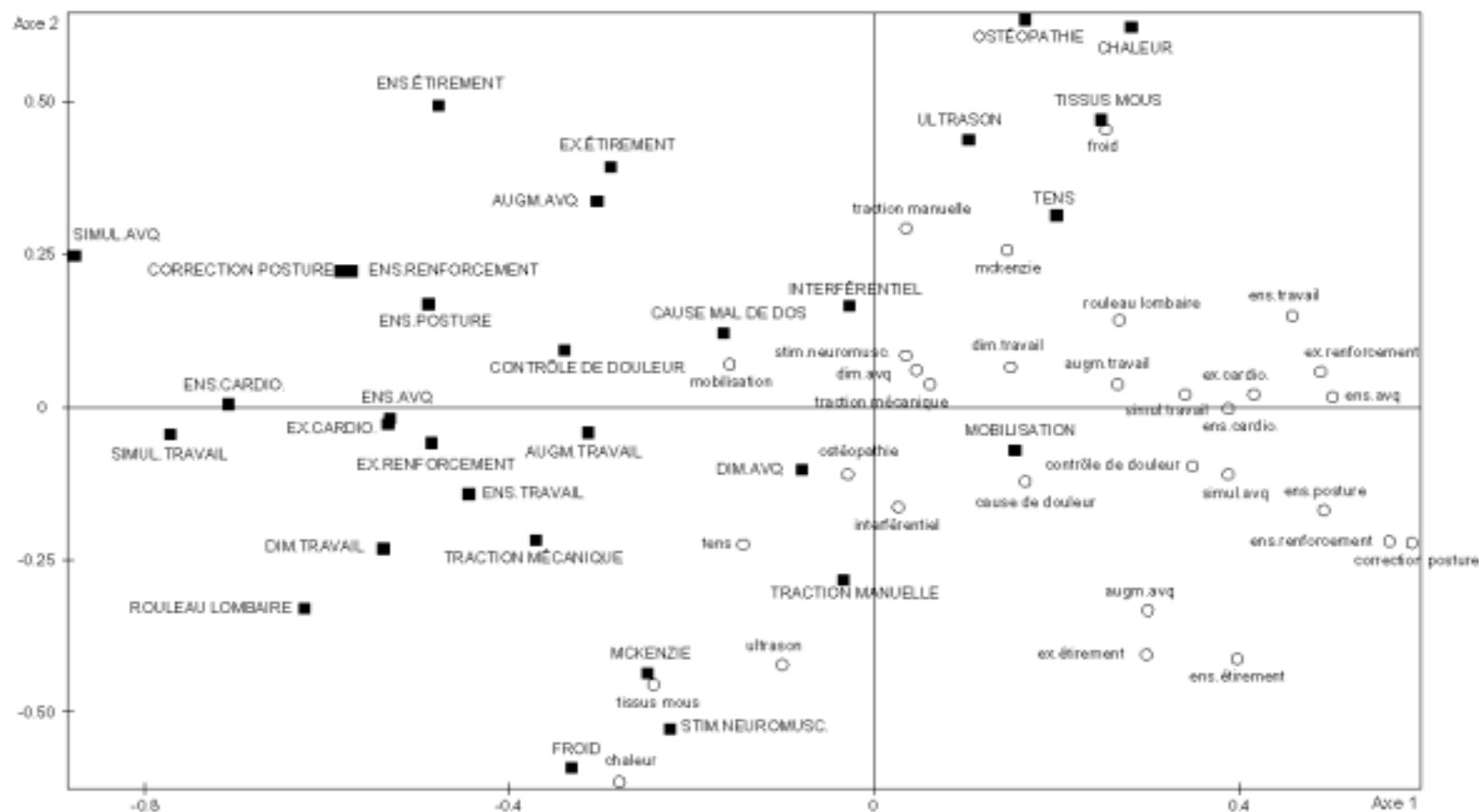
Pour les travailleurs sans irradiation, les trois premiers axes de l'ACM ont été retenus, puisque la presque totalité des interventions étaient représentées par ces axes, avec des interventions distinctes sur chacune d'elle. Le pourcentage cumulé de variance expliquée avec ces axes était de 26.34%. La figure 4 représente les interventions selon les deux premiers axes, avec les interventions au-dessus de la médiane indiquées à l'aide de carrés noirs, et les interventions sous la médiane avec des cercles blancs. La classification hiérarchique a ensuite été employée pour regrouper les physiothérapeutes selon leur score factoriel en différents profils de pratiques. En observant la classification à cinq groupes, un groupe était décrit par des interventions présentes dans les quatre autres groupes, et deux groupes étaient très similaires dans leurs interventions. La classification à trois groupes a donc été jugée comme étant la plus appropriée. Le tableau 9 présente les interventions constituant les profils de pratiques, ainsi que la distribution des physiothérapeutes selon ces profils. Lorsqu'une intervention et un enseignement correspondant étaient tous deux présents dans un profil (par exemple, exercices d'étirement et enseignements pour un programme d'exercices d'étirement), ils ont été combinés dans le tableau. Les physiothérapeutes du premier groupe (51.9% des physiothérapeutes) ont mis l'accent sur la mobilisation des tissus mous/massages et chaleur. Le second groupe (24.3%) a privilégié l'approche McKenzie et interventions associées, ainsi que l'enseignement sur la fonction. Le dernier groupe (23.8%) a mis l'accent sur les exercices, la fonction et les enseignements reliés à ces interventions. Les profils ont été nommés les suivants : 1- tissus mous; 2- McKenzie; 3- exercices/fonction. De plus, trois autres interventions ont été fréquemment employées par l'ensemble des physiothérapeutes : mobilisations de la colonne vertébrale, courant interférentiel et ultrasons.

Pour les travailleurs avec irradiation, les quatre premiers axes de l'ACM ont été retenus. Le pourcentage cumulé de variance expliquée avec ces axes était de 32.88%. La figure 5 représente les interventions selon les deux premiers axes. La classification hiérarchique à trois groupes a été jugée comme étant la plus appropriée. Le tableau 10 présente les interventions constituant les profils, ainsi que la distribution des physiothérapeutes. Les profils ont été nommés les suivants : 1- Tissus mous (39.7% des physiothérapeutes); 2- Thérapie manuelle (33.1%); 3- Exercices/fonction (27.2%). De plus, trois autres interventions ont été fréquemment employées par l'ensemble des physiothérapeutes : traction manuelle, froid et ultrasons.

Lorsqu'on compare les profils de pratiques employées par les 113 physiothérapeutes ayant retourné les deux questionnaires, on remarque que des approches similaires ont été employées pour les deux groupes de travailleurs (tissus mous - tissus mous; McKenzie - thérapie manuelle; exercices/fonction - exercices/fonction) ( $p < 0.01$ ).



**Figure 4.** Distribution des interventions/enseignements selon les deux premiers axes de l'analyse de correspondance multiple pour les travailleurs **sans** irradiation\*.



\* ex.=exercices; ens.=enseignements; simul.=simulations; cardio.=cardiorespiratoires; AVQ=activités de la vie quotidienne; stim. neuromusc.=stimulation neuromusculaire électrique.

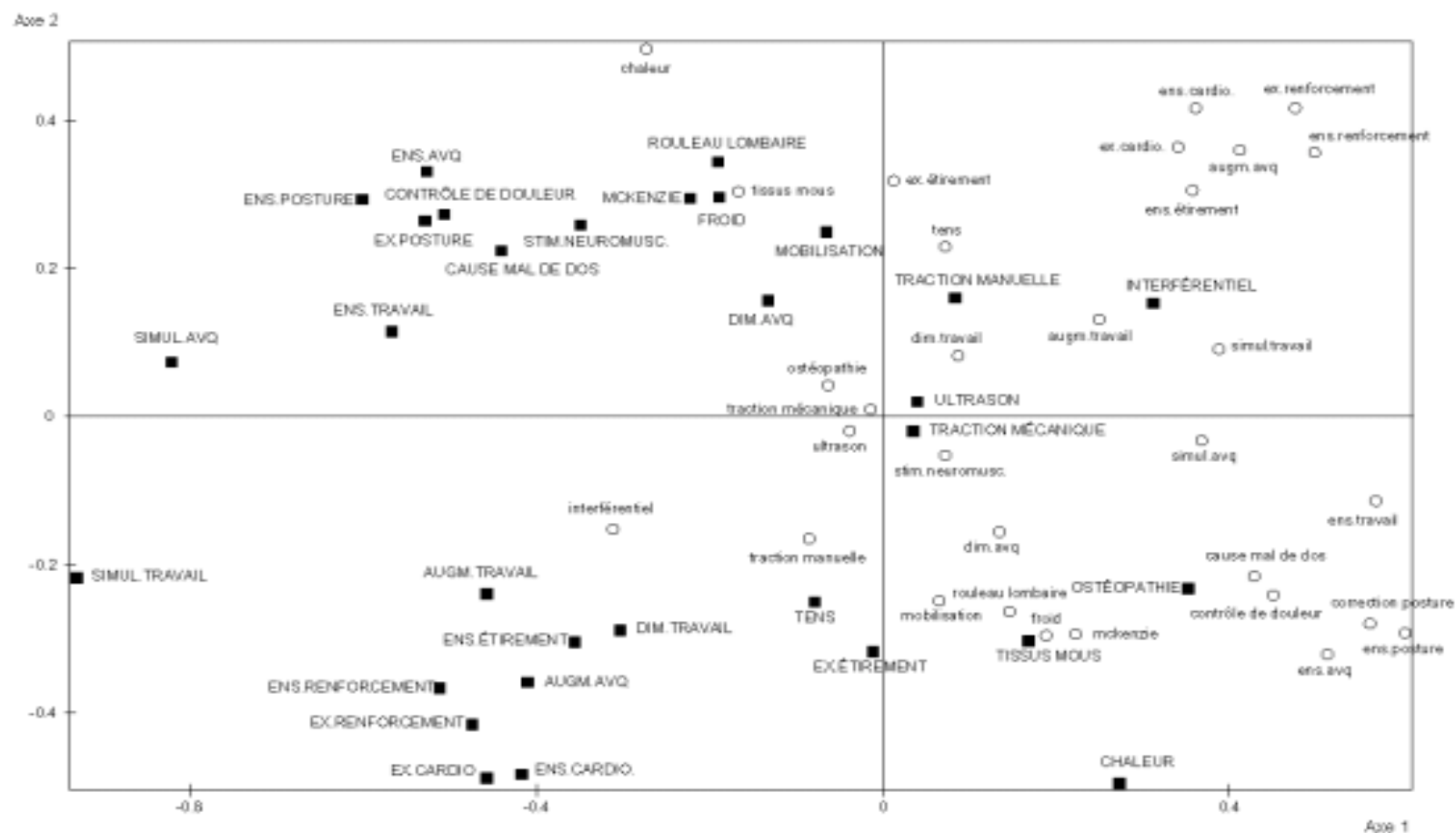
**Tableau 9.** Profils de pratiques des physiothérapeutes participants dans le traitement de travailleurs sans irradiation (n=189)\*.

| Profils de pratique | Interventions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | % des répondants |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                     | Au-dessus de la médiane:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sous la médiane:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |
| Tissus mous         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chaleur</li> <li>▪ Mobilisations des tissus mous/massages</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Simulations d'AVQ/enseignements</li> <li>▪ Simulations de tâches de travail/enseignements</li> <li>▪ Rouleau lombaire</li> <li>▪ Exercices de posture/enseignements</li> <li>▪ Exercices de renforcement/enseignements</li> <li>▪ Enseignements sur le contrôle de la douleur</li> <li>▪ Froid</li> <li>▪ Exercices cardiorespiratoires/enseignements</li> <li>▪ Explications des causes du mal de dos</li> <li>▪ Enseignements d'exercices d'étirement</li> <li>▪ Approche McKenzie</li> </ul> | 51.9%            |
| McKenzie            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enseignements d'AVQ</li> <li>▪ Enseignements de tâches de travail</li> <li>▪ Rouleau lombaire</li> <li>▪ Froid</li> <li>▪ Explications des causes du mal de dos</li> <li>▪ Approche McKenzie</li> <li>▪ Enseignements sur le contrôle de la douleur</li> <li>▪ Tractions manuelles</li> </ul>                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chaleur</li> <li>▪ Exercices d'étirement/enseignements</li> <li>▪ Mobilisations des tissus mous/massages</li> <li>▪ Exercices cardiorespiratoires/enseignements</li> <li>▪ TENS</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 24.3%            |
| Exercice/fonction   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercices cardiorespiratoires/enseignements</li> <li>▪ Exercices d'étirement/enseignements</li> <li>▪ Simulations d'AVQ/enseignements</li> <li>▪ Exercices de renforcement/enseignements</li> <li>▪ Exercices de posture/enseignements</li> <li>▪ Simulations de tâches de travail/enseignements</li> <li>▪ Enseignements sur le contrôle de la douleur</li> <li>▪ Rouleau lombaire</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N/A</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 23.8%            |

\* mobilisations de la colonne vertébrale, courant interférentiel et ultrasons sont présents dans tous les patrons.

AVQ = activités de la vie quotidienne

**Figure 5.** Distribution des interventions/enseignements selon les deux premiers axes de l'analyse de correspondance multiple pour les travailleurs **avec** irradiation\*.



\* ex.=exercices; ens.=enseignements; simul.=simulations; cardio.=cardiorespiratoires; AVQ=activités de la vie quotidienne; stim. neuromusc.=stimulation neuromusculaire électrique.

**Tableau 10.** Profils de pratiques des physiothérapeutes participants dans le traitement de travailleurs avec irradiation (n=136)\*.

| Profils de pratique | Interventions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | % des répondants |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                     | Au-dessus de la médiane:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sous la médiane:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| Tissus mous         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chaleur</li> <li>▪ Mobilisations des tissus mous/massages</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Simulations de tâches de travail/enseignements</li> <li>▪ Exercices de posture/enseignements</li> <li>▪ Simulations d'AVQ/enseignements</li> <li>▪ Explications des causes du mal de dos</li> <li>▪ Enseignements sur le contrôle de la douleur</li> <li>▪ Enseignements d'exercices de renforcement</li> <li>▪ Enseignements d'exercices d'étirement</li> </ul> | 39.7%            |
| Thérapie manuelle   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enseignements de tâches de travail</li> <li>▪ Explications des causes du mal de dos</li> <li>▪ Courant interférentiel</li> <li>▪ Mobilisations de la colonne</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercices cardiorespiratoires/enseignements</li> <li>▪ TENS</li> <li>▪ Exercices de renforcement</li> <li>▪ Chaleur</li> <li>▪ Exercices d'étirement</li> <li>▪ Mobilisations des tissus mous/massages</li> </ul>                                                                                                                                                | 33.1%            |
| Exercice/fonction   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercices de renforcement/enseignements</li> <li>▪ Simulations d'AVQ/enseignements</li> <li>▪ Exercices de posture/enseignements</li> <li>▪ Exercices cardiorespiratoires/enseignements</li> <li>▪ Simulations de tâches de travail/enseignements</li> <li>▪ Enseignements sur le contrôle de la douleur</li> <li>▪ Enseignements d'exercices d'étirement</li> <li>▪ Explications des causes du mal de dos</li> <li>▪ Approche McKenzie</li> <li>▪ Stimulation neuromusculaire électrique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Courant interférentiel</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 27.2%            |

\* traction manuelle, froid et ultrasons sont présents dans tous les patrons.  
AVQ = activités de la vie quotidienne

### ▪ Profils d'objectifs de traitement

L'ACM et la classification hiérarchique ont été employés pour déterminer s'il y avait présence de profils au niveau des objectifs de traitement poursuivis. Pour les travailleurs sans irradiation, les trois premiers axes ont été retenus dans l'ACM, avec l'emploi d'une classification hiérarchique à trois groupes. Le premier groupe (34.9% des physiothérapeutes) a mis l'accent sur l'augmentation de l'amplitude articulaire comme objectif primaire, et la réduction de la douleur comme objectif secondaire. Le second groupe (34.9%) a privilégié la réduction de la douleur comme objectif primaire, et la diminution de la tension musculaire comme objectif secondaire. Le dernier groupe (30.2%) a privilégié l'amélioration de l'endurance, de la force et de la fonction, et l'enseignement afin de prévenir la rechute comme objectifs primaires et secondaires. Les profils d'objectifs ont été nommés les suivants : 1- Amplitude articulaire; 2- Douleur; 3- Fonction.

Pour les travailleurs avec irradiation, quatre axes ont été retenus pour l'ACM, avec une classification hiérarchique à trois groupes. Le premier groupe (44.8% des physiothérapeutes) a privilégié l'augmentation de l'amplitude articulaire comme objectif primaire, et la réduction de la douleur comme objectif secondaire. Le deuxième groupe (33.8%) a mis l'accent sur la réduction de la douleur comme objectif principal. Le dernier groupe (21.3%) a privilégié l'amélioration de la fonction, de la force et de l'endurance, et l'enseignement afin de prévenir la rechute comme objectifs primaires et secondaires. Puisque les profils d'objectifs étaient similaires à ceux employés pour les travailleurs sans irradiation, ils ont été nommés de la même façon.

### ▪ Relation entre profils de pratiques et les caractéristiques des physiothérapeutes

Pour les travailleurs sans irradiation, les variables suivantes étaient reliées aux profils de pratiques dans les analyses bivariées: profils d'objectifs de traitement, nombre d'années de pratique, utilisation de thérapeutes en réadaptation physique, et durée médiane des séances de traitement ( $p < 0.15$ ). Bien que la régression multinomiale était significative ( $p < 0.01$ ), le pourcentage de variance expliquée était relativement faible (pseudo R carré de Cox et Snell de 0.28, avec 58.2% des sujets correctement classifiés). Les différences étaient surtout au niveau du profil de pratique "exercices/fonction", les physiothérapeutes de ce groupe ayant plus fréquemment le profil d'objectif "fonction", plus d'années de pratique et une durée médiane de séance de traitement plus longue comparativement aux deux autres groupes de physiothérapeutes ( $p < 0.01$ ). Les physiothérapeutes avec le profil "McKenzie" avaient tendance à ne pas avoir recours à des TRP comparativement aux deux autres groupes ( $p < 0.01$ ).

Pour les travailleurs avec irradiation, les profils d'objectifs, la proportion de la clientèle indemnisée et la durée médiane des séances de traitement étaient reliées aux profils de pratiques dans les analyses bivariées ( $p < 0.15$ ). La régression multinomiale était significative ( $p < 0.01$ ), mais moins prédictive des profils de pratiques (pseudo R carré de Cox et Snell de 0.20, avec 47.8% des sujets correctement classifiés). La seule différence significative était au niveau des physiothérapeutes du profil de pratique "exercices/fonction", qui avaient plus fréquemment le profil d'objectif "fonction" comparativement aux deux autres groupes ( $p < 0.01$ ).

## 5. Discussion

Cette étude démontre que les interventions suivantes ont été employées par la majorité des physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos aigus/subaigus: exercices d'étirement, exercices de renforcement, mobilisations de la colonne, mobilisations des tissus mous/massages, tractions manuelles, corrections de posture, courant interférentiel, ultrasons, et chaleur. De plus, le froid et l'approche McKenzie ont été employés par la majorité pour les travailleurs avec irradiation. Des enseignements correspondant aux interventions précédentes ont été employés par la majorité, avec des enseignements sur les activités fonctionnelles (AVQ et travail). La majorité des physiothérapeutes ont employé ces interventions pour poursuivre les objectifs suivants: réduire la douleur, augmenter l'amplitude articulaire, augmenter la force, et diminuer la tension musculaire. Au cours de l'épisode de soins, l'utilisation d'interventions plus passives (i.e. électrothérapie et techniques manuelles) visant à réduire la douleur et la tension musculaire tendaient à diminuer, tandis que les interventions plus actives (i.e. exercices) visant à améliorer la force, l'endurance et la fonction tendaient à augmenter.

Pour ce qui est de déterminer si les interventions rapportées sont basées sur les données probantes, l'efficacité de la plupart d'entre-elles n'a pas été étudiée (i.e. mobilisations de la colonne, corrections de la posture, tractions manuelles, courant interférentiel, ultrasons, chaleur, froid et TENS)[28, 31]. L'exercice en général, qui a été employé par la majorité des cliniciens de diverses façons, a été démontré comme efficace dans le traitement du mal de dos subaigu, mais on ne sait pas quels types d'exercices sont les plus efficaces[28, 36, 38]. Cependant, cette étude a démontré que les exercices cardiorespiratoires étaient moins fréquemment employés que les autres types d'exercices. On ne sait pas non plus à quelle fréquence les exercices devraient être employés lors d'un épisode de soins. Les mobilisations des tissus mous/massages, également fréquemment employés, ont été démontrés comme étant efficaces dans de récentes revues de littérature, bien qu'on ne sache pas lesquels sont les plus efficaces[40, 75].

Encourager le travailleur à retourner à ses activités habituelles, incluant le travail, le plus rapidement possible est une des interventions basées sur les données probantes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos aigus/subaigus[76, 77]. Cette étude a démontré que les physiothérapeutes tendent à être en accord avec cette donnée probante, en suggérant plus fréquemment une augmentation qu'une diminution des activités à la maison et au travail. Cependant, ceci était moins le cas pour les travailleurs avec irradiation de la douleur, une grande partie des physiothérapeutes suggérant une réduction des activités à la maison. Les cliniciens utilisent probablement une approche plus prudente lors de la présence de ce symptôme. Cette prudence se reflète dans les objectifs poursuivis avec cette clientèle, avec plus d'objectifs de réduction de douleur et moins d'objectifs d'augmentation de la force. Le froid a également été employé plus fréquemment avec ces travailleurs. Les cliniciens ont probablement ajusté leurs interventions en relation avec la condition clinique généralement moins bonne des travailleurs avec irradiation. Les sujets souffrant d'irradiation tendent à être plus affectés dans leurs capacités fonctionnelles que ceux sans irradiation[21-26]. Dans cette étude, les travailleurs avec irradiation avaient tendance à être plus absents du travail autant au début qu'à la fin de l'épisode de soins. Cependant, on ne sait pas si une approche plus prudente est nécessaire avec ce type de clientèle.

L'approche McKenzie, les tractions manuelles et mécaniques ont été employées plus fréquemment lors de la présence d'irradiation de la douleur. Ces interventions sont typiquement employées lorsqu'une compression de la racine nerveuse est suspectée et que la réduction de cette compression est poursuivie afin de réduire la douleur et l'irradiation[78, 79]. Ceci suggère que les physiothérapeutes croient généralement que l'irradiation de la douleur est causée par une compression de la racine nerveuse de la colonne. Cependant, la cause de l'irradiation de la douleur est inconnue[80]. L'efficacité de la traction manuelle et mécanique auprès de sujets souffrant d'irradiation de la douleur n'a pas été étudiée[28, 81]. Tant qu'à l'approche McKenzie, seule une étude a évalué son efficacité en présence d'irradiation, avec des résultats favorables[82, 83].

Des interventions plus fonctionnelles (simulations d'AVQ ou de tâches de travail) ont été employées par le tiers des cliniciens, mais la fonction a été abordée par la majorité avec l'enseignement. On ne sait cependant pas si des interventions fonctionnelles sont nécessaires dans le traitement de maux de dos aigus/subaigus[84], ou si des enseignements sont suffisants. Améliorer la fonction était un des objectifs principaux d'une minorité des physiothérapeutes. Ces résultats concordent avec d'autres études démontrant que les physiothérapeutes tendent à aborder la déficience plutôt que l'incapacité, en mettant l'emphasis sur la douleur, l'amplitude articulaire, la tension musculaire et la force plutôt que la fonction[85, 86].

Un des objectifs innovateur du présent projet est d'évaluer si la pratique des physiothérapeutes est homogène dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos, en étudiant les profils de pratiques. Bien que les cliniciens traitaient des travailleurs semblables, leurs profils de pratiques semblent hétérogènes et peuvent être résumés en trois profils distincts. Pour les travailleurs sans irradiation, les trois profils suivants étaient présents : mobilisations des tissus mous, McKenzie et exercices/fonction, avec le profil tissus mous représentant la majorité. De plus, les objectifs de traitement poursuivis semblaient également varier, avec la présence de trois profils d'objectifs : augmentation de l'amplitude articulaire, réduction de la douleur, et amélioration de la fonction. Pour ce qui est des facteurs reliés aux profils de pratique, les physiothérapeutes avec plus d'années de pratique et une plus longue médiane de durée de séance tendaient à être plus associés au profil de pratique "exercices/fonction". Les physiothérapeutes avec plus d'années de pratique pourraient être plus confortables à acquérir et intégrer les connaissances reliées aux exercices et à la fonction. La durée plus longue des sessions pourrait également favoriser l'utilisation de ces interventions. Les physiothérapeutes avec le profil de pratique McKenzie avaient tendance à ne pas avoir recours à des TRP lors de l'épisode de soins. Il pourrait être plus difficile de déléguer des tâches à des TRP lorsque cette approche est employée puisqu'elle nécessite une expertise que les TRP ne possèdent habituellement pas. Tel qu'attendu, le profil d'objectif "amélioration de la fonction" était relié au profil de pratique "exercices/fonction". Cependant, les deux autres profils d'objectifs (douleur et amplitude articulaire) n'étaient pas reliés aux deux autres profils de pratiques (tissus mous et McKenzie), indiquant des variations dans les profils de pratiques entre physiothérapeutes poursuivant des objectifs semblables.

Pour ce qui est des travailleurs avec irradiation, les profils de pratique suivants étaient présents: mobilisations des tissus mous, thérapie manuelle et exercices/fonction, le profil tissus mous étant

encore le plus fréquent. Les trois même profils d'objectifs que ceux identifiés pour les travailleurs sans irradiation étaient présents: augmentation de l'amplitude articulaire, réduction de la douleur, et amélioration de la fonction. Le profil d'objectif "amélioration de la fonction" était à nouveau relié au profil de pratique "exercices/fonction". Aucun autre facteur n'était relié aux profils de pratiques, ce qui pourrait être partiellement expliqué par le plus petit nombre de travailleurs avec irradiation et la plus grande difficulté à obtenir le niveau de signification.

À cause de la puissance explicative relativement limitée des régressions, il semble y avoir d'autres facteurs importants expliquant les variations de pratiques des physiothérapeutes. Ces variations tendent à être présentes lorsque des données probantes claires pour la prise en charge d'un problème de santé ne sont pas disponibles, ou lorsque ces données probantes n'ont pas été intégrées dans les pratiques cliniques[85, 87]. Les variations de pratiques des physiothérapeutes peuvent être expliquées en partie par le fait que l'efficacité de la plupart des interventions employées dans le traitement des maux de dos n'a pas été étudiée. Pour ce qui est des données probantes actuelles dans le traitement des maux de dos reliés au travail[76], ces données sont considérées par certains experts comme étant vagues et générales[88], avec peu d'applications spécifiques en physiothérapie[89]. De plus, les physiothérapeutes tendent à être en désaccord avec certaines portions des données probantes, notamment le système de classification, citant le manque de recherche pour justifier leur désaccord[90]. Les données probantes actuelles dans le traitement du mal de dos relié au travail tendent à mettre l'emphasis sur le traitement de l'incapacité au lieu de la déficience[76] afin d'agir sur les prédictors de chronicité qui sont essentiellement psychosociaux[91]. Il semble donc y avoir incongruité entre le modèle sous-jacent à la pratique des physiothérapeutes et les données probantes. Même si des données probantes claires et applicables étaient présentes, des études ont démontré que les physiothérapeutes, comme les professionnels de la santé en général, consultent peu la littérature[43, 92] ou en attribuent une crédibilité variable[44, 93, 94].

D'autres hypothèses ont été suggérées pour expliquer les variations de pratiques des cliniciens. Parmi celles-ci, on note l'hypothèse d'enthousiasme[70] (les cliniciens tendent à suivre l'enthousiasme démontré par des collègues influents dans leur milieu de travail ou leur communauté vers une approche particulière), l'hypothèse de l'offre[51] (les cliniciens tendent à se différencier entre eux au niveau du type de service offert, afin d'attirer la clientèle et les ressources financières), et l'hypothèse des coûts engloutis[95] (un clinicien ayant investi intellectuellement et financièrement dans une approche donnée aura tendance à continuer à employer cette approche même si elle est démontrée comme étant sous optimale). Cependant, la méthodologie employée dans cette étude n'a pas permis d'évaluer ces facteurs complexes. Dans des études futures, l'évaluation de ces facteurs psychologiques et professionnels pourrait être importante afin de mieux comprendre les choix d'interventions des physiothérapeutes.

Ces variations dans les profils d'objectifs de traitement et de pratiques semblent indiquer de l'incertitude entre physiothérapeutes dans le traitement du mal de dos relié au travail. Cependant, cette incertitude n'est probablement pas à un niveau individuel, mais plutôt entre physiothérapeutes. Les professionnels de la santé sont habituellement confiants dans l'efficacité de leur approche, bien que ces approches varient de façon importante entre professionnels[96]. Dans le domaine du traitement du mal de dos, la confiance des physiothérapeutes dans l'efficacité de leur approche pourrait être biaisée par le fait que la majorité des patients souffrant



de maux de dos aigus récupèrent peu importe le type de traitement reçu[97]. Même si les connaissances évoluent, les cliniciens tendent à employer le même style de pratique tout au long de leur carrière (ce qui est appelé "signatures de pratique")[54], rendant difficile la modification de leur pratique[53, 98]. La vaste majorité des physiothérapeutes participant à cette étude ont indiqué que l'approche clinique employée était représentative de leur pratique habituelle, ce qui pourrait être expliqué par le phénomène des signatures de pratique. De plus, les physiothérapeutes tendaient à avoir des profils de pratique semblables autant pour les travailleurs avec que sans irradiation, ce qui pourrait aussi s'expliquer par les signatures de pratique.

Puisque les données probantes encouragent le retour à l'activité et l'exercice dans le traitement du mal de dos aigu/subaigu relié au travail[76], on pourrait prétendre que les physiothérapeutes ayant le profil de pratique "exercices/fonction" étaient plus près des données probantes. Cependant, les interventions présentes dans ce profil ne sont peut-être pas les mêmes que celles mentionnées dans les données probantes. Ces données ne mentionnent pas quels exercices sont les plus efficaces[36, 38, 76], et on ne sait pas si des interventions fonctionnelles sont nécessaires lors de la phase aiguë/subaiguë[84]. De plus, l'efficacité de plusieurs interventions dans ce profil n'a pas été étudiée.

Cette étude comporte certaines limites. Puisque des questionnaires auto-administrés ont été employés, il n'est pas possible de savoir si les pratiques rapportées étaient celles ayant vraiment été employées. Cependant, l'utilisation de cette méthodologie est probablement moins biaisée que celle d'histoires de cas puisqu'elle implique des traitements de patients réels[99-102]. Il est possible que l'enseignement ait été sous rapporté puisqu'il a été démontré que les physiothérapeutes tendent à sous-déclarer l'enseignement[103], probablement à cause de sa nature subjective. Bien que les physiothérapeutes devaient sélectionner les deux premiers travailleurs éligibles après avoir reçu les questionnaires, il n'est pas possible de vérifier ceci. Cependant, les biais de sélection tendent à apparaître dans des études expérimentales où les préférences des patients et cliniciens peuvent influencer la participation[104-107], ou dans des études d'observation dans lesquelles un consentement ou une participation active est requis du sujet[108, 109]. Puisque aucun de ces critères ne s'appliquait à cette étude, le biais de sélection a probablement été minimisé. Les taux de réponse ont possiblement été affectés par les critères d'inclusion relativement sévères de l'étude. Ces critères ont été choisis afin d'éliminer les facteurs externes pouvant influencer la pratique des physiothérapeutes et permettre la comparaison des pratiques entre eux. Cependant, les analyses ont indiqué que l'échantillon de physiothérapeutes participants était représentatif de la population sur la plupart des caractéristiques. À cause du plus faible taux de participation pour les travailleurs souffrant d'irradiation, les résultats sont probablement moins représentatifs de la population pour ce groupe de travailleurs. Le fait que l'irradiation de la douleur sous le genou affecte une minorité d'individus avec maux de dos [18, 20, 21, 23, 110] pourrait expliquer ce plus faible taux de participation. Il est également possible qu'il y ait eu désirabilité sociale dans les réponses rapportées par les physiothérapeutes, en orientant les réponses vers les attentes des chercheurs. Cependant, de nombreuses études ont démontré que les physiothérapeutes consultent peu les écrits scientifiques[43, 44, 92-94, 111, 112] et les données probantes sont peu détaillées dans le domaine du traitement du mal de dos[76]. De plus, la plupart des interventions rapportées par les physiothérapeutes n'étaient pas fondées sur les données probantes. Conséquemment, il est peu probable que les physiothérapeutes aient tenté de fournir des réponses idéales dans le but de

donner une image favorable de leur pratique. Une observation directe aurait été souhaitable, mais peu réaliste puisque les taux de participation auraient probablement été beaucoup plus faibles.

## 6. Conclusion

Cette étude permet de mieux connaître les interventions employées par les physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos aigus ou subaigus, une condition fréquemment traitée par ces professionnels de la santé. Cette étude décrit également les interventions employées par les physiothérapeutes lors de la présence d'irradiation de la douleur sous le genou, un symptôme prédicteur de chronicité. Bien que certaines des interventions employées par les physiothérapeutes soient basées sur les données probantes (exercices et mobilisations des tissus mous), l'efficacité de la plupart n'a pas été étudiée. Malgré que de nombreux types d'interventions et enseignements aient été rapportés par les physiothérapeutes, il semble y avoir trois profils de pratiques distincts. Pour les travailleurs sans irradiation, ces profils sont "mobilisations des tissus mous", "McKenzie" et "exercices/fonction". Pour les travailleurs avec irradiation, les profils sont "mobilisations des tissus mous", "thérapie manuelle" et "exercices/fonction". Il semble également y avoir des variations au niveau des objectifs poursuivis par les physiothérapeutes. L'explication des choix thérapeutiques des physiothérapeutes semble complexe et aller au-delà de leurs caractéristiques socioprofessionnelles. Des études sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité des différentes interventions couramment employées par les physiothérapeutes. Cependant, évaluer l'efficacité de chaque profil de pratique donnerait des résultats plus représentatifs de la pratique actuelle des physiothérapeutes que d'étudier chaque intervention séparément[35, 113].

## 7. Applicabilité des résultats

Puisque l'efficacité de la très grande majorité des interventions employées par les physiothérapeutes dans la prise en charge de travailleurs souffrant de maux de dos aigu/subaigu n'a pas été étudiée, des études évaluant leur efficacité sont nécessaires. Les résultats permettent d'orienter de telles études, en sélectionnant les interventions les plus couramment pratiquées et représentatives de la pratique. Parmi celles-ci, on note: mobilisations de la colonne, courant interférentiel, chaleur, ultrasons, tractions manuelles et correction de la posture. Des études sont également nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions particulièrement employées lors de la présence d'irradiation de la douleur sous le genou: tractions manuelles et mécaniques, approche McKenzie et froid.

Bien que l'utilisation d'exercices et de mobilisations des tissus mous/massages soit basée sur les données probantes, des études sont nécessaires afin de déterminer quels types sont les plus efficaces ainsi que la fréquence optimale d'utilisation de ces interventions lors d'un épisode de soins. Concernant l'enseignement d'exercices à effectuer à la maison, des études sur l'efficacité de ces enseignements versus la réalisation des exercices en milieu clinique sont nécessaires. Pour ce qui est de l'aspect fonctionnel des interventions, des études sont nécessaires afin de déterminer si des enseignements visant la fonction sont suffisants, ou si des simulations en

clinique d'AVQ et de tâches de travail sont plus efficaces. Puisqu'il y a présence de profils de pratiques distincts, les études évaluant l'efficacité de la physiothérapie dans le traitement du mal de dos devraient évaluer les combinaisons d'interventions présentes dans chaque profil afin d'être représentatif de la pratique actuelle et d'identifier lesquelles sont les plus efficaces.

Les résultats de cette étude démontrent que la pratique de la physiothérapie dans le traitement du mal de dos ne semble pas homogène. Cette hétérogénéité sera probablement réduite lorsque des connaissances sur l'efficacité des pratiques actuelles seront disponibles et que l'applicabilité clinique en physiothérapie des données probantes actuelles sera précisée. À cause des difficultés à modifier les pratiques actuelles, des stratégies efficaces de transfert de connaissances devront être développées et employées afin de favoriser l'intégration des connaissances dans les pratiques cliniques. Parmi ces avenues, la formation continue avec un contenu basé sur les données probantes serait à privilégier, puisque les physiothérapeutes attribuent généralement une grande importance à celle-ci dans l'acquisition de nouvelles connaissances[44, 93, 114-118].

## **8. Retombées éventuelles**

Lorsque des connaissances sur les pratiques actuelles seront développées, que l'applicabilité clinique en physiothérapie des connaissances actuelles sera précisée et que de stratégies efficaces de transfert de connaissances seront employées, les pratiques des physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos seront probablement plus homogènes et orientées vers les données probantes. Les physiothérapeutes ainsi que les organismes régissant la pratique devraient favoriser la mise en application de ces nouvelles connaissances, avec comme but ultime d'améliorer l'état de santé des travailleurs souffrant de maux de dos et de prévenir la chronicisation de leur condition.

**9. Liste des articles scientifiques et thèses produits dans le cadre de la présente subvention**

- Thèse

Poitras S. Pratiques cliniques des physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos aigus ou subaigus. Thèse acceptée par la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal pour le grade de doctorat en santé publique, option organisation des soins de santé. 05/2005.

- Articles publiés

Poitras S, Blais R, Swaine B, Rossignol M, Perron M. Continuing education of physiotherapists involved in treating persons with work-related back Pain. *Physiotherapy Canada* 2005; 57(3): 225-233.

Poitras S, Blais R, Swaine B, Rossignol M. Management of work-related low back pain: a population based survey of physical therapists. *Physical Therapy* 2005; 85(11): 1168-1181.

## Références

1. CSST, *Annexe statistique. Rapport annuel d'activité 1999. 2000*, CSST: Québec.
2. Ehrmann-Feldman, D., et al., *Physician referral to physical therapy in a cohort of workers compensated for low back pain*. Physical Therapy, 1996. **76**(2): p. 150-6.
3. Battie, M.C., et al., *Managing low back pain: attitudes and treatment preferences of physical therapists*. Physical Therapy, 1994. **74**(3): p. 219-26.
4. Sullivan, M.S., J.M. Kues, and T.P. Mayhew, *Treatment categories for low back pain: a methodological approach*. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 1996. **24**(6): p. 359-64.
5. Turner, P.A., et al., *Audits of physiotherapy practice*. Physiotherapy Theory & Practice, 1999. **15**(4): p. 261-74.
6. Li, L.C. and C. Bombardier, *Physical therapy management of low back pain: an exploratory survey of therapist approaches*. Physical Therapy, 2001. **81**(4): p. 1018-28.
7. Jackson, D.A., *How is low back pain managed? Retrospective study of the first 200 patients with low back pain referred to a newly established community-based physiotherapy department*. Physiotherapy, 2001. **87**(11): p. 573-81.
8. Armstrong, M.P., S. McDonough, and G.D. Baxter, *Clinical guidelines versus clinical practice in the management of low back pain*. International Journal of Clinical Practice, 2003. **57**(1): p. 9-13.
9. Foster, N.E., et al., *Management of nonspecific low back pain by physiotherapists in Britain and Ireland. A descriptive questionnaire of current clinical practice*. Spine, 1999. **24**(13): p. 1332-42.
10. Jette, A.M., et al., *Physical therapy episodes of care for patients with low back pain*. Physical Therapy, 1994. **74**(2): p. 101-10.
11. Gracey, J.H., S.M. McDonough, and G.D. Baxter, *Physiotherapy management of low back pain: a survey of current practice in northern Ireland*. Spine, 2002. **27**(4): p. 406-11.
12. Mielenz, T.J., et al., *Physical therapy utilization by patients with acute low back pain*. Physical Therapy, 1997. **77**(10): p. 1040-51.
13. van der Valk, R.W.A., J. Dekker, and M.E. van Baar, *Physical therapy for patients with back pain*. Physiotherapy, 1995. **81**(6): p. 345-51.
14. Jette, A.M. and A. Delitto, *Physical therapy treatment choices for musculoskeletal impairments*. Physical Therapy, 1997. **77**(2): p. 145-54.

15. van Baar, M.E., J. Dekker, and W. Bosveld, *A survey of physical therapy goals and interventions for patients with back and knee pain*. Physical Therapy, 1998. **78**(1): p. 33-42.
16. CSST, *Statistiques sur les affectations vertébrales 1995-1998*. 1999, CSST: Québec.
17. Haldeman, S., *Diagnostic tests for the evaluation of back and neck pain*. Neurologic Clinics, 1996. **14**(1): p. 103-17.
18. van der Weide, W.E., et al., *Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 1999. **25**(1): p. 50-6.
19. Thomas, E., et al., *Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study*. BMJ, 1999. **318**(7199): p. 1662-7.
20. Hagen, K.B. and O. Thune, *Work incapacity from low back pain in the general population*. Spine, 1998. **23**(19): p. 2091-5.
21. Frank, A.O., et al., *A cross-sectional survey of the clinical and psychological features of low back pain and consequent work handicap: use of the Quebec Task Force classification*. International Journal of Clinical Practice, 2000. **54**(10): p. 639-44.
22. Ren, X.S., et al., *Assessment of functional status, low back disability, and use of diagnostic imaging in patients with low back pain and radiating leg pain*. Journal of Clinical Epidemiology, 1999. **52**(11): p. 1063-71.
23. Selim, A.J., et al., *The importance of radiating leg pain in assessing health outcomes among patients with low back pain. Results from the Veterans Health Study*. Spine, 1998. **23**(4): p. 470-4.
24. Leclaire, R., et al., *A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity*. Spine, 1997. **22**(1): p. 68-71.
25. Bolton, J.E. and M.N. Christensen, *Back pain distribution patterns: relationship to subjective measures of pain severity and disability*. Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics, 1994. **17**(4): p. 211-8.
26. Haas, M. and J. Nyiendo, *Diagnostic utility of the McGill Pain Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire for classification of low back pain syndromes*. Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics, 1992. **15**(2): p. 90-8.
27. Frank, J.W., et al., *Disability resulting from occupational low back pain. Part II: What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins*. Spine, 1996. **21**(24): p. 2918-29.

28. Philadelphia, P., *Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain*. Physical Therapy, 2001. **81**(10): p. 1641-74.
29. Linton, S.J., *The socioeconomic impact of chronic back pain: is anyone benefiting?* Pain, 1998. **75**(2-3): p. 163-8.
30. Carey, T.S., *Disability: how successful are we in determining disability?* Neurologic Clinics, 1999. **17**(1): p. 167-78.
31. Bekkering, G.E., et al., *Dutch physiotherapy guidelines for low back pain*. Physiotherapy, 2003. **89**(2): p. 82-96.
32. Sievers, K., T. Klaukka, and E. Saloheimo, *Is physiotherapy effective for musculoskeletal disorders?* Scandinavian Journal of Rheumatology - Supplement, 1987. **67**: p. 90-2.
33. Beckerman, H., et al., *Efficacy of physiotherapy for musculoskeletal disorders: what can we learn from research?* British Journal of General Practice, 1993. **43**(367): p. 73-7.
34. Feine, J.S. and J.P. Lund, *An assessment of the efficacy of physical therapy and physical modalities for the control of chronic musculoskeletal pain*. Pain, 1997. **71**(1): p. 5-23.
35. Wakefield, A., *Evidence-based physiotherapy: the case for pragmatic randomised controlled trials*. Physiotherapy, 2000. **86**(8): p. 394-6.
36. van Tulder, M.W., et al., *Exercise therapy for low back pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000(2): p. CD000335.
37. Abenhaim, L., et al., *The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain*. Spine, 2000. **25**(4 Suppl): p. 1S-33S.
38. Kool, J., et al., *Exercise reduces sick leave in patients with non-acute non-specific low back pain: a meta-analysis*. Journal of Rehabilitation Medicine, 2004. **36**(2): p. 49-62.
39. Nordin, M. and M. Campello, *Physical therapy: exercises and the modalities: when, what, and Why?* Neurologic Clinics, 1999. **17**(1): p. 75-89.
40. Cherkin, D.C., et al., *A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain*. Annals of Internal Medicine, 2003. **138**(11): p. 898-906.
41. Furlan, A.D., et al., *Massage for low-back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group*. Spine, 2002. **27**(17): p. 1896-910.

42. Freemantle, N., et al., *Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000(2): p. CD000172.
43. Jette, D.U., et al., *Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists*. Physical Therapy, 2003. **83**(9): p. 786-805.
44. Turner, P. and T.W.A. Whitfield, *Physiotherapists' use of evidence based practice: a cross-national study*. Physiotherapy Research International, 1997. **2**(1): p. 17-29.
45. Wennberg, J. and Gittelsohn, *Small area variations in health care delivery*. Science, 1973. **182**(117): p. 1102-8.
46. Eddy, D.M., *Variations in physician practice: the role of uncertainty*. Health Affairs, 1984. **3**(2): p. 74-89.
47. Keller, R.B., et al., *Dealing with geographic variations in the use of hospitals. The experience of the Maine Medical Assessment Foundation Orthopaedic Study Group*. Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume, 1990. **72**(9): p. 1286-93.
48. Keller, R.B., A.M. Chapin, and D.N. Soule, *Informed inquiry into practice variations: the Maine Medical Assessment Foundation*. Quality Assurance in Health Care, 1990. **2**(1): p. 69-75.
49. Folland, S. and M. Stano, *Small area variations: a critical review of propositions, methods, and evidence*. Medical Care Review, 1990. **47**(4): p. 419-65.
50. McPherson, K., *Why do practice variations occur?* in *The challenge of medical practice variations*, T.F. Andersen and G. Mooney, Editors. 1990, MacMillan Press: London.
51. Davis, P., et al., *The "supply hypothesis" and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation*. Social Science & Medicine, 2000. **50**(3): p. 407-18.
52. Sullivan, F.M. and R.J. MacNaughton, *Evidence in consultations: interpreted and individualised*. Lancet, 1996. **348**(9032): p. 941-3.
53. Oxman, A.D., et al., *No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice*. CMAJ Canadian Medical Association Journal, 1995. **153**(10): p. 1423-31.
54. Wennberg, J. and A. Gittelsohn, *Variations in medical care among small areas*. Scientific American, 1982. **246**(4): p. 120-34.
55. Norman, G.R., *The epistemology of clinical reasoning: perspectives from philosophy, psychology, and neuroscience*. Academic Medicine, 2000. **75**(10 Suppl): p. S127-35.



56. Evans, R.G., *The dog in the night-time: medical practice variations and health policy*, in *The challenge of medical practice variations*, T.F. Andersen and G. Mooney, Editors. 1990, MacMillan Press: London.
57. Roos, N.P. and L.L. Roos, *Small area variations, practices styles and quality of health care*, in *Why are some people healthy and others not?* R.G. Evans, M.L. Barer, and T.R. Marmor, Editors. 1994, Aldine de Gruyter: New York.
58. Benbassat, J., D. Pilpel, and M. Tidhar, *Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys*. Behavioral Medicine, 1998. **24**(2): p. 81-8.
59. Owens, D.K., *Spine update. Patient preferences and the development of practice guidelines*. Spine, 1998. **23**(9): p. 1073-9.
60. Floor, A.B. and D.M. Bott. *What explains insurance-based styles of care: Decisions by providers of organisational practices?* in *Annual Meeting of the Association for Health Services Research*. 1998. Washington DC.
61. Van Doorslaer, E. and J. Geurts, *Supplier-induced demand for physiotherapy in the Netherlands*. Social Science & Medicine, 1987. **24**(11): p. 919-25.
62. Healey, A.T., B.F. Yule, and J.P. Reid, *Variations in general practice prescribing costs and implications for budget setting*. Health Economics, 1994. **3**(1): p. 47-56.
63. Jette, D.U. and A.M. Jette, *Professional uncertainty and treatment choices by physical therapists*. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 1997. **78**(12): p. 1346-51.
64. Bashi, H.L. and E. Domholdt, *Use of support personnel for physical therapy treatment*. Physical Therapy, 1993. **73**(7): p. 421-9; discussion 429-36.
65. Robinson, A.J., et al., *Physical therapists' perceptions of the roles of the physical therapist assistant*. Physical Therapy, 1994. **74**(6): p. 571-82.
66. Evans, R.G., *Strained mercy. The Economics of Canadian Health Care*. 1984, Toronto: Butterworth's and Co.
67. Westert, G.P., A.P. Nieboer, and P.P. Groenewegen, *Variation in duration of hospital stay between hospitals and between doctors within hospitals*. Social Science & Medicine, 1993. **37**(6): p. 833-9.
68. Westert, G.P. and P.P. Groenewegen, *Medical practice variations: changing the theoretical approach*. Scandinavian Journal of Public Health, 1999. **27**(3): p. 173-80.
69. Bloor, M., *Bishop Berkeley and the adenotonsillectomy enigma: An exploration of variation in the social construction of medical disposals*. Sociology, 1976. **10**(1): p. 43-61.

70. Chassin, M.R., *Explaining geographic variations. The enthusiasm hypothesis*. Medical Care, 1993. **31**(5 Suppl): p. YS37-44.
71. American Physical Therapy Association, *Guide to Physical Therapist Practice. Part 1: A description of patient/client management. Part 2: Preferred practice patterns*. American Physical Therapy Association. Physical Therapy, 1997. **77**(11): p. 1160-656.
72. Tremblay, A., *Sondages: histoire, pratique et analyse*. 1991, Montréal: Éditions Gaetan Morin.
73. Lebart, L., A. Morineau, and M. Piron, *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. 1995, Paris: Dunod.
74. Guinot, C., et al., *Use of multiple correspondence analysis and cluster analysis to study dietary behaviour: food consumption questionnaire in the SU.VI.MAX. cohort*. European Journal of Epidemiology, 2001. **17**(6): p. 505-16.
75. Furlan, A.D., et al., *Massage for low back pain.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(4):CD001929; PMID: 11034734]*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002(2): p. CD001929.
76. Staal, J.B., et al., *Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison*. Occupational & Environmental Medicine, 2003. **60**(9): p. 618-26.
77. Hilde, G., et al., *Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002(2): p. CD003632.
78. Donelson, R., G. Silva, and K. Murphy, *Centralization phenomenon. Its usefulness in evaluating and treating referred pain*. Spine, 1990. **15**(3): p. 211-3.
79. Saunders, H.D., *Use of spinal traction in the treatment of neck and back conditions*. Clinical Orthopaedics & Related Research, 1983(179): p. 31-8.
80. Saifuddin, A., et al., *An analysis of radiating pain at lumbar discography*. European Spine Journal, 1998. **7**(5): p. 358-62.
81. Harte, A.A., G.D. Baxter, and J.H. Gracey, *The efficacy of traction for back pain: a systematic review of randomized controlled trials*. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 2003. **84**(10): p. 1542-53.
82. Stankovic, R. and O. Johnell, *Conservative treatment of acute low-back pain. A prospective randomized trial: McKenzie method of treatment versus patient education in "mini back school"*. Spine, 1990. **15**(2): p. 120-3.
83. Stankovic, R. and O. Johnell, *Conservative treatment of acute low back pain. A 5-year follow-up study of two methods of treatment*. Spine, 1995. **20**(4): p. 469-72.

84. Schonstein, E., et al., *Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003(1): p. CD001822.
85. Bekkering, G.E., et al., *Development of an implementation strategy for physiotherapy guidelines on low back pain*. Australian Journal of Physiotherapy, 2003. **49**(3): p. 208-14.
86. Dekker, J., et al., *Diagnosis and treatment in physical therapy: an investigation of their relationship*. Physical Therapy, 1993. **73**(9): p. 568-77.
87. Smits, H.L., *Medical practice variations revisited*. Health Affairs, 1986. **5**(3): p. 91-6.
88. Jensen, I.B., et al., *Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion?* Spine, 2000. **25**(21): p. 2816-23.
89. Grimmer, K., S. Milanese, and A. Bialocerkowski, *Clinical guidelines for low back pain: physiotherapy perspective. including commentary by Lundgren B*. Physiotherapy Canada, 2003. **55**(4): p. 185-94.
90. Kent, P. and J. Keating, *Do primary-care clinicians think that nonspecific low back pain is one condition?* Spine, 2004. **29**(9): p. 1022-31.
91. Waddell, G., A.K. Burton, and C.J. Main, *Screening to Identify People at Risk of Long-term Incapacity for Work*. 2003, London: Royal Society of Medicine Press Ltd.
92. Metcalfe, C., et al., *Barriers to implementing the evidence base in four NHS therapies: dietitians, occupational therapists, physiotherapists, speech and language therapists*. Physiotherapy, 2001. **87**(8): p. 433-41.
93. Turner, P.A. and T.W.A. Whitfield, *Physiotherapists' reasons for selection of treatment techniques: a cross-national survey*. Physiotherapy Theory & Practice, 1999. **15**(4): p. 235-46.
94. Barnard, S. and R. Wiles, *Evidence-based physiotherapy: physiotherapists' attitudes and experiences in the Wessex area*. Physiotherapy, 2001. **87**(3): p. 115-24.
95. Bornstein, B.H., A.C. Emler, and G.B. Chapman, *Rationality in medical treatment decisions: is there a sunk-cost effect?* Social Science & Medicine, 1999. **49**(2): p. 215-22.
96. Baumann, A.O., R.B. Deber, and G.G. Thompson, *Overconfidence among physicians and nurses: the 'micro-certainty, macro-uncertainty' phenomenon*. Social Science & Medicine, 1991. **32**(2): p. 167-74.
97. Pengel, L.H., et al., *Acute low back pain: systematic review of its prognosis*. BMJ, 2003. **327**(7410): p. 323.
98. Dopson, S., et al., *No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based*. Health Care Management Review, 2002. **27**(3): p. 35-47.

99. Morrell, D.C. and M.O. Roland, *Analysis of referral behaviour: responses to simulated case histories may not reflect real clinical behaviour*. British Journal of General Practice, 1990. **40**(334): p. 182-5.
100. Holmes, M.M., et al., *Methods of analyzing physician practice patterns in hypertension*. Medical Care, 1989. **27**(1): p. 59-68.
101. Jones, T.V., M.S. Gerrity, and J. Earp, *Written case simulations: do they predict physicians' behavior?* Journal of Clinical Epidemiology, 1990. **43**(8): p. 805-15.
102. Langley, G.R., et al., *Use of written cases to study factors associated with regional variations in referral rates*. Journal of Clinical Epidemiology, 1991. **44**(4-5): p. 391-402.
103. Gahimer, J.E. and E. Domholdt, *Amount of patient education in physical therapy practice and perceived effects*. Physical Therapy, 1996. **76**(10): p. 1089-96.
104. Halpern, S.D., *Evaluating preference effects in partially unblinded, randomized clinical trials*. Journal of Clinical Epidemiology, 2003. **56**(2): p. 109-15.
105. Britton, A., et al., *Threats to applicability of randomised trials: exclusions and selective participation*. Journal of Health Services & Research Policy, 1999. **4**(2): p. 112-21.
106. Schain, W.S., *Barriers to clinical trials. Part II: Knowledge and attitudes of potential participants*. Cancer, 1994. **74**(9 Suppl): p. 2666-71.
107. Mansour, E.G., *Barriers to clinical trials. Part III: Knowledge and attitudes of health care providers*. Cancer, 1994. **74**(9 Suppl): p. 2672-5.
108. Ellenberg, J.H., *Selection bias in observational and experimental studies*. Statistics in Medicine, 1994. **13**(5-7): p. 557-67.
109. Copas, A.J., A.M. Johnson, and J. Wadsworth, *Assessing participation bias in a sexual behaviour survey: implications for measuring HIV risk*. AIDS, 1997. **11**(6): p. 783-90.
110. Loisel, P., et al., *Discriminative and predictive validity assessment of the quebec task force classification*. Spine, 2002. **27**(8): p. 851-7.
111. Closs, S.J. and B.J.P. Lewin, *Education and research. Perceived barriers to research utilization: a survey of four therapies*. British Journal of Therapy & Rehabilitation, 1998. **5**(3): p. 151-5.
112. Kamwendo, K., *What do Swedish physiotherapists feel about research? A survey of perceptions, attitudes, intentions and engagement*. Physiotherapy Research International, 2002. **7**(1): p. 23-34.
113. Roland, M. and D.J. Torgerson, *What are pragmatic trials?* BMJ, 1998. **316**(7127): p. 285.

114. Bohannon, R.W., *Information accessing behaviour of physical therapists*. Physiotherapy Theory & Practice, 1990. **6**(4): p. 215-25.
115. Karp, N.V., *Physical therapy continuing education: motivating factors. part 2*. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 1992. **12**(3): p. 171-9.
116. Karp, N.V., *Physical therapy continuing education: perceived barriers and preferences. part 1*. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 1992. **12**(2): p. 111-20.
117. Tassone, M.R. and C.S. Heck, *Motivational orientations of allied health care professionals participating in continuing education*. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 1997. **17**(2): p. 97-105.
118. Rappolt, S. and M. Tassone, *How rehabilitation therapists gather, evaluate, and implement new knowledge*. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2002. **22**(3): p. 170-80.

## **Annexes**

## **Annexe 1**

### **Questionnaire descriptif des caractéristiques des physiothérapeutes**



## Questionnaire descriptif

### Pratiques des physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos

Stéphane Poitras, physiothérapeute, Université de Montréal

Régis Blais, professeur titulaire, Université de Montréal

Bonnie Swaine, physiothérapeute, Université de Montréal

Michel Rossignol, médecin, Université McGill

**En collaboration avec :**





Nous vous remercions de votre collaboration.

Lorsque vous aurez complété le questionnaire, veuillez SVP  
nous le retourner immédiatement dans l'enveloppe préaffranchie ci-jointe.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter :

Stéphane Poitras

(514) 343-6111 poste 3127

Courriel : [stephane.poitras@umontreal.ca](mailto:stephane.poitras@umontreal.ca)

**Ce questionnaire sera lu par un lecteur optique.**

**SVP, veuillez utiliser un stylo à encre noire ou bleue.**

**Noircissez le point sur l'échelle qui semble le mieux refléter  
votre opinion**

Idéalement.... ☐ Éviter... ☒

**ou inscrivez votre réponse dans les cases laissées à votre intention,  
tel qu'indiqué ci-dessous.**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

---



23833

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## A : Votre clientèle

*Nous aimerions d'abord que vous pensiez aux caractéristiques des personnes que vous avez traitées dans les six derniers mois. Le mal de dos est défini ici comme une douleur se situant dans la région lombaire et/ou sacro-iliaque.*

1. Au cours de cette période, quel pourcentage de votre clientèle était constitué de personnes souffrant de maux de dos?

☐ moins de 25 %   ☐ 25 à 50 %   ☐ 51 à 75 %   ☐ plus de 75 %

2. Au cours de cette période, quel pourcentage de l'ensemble de votre clientèle était constitué de travailleurs indemnisés par la CSST?

☐ moins de 25 %   ☐ 25 à 50 %   ☐ 51 à 75 %   ☐ plus de 75 %

3. Dans les 6 derniers mois, combien de patients, toutes conditions confondues, avez-vous vus en moyenne par quart de travail (8 heures)?

☐ 10 patients ou moins   ☐ 11 à 15   ☐ 16 à 20   ☐ 21 à 25   ☐ 26 à 30   ☐ 31 et plus

## B : Votre milieu de travail

*Afin de bien décrire votre situation, nous aimerions connaître les caractéristiques de votre milieu de travail. Répondez aux questions en vous référant à votre pratique actuelle.*

1. Dans votre clinique, travaillez-vous la majorité du temps avec d'autres professionnels lorsque vous traitez des personnes souffrant de maux de dos?

☐ non

☐ oui —> Indiquez le(s)quelle(s) (Noircir tout ce qui s'applique)

- ☐ psychologue  
☐ éducateur physique  
☐ ergothérapeute  
☐ ergonomiste  
☐ infirmière  
☐ travailleur social  
☐ médecin  
☐ autre \_\_\_\_\_

2. Est-ce qu'un ou des assistants sont présents dans votre milieu de travail?

☐ non

☐ oui —> Indiquez le(s)quelle(s) (Noircir tout ce qui s'applique)

- ☐ thérapeute en réadaptation physique  
☐ aide-physiothérapeute / préposé



23833

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

3. Parmi les interventions suivantes, noircir celles dont l'équipement est disponible dans votre milieu de travail. (Noircir tout ce qui s'applique)

- ☐ tractions mécaniques
- ☐ stimulateur neuromusculaire
- ☐ courant interférentiel
- ☐ TENS
- ☐ ultrasons
- ☐ laser
- ☐ chaleur
- ☐ froid
- ☐ biofeedback / EMG de surface
- ☐ autres : \_\_\_\_\_

4. Quelle affiliation avez-vous avec votre milieu de travail?

- ☐ propriétaire ou co-propriétaire de la clinique
- ☐ employé(e) de la clinique ou travailleur autonome

### C : Votre profil

Pour terminer, quelques questions qui nous aideront à mieux connaître votre profil.

1. À quelle université avez-vous obtenu votre baccalauréat en physiothérapie?

- ☐ Laval
- ☐ McGill
- ☐ Montréal
- ☐ Ottawa
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

2. En quelle année avez-vous commencé à pratiquer comme physiothérapeute?

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

3. Suite à l'obtention de votre baccalauréat, avez-vous suivi de la formation continue ayant rapport avec les maux de dos et pour laquelle vous avez obtenu une attestation?

- ☐ non
- ☐ oui —> Indiquez le(s)quelle(s) (Noircir tout ce qui s'applique)
  - ☐ approche ostéopathique
  - ☐ approche McKenzie
  - ☐ approches posturales (RPG, Mézière)
  - ☐ thérapie manuelle / mobilisations
  - ☐ thérapie manuelle / manipulations
  - ☐ ergonomie / réentraînement au travail
  - ☐ physiothérapie sportive
  - ☐ autres : \_\_\_\_\_

4. En quelle année êtes-vous né(e)?

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 1 | 9 |  |  |
|---|---|--|--|

5. Êtes-vous : ☐ une femme ☐ un homme

Veuillez SVP nous retourner ce questionnaire dans l'enveloppe préaffranchie ci-jointe.

## **Annexe 2**

### **Questionnaire descriptif des séances initiale et suivantes – Version absence d'irradiation**

 **Faculté de médecine**  
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé



# **Cahier ABSENCE D'IRRADIATION**

## **Pratiques des physiothérapeutes dans le traitement de travailleurs souffrant de maux de dos**

Stéphane Poitras, physiothérapeute, Université de Montréal

Régis Blais, professeur titulaire, Université de Montréal

Bonnie Swaine, physiothérapeute, Université de Montréal

Michel Rossignol, médecin, Université McGill

**En collaboration avec :**



THE CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION  
LA FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ



Nous vous remercions de votre collaboration.

Lorsque la dernière séance aura été complétée,  
veuillez SVP nous retourner le cahier dans l'enveloppe préaffranchie  
que vous trouverez insérée à la fin du cahier.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter :

Stéphane Poitras

(514) 343-6111 poste 3127

Courriel : stephane.poitras@umontreal.ca

**Ce questionnaire sera lu par un lecteur optique.**

**SVP, veuillez utiliser un stylo à encre noire ou bleue.**

**Noircissez le point sur l'échelle qui semble le mieux refléter  
votre opinion**

Idéalement.... ● Éviter... ●✓

**ou inscrivez votre réponse dans les cases laissées à votre intention,  
tel qu'indiqué ci-dessous.**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

---

## CAHIER ABSENCE D'IRRADIATION



### A : Critère d'inclusion du travailleur

*Ce cahier est pour le TRAVAILLEUR SANS IRRADIATION  
lors de la SÉANCE INITIALE.*

*Si ce n'est pas le cas, svp employez l'autre cahier.*

1. Est-ce que le travailleur souffre présentement de douleurs, d'engourdissements ou de picotements qui descendent au moins jusqu'au genou?

oui ☐ → Veuillez utiliser l'autre cahier « Présence d'irradiation »  
non ☐

Afin de s'assurer de l'éligibilité du travailleur à l'étude,  
SVP vérifier qu'aucun des critères suivants ne s'applique au travailleur.

2. Est-ce que le travailleur :

- Est indemnisé par la CSST à cause d'un mal de dos depuis moins de 15 jours ou plus de 3 mois lors de la visite initiale;
- Est de retour à son travail régulier;
- Souffre d'un mal de dos pour une des raisons suivantes :
  - Fracture de la colonne
  - Tumeur
  - Infection
  - Syndrome de la queue de cheval suite à une hernie massive;
- A eu une chirurgie pour le présent épisode de mal de dos;
- A été indemnisé par la CSST pour un mal de dos dans les 3 mois précédant la blessure actuelle;
- A été traité en physiothérapie pour un mal de dos dans les 3 derniers mois;
- Est enceinte;
- A reçu une prescription du médecin décrivant avec précision les interventions à effectuer par le physiothérapeute.

SI UN DES CRITÈRES S'APPLIQUE LORS DE LA SÉANCE INITIALE,  
NE PAS INCLURE LE TRAVAILLEUR ET ÉVALUER L'ÉLIGIBILITÉ  
DU PROCHAIN TRAVAILLEUR SE PRÉSENTANT À VOUS.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**Travailleur ABSENCE d'irradiation**  
**Autres problèmes de santé**

**Lors de la séance initiale, est-ce que le travailleur souffre d'un des problèmes de santé suivants?** *(Le problème doit présentement avoir un impact majeur sur la capacité du travailleur à réaliser ses activités habituelles, et le travailleur doit recevoir ou avoir reçu des traitements par un professionnel de la santé pour ce problème).*

○ Non

○ Oui →

**Indiquez lesquels**

(Noircir tout ce qui s'applique)

- Problèmes musculo-squelettiques aux membres inférieurs.
- Problèmes musculo-squelettiques aux membres supérieurs.
- Problèmes dans la région cervicale.
- Problèmes cardiorespiratoires.
- Problèmes neurologiques.
- Problèmes de santé mentale.





SÉANCE INITIALE  
CAHIER ABSENCE D'IRRADIATION

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|



Veuillez indiquer

la date de la séance :

|       |   |   |  |
|-------|---|---|--|
| 2     | 0 | 0 |  |
| Année |   |   |  |

 - 

|      |  |
|------|--|
|      |  |
| Mois |  |

 - 

|      |  |
|------|--|
|      |  |
| Jour |  |

---

**B : Les caractéristiques du travailleur**

*Nous aimerions que vous nous décriviez les caractéristiques du travailleur traité.*

1. Quelle est l'âge du travailleur? 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 ans

2. Est-ce que le travailleur est :

☐ un homme

☐ une femme

3. Depuis combien de jours est-ce que le travailleur  
souffre de mal de dos depuis l'événement initial?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

jours (entre 15 et 90, sinon le travailleur n'est pas éligible à cette étude)

4. Quel est le titre d'emploi du travailleur? \_\_\_\_\_

Décrivez brièvement ses tâches principales.

---

---

5. Quel est le statut actuel de travail du travailleur?

☐ absent du travail complètement

☐ en assignation temporaire / tâches allégées / horaire modifié



10486



## C : Votre approche thérapeutique

*Afin de bien saisir la nature de l'approche thérapeutique employée auprès du travailleur, nous aimerions obtenir quelques informations concernant l'origine du mal de dos du travailleur, les objectifs poursuivis lors de la séance et les interventions choisies.*

### 1. Selon votre évaluation, quelle est l'origine du mal de dos du travailleur?

(Vous pouvez noircir une ou plusieurs réponses).

- ☐ discale
- ☐ ligamentaire
- ☐ facettaire
- ☐ musculaire
- ☐ neurologique
- ☐ psychosomatique
- ☐ autre : \_\_\_\_\_
- ☐ ne sais pas

### 2. Quel a été l'objectif principal de la séance? S'il y avait un objectif secondaire, veuillez également l'indiquer. (SVP, noircir UNE réponse comme objectif principal et UNE réponse comme objectif secondaire si applicable).

| Objectif principal    | Objectif secondaire                                                                                          |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Diminuer la douleur                                                                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Augmenter l'amplitude articulaire                                                      |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Diminuer les spasmes et/ou les tensions musculaires                                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Augmenter la force                                                                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Augmenter l'endurance cardiorespiratoire et/ou musculaire                              |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Améliorer la posture                                                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Améliorer la fonction (AVQ et/ou travail)                                              |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Éduquer le travailleur afin de prévenir l'aggravation de la blessure et/ou une rechute |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Autre : _____                                                                          |



10486

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

### C : Votre approche thérapeutique (suite)

3. Veuillez indiquer les interventions que vous avez employées lors de la séance.  
Veuillez également indiquer les interventions que vous auriez aimé utiliser mais  
qui ont été refusées par le travailleur. (Noircir tout ce qui s'applique).

|                                                  | Interventions<br>effectuées | Refusées par le<br>travailleur |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| • Mobilisations                                  |                             |                                |
| • Colonne                                        | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Sacro-iliaque                                  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Membres inférieurs                             | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Manipulations                                  |                             |                                |
| • Colonne                                        | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Sacro-iliaque                                  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Tractions                                      |                             |                                |
| • Mécanique                                      | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Manuelle                                       | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Massages superficiels/profonds des tissus mous | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Modalités                                      |                             |                                |
| • Stimulation neuromusculaire                    | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Courant interférentiel                         | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • TENS                                           | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Ultrason                                       | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Laser                                          | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Chaleur                                        | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Froid                                          | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Biofeedback/EMG de surface                     | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Exercices effectués lors de la session         |                             |                                |
| • Cardiorespiratoire                             | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Renforcement musculaire                        | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| Région(s) : _____                                |                             |                                |
| _____                                            |                             |                                |
| • Étirement                                      | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| Région(s) : _____                                |                             |                                |
| _____                                            |                             |                                |
| • Correction de la posture                       | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Simulation de tâches de travail                | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Activités de la vie quotidienne (AVQ)          | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Visite du poste de travail/recommandations     | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |



10486

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

### C : Votre approche thérapeutique (suite)

#### 4. Est-ce qu'une ou des approches particulières ont été employées lors de la séance?

☐ non

☐ oui → Indiquez lesquelles (Noircir tout ce qui s'applique).

☐ Posturales (RPG, Mézière)

☐ McKenzie

☐ Ostéopathie

☐ Thérapie manuelle

☐ Autre : \_\_\_\_\_

#### 5. Veuillez indiquer les conseils/enseignements thérapeutiques que vous avez donnés lors de la séance. (Noircir tout ce qui s'applique).

Conseils donnés

☐ Repos au lit → Nombre de jours : \_\_\_\_\_

☐
☐ Activités au travail

☐ • Augmentation

☐
☐ • Diminution

☐
☐ • Maintien

☐
☐ Activités à la maison

☐ • Augmentation

☐
☐ • Diminution

☐
☐ • Maintien

☐
☐ Programme d'exercices à la maison et/ou au travail

☐ • Cardiorespiratoire

☐
☐ • Renforcement musculaire

☐
☐ Région(s) : \_\_\_\_\_

☐ • Étirement

☐
☐ Région(s) : \_\_\_\_\_

☐ • Correction de la posture

☐
☐ Recommandation de l'utilisation d'une aide technique

☐ • Ceinture lombaire ou sacro-iliaque/corset

☐
☐ • Semelles

☐
☐ • Coussin lombaire

☐
☐ Formation individuelle

☐ • Explication des causes physiques du mal de dos

☐
☐ • Méthodes de contrôle de la douleur/auto-analgésie

☐
☐ • Enseignements reliés aux AVQ

☐
☐ • Enseignements reliés à l'ergonomie/tâches de travail

☐
☐ Formation en groupe (classe de dos)

☐



10486

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

### C : Votre approche thérapeutique (suite)

6. Avez-vous employé d'autres types d'interventions/conseils lors de la séance?

☐ non

☐ oui —> Indiquez lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Quelle a été la durée approximative de la séance de traitement?  
(le temps passé en clinique)

- ☐ 30 minutes ou moins
- ☐ 45 minutes
- ☐ 60 minutes
- ☐ 75 minutes
- ☐ 90 minutes et plus

8. Est-ce qu'un thérapeute en réadaptation physique (TRP) a effectué une ou  
plusieurs des interventions lors de cette séance?

☐ non

☐ oui —> Indiquez la proportion des interventions effectuées par le TRP :  
☐ moins de 25 %  
☐ 25 à 50 %  
☐ 51 à 75 %  
☐ plus de 75 %

9. À votre connaissance, le travailleur est-il présentement vu par un ou plusieurs  
autres professionnels pour son mal de dos?

☐ non

☐ oui —> Indiquez lesquels (Noircir tout ce qui s'applique).

- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Psychologue
- ☐ Éducateur physique
- ☐ Travailleur social
- ☐ Infirmière
- ☐ Chiropraticien
- ☐ Acupuncteur
- ☐ Ergonome
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Veuillez SVP continuer à compléter un questionnaire pour chaque autre séance.



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

# Séance #

➔ Veuillez indiquer  
la date de la séance : 

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 2 | 0 | 0 |  |
|---|---|---|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 - 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

  
Année Mois Jour

---

## A : Les caractéristiques de votre travailleur

*Nous aimerions d'abord que vous décriviez à nouveau quelques caractéristiques du travailleur traité.*

1. Est-ce que le travailleur souffre présentement de douleurs, d'engourdissements ou de picotements qui descendent au moins jusqu'au genou?

- ☐ non
- ☐ oui

2. Quel est le statut actuel du travailleur?

- ☐ Absent du travail
- ☐ En assignation temporaire/tâches allégées/horaire modifié
- ☐ À son travail régulier
- ☐ À un autre travail
- ☐ Sans emploi



9067



## B : Votre approche thérapeutique

*Nous aimerions que vous décriviez à nouveau l'approche employée  
auprès du travailleur lors de la séance.*

1. Depuis la dernière séance, est-ce que l'origine du mal de dos du travailleur a été  
modifiée suite à de nouvelles évaluations ou à l'évolution clinique du travailleur?

☐ non

☐ oui → Quelle est l'origine du mal de dos du travailleur?  
(Noircir tout ce qui s'applique).

☐ discal

☐ ligamentaire

☐ facettaire

☐ musculaire

☐ neurologique

☐ psychosomatique

☐ autre : \_\_\_\_\_

☐ ne sais pas

2. Quel a été l'objectif principal de la séance? S'il y avait un objectif secondaire,  
veuillez également l'indiquer. (SVP, noircir UNE réponse comme objectif principal et  
UNE réponse comme objectif secondaire si applicable).

Objectif  
principal  
▼

Objectif  
secondaire  
▼

☐

☐

Diminuer la douleur

☐

☐

Augmenter l'amplitude articulaire

☐

☐

Diminuer les spasmes et/ou les tensions musculaires

☐

☐

Augmenter la force

☐

☐

Augmenter l'endurance cardiorespiratoire et/ou musculaire

☐

☐

Améliorer la posture

☐

☐

Améliorer la fonction (AVQ et/ou travail)

☐

☐

Éduquer le travailleur afin de prévenir l'aggravation de la blessure et/ou une rechute

☐

☐

Autre : \_\_\_\_\_



9067



## B : Votre approche thérapeutique (suite)

3. Veuillez indiquer les interventions que vous avez employées lors de la séance.  
Veuillez également indiquer les interventions que vous auriez aimé utiliser mais  
qui ont été refusées par le travailleur. (Noircir tout ce qui s'applique).

|                                                  | Interventions<br>effectuées | Refusées par le<br>travailleur |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| • Mobilisations                                  |                             |                                |
| • Colonne                                        | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Sacro-iliaque                                  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Membres inférieurs                             | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Manipulations                                  |                             |                                |
| • Colonne                                        | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Sacro-iliaque                                  | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Tractions                                      |                             |                                |
| • Mécanique                                      | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Manuelle                                       | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Massages superficiels/profonds des tissus mous | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Modalités                                      |                             |                                |
| • Stimulation neuromusculaire                    | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Courant interférentiel                         | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • TENS                                           | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Ultrason                                       | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Laser                                          | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Chaleur                                        | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Froid                                          | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Biofeedback/EMG de surface                     | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Exercices effectués lors de la session         |                             |                                |
| • Cardiorespiratoire                             | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Renforcement musculaire                        | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| Région(s) : _____                                |                             |                                |
|                                                  |                             |                                |
| • Étirement                                      | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| Région(s) : _____                                |                             |                                |
|                                                  |                             |                                |
| • Correction de la posture                       | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Simulation de tâches de travail                | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Activités de la vie quotidienne (AVQ)          | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |
| • Visite du poste de travail/recommandations     | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/>          |





9067



## B : Votre approche thérapeutique (suite)

4. Est-ce qu'une ou des approches particulières ont été employées lors de la séance?

☐ non

☐ oui —> Indiquez lesquelles (Noircir tout ce qui s'applique).

☐ Posturales (RPG, Mézière)

☐ McKenzie

☐ Ostéopathie

☐ Thérapie manuelle

☐ Autre : \_\_\_\_\_

5. Veuillez indiquer les conseils/enseignements thérapeutiques que vous avez  
donnés lors de la séance. (Noircir tout ce qui s'applique).

Conseils donnés

• Repos au lit —> Nombre de jours : \_\_\_\_\_

☐

• Activités au travail

• Augmentation

☐

• Diminution

☐

• Maintien

☐

• Activités à la maison

• Augmentation

☐

• Diminution

☐

• Maintien

☐

• Programme d'exercices à la maison et/ou au travail

• Cardiorespiratoire

☐

• Renforcement musculaire

☐

Région(s) : \_\_\_\_\_

• Étirement

☐

Région(s) : \_\_\_\_\_

• Correction de la posture

☐

• Recommandation de l'utilisation d'une aide technique

• Ceinture lombaire ou sacro-iliaque/corset

☐

• Semelles

☐

• Coussin lombaire

☐

• Formation individuelle

• Explication des causes physiques du mal de dos

☐

• Méthodes de contrôle de la douleur/auto-analgésie

☐

• Enseignements reliés aux AVQ

☐

• Enseignements reliés à l'ergonomie/tâches de travail

☐

• Formation en groupe (classe de dos)

☐

**B : Votre approche thérapeutique (suite)**

6. Avez-vous employé d'autres types d'interventions/conseils lors de la séance?

☐ non

☐ oui → Indiquez lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Quelle a été la durée approximative de la séance de traitement?

☐ 30 minutes ou moins

☐ 45 minutes

☐ 60 minutes

☐ 75 minutes

☐ 90 minutes et plus

8. Est-ce qu'un thérapeute en réadaptation physique (TRP) a effectué une ou plusieurs des interventions lors de cette séance?

☐ non

☐ oui → Indiquez la proportion des interventions effectuées par le TRP :  
☐ moins de 25 %  
☐ 25 à 50 %  
☐ 51 à 75 %  
☐ plus de 75 %

9. Selon vous, est-ce que le travailleur a effectué des exercices à la maison et/ou au travail depuis la dernière séance?

☐ non

☐ oui → Indiquez lesquels (Noircir tout ce qui s'applique).  
☐ cardiorespiratoire  
☐ renforcement musculaire  
☐ étirement  
☐ correction de la posture

10. À votre connaissance, le travailleur est-il présentement vu par un ou plusieurs autres professionnels pour son mal de dos?

☐ non

☐ oui → Indiquez lesquels (Noircir tout ce qui s'applique).  
☐ Ergothérapeute  
☐ Psychologue  
☐ Éducateur physique  
☐ Travailleur social  
☐ Infirmière  
☐ Chiropraticien  
☐ Acupuncteur  
☐ Ergonome  
☐ Autre : \_\_\_\_\_



9067



Si cette séance était la dernière,  
veuillez SVP répondre aux deux questions suivantes :

1. Indiquez dans quelle mesure les interventions employées lors de ces séances ressemblent à celles que vous pratiquez habituellement auprès de travailleurs ayant le même genre de problème?

☐ Très semblables    ☐ Plutôt semblables    ☐ Plutôt différentes    ☐ Très différentes    ☐ Ne sais pas

2. Pouvez-vous indiquer la ou les raisons pour lesquelles vos traitements de physiothérapie ont été arrêtés? (Noircir tout ce qui s'applique).

- ☐ Plateau atteint  
☐ Récupération satisfaisante  
☐ Arrêt de la physiothérapie par le médecin  
☐ Arrêt de la physiothérapie par le travailleur  
☐ Arrêt de l'indemnisation  
☐ Changement de physiothérapeute  
☐ Autre : \_\_\_\_\_

Si cette séance était la dernière,  
veuillez SVP nous retourner le cahier dans l'enveloppe  
préaffranchie insérée à la fin du cahier.

Sinon, veuillez continuer à compléter un questionnaire  
pour les autres séances.