

2011

Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PRÉVICAP

Michèle Rivard
Université de Montréal

Jean-Louis Denis
Université de Montréal

André-Pierre Contandriopoulos
Université de Montréal

Michel Rossignol
McGill University

Henriette Bilodeau
Université du Québec à Montréal

See next page for additional authors

Suivez ce contenu et d'autres travaux à l'adresse suivante: <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique>

Citation recommandée

Rivard, M., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., Rossignol, M., Bilodeau, H., Ste-Marie, G. et Lederer, V. (2011). *Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PRÉVICAP* (Rapport n° R-716). IRSST.

Ce document vous est proposé en libre accès et gratuitement par PhareSST. Il a été accepté pour inclusion dans Rapports de recherche scientifique par un administrateur autorisé de PhareSST. Pour plus d'informations, veuillez contacter pharesst@irsst.qc.ca.

Auteurs

Michèle Rivard, Jean-Louis Denis, André-Pierre Contandriopoulos, Michel Rossignol, Henriette Bilodeau, Geneviève Ste-Marie, and Valérie Lederer



Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-716



Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PRÉVICAP

*Michèle Rivard
Jean-Louis Denis
André-Pierre Contandriopoulos
Michel Rossignol
Henriette Bilodeau
Geneviève Ste-Marie
Valérie Lederer*



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

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 et Archives nationales
2011
ISBN : 978-2-89631-583-3 (PDF)
ISSN : 0820-8395

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
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
novembre 2011



Réadaptation au travail

Études et recherches



RAPPORT R-716

Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PRÉVICAP

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

*Michèle Rivard¹, Jean-Louis Denis¹,
André-Pierre Contandriopoulos¹,
Michel Rossignol², Henriette Bilodeau³,
Geneviève Ste-Marie¹, Valérie Lederer¹*

¹Université de Montréal

²Université McGill

³Université du Québec à Montréal



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

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

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

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

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) pour les ressources allouées au projet.

Ce projet n'aurait pu aboutir sans la collaboration précieuse de la direction de la réadaptation et de l'indemnisation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST) et de l'équipe PRÉVICAP des centres de réadaptation de l'Hôpital Charles Lemoyne, Lucie Bruneau, La Maison et de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Les chercheurs remercient également sincèrement les agents de recherche et interviewers, l'équipe informatique et la coordinatrice en chef du projet pour leur travail minutieux et efficace.

Sur le terrain, nos remerciements vont aux centaines de travailleurs, employeurs, agents de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et membres des équipes PRÉVICAP qui ont participé à cette étude. Pendant plusieurs mois ou plusieurs années, ils ont accepté de partager leur temps, leur expérience et des informations déterminantes par le biais d'entrevues, d'observations participantes et en autorisant l'accès à leurs dossiers ou aux données informatiques de leur organisation. Cet engagement démontre combien ils ont à cœur l'amélioration de la prise en charge des travailleurs ayant subi une lésion professionnelle.

SOMMAIRE

En 2001, l'IRSST a demandé à l'équipe de recherche du D^r Rivard d'évaluer le programme PRÉVICAP (PRÉVention des situations de handICAP au travail) mis en place dans quatre centres de réadaptation du Québec et impliquant onze directions régionales de la CSST. Ce projet pilote lancé en 2000 était le fruit d'une entente entre la CSST, l'IRSST et le Réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ). Il a permis la prise en charge PRÉVICAP de 571 travailleurs ayant subi une lésion professionnelle entre 2001 et 2004.

Le programme PRÉVICAP est fondé sur une série de réflexions et travaux novateurs en réadaptation au travail réalisés à l'Université de Sherbrooke au début des années quatre-vingt-dix. Cette intervention vise le retour au travail prélésionnel et consiste, entre autres, en une prise en charge interdisciplinaire et précoce des travailleurs atteints d'une lésion musculosquelettique (LMS) à risque d'incapacité prolongée, en partenariat avec tous les acteurs affectés par la lésion (travailleur ayant subi une lésion professionnelle, employeur, gestionnaires et conseillers en réadaptation de la CSST, professionnels de la santé).

Le but de l'évaluation était de fournir à la CSST les éléments essentiels à une prise de décision éclairée quant à l'intérêt pour cet organisme d'adopter ou non le modèle PRÉVICAP pour traiter la problématique de l'incapacité au travail liée aux LMS, en fonction des conditions de sa mise en œuvre (*analyse d'implantation*), de son efficacité (*analyse d'impact*) et de ses coûts et son rendement (*analyse économique*). Plusieurs méthodes de recherche ont été utilisées dont une *étude de cas multiples* afin de documenter, dans les quatre régions pilotes, le niveau et les variations de mise en œuvre du programme, ainsi qu'une *étude quasi-expérimentale* afin d'estimer l'efficacité et le rendement du programme en comparant la situation avec programme PRÉVICAP (groupe expérimental) à la situation sans programme PRÉVICAP (groupe témoin) sur une période de trois ans après la lésion professionnelle.

Les résultats de l'analyse d'implantation indiquent que le programme a pu être implanté dans les centres de réadaptation et directions régionales de la CSST du projet pilote. Les entrevues menées auprès des professionnels de la CSST et des centres PRÉVICAP ont révélé que la mise en œuvre a été similaire dans les quatre régions. La prise en charge était généralement tardive et longue, débutant en moyenne six mois après l'évènement, et durant en moyenne six mois. Les mêmes difficultés ont été vécues au sein de chaque région. La décision et le processus d'implantation du projet pilote ont été perçus comme trop centralisés; la valeur du programme et les critères de définition de la population-cible ne faisaient pas consensus; les acteurs ne comprenaient pas bien leur rôle et la communication entre eux était parfois ardue, rendant le partenariat plus difficile à établir; le programme était lourd sur le plan administratif; et la participation active de tous les acteurs, en particulier celle du travailleur ou de son employeur, pouvait être difficile voire impossible à obtenir.

Les analyses d'impact et économique portent sur la comparaison de travailleurs ayant reçu au moins une intervention PRÉVICAP (≥ 10 heures de services) à des travailleurs ayant reçu les services habituels. Notre évaluation suggère que le programme PRÉVICAP produit de meilleurs résultats que la prise en charge conventionnelle. Les travailleurs PRÉVICAP retournent de façon durable à leur emploi prélésionnel presque 3 fois plus rapidement et en plus grand nombre (55 % versus 29 % à deux ans postévènement). Ils cessent d'être indemnisés 1,7 fois plus rapidement,

ce qui se traduit en moyenne par cinq mois et demi d'indemnités en remplacement de revenu (IRR) épargnés sur trois ans. En moyenne, le coût du programme PRÉVICAP est élevé, soit 19 000 \$ par travailleur, et le coût total de la prise en charge sur une période de trois ans postévènement est plus élevé de 13 % pour un travailleur ayant reçu le programme que pour un travailleur ayant reçu uniquement les services habituels (60 873 \$ versus 53 990 \$). La différence de coûts est réduite à 4 % (53 242 \$ versus 51 003 \$) si l'on exclut de la comparaison les 22 travailleurs avec des coûts très élevés (supérieurs à 119 000 \$). Étant donné le gain d'efficacité en termes de journées d'indemnisation (remplacement de revenu) sauvées, le rendement de la prise en charge incluant le programme PRÉVICAP s'avère statistiquement équivalent si l'on considère que chaque jour sauvé vaut 10 \$; ce rendement est statistiquement supérieur, avec une « économie » moyenne estimée à 10 000 \$ par travailleur, si l'on est prêt à considérer que chaque jour sauvé vaut 60 \$. Les résultats suggèrent une efficacité et un rendement particulièrement élevés lorsqu'un travailleur n'a pas été indemnisé par la CSST au cours des cinq années précédant le présent épisode d'indemnisation. Par ailleurs, les travailleurs PRÉVICAP sont très satisfaits de leur passage dans le programme et sont plus satisfaits des services reçus par la CSST que les travailleurs témoins. Trois ans après l'évènement, les niveaux de douleur et d'incapacité fonctionnelle sont toujours importants, tant chez les travailleurs PRÉVICAP que chez les témoins. Les travailleurs PRÉVICAP blessés au dos sont plus atteints que les témoins alors que c'est l'inverse pour les travailleurs blessés au cou et/ou aux membres supérieurs. Trois ans après l'évènement, les travailleurs PRÉVICAP et témoins recourent de façon similaire et encore importante à des médicaments, des services d'aide à domicile et/ou des équipements rendus nécessaires à cause de leur blessure.

Les travailleurs atteints de LMS et indemnisés depuis plusieurs mois représentent une population vulnérable en termes de prolongation de leur incapacité, une situation coûteuse pour l'organisme indemnisateur. En effet, parmi les travailleurs qui sont indemnisés pour une LMS, 20 % le sont durant plus de trois mois mais ceux-ci cumulent 75 % des frais en IRR [1, 2]. Notre évaluation fournit la première évidence scientifique quant à la valeur d'un programme de type PRÉVICAP pour une telle population, et plus particulièrement pour les travailleurs sans historique d'indemnisation, soit environ les trois quarts de cette population.

Le programme PRÉVICAP implique plusieurs acteurs. Au Québec, la mise en œuvre à large échelle d'un programme de cette nature pose de nombreux défis. Les résultats de l'évaluation suggèrent que le programme en tant qu'innovation ou « nouvelle façon de faire » aurait plus de chances d'être accepté à la CSST par les responsables de directions régionales et les conseillers en réadaptation si ceux-ci participent aux décisions et processus relatifs à l'implantation dès le début, s'ils adhèrent à la philosophie de l'intervention, s'ils comprennent le fonctionnement du programme, les rôles respectifs des divers acteurs et la population visée par le programme. Puisque le succès du programme repose aussi largement sur les croyances et attitudes du travailleur, de l'employeur et du médecin traitant vis-à-vis du programme, il pourrait être opportun de développer une stratégie claire de promotion du programme auprès de ces acteurs. Un élément de cette stratégie serait la communication des évidences scientifiques concernant l'impact et le rendement du programme. Finalement, il pourrait être avantageux de réfléchir à des manières d'améliorer le partenariat et la communication entre les acteurs et d'alléger les procédures administratives du programme.

Les résultats de cette évaluation pourront contribuer à la prise de décision autour de la pertinence et du processus d'implantation du programme PRÉVICAP en vue de favoriser le retour au travail d'individus en situation d'incapacité prolongée.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE	III
1 INTRODUCTION	1
1.1 Problématique de l'incapacité prolongée au travail	1
1.2 Les interventions interdisciplinaires	1
1.3 Mise en contexte de l'évaluation	2
1.4 Description du programme PRÉVICAP	2
2 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME PRÉVICAP	5
2.1 Hypothèses générales	5
2.2 Objectifs principaux	6
2.3 Objectif secondaire	6
3 MÉTHODES	7
3.1 Devis	7
3.1.1 Le devis de l'analyse d'implantation	7
3.1.2 Les devis des analyses d'impact et économique	7
3.1.3 Un devis commun : les cas traceurs	8
3.2 Populations à l'étude	8
3.2.1 Volet implantation	8
3.2.1.1 Les cas à l'étude	8
3.2.2 Volets impact et économique	9
3.2.2.1 Devis I	9
3.2.2.2 Devis II	13
3.2.3 Les cas traceurs	14
3.3 Collecte des données	14
3.3.1 Volet implantation	14
3.3.2 Volet impact et économique	15
3.3.2.1 Questionnaires	15
3.3.2.2 Données CSST	17

3.3.3	Les cas traceurs	17
3.4	Définition opérationnelle des principales variables des volets impact et économique	17
3.4.1	Volet impact.....	18
3.4.1.1	Variable indépendante principale	18
3.4.1.2	Variables dépendantes principales de retour au travail.....	18
3.4.1.3	Variables dépendantes de satisfaction	19
3.4.1.4	Variables dépendantes de statut fonctionnel, douleur et statut psychosocial ...	20
3.4.1.5	Autres variables	20
3.4.2	Volet économique	21
3.5	Analyses	22
3.5.1	Description des travailleurs PRÉVICAP et de leur prise en charge	22
3.5.2	Volet implantation	22
3.5.3	Volet impact.....	23
3.5.4	Volet économique	23
3.5.5	Explication des effets.....	24
3.6	Enjeux de l'évaluation	25
3.7	Considérations éthiques.....	26
4	RESULTATS	27
4.1	Portrait de l'ensemble des travailleurs admis chez PRÉVICAP	27
4.1.1	Caractéristiques des travailleurs	27
4.1.1.1	Profil sociodémographique	27
4.1.1.2	Caractéristiques de l'emploi	28
4.1.1.3	Historique d'indemnisation.....	29
4.1.2	Caractéristiques de l'évènement à l'étude	29
4.1.3	Caractéristiques de la prise en charge	30
4.2	Implantation du programme PRÉVICAP	34
4.2.1	Niveau d'implantation du programme	34
4.2.1.1	Structure.....	34
4.2.1.2	Clientèle	35
4.2.1.3	Processus.....	35
4.2.2	Facteurs favorables et défavorables au fonctionnement du programme.....	35
4.2.2.1	Facteurs associés à la conception du programme	35
4.2.2.2	Facteurs associés aux perceptions de la CSST	36
4.2.2.3	Facteurs associés aux perceptions des équipes PRÉVICAP.....	37
4.2.2.4	Facteurs associés aux relations CSST-PRÉVICAP	37
4.2.2.5	Facteurs associés aux travailleurs	37
4.2.2.6	Facteurs associés aux employeurs	37
4.2.2.7	Facteurs associés aux médecins traitants	37
4.2.2.8	Modifications suggérées	38

4.3	Effets du programme PRÉVICAP	38
4.3.1	Représentativité de l'échantillon interrogé	39
4.3.2	Effets sur le retour au travail.....	39
4.3.2.1	Comparabilité des travailleurs PRÉVICAP et des travailleurs témoins	39
4.3.2.2	Impact du programme sur le retour au travail.....	42
4.3.2.3	Robustesse des résultats	46
4.3.3	Autres effets	48
4.3.3.1	Satisfaction.....	48
4.3.3.2	Statut fonctionnel, douleur et statut psychosocial.....	50
4.4	Rendement du programme PRÉVICAP.....	51
4.4.1	Coûts de la prise en charge	52
4.4.2	Coûts privés	53
4.4.2.1	Services et des médicaments non remboursés	53
4.4.2.2	Frais non remboursés	54
4.4.3	Analyse coût-efficacité et analyse coût-bénéfice.....	54
4.5	Explication des effets	56
4.5.1	Variation des effets selon le type de travailleur.....	57
4.5.2	Production des effets.....	62
4.5.3	Variation des effets selon la qualité perçue du fonctionnement du programme.....	62
5	DISCUSSION	65
	BIBLIOGRAPHIE	69
	ANNEXES	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Nombre de témoins par travailleur PRÉVICAP	13
Tableau 2 – Profil sociodémographique des travailleurs admis chez PRÉVICAP (n=571)	27
Tableau 3 – Emploi au moment de l'évènement (n=571)	28
Tableau 4 – Historique d'indemnisation à la CSST	29
Tableau 5 – Description de l'évènement	29
Tableau 6 – Répartition des travailleurs par centre PRÉVICAP	30
Tableau 7 – Délais de prise en charge par centre PRÉVICAP	31
Tableau 8 – Définition des activités PRÉVICAP	31
Tableau 9 – Définition des phases de prestation de services PRÉVICAP	32
Tableau 10 – Durée des phases de prestation de services PRÉVICAP	32
Tableau 11 – Activités réalisées durant la phase 2 de prestation de services PRÉVICAP ...	33
Tableau 12 – Répartition des dossiers selon le nombre de professions différentes qui sont intervenues et le centre PRÉVICAP	34
Tableau 13 – Distribution des travailleurs selon leurs caractéristiques de base et le groupe.....	39
Tableau 14 – Coûts et nombres de traitements encourus avant la prise en charge PRÉVICAP (ou la période équivalente pour les témoins) selon le groupe.....	42
Tableau 15 – Proportion de retour au travail et d'arrêt des indemnités de remplacement du revenu à 18, 24 et 36 mois postévènement.....	42
Tableau 16 – Durée moyenne d'indemnisation du revenu en mois selon le groupe à 6, 12, 18, 24 et 36 mois postévènement	43
Tableau 17 – Durabilité du retour au travail	44
Tableau 18 – Statut du retour au travail deux ans postévènement.....	44
Tableau 19 – Expérience de retour au travail au poste préléSIONNEL	44
Tableau 20 – Principaux effets ajustés du programme (Devis I).....	45
Tableau 21 – Effet ajusté du programme stratifié selon le centre (Devis I)	46
Tableau 22 – Effet ajusté du programme stratifié selon l'année de l'évènement (Devis I)...	46
Tableau 23 – Effet ajusté du programme sur la durée d'IRR (Devis II).....	46
Tableau 24 – Durabilité du retour au travail (Devis II)	47
Tableau 25 – Effet ajusté du programme sur la rapidité du retour au travail d'au moins 4 semaines au poste préléSIONNEL pour différentes sous-populations	47
Tableau 26 – Principaux effets ajustés du programme (analyse en intention de traiter)	48

Tableau 27 – Satisfaction à l'égard des services du médecin traitant et de la CSST	48
Tableau 28 –Satisfaction à l'égard des services du programme PRÉVICAP	49
Tableau 29 – Perception du programme PRÉVICAP dans les entreprises participantes	49
Tableau 30 – Statut fonctionnel, douleur et statut psychosocial	51
Tableau 31 – Coûts moyens par travailleur selon l'année postévènement, le groupe et le type de coût.....	52
Tableau 32 – Coûts de PRÉVICAP selon le statut d'emploi au moment de l'évènement.....	53
Tableau 33 – Coûts privés des travailleurs PRÉVICAP et témoins dans les 4 semaines précédant l'entrevue réalisée à plus de 3 ans postévènement	54
Tableau 34 – Rapports coût-efficacité du programme PRÉVICAP 12, 24 et 36 mois postévènement	55
Tableau 35 – Bénéfices nets selon le groupe à 36 mois postévènement.....	56
Tableau 36 – Effet ajusté du programme sur la rapidité d'un retour au travail d'au moins 4 semaines au poste prélesionnel dans les trois ans suivant l'évènement, stratifié selon différentes caractéristiques.....	58
Tableau 37 – Effet ajusté du programme sur la fréquence d'un retour au travail d'au moins 4 semaines au poste prélesionnel dans les deux ans suivant l'évènement, stratifié selon la présence d'un historique d'indemnisation	59
Tableau 38 – Bénéfices nets ajustés selon le groupe à 36 mois postévènement parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation	60
Tableau 39 – Description des profils les plus fréquents parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation.....	60
Tableau 40 – Probabilités prédites moyennes de retour au travail d'au moins 4 semaines au poste prélesionnel dans les 2 ans postévènement selon le profil parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation	60
Tableau 41 – Rapports coût-efficacité du programme PRÉVICAP 12, 24 et 36 postévènement selon le profil parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation.....	61
Tableau 42 – Synthèse graphique de l'appréciation des acteurs sur les principaux éléments affectant l'implantation du programme	63
Tableau 43 – Emploi au moment de l'évènement	78
Tableau 44 – Description de l'évènement	79
Tableau 45 – Délais de prise en charge par centre PRÉVICAP	81
Tableau 46 – Comparaison des travailleurs PRÉVICAP interrogés et non interrogés (n=571)	88
Tableau 47 – Comparaison des travailleurs selon la nature de leur prise en charge PRÉVICAP (n=172).....	90

Tableau 48 – Satisfaction avec les services du médecin traitant selon le groupe.....	92
Tableau 49 – Satisfaction/qualité des services des agents d'indemnisation/conseillers en réadaptation selon le groupe	92
Tableau 50 – Satisfaction avec les services offerts pour faciliter le retour au travail selon le groupe.....	93
Tableau 51 – Satisfaction avec les services de réadaptation selon le groupe.....	93
Tableau 52 – Satisfaction avec les services reçus par le programme PRÉVICAP	94
Tableau 53 – Liste des éléments appréciés par les travailleurs chez PRÉVICAP	94
Tableau 54 – Liste des éléments moins appréciés chez PRÉVICAP	95
Tableau 55 – Caractéristiques des répondants (n=41)	96
Tableau 56 – Caractéristiques structurelles des entreprises participantes (n=41)	96
Tableau 57 – Questions relatives à la santé et sécurité au travail dans les entreprises participantes (n=41)	97
Tableau 58 – Disponibilité des assurances privées.....	100
Tableau 59 – Utilisation des services et des médicaments, indépendamment des coûts privés associés, au cours des 4 dernières semaines (à 3 ans postévènement).....	100

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Interactions entre les acteurs impliqués dans le programme PRÉVICAP	2
Figure 2 – Modèle opérationnel du programme PRÉVICAP.....	3
Figure 3 – Modèle logique de l'intervention PRÉVICAP tiré de Durand et al. [53].....	4
Figure 4 – Devis I : Recrutement et suivi des groupes expérimental et témoin	10
Figure 5 – Chronologie des indicateurs de prise en charge	30
Figure 6 – Proportion de retour au travail d'au moins 4 semaines au poste prélésionnel selon le groupe	43
Figure 7 – Proportion d'arrêt des indemnités de remplacement du revenu selon le groupe	43
Figure 8 – Rapports coût-efficacité du programme PRÉVICAP 12, 24 et 36 mois postévènement	55
Figure 9 – Boîtes à moustaches des probabilités prédites de retour au travail d'au moins 4 semaines au poste prélésionnel dans les 2 ans postévènement selon la présence d'un historique d'indemnisation	59
Figure 10 – Rapports coût-efficacité du programme PRÉVICAP 12, 24 et 36 postévènement pour différents profils parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation	61
Figure 11 – Administration des questionnaires et suivi	73
Figure 12 – Chronologie des indicateurs de prise en charge	81
Figure 13 – Boîtes à moustaches des délais de prise en charge par centre PRÉVICAP	83
Figure 14 – Boîtes à moustaches des bénéfices nets selon le groupe à 36 mois postévènement	102

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 – Procédure de collecte des données par entrevue	73
Annexe 2 – Liste des variables utilisées dans les analyses d'impact et économiques	74
Annexe 3 – Portrait détaillé de l'ensemble des travailleurs PRÉVICAP	78
Annexe 4 – Comparaison des travailleurs PRÉVICAP interrogés et non interrogés	88
Annexe 5 – Comparaison des travailleurs selon la nature de leur prise en charge PRÉVICAP	90
Annexe 6 – Analyses supplémentaires sur la satisfaction.....	92
Annexe 7 – Descriptif des entreprises	96
Annexe 8 – Analyses supplémentaires sur les coûts privés	100
Annexe 9 – Description des bénéfices nets.....	102
Annexe 10 – Description détaillée de six cas traceurs	103
Annexe 11 – Lexique.....	107

1 INTRODUCTION

1.1 Problématique de l'incapacité prolongée au travail

Au Québec, comme dans de nombreux pays industrialisés, la prévalence des lésions musculosquelettiques (LMS) d'origine professionnelle est considérable. Les lombalgies aspécifiques touchent à elles seules entre 49 et 84 % des adultes au cours de leur vie et leurs prévalences instantanée et annuelle sont estimées respectivement à 6,8 % et 10 % de la population adulte [3]. Ces lésions constituent l'une des principales causes d'incapacité au travail. Entre 2000 et 2009, selon les sources de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, la part des LMS (lésions en « ite » et affections vertébrales) parmi les lésions professionnelles indemnisées n'a pratiquement pas changé, passant de 37,3 % à 38,0 % [1, 2, 4, 5]. Il en est de même pour les sommes déboursées qui, depuis 2001, représentent près de 40 % du total des débours de la CSST, soit environ 540 millions de dollars annuellement [1, 2, 4-6]. Il est important de noter la concentration de ces dépenses chez les travailleurs en incapacité de long terme. Entre 2003 et 2006, seul un travailleur sur cinq indemnisé pour une LMS s'est absenté du travail pendant plus de trois mois. Pourtant, ce groupe a généré environ les trois quarts des dépenses en indemnités de remplacement du revenu pour ce type de lésion (IRR)[1, 2]. Au-delà des coûts économiques importants qui leur sont associés, les lésions musculosquelettiques ont un impact important sur plusieurs dimensions de la vie, pouvant se traduire par la perte du lien d'emploi, un déclin de la qualité de vie, ou encore l'apparition de troubles psychosociaux [7-9].

1.2 Les interventions interdisciplinaires

Les interventions de réhabilitation des travailleurs en incapacité ont émergées de nombreuses disciplines incluant, entre autres, l'ergonomie, la médecine du travail, la physiothérapie et la psychologie [10]. Si certaines interventions consistent à agir sur un facteur de risque unique ou une dimension spécifique de l'incapacité (médicale, psychosociale, organisationnelle), aujourd'hui, de plus en plus d'auteurs soulignent l'intérêt d'adopter une stratégie interdisciplinaire et intégrée capable d'adresser la multicausalité de l'incapacité au travail et de gérer les sous-systèmes complexes et dynamiques dans lesquels évolue le travailleur ayant subi une lésion professionnelle (travail, famille, soins, indemnisation), en particulier en cas d'absence prolongée [10-25]. Plusieurs études indiquent notamment que la durée d'incapacité est significativement réduite lorsque le travailleur se voit offrir un aménagement de tâches ou d'horaire au travail et lorsqu'il existe un contact entre le personnel soignant et le milieu de travail [26]. Les interventions visant à accroître le support de l'employeur et des collègues [27, 28], un retour au travail précoce ou avec des tâches modifiées [29-32] et les interventions ergonomiques et organisationnelles en milieu de travail [33-41] ont été rapportées comme des interventions efficaces pour réduire la durée d'incapacité, la douleur, et la récurrence d'un épisode d'incapacité. Dans ce type d'intervention, une emphase particulière est placée sur la gestion, la coordination et la collaboration entre les différentes parties prenantes de la réhabilitation (p. ex. travailleur, physiothérapeute, psychologue, médecin, ergonomiste, employeur, conseiller en réadaptation). L'établissement de principes d'action communs et de valeurs partagées est considéré comme un facteur important de succès d'un tel programme [42-48]. Malgré ces développements récents de la recherche, la complexité de la

problématique et les enjeux légaux, politiques, administratifs, sociaux et culturels rendent encore souvent difficile l'implantation des solutions proposées [10, 11, 49-51].

1.3 Mise en contexte de l'évaluation

En 2000, une entente a été conclue entre la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et le Réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ) pour expérimenter la prise en charge interdisciplinaire des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle selon le modèle PRÉVICAP (PRÉVention des situations de handICAP au travail). Ce programme d'intervention a été développé, grâce à des subventions des Fonds de recherche en santé du Québec, par une équipe interdisciplinaire et interuniversitaire rattachée au Centre de recherche clinique en réadaptation au travail de l'Hôpital Charles-Lemoyne. PRÉVICAP constitue depuis une unité d'intervention clinique du Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT).

En 2001, l'équipe de recherche du D^r Rivard du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal a été mandatée par l'IRSST pour évaluer ce programme pilote d'intervention interdisciplinaire implanté dans quatre centres de réadaptation de quatre régions distinctes du Québec (Montréal, Montérégie, Québec et Abitibi-Témiscamingue).

1.4 Description du programme PRÉVICAP

Le programme PRÉVICAP [52-54] est fondé sur une série de réflexions et travaux novateurs en réadaptation au travail réalisés à l'Université de Sherbrooke au début des années quatre-vingt-dix, ayant notamment abouti à l'élaboration du modèle de Sherbrooke [47]. Il a fait l'objet d'un essai randomisé démontrant son efficacité [55, 56], répliqué ensuite aux Pays-Bas [57-60].

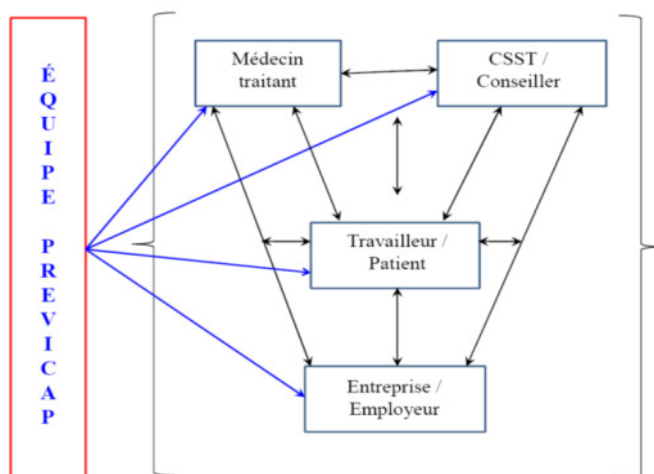


Figure 1 – Interactions entre les acteurs impliqués dans le programme PRÉVICAP

Ce programme d'intervention interdisciplinaire cible les travailleurs victimes d'une LMS d'origine professionnelle à risque d'incapacité prolongée, mais qui visent un retour au travail. Il a pour principal objectif le retour au travail rapide, durable et en santé des travailleurs victimes d'une LMS. Cet objectif s'inscrit dans le cadre de la politique de « Maintien du lien à l'emploi » lancée en 1993 par la CSST. À cette fin, le programme PRÉVICAP suggère de déplacer la réadaptation du milieu clinique vers l'environnement réel du travailleur, en particulier, vers son milieu de travail. Il reconnaît également la nécessité d'une prise en charge précoce du travailleur ayant subi une lésion professionnelle par des équipes interdisciplinaires intégrant à la fois divers professionnels de la santé et nouveaux acteurs (médecins, orthopédistes, psychologues, ergothérapeutes, ergonomes et physiothérapeutes, kinésioles ou éducateurs physiques) et chapeautés par des coordinateurs de programme. Une autre composante essentielle à la mise en œuvre du programme PRÉVICAP est la recherche de coordination et de collaboration entre les divers acteurs touchés par la situation d'incapacité (gestionnaires et conseillers en réadaptation de la CSST, professionnels de la santé, travailleur ayant subi une lésion professionnelle, employeur) (Figure 1, adaptée de [52]).

Le programme PRÉVICAP, comme prescrit, s'opérationnalise en dix étapes par lesquelles le travailleur chemine (Figure 2, tirée de [52]). Les étapes de ce processus sont expliquées en détail dans l'article original des auteurs de cette intervention [52].

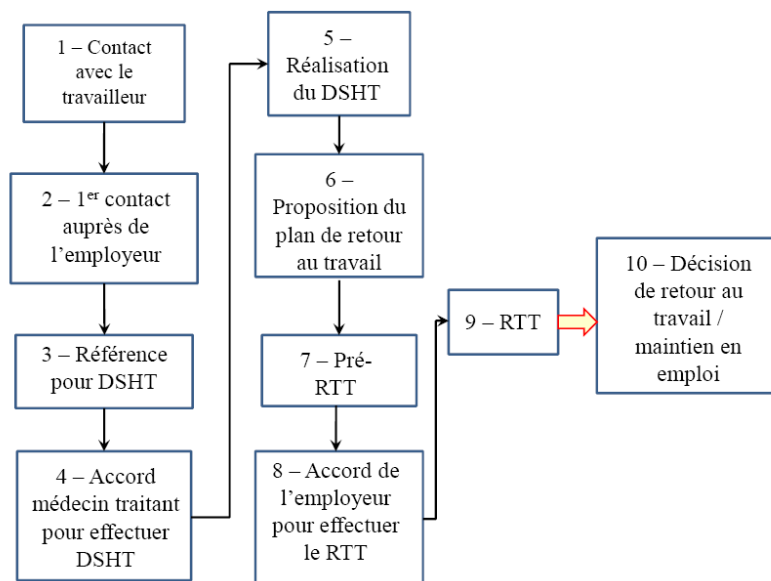


Figure 2 – Modèle opérationnel du programme PRÉVICAP

Il est important de souligner que les travailleurs ne passent pas nécessairement par toutes les étapes du programme et que certaines étapes peuvent être interverties. Par exemple, dans les faits, l'accord du médecin traitant pouvait être obtenu avant ou après la référence pour DSHT et un pré-RTT ou un RTT (étapes 7 et 9) n'était amorcé qu'après l'accord de l'employeur (étape 8). Ces étapes doivent plutôt être considérées comme un processus concerté et itératif.

Le modèle théorique de l'impact du programme PRÉVICAP [53], quant à lui, explique la logique du programme, soit « *les mécanismes par lesquels il est censé produire ses effets* ».

attendus s'il est mis en œuvre comme il a été prévu » [61]. Il est illustré à la Figure 3. Ce modèle adopte une perspective écologique de la réhabilitation au travail, prenant en compte les caractéristiques du travailleur, de son environnement et les interactions entre les deux.

L'objectif ultime du programme est le retour au travail prélésionnel. L'atteinte de cet objectif passe par l'accroissement des capacités de travail (GOAL A) et/ou la réduction des demandes environnementales afin que le travailleur puisse adopter des comportements de travail compétents (GOAL B) qui lui permettront ultimement de répondre aux attentes de son environnement de travail et de retourner au travail prélésionnel.

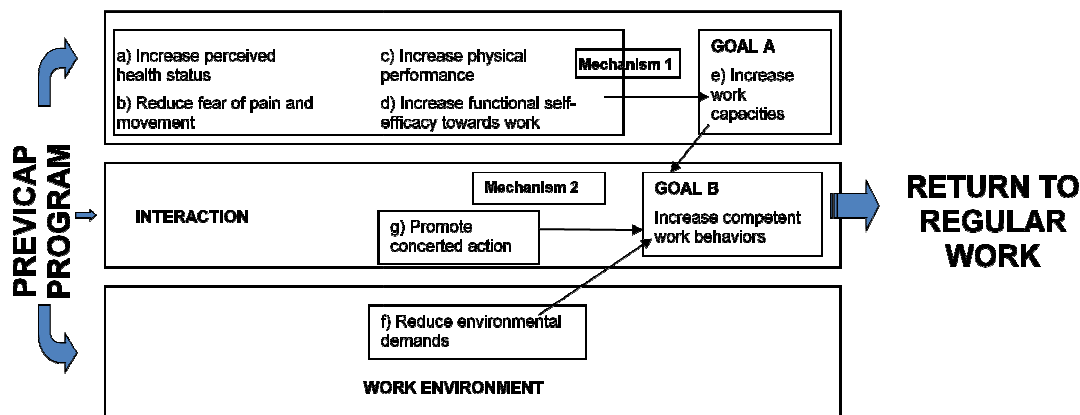


Figure 3 – Modèle logique de l'intervention PRÉVICAP tiré de Durand et al. [53]

Deux mécanismes d'action du programme sont proposés par ses auteurs, sur base d'une argumentation théorique et de la littérature détaillées dans l'article original [53]. Le premier est l'accroissement des capacités de travail du travailleur (GOAL A) au travers de l'atteinte de quatre objectifs intermédiaires : a) accroissement du statut de santé perçue, b) réduction des peurs et évitements anxieux face à la douleur et aux mouvements, c) accroissement de la performance physique, d) accroissement du sentiment d'efficacité personnelle face au travail. Le second mécanisme d'action est très lié au premier puisque l'adoption et l'amélioration de comportements de travail compétents (GOAL B) passent par trois objectifs intermédiaires, dont la réalisation du premier mécanisme d'action : e) amélioration des capacités de travail du travailleur (GOAL A), f) réduction des attentes et contraintes environnementales, si le travailleur ne recouvre pas toutes ses capacités de travail prélésionnelles, et g) promotion d'actions concertées entre les partenaires impliqués dans la problématique d'incapacité au travail.

2 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME PRÉVICAP

Le but de l'évaluation du programme PRÉVICAP est de fournir à la CSST les éléments essentiels à une prise de décision éclairée quant à l'intérêt pour cet organisme d'adopter ou non le modèle PRÉVICAP pour traiter la problématique de l'incapacité au travail liée aux lésions musculosquelettiques, en fonction des conditions de sa mise en œuvre (*analyse d'implantation*), de son efficacité (*analyse d'impact*) et de ses coûts et son rendement (*analyse économique*).

L'*analyse d'implantation* permet d'éclairer les conditions de mise en œuvre de l'intervention PRÉVICAP et les processus de production de ses résultats, notamment en termes de retour au travail prélésionnel. Elle permet également de mettre en évidence les déterminants favorables et défavorables à la mise en place du modèle PRÉVICAP dans l'environnement du travailleur (entreprise, système de soins, réadaptation, CSST).

L'*analyse d'impact* permet d'apprécier l'efficacité du programme PRÉVICAP sur le retour au travail, ainsi que la capacité du programme à répondre aux besoins des travailleurs victimes d'une LMS (état de santé, satisfaction, perceptions) et aux exigences de son environnement. En particulier, il s'agit d'examiner si le programme PRÉVICAP contribue à un retour au travail au poste prélésionnel plus rapide, plus durable et plus en santé des travailleurs indemnisés victimes d'une LMS, comparativement à la prise en charge habituelle de la CSST, tout en garantissant un niveau de satisfaction supérieur.

Enfin, l'*analyse économique* permet de voir comment l'application du programme PRÉVICAP se concrétise en matière de coûts pour la CSST (coûts liés à l'indemnisation et aux soins de réadaptation) et pour les travailleurs (coûts privés). De plus, les analyses coût-efficacité et coût-bénéfice permettent de quantifier le rendement du programme du point de vue de la CSST.

2.1 Hypothèses générales

Deux hypothèses fondamentales avaient été formulées :

Hypothèse 1 : Le développement d'un nouveau système d'interactions entre les acteurs (travailleur/conseiller en réadaptation de la CSST/médecin traitant/entreprise/équipe PRÉVICAP) fondé sur la collaboration, la coordination et la négociation initiées par l'intervention de l'équipe interdisciplinaire PRÉVICAP, favorisera le retour au travail, en limitant les contraintes environnementales des travailleurs victimes d'une LMS.

Hypothèse 2 : La précocité de la prise en charge des travailleurs à risque d'incapacité prolongée, la prise en compte du milieu de travail, l'intervention spécifique de l'équipe PRÉVICAP vont entraîner une amélioration des capacités au travail (capacités physiques, mentales et sociales), favorisant un retour plus rapide et plus durable du travailleur en santé à son poste régulier que l'approche conventionnelle de la CSST.

2.2 Objectifs principaux

Objectif 1 : Examiner le niveau et les variations d'implantation du programme PRÉVICAP dans les quatre sites pilotes.

Objectif 2 : Identifier les principaux éléments contextuels favorables et défavorables à l'implantation réussie du programme PRÉVICAP.

Objectif 3 : Analyser l'efficacité du programme PRÉVICAP comparativement à la prise en charge conventionnelle de la CSST en termes de retour au travail et de durée d'indemnisation.

Objectif 4 : Analyser les coûts et le rendement du programme PRÉVICAP comparativement à la prise en charge conventionnelle de la CSST.

Objectif 5 : Explorer les variations d'effet et de rendement du programme PRÉVICAP afin de déterminer le contexte où le programme semble le plus prometteur.

2.3 Objectif secondaire

Objectif 6 : Analyser l'efficacité du programme PRÉVICAP comparativement à la prise conventionnelle de la CSST, en termes de statut fonctionnel; de douleur; d'état de santé; de satisfaction vis-à-vis du mode de prise en charge, et de satisfaction/perception vis-à-vis du contexte de retour au travail.

3 METHODES

3.1 Devis

L'ensemble des objectifs de l'évaluation reflète tant la complexité de la problématique étudiée que le spectre de questions et enjeux humains, sociaux et économiques qu'elle soulève. L'étude des trois volets de l'évaluation, à savoir l'implantation, l'impact et la rentabilité du programme PRÉVICAP, ne pouvait donc être soumise à une démarche méthodologique unique. C'est dans cette optique ainsi que pour des fins de robustesse méthodologique que différents devis d'étude, procédures d'observations et méthodes d'analyse de données ont été utilisés.

3.1.1 Le devis de l'analyse d'implantation

Le devis de recherche de l'analyse d'implantation est l'*étude de cas multiple*. Cette approche permet de saisir les relations complexes entre les différents acteurs dans leur contexte respectif, et de documenter le degré et la variabilité de l'implantation du programme PRÉVICAP dans les quatre régions pilotes.

3.1.2 Les devis des analyses d'impact et économique

Les analyses d'impact, y compris l'impact économique, sont réalisées avec deux *devis de recherche quasi expérimentaux de type pré-test, post-test avec groupes témoins non équivalents*. Ce type de devis permet de comparer la situation avec programme PRÉVICAP (groupe expérimental) à la situation sans programme PRÉVICAP (groupe témoin). Les groupes étudiés sont dits non équivalents puisque non constitués par l'application d'une procédure de randomisation. Ce devis s'avère optimal pour réduire les biais susceptibles d'altérer la validité interne des résultats lorsqu'il est impossible d'assigner aléatoirement les sujets entre le groupe exposé au programme et le groupe témoin (Contandriopoulos et al., 2005). Afin qu'elle soit juste, notre appréciation de l'impact du programme PRÉVICAP repose sur une stratégie qui prend en compte la possibilité de non-comparabilité des groupes étudiés (voir sections 3.2.2.1 et 3.5.3 en particulier). Des informations permettant de bien documenter le profil et l'évolution de la situation de chaque travailleur ont été collectées sur la situation avant (pré-test) et la situation après (post-test) la lésion professionnelle. La période de suivi postévènement a été de trois ans.

Le *Devis I* et le *Devis II* se distinguent sur deux points : les stratégies retenues pour pallier la possibilité de non-comparabilité des groupes et l'étendue des informations collectées. Pour le Devis I, les sujets du groupe témoin ont été appariés aux sujets du groupe PRÉVICAP en fonction de certaines caractéristiques pour lesquelles nous jugeons primordial que les groupes soient semblables; l'appariement constitue ici une stratégie d'ajustement qui a été jumelée à l'utilisation de modèles statistiques multivariés appropriés en vue de maximiser la comparabilité des groupes. En outre, les sujets du Devis I ont participé activement à l'étude en acceptant de répondre périodiquement à nos questionnaires durant le suivi, fournissant ainsi des informations très détaillées qui se sont ajoutées aux données disponibles dans les bases de données de la CSST. Le Devis I constitue notre devis principal pour l'analyse des effets et l'analyse économique. Le Devis II vient en appui au devis principal en considérant des

populations plus substantielles, à savoir l'ensemble des travailleurs référés et non référés au programme PRÉVICAP dans les régions pilotes. Bien que le Devis II soit moins informatif puisqu'uniquement réalisé avec les données CSST, la validité des conclusions de l'analyse de l'impact du programme sera rehaussée s'il y a convergence des résultats issus des deux devis.

3.1.3 Un devis commun : les cas traceurs

L'analyse de la mise en œuvre du programme PRÉVICAP, l'analyse du cheminement du travailleur durant la période qui s'étale de l'évènement jusqu'à son retour au travail et l'analyse des conséquences pour l'entreprise de la prise en charge avec ce programme comportent des interrelations irréductibles à l'analyse distincte de chaque volet de l'évaluation. L'examen approfondi de quelques expériences d'application du programme appelées *cas traceurs* a été jugé optimal pour saisir de manière fine cette réalité complexe. Cette analyse doit nous amener à comprendre dans quel contexte et comment le programme PRÉVICAP produit ou non les effets escomptés.

3.2 Populations à l'étude

3.2.1 Volet implantation

3.2.1.1 Les cas à l'étude

Le programme PRÉVICAP a été implanté et évalué dans quatre centres de réadaptation du Québec choisis en collaboration avec la CSST. Les cas à l'étude correspondent à ces quatre sites d'expérimentation. Un cas est composé des acteurs et organisations expérimentant le programme PRÉVICAP (centres PRÉVICAP, CSST, travailleurs, employeurs et médecins traitants) ainsi que du système d'actions formé par les relations entre ces différents partenaires dans une région d'implantation donnée. Les frontières de chacun des cas sont définies en fonction des territoires couverts par les Directions régionales de la CSST responsables du ciblage et de la référence des travailleurs au centre de réadaptation qui dispense le programme PRÉVICAP. Au total, onze directions régionales étaient impliquées dans le projet pilote.

Les centres de réadaptation participant au projet d'expérimentation sont légèrement différents. Le site de la Montérégie est une clinique de réadaptation d'un centre hospitalier ayant trois volets d'activités : formation/enseignement, clinique et recherche. À Montréal, il s'agit d'un centre de réadaptation qui offre des programmes multiclientèles et des programmes clientèles dont le programme PRÉVICAP. À Québec, c'est un institut de réadaptation qui offre deux catégories de services : orthopédiques et neurologiques; le programme PRÉVICAP compte parmi les services orthopédiques et dessert toutes les clientèles. Finalement, le site d'Abitibi-Témiscamingue est un centre de réadaptation qui s'adresse à des individus ayant des déficiences physiques, motrices ou sensorielles, aux jeunes en difficulté d'adaptation et aux personnes souffrant d'autisme.

3.2.2 Volets impact et économique

3.2.2.1 Devis I

Deux cohortes de travailleurs définies selon la modalité de prise en charge (PRÉVICAP ou conventionnelle) à la suite d'un événement survenu entre février 2001 et décembre 2004 ont été constituées à partir des bassins de travailleurs suivants :

- *Travailleurs PRÉVICAP* : travailleurs ciblés par les conseillers de la CSST et qui ont reçu le programme PRÉVICAP dans les quatre régions pilotes
- *Travailleurs témoins* : travailleurs répondant à certains critères de référence au programme PRÉVICAP et qui ont été pris en charge de manière conventionnelle dans les quatre régions pilotes

Les critères de définition de ces bassins de travailleurs et la procédure de recrutement des participants au Devis I sont explicités ci-dessous. La Figure 4 illustre les étapes de constitution des groupes expérimental et témoin.

Travailleurs PRÉVICAP

Le ciblage des travailleurs au projet pilote du programme PRÉVICAP devait être conduit selon les critères d'inclusion et d'exclusion suivants.

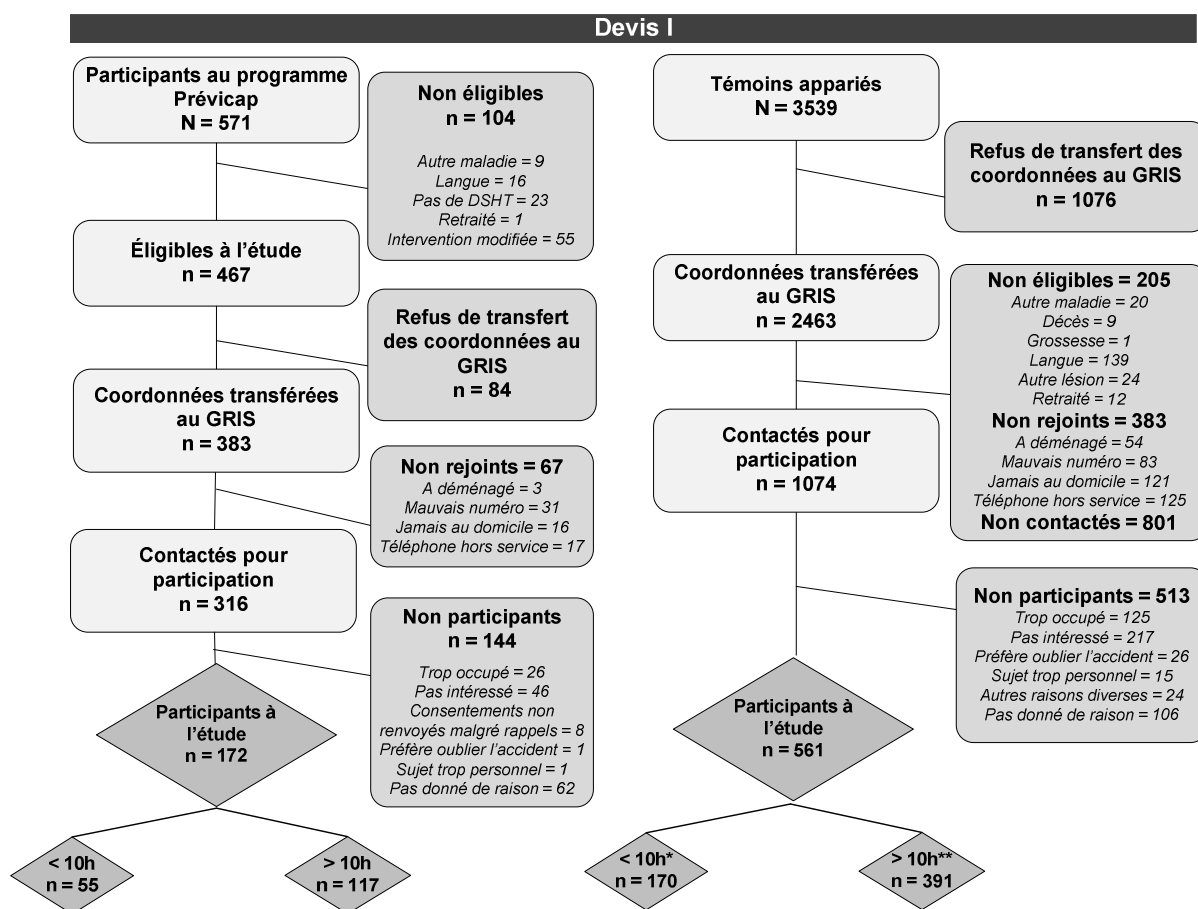
Critères d'inclusion au programme PRÉVICAP :

- Lésion professionnelle du système musculosquelettique (incluant surtout les maux de dos et les lésions en ITE, telles que les tendinites, bursites, etc.)
- Lésion professionnelle survenue entre février 2001 et décembre 2004
- Dossier-événement traité dans une des onze directions régionales du projet pilote (Québec, Chaudière-Appalaches, Laval, Longueuil, Abitibi-Témiscamingue/Rouyn-Noranda/Val-d'Or, Yamaska/Ste-Hyacinthe, St-Jean-sur-Richelieu et Montréal 1 à 4)
- Absents de leur travail régulier ou de tout travail depuis plus de deux mois et moins d'un an
- Dont le lien d'emploi est préservé
- Dont le retour à l'emploi est compromis en raison des conséquences de leur lésion.

Critères d'exclusion au programme PRÉVICAP :

- Polytraumatisé du travail
- Présence d'une maladie susceptible de causer un déficit fonctionnel qui interfère avec la capacité de retourner au poste pré-lésionnel dans l'année qui suit (ex. : cancer)
- Grossesse

Il faut noter qu'aucune information n'était disponible pour vérifier l'application dans les faits, des critères « maintien du lien d'emploi » et « présence d'une maladie susceptible de causer un déficit fonctionnel... »



* Témoins des 55 travailleurs ayant bénéficié de < 10h d'intervention PRÉVICAP ** Témoins des 117 travailleurs ayant bénéficié de > 10h d'intervention PRÉVICAP

Figure 4 – Devis I : Recrutement et suivi des groupes expérimental et témoin

Critères additionnels d'exclusion à l'étude :

Pour les fins de notre étude, nous avons également exclus les travailleurs qui présentaient l'une ou l'autre des quatre caractéristiques suivantes :

- ne pas parler suffisamment le français pour pouvoir répondre aux questionnaires
- partir à la retraite avant le début ou au cours de l'étude
- avoir une invalidité permanente
- ne pas avoir eu de DSHT¹.

¹Suite aux discussions avec le concepteur du programme, il a été déterminé que les personnes ayant des frais de DSHT et de prise en charge PRÉVICAP inférieurs à 750 \$ ne pouvaient être considérés comme ayant bénéficié des services de PRÉVICAP.

La liste finale des travailleurs référés aux centres PRÉVICAP nous a été acheminée en septembre 2005 et comptait 571 travailleurs. Nous avons exclu 49 travailleurs sur la base de nos 7 critères d'inadmissibilité ainsi que 55 travailleurs blessés en 2004 et pris en charge à La Maison ou à Lucie Bruneau, étant donné qu'à cette période ces centres n'appliquaient plus le programme PRÉVICAP tel que défini originellement. L'invitation à participer à l'étude visait donc 467 travailleurs PRÉVICAP.

Recrutement du groupe expérimental

Le Devis I prévoyait l'inclusion de tous les travailleurs PRÉVICAP acceptant de collaborer à notre étude. La CSST a établi le premier contact avec les travailleurs avec une lettre les enjoignant à manifester leur opposition au transfert par la CSST, dans le mois suivant la réception de la lettre, de leur nom et numéro de téléphone à l'équipe de recherche. Des 316 travailleurs contactés par notre équipe, 172 (54,4 %) ont accepté de participer à l'étude.

L'examen des données sur les heures de prestation de services du programme PRÉVICAP a révélé que plusieurs travailleurs n'avaient reçu que quelques heures de services, ce qui nous a amenés à définir deux sous-groupes : les individus ayant bénéficié d'une prise en charge *complète*, soit plus de dix heures d'intervention PRÉVICAP (n = 117) et les individus ayant bénéficié de moins de dix heures (n = 55). L'impact du programme est analysé principalement à partir des 117 travailleurs ayant réellement reçu le programme, considérant qu'en deçà de 10 heures de services, seule l'étape du DSHT aura été réalisée.

Travailleurs témoins

Critères d'inclusion à l'étude :

- Lésion professionnelle du système musculosquelettique (incluant surtout les maux de dos et les lésions en ITE, telles que les tendinites, bursites, etc.)
- Lésion professionnelle survenue entre février 2001 et décembre 2004
- Dossier-événement traité dans une des onze directions régionales du projet-pilote (Québec, Chaudière-Appalaches, Laval, Longueuil, Abitibi-Témiscamingue/Rouyn-Noranda/Val-d'Or, Yamaska/Ste-Hyacinthe, St-Jean-sur-Richelieu et Montréal 1 à 4)
- Absents de leur travail régulier ou de tout travail depuis plus de deux mois

Critères d'exclusion à l'étude :

- Polytraumatisé du travail
- Présence d'une maladie susceptible de causer un déficit fonctionnel qui interfère avec la capacité de retourner au poste pré-lésionnel dans l'année qui suit (ex. : cancer)
- Grossesse
- Ne pas parler suffisamment le français pour pouvoir répondre aux questionnaires
- Partir à la retraite avant le début ou au cours de l'étude
- Avoir une invalidité permanente

L'identification de témoins a nécessité la mise en place d'une démarche complexe d'exploitation des bases de données de la CSST. Les données colligées correspondent à des « dossiers-événements » ou lésions professionnelles, un même travailleur pouvant être indemnisé successivement pour plus d'un événement au cours d'une période particulière. Nous avons transmis à la CSST une requête d'extraction de données pour des dossiers qui devaient satisfaire les critères suivants :

- date de d'évènement entre le 15 octobre 2000 et le 31 décembre 2004
- code de siège de lésion parmi un de ceux du groupe des travailleurs PRÉVICAP

Nous avons reçu en mars 2006 les données provinciales de « dossiers-événements » dénominalisés à partir desquelles nous avons retenu les dossiers provenant des onze mêmes directions administratives régionales que les cas PRÉVICAP. Nous avons ensuite exclu les dossiers avec une date d'évènement postérieure au 2 août 2004, date de l'évènement du « dernier » cas PRÉVICAP, ainsi que les dossiers présentant des données manquantes pour les variables code de siège, description de la lésion, sexe, âge, ou code d'unité administrative régionale. Les dossiers traités dans les autres directions administratives régionales (hors projet PRÉVICAP) ont été conservés en cas d'épuisement du bassin des témoins potentiels dans les régions du projet pilote.

Appariement et identification des témoins potentiels

Dans un premier temps, le nombre de témoins nécessaires pour chacun des 172 cas PRÉVICAP ayant accepté de participer au Devis I a été déterminé, l'objectif étant d'obtenir 172 *strates* avec au minimum trois témoins pour chaque PRÉVICAP à la fin de la période de suivi. Notre estimation du nombre de travailleurs à contacter s'est basée sur les taux de refus de participation observés dans le groupe expérimental ainsi que sur les taux de pertes au suivi observés dans une étude où nous avons utilisé les mêmes modalités de suivi téléphonique. Selon nos projections, le nombre de témoins initialement requis pour chaque cas PRÉVICAP a été estimé à 18 pour un total de témoins potentiels d'un peu plus de 3000 travailleurs.

L'appariement des témoins à chaque travailleur PRÉVICAP a été réalisé selon quatre critères :

- Même direction régionale de la CSST
- Même historique d'indemnisation au cours de l'année précédant l'évènement à l'étude (oui/non)
- Évènement dans la même période (date du cas PRÉVICAP $\pm$ 6 mois)
- Même durée minimale de prise en charge conventionnelle (nombre de jours d'IRR supérieur ou égal au nombre de jours d'IRR jusqu'au DSHT)

Pour chaque cas PRÉVICAP, nous avons identifié le bassin de tous les témoins qui répondaient aux critères d'appariement. L'algorithme de sélection aléatoire des témoins a été défini de sorte à donner priorité aux cas PRÉVICAP ayant le moins de témoins pouvant leur être appariés. Nous avons ainsi dressé une première liste de témoins potentiels. Le monitoring des taux de recrutement par strate nous a amenés à une seconde ronde de sélection aléatoire de témoins pour certaines strates, générant une seconde liste de témoins potentiels. Au total, nous

avons constitué au hasard un échantillon de 3539 témoins appariés aux 172 travailleurs PRÉVICAP.

Recrutement du groupe témoin

Les deux listes de numéros de dossiers des témoins potentiels ont été transférées en avril et mai 2006 à la CSST qui a appliqué la même procédure de prise de contact qui avait été utilisée avec les travailleurs PRÉVICAP.

Au total, 2463 travailleurs témoins ont accepté le transfert de leurs coordonnées à l'équipe de recherche. Sur 1074 individus contactés, 561 (52,2 %) ont accepté de participer à l'étude. Il faut noter qu'un nombre substantiel de témoins potentiels ($n = 801$) n'ont pas été contactés, car ceux-ci faisaient partie de strates pour lesquelles nous avons déjà obtenu la confirmation de participation de trois témoins.

Le nombre de témoins participants au Devis I de l'étude s'est avéré variable à travers les 172 strates. Néanmoins, l'objectif initial qui était d'obtenir au moins trois témoins pour chaque travailleur PRÉVICAP a été atteint pour 76 % des strates (Tableau 1).

Tableau 1 – Nombre de témoins par travailleur PRÉVICAP

Témoins (n)	PRÉVICAP (n)	%
1 témoin	8	4,7
2 témoins	33	19,2
3 témoins	77	44,8
4 témoins	30	17,4
5 témoins	13	7,6
6 témoins	7	4,1
7 témoins	3	1,7
8 témoins	1	0,6
Total	172	100,0

3.2.2.2 Devis II

Les cohortes PRÉVICAP et témoin ont été définies en excluant à partir des bassins « populationnels » de travailleurs décrits plus haut (voir début de section 3.2.2.1) les individus pour lesquels :

- l'événement est une rechute;
- l'événement est en 2004;
- l'âge au moment de l'événement est supérieur à 60 ans;
- les données CSST sur les IRR sont incomplètes;
- les données d'heures de prestation de services PRÉVICAP sont manquantes;
- la prise en charge PRÉVICAP n'est pas *complète*.

Au final, les cohortes PRÉVICAP et témoin comprennent respectivement 265 et 8127 travailleurs.

3.2.3 Les cas traceurs

Le choix des cas traceurs repose sur une recherche d'hétérogénéité tant au niveau des caractéristiques individuelles des travailleurs que du contexte organisationnel dans lequel ils évoluent.

Nous avons dressé la liste des travailleurs PRÉVICAP nous autorisant l'accès à leurs dossiers PRÉVICAP et CSST détaillés. Les cas ont été choisis de sorte à obtenir des cas variés au niveau du centre PRÉVICAP, de la direction régionale CSST, de l'étendue de la prise charge (complète/DSHT), du profil âge-sexe, de la taille de l'entreprise (petite/moyenne/grande), et de la situation d'emploi post-PRÉVICAP (retour au travail/pas de retour). Un total de 28 cas ont été analysés à partir des informations contenues dans leurs dossiers.

Nous avons ensuite poursuivi l'analyse pour des travailleurs provenant de deux régions pilotes et ayant donné leur consentement à être contactés et à contacter leur médecin ainsi que leur employeur. Aucun médecin n'a été rejoint ou n'a accepté de participer. Des entrevues téléphoniques ont été réalisées avec 9 travailleurs et avec 7 employeurs. Les 6 cas pour lesquels nous disposons des données de ces deux entrevues (travailleur et employeur) ont été analysés plus en profondeur.

3.3 Collecte des données

3.3.1 Volet implantation

Des *entrevues semi-dirigées* ont été menées avec différents acteurs impliqués dans le cadre de la mise en place du programme (n=93). Des intervenants de la CSST, du RRTQ et les membres des équipes PRÉVICAP ont été interviewés. D'autres acteurs clés ont été consultés tels les concepteurs du programme, des dirigeants clés de la CSST, des directeurs d'entreprises, et des travailleurs. Il était prévu de faire une entrevue téléphonique avec les médecins traitants des travailleurs des cas traceurs mais malheureusement aucun d'entre eux n'a accepté de participer. L'analyse des données ne contient pas le point de vue de ces derniers. Pour la conduite des entrevues, deux grilles d'entrevues ont été préparées pour les différents professionnels. Les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites.

Parallèlement, une *enquête par questionnaire aux entreprises* a été réalisée (n = 55). Sur les 184 travailleurs interrogés, 140 ont accepté que l'équipe de recherche contacte leur employeur. Le questionnaire a été envoyé à toutes les entreprises dont nous disposons du nom et des coordonnées du responsable des ressources humaines et/ou de la santé et sécurité au travail (n = 103). Les questionnaires ont été postés en avril 2005 et trois rappels téléphoniques ont été réalisés. Le taux de participation des entreprises s'est avéré de 56 % puisque nous avons reçu 58 questionnaires complétés sur 103. Suite à la révision, par la CSST, de la liste « finale » des travailleurs référés à un centre PRÉVICAP, trois questionnaires ont dû être écartés. Le nombre d'entreprises interrogées est donc de 55. Le questionnaire postal visait d'abord à obtenir des renseignements sur les milieux de travail des travailleurs PRÉVICAP en termes de caractéristiques structurelles (p. ex. taille de l'entreprise, type de cotisation à la CSST, santé financière, secteur d'activité, capacité de l'entreprise à offrir un poste de travail alternatif ou des tâches allégées, présence d'une convention collective avec clause d'ancienneté, etc.) et de

santé et sécurité au travail (p. ex. gestion paritaire des dossiers, pratiques préventives proactives, formation du personnel à l'identification et la gestion des risques occupationnels, présence d'un comité de santé et sécurité au travail ou d'un médecin du travail, etc.). Il comprenait aussi des questions sur leur participation et leur appréciation du programme PRÉVICAP.

Des données complémentaires ont été récoltées lors de l'*observation non-participante* sur deux sites de trois séances de réunions interdisciplinaires d'équipes PRÉVICAP.

La *documentation* a servi à compléter les informations recueillies par entrevue. Les dossiers PRÉVICAP et CSST des travailleurs ont été consultés pour analyser leur prise en charge complète au sein du programme PRÉVICAP (n = 18). Les documents relatifs à l'implantation du RRTQ et du programme PRÉVICAP (p. ex. procès-verbaux) ont été analysés afin de comprendre le contexte de mise en place du projet pilote.

3.3.2 Volet impact et économique

3.3.2.1 Questionnaires

Dans le cadre du Devis I, plusieurs questionnaires ont été élaborés afin de compléter les données CSST et documenter pour chaque travailleur son historique d'indemnisation, sa situation au moment de l'évènement, son expérience et son cheminement dans les trois années subséquentes. Au départ, l'étude a été planifiée de sorte à réaliser une *entrevue initiale* quelques semaines ou mois après l'évènement et des *entrevues de suivi* de façon périodique jusqu'à quatre ans postévènement. De multiples délais d'accès aux travailleurs à l'étude (section 3.6) ont eu pour conséquence que l'entrevue « initiale » a été réalisée plusieurs mois, voire plusieurs années après l'accident.

Entrevue initiale

Le questionnaire d'entrevue initiale vise à dresser un portrait complet du travailleur et de son incapacité.

Profil occupationnel et socio-économique. La première section renferme des informations sur l'emploi occupé au moment de l'évènement (horaires, tâches, type d'entreprise...) et un profil socioéconomique du travailleur (caractéristiques sociodémographiques, revenu personnel et du ménage, statut économique perçu, etc.).

Statut fonctionnel, douleur, statut psychosocial. La deuxième section se penche sur les circonstances de l'évènement et sur la lésion proprement dite (siège, perception de la douleur et de la gravité, impact sur les activités quotidiennes, évolution de l'état de santé, etc.). La littérature recense plusieurs outils d'évaluation fonctionnelle et de la douleur associés aux TMS. Six indicateurs ont été retenus sur la base de leurs qualités métrologiques (fiabilité, validité de construit et validité de contenu), de leur usage international et de l'existence de versions françaises validées. Nous avons utilisé les quatre instruments de mesure suivants : le questionnaire de douleur et d'incapacité de Roland-Morris (RMQ); l'Indice d'Impact de la Douleur au cou et aux membres supérieurs sur la Vie Quotidienne (IDVQ); le questionnaire

Dallas sur la douleur (DPQ); le Questionnaire de Waddell sur les croyances et évitements anxieux (FABQ). Le niveau de douleur perçue a été mesuré avec une échelle à dix points.

Entrevues de suivi

Retour au travail. Le questionnaire de retour au travail a pour objet de retracer le cheminement professionnel du travailleur : ses tentatives (ou non) de retour au travail et ses éventuelles rechutes au cours de la période de suivi. S'il y a eu retour en emploi, la distinction est faite entre un retour chez le même ou chez un autre employeur, au poste pré-lésionnel ou à un autre poste, avec ou sans modifications des tâches. Le questionnaire s'intéresse également au vécu du travailleur lors d'un retour au travail et durant sa période d'inactivité (p. ex. sentiment d'être rétabli au moment du retour, attitude des collègues et de l'employeur vis-à-vis du retour, arrangements offerts, support des proches).

Statut fonctionnel, douleur et statut psychosocial. Les indicateurs sélectionnés pour le suivi du statut fonctionnel, de la douleur et du statut psychosocial sont l'échelle visuelle analogique de la douleur, le questionnaire de douleur et d'incapacité de Roland-Morris; l'Indice d'Impact de la Douleur au cou et aux membres supérieurs sur la Vie Quotidienne; le Questionnaire de Waddell sur les croyances et évitements anxieux.

Coûts privés. Le questionnaire sur les coûts privés à la charge des travailleurs victimes de TMS comprend des questions sur les frais encourus pour des soins et services non remboursés par une assurance privée, le gouvernement ou la CSST (p. ex. chiropraxie, ostéopathie, certains médicaments), des achats spéciaux (p. ex. coussin obus) ou encore des services d'aide pour les activités quotidiennes rendus nécessaires à cause de la lésion (p. ex. aide ménagère). On y comptabilise également le temps passé par le travailleur lors de ses visites chez les professionnels de la santé, temps qui peut être pris sur les heures de travail, sur le temps de loisir ou sur les congés sans solde.

Satisfaction. Ce questionnaire examine la satisfaction du travailleur quant à sa prise en charge. Il permet au travailleur de donner son appréciation sur la qualité des soins et de l'information offerts par son médecin traitant, les services octroyés par la CSST et, le cas échéant, les services dont il a bénéficié au cours du programme PRÉVICAP.

Administration des questionnaires

Tous les questionnaires ont été administrés par téléphone.

Les intervieweurs ont reçu une formation d'une journée portant sur les objectifs de l'enquête, le contenu des questionnaires et les filtres, les procédures à suivre en cas de refus ou de non retour des consentements et la façon d'éviter les biais lors de l'administration des questionnaires. Le briefing de terrain a été suivi par quelques mises en situation et par une période de mise en pratique pour se familiariser avec les outils de la collecte. L'horaire des intervieweurs a été aménagé de manière à couvrir à peu près toutes les plages horaires (matin, après-midi et soir, semaine et fin de semaine). En moyenne, quatre appels à des heures et jours différents ont été nécessaires pour rejoindre les répondants lors des entrevues. Le nombre d'appels maximum pour chaque entrevue était de dix, après quoi la personne était considérée comme non rejointe.

Lors du premier contact, le travailleur se voyait expliquer l'étude et les implications de sa participation. Si le travailleur exprimait sa volonté de participer, un rendez-vous téléphonique était fixé pour réaliser l'entrevue initiale et les formulaires de consentement lui étaient postés. En cas de refus, l'intervieweur prenait note de la raison invoquée. L'entrevue initiale n'était réalisée que si nous avions reçu formulaire de consentement signé; celle-ci durait en moyenne 45 minutes. Les entrevues de suivi étaient planifiées aux six mois s'il n'y avait pas de retour au travail ou à chaque année lorsqu'il y avait retour au travail, et ce jusqu'à quatre ans postérieurement; celles-ci duraient en moyenne 25 minutes. Un diagramme contenant les détails de la procédure et des informations collectées à travers les entrevues est présenté à l'Annexe 1.

La collecte des données auprès des travailleurs a démarré le 3 novembre 2003 pour les participants au programme PRÉVICAP et le 31 mars 2006 pour les témoins ayant bénéficié de la prise en charge conventionnelle. Les entrevues « initiales » ont été étalées de novembre 2003 à mars 2006 (groupe PRÉVICAP) et d'avril à octobre 2006 (groupe témoin). Le premier contact s'est donc fait très tardivement par rapport au moment de l'évènement. Les explications et conséquences de ces délais sont exposées à la section 3.6.

3.3.2.2 Données CSST

Plusieurs renseignements ont été extraits des données CSST transmises au printemps 2006. Les données CSST contiennent les informations suivantes : caractéristiques sociodémographiques des travailleurs, une description des événements, de l'information sur le cheminement et les services reçus par les travailleurs par la CSST, les montants déboursés par la CSST pour la réparation, les montants et périodes où des indemnités ont été versées aux travailleurs par la CSST, des informations sur les contestations, c'est-à-dire le type de contestation, la raison de la contestation ainsi que les différentes dates d'audience et de décision.

3.3.3 Les cas traceurs

Les 6 cas traceurs plus complets ont été analysés en considérant l'ensemble des informations disponibles concernant ces travailleurs, incluant celles issues des volets impact et économique. En particulier, les dossiers-papier PRÉVICAP et CSST de ces travailleurs ont été étudiés de façon détaillée.

3.4 Définition opérationnelle des principales variables des volets impact et économique

Une liste des variables pour lesquelles des données ont été recueillies se trouve à l'Annexe 2.

3.4.1 Volet impact

3.4.1.1 Variable indépendante principale

Mode de prise en charge : Cette variable permet de classer les travailleurs en deux groupes selon qu'ils ont reçu le programme PRÉVICAP ou la prise en charge conventionnelle. Il convient de rappeler que la prise en charge PRÉVICAP est qualifiée de *complète* lorsque le travailleur a reçu au moins 10 heures de prestation de services, et que l'évaluation s'est centrée sur ce sous-ensemble de travailleurs PRÉVICAP.

3.4.1.2 Variables dépendantes principales de retour au travail

Plusieurs auteurs ont démontré les limites de qualifier l'importance des TMS uniquement en termes de durée d'indemnisation [62-64]. En effet, cette mesure de durée peut sous-estimer l'impact du TMS si le travailleur rechute rapidement après son retour au travail ou s'il retourne au travail avec des capacités amoindries ou chez un autre employeur. L'utilisation de plusieurs indicateurs complémentaires permet de prendre en compte de manière plus exhaustive l'impact du programme sur le retour du travail. Nous avons recensé dans la littérature divers indicateurs, en avons défini d'autres et, après discussion avec la CSST et analyses préliminaires, avons retenu les suivants :

Retour au travail au poste prélésionnel (trois indicateurs) : Le retour au travail au poste prélésionnel est mesuré par le délai entre la date d'évènement et le premier retour au travail d'au moins trois jours (a), d'au moins quatre semaines (b) ou d'au moins six mois (c) au poste prélésionnel chez le même employeur, avec ou sans modification de tâches. Nous avons axé l'analyse de l'impact de PRÉVICAP sur ce type de retour au travail, et plus particulièrement sur (b) considérant, à l'instar d'autres auteurs, qu'un retour d'au moins quatre semaines peut être qualifié de « durable ».

Retour au travail à n'importe quel poste (trois indicateurs) : La mesure du retour au travail à n'importe quel poste consiste à calculer le délai entre la date d'évènement et le premier retour au travail d'au moins trois jours (a), d'au moins quatre semaines (b) ou d'au moins six mois (c), quel que soit le poste ou l'employeur.

Retour au travail durable au poste prélésionnel dans un délai de moins de deux ans postévènement (un indicateur) : Cet indicateur, de type oui/non, examine si ce type de retour au travail a été effectué au cours de la période, indépendamment du moment du retour.

Cessation d'indemnisation (un indicateur) : La durée d'indemnisation est définie par le délai entre les dates du premier et du dernier versement d'IRR.

Durée cumulative d'indemnisation (un indicateur) : La durée cumulative d'indemnisation est calculée comme la somme de toutes les journées indemnisées pour une même lésion depuis l'évènement jusqu'à 18, 24 et 36 mois postévènement.

Statut d'emploi deux ans postévènement (un indicateur) : La situation en termes de retour au travail (RAT) à deux ans postévènement a été décrite en fonction des possibilités suivantes :

- RAT chez le même employeur, au poste préléSIONNEL, sans modifications des tâches;
- RAT chez le même employeur, au poste préléSIONNEL, avec modifications des tâches;
- RAT chez le même employeur, à un autre poste;
- RAT chez un autre employeur, à un poste similaire;
- RAT chez un autre employeur à un autre poste;
- en arrêt de travail.

Rechute ou nouvel évènement (un indicateur) : Les données CSST ont servi à définir l'incidence de rechute/nouvel évènement lorsqu'elles contenaient un code d'évènement indiquant une rechute (892, 884, 876, 868, 860, 854, 852, 846, 738) ou un nouvel évènement (900) suite à l'évènement sélectionné pour notre étude. Des taux de rechute/nouvel évènement ont été calculés en tenant compte de la durée variable de suivi (intervalle entre la fin des IRR et avril 2006) parmi les travailleurs.

3.4.1.3 Variables dépendantes de satisfaction

Soutien social et satisfaction au travail : Certaines questions du questionnaire APGAR modifié du travail (Bigos et al., 1991) ont été utilisées pour illustrer le soutien social et la satisfaction au travail.

Satisfaction des travailleurs vis-à-vis de leur prise en charge : Différents indices de satisfaction ont été créés à partir du questionnaire de satisfaction :

Satisfaction par rapport aux services du médecin traitant : Nous avons combiné les réponses aux questions de satisfaction vis-à-vis de l'ensemble des soins reçus par le médecin traitant, de l'information reçue du médecin sur la nature de la blessure et de l'information reçue sur les activités à entreprendre pour faciliter la guérison. Les répondants devaient avoir au moins deux réponses valides sur trois pour obtenir un score.

Satisfaction par rapport aux services reçus par la CSST : Nous avons créé un indice à partir de huit questions inspirées du questionnaire de la CSST sur la qualité perçue des services des agents d'indemnisation/conseillers en réadaptation : l'explication des décisions de la CSST, la politesse, le temps d'écoute, la qualité de l'information, la clarté de l'information, le sentiment d'être compris par l'agent, la confiance en l'agent et la capacité de l'agent à trouver des solutions adaptées. Les répondants devaient avoir au moins six réponses valides sur huit pour obtenir un score. Nous avons aussi inclus une question sur la satisfaction globale des services.

Satisfaction par rapport au programme PRÉVICAP : Nous avons créé un indice à partir de quatre questions portant sur la satisfaction concernant : l'ensemble des traitements et services reçus, l'information reçue des membres de l'équipe PRÉVICAP sur la nature de la blessure, l'information reçue sur les activités à entreprendre pour faciliter la guérison et l'intervention des membres de l'équipe PRÉVICAP dans le milieu de travail. Les répondants devaient avoir au moins trois réponses valides sur quatre pour obtenir un score.

Satisfaction des travailleurs vis-à-vis du contexte du retour au travail : Cette section contenait des questions sur les perceptions du travailleur vis-à-vis de son retour (sentiment d'être prêt ou d'avoir récupéré, attitude des collègues et de l'employeur), sur les modifications implantées pour faciliter son retour (aménagements de tâches, d'horaire et de l'environnement physique du poste de travail) et sur le suivi suite au retour au travail.

3.4.1.4 Variables dépendantes de statut fonctionnel, douleur et statut psychosocial

Statut fonctionnel : Deux questionnaires de statut fonctionnel ont été utilisés : le questionnaire de la douleur et de l'incapacité de Roland-Morris (RMQ) pour les travailleurs souffrant de lésions au dos et l'Indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne (IDVQ) pour les travailleurs blessés au cou et/ou aux membres supérieurs. Les travailleurs dont le siège de lésion était à la fois au dos et au cou ou aux membres supérieurs ont rempli les deux questionnaires. Le score du questionnaire Roland-Morris a été calculé sur 24 et pondéré en fonction des réponses manquantes. La même procédure a été utilisée pour l'IDVQ calculé sur 7.

Douleur : L'intensité de la douleur perçue a été estimée à l'aide d'une échelle à 10 points.

Statut psychosocial : Le questionnaire Dallas a permis d'évaluer le retentissement de la douleur sur la vie du travailleur dans quatre sphères : les activités quotidiennes (moyenne des items 1 à 7 sur 100), le travail et les loisirs (moyenne des items 8 à 10 sur 100), l'anxiété/la dépression (moyenne des items 11 à 13 sur 100), le comportement social (moyenne des items 14 à 16 sur 100). Le questionnaire de Waddell sur les croyances et évitements anxieux (« Fear Avoidance Beliefs Questionnaire » ou FABQ) rend compte de la perception et des peurs du travailleur vis-à-vis de sa lésion par rapport aux activités physiques (somme des items 2, 3, 4 et 5 variant de 0 à 24) et dans celui du travail (somme des items 6, 7, 9, 10, 11, 12 et 15 variant de 0 à 42). Les questionnaires comportant des réponses manquantes ont été retirés de l'analyse. Pour le score du travail, l'item 7, « Mon travail a aggravé ma douleur », n'a été répondu que par les travailleurs étant retournés au travail. Le score FABQ du travail a été calculé sur 36 à partir des questions 6, 9, 10, 11, 12 et 15.

3.4.1.5 Autres variables

Profil sociodémographique : Sexe, âge, revenu, nombre de personnes à charge, situation familiale, code d'unité administrative principale.

Caractéristiques de l'emploi : Nature du contrat de travail, mode de rémunération, régime de cotisation de l'employeur, taille de l'entreprise, métier, secteur d'activité principal de l'entreprise, nombre d'années d'expérience chez l'employeur, nombre d'années d'expérience dans le métier, perception de l'effort physique requis par l'emploi.

Historique d'indemnisation : Présence d'un historique d'indemnisation dans les dix années précédant la lésion; présence d'un historique dans les cinq années précédant la lésion.

Caractéristiques de l'évènement à l'étude : Nature et siège de la lésion, type d'évènement (premier évènement ou rechute/récidive/aggravation, accident ou maladie professionnelle),

année de l'évènement, contestation (BEM, CLP ou RA) suite à l'évènement, travailleur syndiqué ou non au moment de l'évènement.

Caractéristiques de la prise en charge PRÉVICAP : Centre de réadaptation, chronologie des étapes de prise en charge, types d'activités réalisées.

Indice de risque : Un indice de risque d'incapacité prolongée a été créé afin de tenir compte de facteurs de risque pouvant compromettre le retour au travail au poste prélésionnel (avec ou sans modification de tâches) qui, vu leur faible prévalence, ne pouvaient être incorporés individuellement dans les modèles d'analyse multivariée. Ces facteurs sont :

- Avoir plus de 55 ans;
- Comptabiliser plus de 120 jours d'incapacité dans les cinq années précédant la lésion;
- Posséder un emploi requérant un grand effort physique selon le travailleur et considéré comme manuel selon la Classification Nationale des Professions de Statistique Canada;
- Ne pas être du tout satisfait de son emploi;
- Être indemnisé pour un emploi temporaire;
- Avoir moins d'un an d'ancienneté chez l'employeur;
- Avoir moins d'un an d'ancienneté dans le métier;
- Être admis par la CSST en « réadaptation » de façon précoce, i.e. durant la période *pré* qui est définie pour chaque *strate travailleur PRÉVICAP-travailleur(s) témoin(s)* par l'intervalle entre l'évènement et le début de la prise en charge du travailleur PRÉVICAP;
- Avoir subi avant l'évènement une chirurgie au même siège de lésion;
- Être non syndiqué;
- Ne pas avoir connaissance d'un programme de santé et sécurité au travail dans son milieu de travail.

L'indice de risque a été calculé en cumulant le nombre de facteurs présents. Pour l'analyse multivariée, nous avons traité l'indice de risque comme une variable continue (0-11) alors que pour des fins descriptives, nous avons catégorisé la variable: « Risque très faible » (aucun facteur) ; « Risque faible » (1-2) ; « Risque élevé » (3-4) : « Risque très élevé » (5 et plus).

3.4.2 Volet économique

Coûts de la prise en charge : Les coûts de la prise en charge dans la perspective de la CSST sont constitués des indemnités de remplacement du revenu, des indemnités forfaitaires (p. ex. indemnité au travailleur en cas de dommage corporel permanent ou d'incapacité permanente), des frais d'assistance médicale (p. ex. frais d'hospitalisation, médicaments), des frais de réadaptation (p. ex. programme de recyclage ou de formation, adaptation d'un poste de travail) et des « autres » frais (p. ex. remboursement des dommages causés aux vêtements ou aux lunettes, frais de déplacement du travailleur ayant subi une lésion professionnelle, frais

associés à la consultation de témoins et d'experts). S'ajoute, pour les travailleurs PRÉVICAP, le coût du programme PRÉVICAP.

Coût du programme PRÉVICAP : Étant donné le mode de financement du programme (per diem), deux méthodes différentes ont été utilisées pour estimer le coût de revient pour chaque travailleur :

Méthode 1 : Pour 495 des 571 travailleurs, le coût de revient a été déterminé à partir du temps réel consacré à chacun par l'équipe PRÉVICAP. Nous avons utilisé le budget de fonctionnement d'un centre de réadaptation (HCLM) et avons déterminé la part de ce budget qui concernait les travailleurs du projet pilote. En considérant les heures de services directement dédiées à des activités en contact avec ces travailleurs, nous avons calculé un coût horaire de revient. Le calcul a été fait pour 2002-2003 et pour 2003-2004. Le coût horaire moyen pour ces deux années, 178,27 \$, a été imputé aux travailleurs des quatre centres.

Méthode 2 : Pour les 76 travailleurs avec des données manquantes sur les heures de prestation de services, les coûts facturés à la CSST par le RRTQ ont été imputés. Nous avons utilisé les données CSST du compte 5.3.6.2.1.999 (Frais payés à un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux) pour la période durant laquelle le travailleur participait au programme PRÉVICAP, la CSST nous ayant assurés que seul ce compte était utilisé pour les frais PRÉVICAP.

Coûts privés : Nous avons recensé les coûts privés encourus sur la période de quatre semaines précédant l'entrevue réalisée à trois ans après l'évènement. Tel que mentionné dans la section 3.3.2.1, il s'agit des coûts assumés par les travailleurs eux-mêmes comme les frais non remboursés occasionnés par exemple par l'utilisation de services de santé, de médicaments prescrits ou en vente libre, d'équipements spécialisés et de services d'aide à domicile pour des soins et services relatifs à la blessure.

3.5 Analyses

3.5.1 Description des travailleurs PRÉVICAP et de leur prise en charge

Dans un premier temps, nous avons voulu dresser un portrait des travailleurs référés au programme PRÉVICAP et détailler divers aspects de leur prise en charge par ce programme. Ces résultats sont présentés à la section 4.1, principalement sous forme de tableaux, incluant lorsque pertinent, les p-valeurs de tests statistiques bivariés appropriés (ANOVA ou Kruskal-Wallis) pour la comparaison des quatre centres de réadaptation.

3.5.2 Volet implantation

Les documents relatifs à l'implantation du RRTQ et du programme PRÉVICAP ont été compilés et utilisés pour retracer l'historique de leur création et leur mise en place. Les entrevues ont été réalisées afin de comprendre comment les acteurs ont perçu et se sont positionnés par rapport au programme PRÉVICAP. Une grille de codage basée sur la grille d'entrevue a été créée lors d'une première lecture des entrevues. Elle a ensuite été affinée pour

permettre de mieux appréhender les perceptions des différents intervenants. Après avoir été codée, chaque entrevue a été traitée au moyen du logiciel Nudist. Des grands thèmes ont ainsi pu être dégagés. Les observations non participantes des réunions d'équipes PRÉVICAP ont permis d'enrichir le matériel d'entrevue ayant trait au fonctionnement du programme. Les renseignements obtenus auprès des participants à l'enquête aux entreprises ont été résumés avec des statistiques descriptives.

3.5.3 Volet impact

À partir du Devis I, nous avons d'abord examiné les effets « bruts » du programme PRÉVICAP pour plusieurs indicateurs de retour au travail, i.e. sans ajuster pour tenir compte de différences entre les travailleurs des deux groupes, avec des tests bivariés (tests du logrank, tests de t de Student, tests du khi-deux de Pearson). L'analyse principale porte sur trois indicateurs de résultats pour lesquels nous avons effectué des démarches de modélisation multivariée qui tenaient compte de l'appariement ainsi que des différences entre les groupes qui affectaient les résultats, i.e. qui engendraient un biais de confusion. Ainsi, les effets « ajustés » du programme PRÉVICAP ont été estimés avec des modèles de Cox pour les indicateurs *RAT durable au poste préléssionnel* et *Cessation d'indemnisation* et avec un modèle logistique pour l'indicateur *RAT durable au poste préléssionnel dans les deux ans suivant l'évènement*. Ces modèles permettent d'obtenir des mesures synthétiques d'efficacité sous forme de rapport de taux de risque HR (*hazard ratio*) ou de rapport de cotes OR (*odds ratio*).

La robustesse des conclusions de notre analyse principale a été appréciée de trois façons différentes : 1- Devis II : effet estimé à partir des données populationnelles avec modélisation multivariée (Cox) de l'indicateur *Cessation d'indemnisation*; 2- Devis I : analyses de sensibilité avec modélisation multivariée (Cox) de l'indicateur *RAT durable au poste préléssionnel*; 3- Devis I : analyses en intention de traiter avec modélisations multivariées des trois indicateurs de résultats de l'analyse principale.

À partir du Devis I, les effets du programme en termes de satisfaction, statut fonctionnel, douleur et statut psychosocial sont rapportés avec des statistiques descriptives en incluant, lorsque pertinent, les résultats de procédures bivariées (test du khi-deux de Pearson et test de t de Student).

3.5.4 Volet économique

Les diverses analyses ont été menées à partir des données du Devis I.

Les coûts de prise en charge et les coûts privés ont d'abord été comparés à l'aide de statistiques descriptives. Le rendement de la prise en charge PRÉVICAP relativement à la prise en charge conventionnelle a été estimé à l'aide d'analyses coût-efficacité et coût-bénéfice :

Coût-efficacité : Nous avons utilisé une journée non indemnisée comme unité d'efficacité et le coût total d'une journée de prise en charge comme unité de coût. Nous avons calculé des rapports coût-efficacité (RCE) à 1 an, 2 ans et 3 ans postévènement permettant de chiffrer le coût d'une journée de prise en charge épargnée par l'application du programme PRÉVICAP et

de voir l'évolution dans le temps de cette mesure de rendement. Les RCE ont été calculés en considérant uniquement les travailleurs PRÉVICAP avec prise en charge complète (analyse stricte), puis recalculés en incluant tous les travailleurs PRÉVICAP (analyse en intention de traiter).

Coût-bénéfice : Nous avons estimé pour chaque travailleur le bénéfice net à trois ans postévènement. Cette approche est basée sur la traduction des effets positifs observés en coûts. Ici, l'unité d'efficacité est une journée de prise en charge sauvée. La valorisation monétaire accordée à une journée sauvée représente le « consentement à payer » (CAP). Dans ce type d'analyse économique, la monétisation des effets permet un contraste direct avec les coûts. Pour chaque travailleur, le « bénéfice net » est la différence (E-C), où E est l'efficacité monétisée (nombre de jours de prise en charge sauvés x CAP) et C est le coût total (incluant les frais d'indemnisation de remplacement de revenu, ainsi que les frais médicaux, les frais de réadaptation, les montants forfaitaires et, pour un travailleur PRÉVICAP, le coût du programme). Pour cette analyse, nous avons exclu 10 travailleurs du groupe PRÉVICAP et 12 travailleurs du groupe témoin pour lesquels le coût total de la prise en charge était très élevé (au-dessus du 95^e centile de la distribution, soit 119 000 \$). Nous avons ensuite calculé la différence des bénéfices nets moyens estimés dans chaque groupe. Nous présentons les résultats correspondant à trois valeurs pour CAP : 1) la valeur zéro, ce qui revient à une comparaison basée strictement sur les coûts; 2) la valeur qui correspond au seuil d'équivalence économique (« break-even point »), c'est-à-dire pour laquelle le bénéfice net moyen est équivalent pour les deux groupes; et 3) la valeur pour laquelle le bénéfice net moyen est significativement supérieur pour le groupe PRÉVICAP.

3.5.5 Explication des effets

Afin de situer plus précisément la valeur du programme PRÉVICAP, nous avons utilisé les données du Devis I, les informations des cas traceurs, les données de l'enquête aux entreprises ainsi que les résultats des entrevues avec les intervenants CSST et PRÉVICAP, et avons tenté de répondre à trois questions :

Question 1 : Les effets varient-ils en fonction de certaines caractéristiques du travailleur ou de son milieu de travail? Pour l'indicateur *RAT durable au poste prélésionnel*, nous avons effectué des analyses stratifiées avec des modèles de Cox, ce qui a permis d'identifier un facteur particulièrement important de modulation (interaction) de l'impact du programme, à savoir l'historique d'indemnisation dans les cinq ans avant l'évènement. Des modèles logistiques multivariés ont ensuite été ajustés afin d'estimer les chances de *RAT durable au poste prélésionnel dans les deux ans suivant l'évènement* selon le mode de prise en charge et selon la présence d'un historique d'indemnisation. Nous avons conduit l'analyse du rendement seulement pour la strate de travailleurs pour lesquels le programme s'est avéré efficace. Le rendement du programme a été estimé d'abord en comparant les bénéfices nets, puis en calculant des rapports coût-efficacité pour des profils de travailleurs définis par des combinaisons d'autres facteurs plus prédictifs du retour au travail.

Question 2 : Quels sont les éléments-clés du mécanisme de production des effets? Le modèle logique du programme PRÉVICAP (voir section 1.4) a servi d'outil d'analyse des 6 cas traceurs « complets ». Pour chacun, nous avons tenté de comprendre si et comment le

programme avait contribué au retour au travail. Les données détaillées des cas ont permis de documenter entre autres le déroulement du programme ainsi que le degré d'atteinte des objectifs intermédiaires et final du programme. Il s'agissait de dégager, s'il y a lieu, des conditions de succès du programme PRÉVICAP.

Question 3 : Les effets varient-ils en fonction des visions des intervenants PRÉVICAP et CSST sur les éléments ayant affecté le fonctionnement du programme? Nous avons étudié le rôle sur le RAT des éléments perçus comme pouvant affecter le fonctionnement du programme pour lesquels une certaine hétérogénéité avait été révélée lors des entrevues avec les intervenants de la CSST et des équipes PRÉVICAP. Pour chaque élément (p. ex. qualité du partenariat), la perception des intervenants interrogés a été synthétisée au niveau de chaque organisation (quatre centres PRÉVICAP et onze directions régionales) sur une échelle à 3 points : positive, variable, négative. Nous avons analysé les données des 117 travailleurs PRÉVICAP du Devis I (prise en charge *complète*) afin de voir si l'on pouvait détecter des variations en termes de rapidité et de fréquence d'un *RAT durable au poste prélesionnel* selon que les visions des intervenants de la direction régionale CSST et du centre PRÉVICAP étaient plus ou moins favorables en termes d'application réussie du programme.

3.6 Enjeux de l'évaluation

Le projet a connu certaines difficultés. Nous exposons ici les principaux obstacles rencontrés, les solutions adoptées et les conséquences sur l'évaluation.

À l'origine, l'évaluation de l'impact du programme PRÉVICAP reposait sur un devis randomisé. À la demande de la CSST, nous avons reformulé le projet et un plan d'étude quasi-expérimental, le Devis I, a été privilégié comme devis principal. Le projet de recherche a débuté en 2002 et a été approuvé dans sa version révisée au début de 2003.

Une première stratégie de constitution d'un groupe témoin a été développée à partir d'une liste de la CSST des travailleurs ciblés pour recevoir le programme PRÉVICAP. Le groupe témoin a été constitué des travailleurs n'ayant en fait pas été référés au programme, soit environ la moitié des travailleurs ciblés. Les analyses des données CSST nous ont permis de constater que les travailleurs référés et non référés étaient fort différents et il nous a fallu développer une stratégie alternative de constitution d'un groupe témoin adéquat. Pour ce faire, la CSST devait nous accorder l'accès à leurs données pour tous les travailleurs répondant à nos critères d'admissibilité; nous avons obtenu l'autorisation nécessaire en août 2004. Par ailleurs, l'analyse a aussi révélé des taux de référence au programme ainsi que, dans certains centres, une capacité d'absorption des travailleurs référés plus faibles que ce qui avait été prévu. Nous avons donc décidé de réajuster la définition du groupe expérimental : aux travailleurs référés en 2002 et 2003 se sont ajoutés ceux référés en 2001 et en 2004.

La réalisation du projet, particulièrement les volets impact et économique, a été affectée par des difficultés d'utilisation des données CSST. Nous avons dû composer avec des délais d'accès aux travailleurs que nous souhaitions solliciter pour le Devis I, surtout les travailleurs témoins, et ce, à cause de délais considérables pour l'obtention de données CSST valides à partir desquelles nous devons sélectionner au hasard des témoins potentiels appariés aux cas PRÉVICAP. Nous avons identifié des irrégularités au niveau du processus d'extraction des

données CSST; ceci nous a amenés à mettre en place un « *Projet de validation* », conduit en collaboration avec la CSST et l'IRSST et à l'issue duquel une nouvelle extraction de données CSST a été effectuée. Nous étions alors confiants de pouvoir utiliser les données transmises, d'une part pour identifier les travailleurs témoins potentiels et d'autre part pour compléter les données collectées par entrevue téléphonique. Les entrevues « initiales » avec les témoins ont débuté au printemps 2006. Une autre extraction de données CSST a été effectuée en 2008 afin d'obtenir, tel que prévu, des données de suivi à quatre ans postévènement. Or les données transmises présentaient des aberrations et nous avons été contraints de ne pas utiliser ces données.

Les principales conséquences de ces délais sont de trois ordres. D'abord, il a été impossible de collecter ou d'utiliser certaines informations sur la situation du travailleur quelques semaines ou mois après l'évènement (ex. statut fonctionnel), l'entrevue « initiale » étant réalisée très tardivement. Ensuite, l'efficacité et le rendement du programme PRÉVICAP ont été étudiés jusqu'à trois ans plutôt que quatre ans postévènement. Finalement, l'enquête auprès des entreprises et les entrevues liées aux cas traceurs n'ont pas pu produire des résultats aussi riches que souhaité. Par exemple, il pouvait être difficile pour l'employeur de se souvenir du travailleur en question ou des détails de la participation de l'entreprise dans la prise en charge PRÉVICAP de ce travailleur.

3.7 Considérations éthiques

L'équipe de recherche a soumis dès le mois d'août 2002 des demandes aux comités d'éthique de l'Université de Montréal et des quatre centres de réadaptation à l'étude. En juillet 2003, suite aux révisions des formulaires de consentement, tous les certificats d'éthique ont été émis.

Une convention avec le bureau légal de la CSST a été signée en mars 2002 et amendée en août 2004 pour obtenir les données CSST nécessaires à la réalisation des Devis I et II.

Tous les travailleurs qui ont participé au Devis I ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé de participation, de prise de contact avec l'employeur et d'accès à différents fichiers administratifs (données des centres PRÉVICAP et données CSST). Le formulaire comprenait une description de l'étude, des informations sur la nature de leur participation, sur les risques et inconvénients encourus ainsi que sur leur droit de retrait de l'étude à tout moment.

4 RÉSULTATS

4.1 Portrait de l'ensemble des travailleurs admis chez PRÉVICAP

Cette section décrit les 571 travailleurs admis chez PRÉVICAP selon leur profil sociodémographique, leur situation emploi au moment de la lésion professionnelle, leur historique d'indemnisation, les caractéristiques de l'évènement et les caractéristiques de leur prise en charge suite à l'évènement.

FAITS SAILLANTS

- Les travailleurs PRÉVICAP sont en incapacité prolongée et pris en charge très tard (en moyenne six mois après leur évènement); la durée moyenne des activités de prestation du programme est de six mois.
- Les délais entre l'évènement et la prise en charge ainsi que la durée de la prise en charge sont très variables au sein de chaque région.
- Plus du quart des travailleurs PRÉVICAP ont perçu des indemnisations de la CSST pour une lésion musculosquelettique au cours des cinq années précédant l'évènement.

4.1.1 Caractéristiques des travailleurs

4.1.1.1 Profil sociodémographique

Les travailleurs admis chez PRÉVICAP ont en grande majorité entre 25 et 44 ans et comptent environ deux tiers d'hommes (Tableau 2). Les distributions d'âge et de sexe sont similaires à celles observées dans la population générale des travailleurs indemnisés pour une affection vertébrale ou une lésion musculosquelettique « en ite » pour l'année 2004, à l'exception de la catégorie « moins de 24 ans » dont la fréquence des LMS dans la population générale indemnisée atteignait 14 % en 2004[1, 2].

Tableau 2 – Profil sociodémographique des travailleurs admis chez PRÉVICAP (n=571)

	n	%
Sexe		
Femme	208	36,4
Homme	363	63,6
Total	571	100
Âge du travailleur à la date de l'évènement		
18 à 24 ans	36	6,3
25 à 34 ans	150	26,3
35 à 44 ans	223	39,1
45 à 49 ans	75	13,1
50 ans et +	87	15,2
Total	571	100
Revenu d'emploi annuel (brut)		
15 250\$ et -	41	7,2
15 251\$ à 24 999\$	185	32,5
25 000\$ à 34 999\$	149	26,1
35 000\$ à 44 999\$	79	13,9
45 000\$ et +	116	20,4
Total	570	100

	n	%
Nombre de personnes à charge		
Aucune	359	63
1 personne	92	16,1
2 personnes	59	10,4
3 personnes ou +	60	10,5
Total	570	100

4.1.1.2 Caractéristiques de l'emploi

Au moment de l'évènement, la plupart des travailleurs PRÉVICAP étaient à temps plein avec un salaire fixe (Tableau 3). Les secteurs les plus représentés sont les services commerciaux et personnels, le bâtiment et les travaux publics, le commerce et les services médicaux et sociaux. Seuls les métiers et secteurs les plus représentés ont été rapportés. La distribution complète se trouve à l'Annexe 3.

Tableau 3 – Emploi au moment de l'évènement (n = 571)

	n	%
Nature du contrat de travail^a		
À temps plein	384	92,3
À temps partiel	17	4,1
Sur appel, saisonnier ou contrat à durée déterminée	15	3,6
Total	416	100
Mode de rémunération^a		
Fixe (à l'heure, à la semaine, etc.)	410	98,6
Au pourboire, à la pièce, à la commission, à forfait	6	1,4
Total	416	100
Régime de cotisation de l'employeur		
Rétrospectif	54	10,2
Taux personnalisé	355	66,9
Taux à l'unité	122	23
Total	531	100
Métier en catégories^b		
Travailleurs spécialisés dans les services (61)	88	15,4
Travailleurs spécialisés dans la fabrication, le montage et la réparation (85)	69	12,1
Travailleurs dans le secteur du bâtiment (87)	62	10,9
Manutentionnaires et travailleurs assimilés (93)	60	10,5
Personnel d'exploitation des transports (91)	37	6,5
Personnel administratif et assimilé (41)	35	6,1
Personnel médical, techniciens en santé et personnel assimilé (31)	29	5,1
Travailleurs spécialisés dans la vente (51)	23	4
Autres métiers	168	29,6
Total	571	100
Secteur d'activité principal de l'employeur^c		
Autres services commerciaux et personnels (21)	95	17,9
Bâtiments et travaux publics (01)	90	16,9
Commerce (16)	89	16,8
Services médicaux et sociaux (30)	51	9,6
Industrie des aliments et boissons (12)	27	5,1
Transport et entreposage (15)	27	5,1
Autres secteurs	152	28,5
Total	531	100

^a Plus de 15 % de données manquantes. ^b Catégorisation selon la Classification Canadienne Descriptive des Professions de 1971 utilisée par la CSST, pour les huit sous-groupes les plus fréquents. Les chiffres entre parenthèses correspondent à la codification CCDDP-1971 à deux chiffres. ^c Catégorisation selon la Classification des Activités Économiques du Québec de 1984 utilisée par la CSST pour les six sous-groupes les plus fréquents. Les chiffres entre parenthèses correspondent à la codification CAEQ-1984 à deux chiffres.

4.1.1.3 Historique d'indemnisation

Le quart des travailleurs a déjà été indemnisés au cours des cinq années précédant l'évènement, parmi lesquels 1,6 % l'ont été plus de deux fois.

Tableau 4 – Historique d'indemnisation à la CSST

		Dans l'année précédant l'évènement		Dans les 5 années précédant l'évènement		Dans les 10 années précédant l'évènement	
		n	%	n	%	n	%
Historique d'indemnisation	Oui	47	8,2	150	26,3	229	40,1
	Non	524	91,8	421	73,7	342	59,9
	Total	571	100,0	571	100	571	100
Nombre d'événements (d'origine et récidives)^a	1	47	100	141	94,0	205	91,5
	2 ou +	-	-	9	6,0	24	10,5
	Total	47	100	150	100	229	100
		Moyenne (écart-type)	Min/max	Moyenne (écart-type)	Min/max	Moyenne (écart-type)	Min/max
Durée cumulative de l'historique (en jours)^a		66,38 (83,21)	3/365	184,23 (317,5)	2/1826	269,23 (552,8)	1/3652

^a Parmi les travailleurs avec un historique.

4.1.2 Caractéristiques de l'évènement à l'étude

Un peu moins de 82 % des lésions sont situées au dos; une proportion similaire à celle observée dans la population générale où le taux d'affections vertébrales était de 78,7 % en 2004[1, 2]. Une description plus détaillée du type de lésion se trouve à l'Annexe 3.

Tableau 5 – Description de l'évènement

	n	%
Nature de la lésion^{a, b}		
Entorse, foulure ou déchirure (2100)	332	63
Tendinite (17330)	38	7,2
Ecchymose, contusion (4300)	29	5,5
Épicondylite, épitrochleite (17370)	19	3,6
Autres	109	21,1
Total	527	100
Siège de la lésion		
Dos	426	81,9
Cou / membres supérieurs	94	18,1
Total	520	100
Catégorie de lésion^b		
Lésion professionnelle due à un évènement (AP, APR)	531	95,3
Maladie professionnelle (MP, MPR)	26	4,7
Total	557	100
Type d'évènement		
Évènement initial	542	94,8
Rechute/récidive/aggravation	29	5,1
Total	571	100
Année de l'évènement		
2001	156	27,3
2002	210	36,8
2003	165	28,9
2004	40	7
Total	571	100

^a Catégorisation selon la classification OIIC (Occupational Injury and Illness Classification) adoptée à la CSST. ^b Codification de la CSST entre parenthèses.

4.1.3 Caractéristiques de la prise en charge

Trois cent quatre (53,2 %) travailleurs ont bénéficié d'une prise en charge dite « complète » (voir section 3.4.1.1). Ils se répartissent dans quatre centres de réadaptation de quatre régions différentes (Tableau 6).

Tableau 6 – Répartition des travailleurs par centre PRÉVICAP

Établissement de réadaptation	Travailleurs n (%)	Travailleurs avec prise en charge complète n (%)
Centre de réadaptation de l'Hôpital Charles Lemoyne (HCLM)	183 (32,1)	97 (31,9)
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ)	168 (29,4)	92 (30,3)
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB)	157 (27,5)	79 (26,0)
Centre de réadaptation La Maison (CRLM)	63 (11,0)	36 (11,8)
Total	571 (100,0)	304 (100,0)

Plusieurs indicateurs de délai ont été créés afin de bien comprendre la chronologie de la prise en charge chez PRÉVICAP. Les indicateurs retenus pour ce rapport sont présentés sur une ligne du temps à la Figure 5. Une liste plus exhaustive des indicateurs développés et un supplément d'information sur les distributions présentées au Tableau 7 se trouvent à l'Annexe 3.

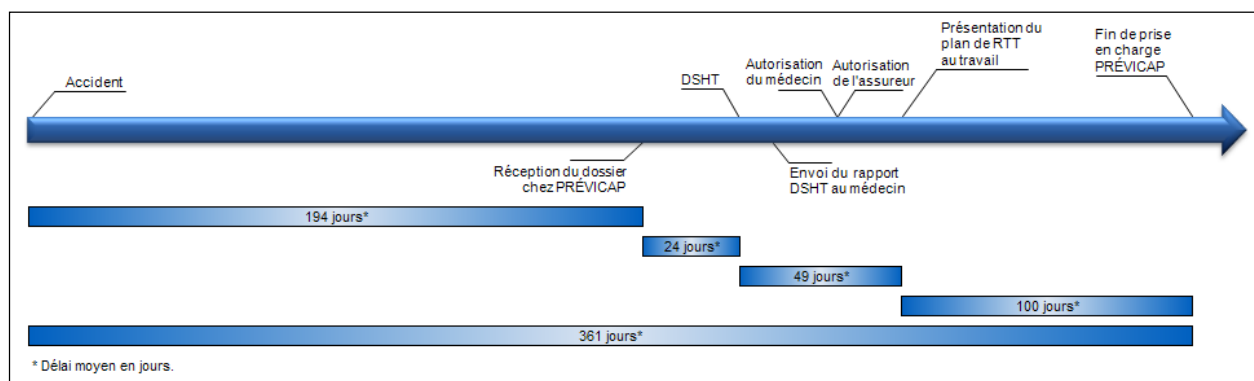


Figure 5 – Chronologie des indicateurs de prise en charge

Voici les résultats par centre pour ces différents indicateurs de délais (Tableau 7). Le nombre d'observations varie significativement d'un indicateur à l'autre pour trois raisons. Certains travailleurs n'ont pas donné leur consentement pour l'utilisation des données issues de leur centre de réadaptation. Par ailleurs, certaines données aberrantes ont été écartées suite aux analyses de validation. Enfin, plusieurs travailleurs n'ont pas reçu l'entièreté du programme et ne sont donc pas inclus dans le calcul de certains délais.

La prise en charge PRÉVICAP est tardive. En moyenne, la première intervention auprès du travailleur (DSHT) est mise en œuvre six mois après l'évènement, les activités avec le travailleur durent trois mois et le délai total entre l'évènement et la fin de la prise en charge PRÉVICAP est d'une année. Il existe cependant d'importantes variations de ces délais d'un individu à l'autre au sein d'un même centre. Bien que l'on observe des différences inter-centres statistiquement significatives, il convient de noter que ces différences sont peu importantes en pratique. Par exemple, le délai moyen entre l'évènement et la réception du

dossier chez PRÉVICAP varie de 174 jours ou 5,8 mois à 210 jours ou 7 mois (Tableau 45 et Figure 13 à l'Annexe 3).

Tableau 7 – Délais de prise en charge par centre PRÉVICAP

Indicateur	Centre	n	Moyenne (jours)	Médiane (jours)	Coefficient de variation ^e (%)	p
Nombre de jours entre l'évènement et la réception du dossier chez PRÉVICAP	HCLM		210,2	203,0	39,5	<0,0005 ^a
	IRDPO		173,1	150,0	60,8	
	CRLB		205,9	192,0	43,4	
	CRLM		174,5	121,0	81,5	
	TOTAL	521	194,0	179,0	52,2	
Nombre de jours entre la réception du dossier chez PRÉVICAP et la réalisation du DSHT	HCLM		15,8	13,0	84,8	<0,0005 ^a
	IRDPO		27,1	20,0	78,6	
	CRLB		27,5	20,0	116,0	
	CRLM		27,1	15,5	137,6	
	TOTAL	515	23,7	17,0	108,4	
Nombre de jours entre le DSHT et la présentation du plan de RTT au travail ^c	HCLM		48,7	35,0	84,6	0,001 ^b
	IRDPO		35,5	22,0	100,0	
	CRLB		60,7	47,5	72,5	
	CRLM		54,2	46,0	88,6	
	TOTAL	304	48,8	39,0	86,7	
Nombre de jours entre la présentation du plan de RTT au travail et la fin de la prise en charge chez PRÉVICAP ^c	HCLM		89,0	85,0	47,5	0,300 ^{a,d}
	IRDPO		97,4	95,0	41,8	
	CRLB		99,3	86,5	68,6	
	CRLM		130,9	109,5	90,9	
	TOTAL	262	99,9	93,0	67,1	
Nombre de jours entre l'évènement et la fin de la prise en charge chez PRÉVICAP ^c	HCLM		363,3	359,0	30,3	0,002 ^{a,d}
	IRDPO		313,2	308,0	30,4	
	CRLB		388,9	382,5	28,5	
	CRLM		370,5	340,0	44,5	
	TOTAL	263	360,6	349,0	33,2	

^a Test de Kruskal-Wallis. ^b Test Anova. ^c Parmi les travailleurs ayant bénéficié du programme complet (n = 324). ^d Plus de 15 % de données manquantes. ^e Le coefficient de variation $\left(\frac{\text{écart-type}}{\text{Moyenne}} \times 100\right)$ est une mesure de dispersion standardisée permettant de comparer les degrés d'hétérogénéité d'un facteur entre des populations différentes ou les degrés d'hétérogénéité de variables différentes au sein d'une même population.

L'examen des heures de prestation des services a permis de bien comprendre comment s'est articulé le programme PRÉVICAP sur chaque site. Les tableaux suivants renseignent sur le type d'activités réalisées, le temps alloué à chacune ainsi que la diversité des professionnels impliqués. Les activités ont été répertoriées par les intervenants de PRÉVICAP selon cinq catégories détaillées au Tableau 8.

Tableau 8 – Définition des activités PRÉVICAP

	Description
Activités A	Activités en interaction avec le travailleur au centre de réadaptation
Activités B	Activités en interaction avec le travailleur sur le lieu de travail
Activités C	Activités en l'absence du travailleur au centre de réadaptation ou sur le lieu de travail
Activités D	Activités de déplacement en relation avec les services aux travailleurs
Activités E	Activités de tenue de dossier

Les heures de prestation de services ont été analysées en fonction de trois phases distinctes définies au Tableau 9.

Tableau 9 – Définition des phases de prestation de services PRÉVICAP

	Début	Fin	Remarques
Phase 1	Date de la première activité enregistrée dans les heures de prestation de services pour un travailleur	Jour précédant la première activité clinique A d'au moins 60 minutes, soit le DSHT.	Correspond aux étapes 1 à 4 du modèle opérationnel du programme PRÉVICAP.
Phase 2	Date de la première activité A d'au moins 60 minutes	Date de la dernière activité A, B, C ou D	Correspond aux étapes 5 à 10 du modèle opérationnel du programme PRÉVICAP.
Phase 3	Jour suivant la date de la dernière activité A, B, C ou D	Date de la dernière activité enregistrée dans les heures de prestation de services pour un travailleur. Cette période devrait contenir seulement des activités administratives (E).	Correspond à la fermeture du dossier chez PRÉVICAP (seules les activités administratives de tenue de dossiers sont considérées ici).

La phase 2, qui correspond aux étapes 5 à 10 du modèle opérationnel de PRÉVICAP, constitue le nœud du programme PRÉVICAP. On note au Tableau 10 que la durée moyenne de cette phase est similaire pour trois des quatre centres. Les données du centre CRLM ne sont pas comparables, car elles concernent les travailleurs ayant bénéficié d'une prise en charge complète uniquement (voir note ^b).

Tableau 10 – Durée des phases de prestation de services PRÉVICAP

Phase	Centre	n	Moyenne (jours)	Médiane (jours)	Coefficient de variation ^d (%)	p
Phase 1	HCLM		4,7	1	261,7	
	IRDPQ		5,9	4	184,7	
	CRLB		20,9	16	89,0	
	CRLM ^b		9,2	5	148,9	<0,0005 ^a
	TOTAL	470	10,2	4	154,9	
Phase 2	HCLM		124,1	113,0	75,1	
	IRDPQ		135,5	128,5	83,1	
	CRLB		149,7	128,0	71,3	0,081
	CRLM ^b		359,1	301,5	62,3	
	TOTAL ^c	432	136,0	120,5	76,7	
Phase 3	HCLM		13,5	1	238,5	
	IRDPQ		5,9	3	578,0	
	CRLB		12,1	3	189,3	
	CRLM ^b		17,0	1	119,4	<0,0005 ^a
	TOTAL	470	13,8	1	214,5	

^a Test de Kruskal-Wallis. ^b Notez que ce centre PRÉVICAP n'a acheminé les données que pour les travailleurs qui ont eu une prise en charge complète, donc ces données ne sont pas comparables à celles des trois autres centres. ^c Les données du centre CRLM ont été retirées des calculs totaux et du test de Kruskal-Wallis. ^d Le coefficient de variation $\left(\frac{\text{Écart-type}}{\text{Moyenne}} * 100\right)$ est une mesure de dispersion standardisée permettant de comparer les degrés d'hétérogénéité d'un facteur entre des populations différentes ou les degrés d'hétérogénéité de variables différentes au sein d'une même population.

Le Tableau 11 décrit le type d'activités réalisées, le nombre de travailleurs ayant bénéficié de ce type d'activité ainsi que le temps alloué à chacune des activités au cours de la phase 2 de prestation de services PRÉVICAP. Globalement, il existe une variation entre centres pour ce qui est du nombre moyen total d'heures de prestation de services par travailleur pris en

charge : approximativement 99 heures au centre HCLM, 123 heures au centre CRLB, 148 heures au centre IRDPQ. Nous remarquons une certaine disparité entre les centres PRÉVICAP au niveau du pourcentage du temps alloué à chaque type d'activité. Au centre HCLM, la majorité des activités (53 %) sont réalisées en clinique en interaction avec le travailleur (A) tandis que cette proportion est beaucoup moins importante aux centres CRLB (27 %) et IRDPQ (36 %). Comparativement au centre HCLM, le temps alloué aux activités en interaction avec le travailleur sur le lieu de travail (B) et en l'absence du travailleur au centre de réadaptation ou sur le lieu de travail (C) est plus élevé à l'IRDPQ, tandis qu'au centre CRLB, il y a moins d'activités réalisées en présence du travailleur (A et C) et plus d'activités administratives (E).

Tableau 11 – Activités réalisées durant la phase 2 de prestation de services PRÉVICAP

Centre	Type d'activité	Nombre de travailleurs ayant bénéficié de ce type d'activité n (%)	Temps total alloué par centre à ce type d'activité heures:minutes (%)	Temps moyen alloué par travailleur à ce type d'activité ^a heures:minutes
HCLM	A	156 (100)	7431:31 (53)	47:38
	B	105 (67)	1445:15 (10)	13:46
	C	156 (100)	2026:25 (14)	12:59
	D	104 (67)	1063:34 (8)	10:14
	E	156 (100)	2186:33 (15)	14:01
	Total	-	14153:18 (100)	98:48
IRDPQ	A	136 (100)	6617:30 (36)	48:39
	B	92 (68)	2628:00 (14)	28:34
	C	135 (99)	5324:00 (29)	39:26
	D	95 (69,9)	1294:00 (7)	13:37
	E	134 (99)	2350:00 (13)	17:32
	Total	-	18213:36 (100)	147:48
CRLB	A	140 (100)	4136:00 (27)	29:33
	B	76 (54)	1111:45 (7)	14:38
	C	140 (100)	5503:50 (35)	39:19
	D	80 (57)	918:20 (6)	11:29
	E	139 (99)	3869:25 (25)	27:50
	Total	-	15539:20 (100)	122:49
CRLM^b	A	38 (100)	4257:29 (57)	112:02
	B	38 (100)	770:30 (10)	20:17
	C	38 (100)	1491:50 (20)	39:16
	D	37 (97)	867:15 (12)	23:26
	E	26 (68)	124:15 (2)	4:47
	Total	-	7511:19 (100)	199:48

^a Parmi les travailleurs ayant bénéficié de cette activité. ^b Notez que ce centre PRÉVICAP n'a acheminé les données que pour les travailleurs qui ont eu une prise en charge complète, donc ces données ne sont pas comparables à celles des trois autres centres.

Le tableau suivant illustre le caractère interdisciplinaire du programme PRÉVICAP (Tableau 12). Ainsi, à partir des données disponibles pour les travailleurs ayant bénéficié d'une prise en charge complète, on note que tous centres confondus, 94,9 % des travailleurs ont bénéficié de l'intervention d'au moins quatre professionnels de disciplines différentes.

Tableau 12 – Répartition des dossiers selon le nombre de professions différentes qui sont intervenues et le centre PRÉVICAP

Nombre de professions différentes	HCLM	IRDPQ	CRLB	CRLM	Total ^{a,b}
	%	%	%	%	n (%)
3 professions	3,9	-	-	21,6	11 (5,1)
4 professions	33,8	35,3	78,8	43,2	106 (49,5)
5 professions	62,3	58,8	19,7	24,3	90 (42,1)
6 professions	0,0	5,9	1,5	8,1	6 (2,8)
7 professions	0,0	0,0	0,0	2,7	1 (0,5)
TOTAL	100	100	100	100	214 (100)

^a Plus de 15 % de données manquantes. ^b Parmi les travailleurs ayant bénéficié d'une prise en charge complète.

4.2 Implantation du programme PRÉVICAP

FAITS SAILLANTS

- Le programme est implanté de manière uniforme en termes de ressources.
- Le ciblage des travailleurs est effectué différemment d'un conseiller à l'autre et change dans le temps.
- L'application du programme est adaptée au contexte spécifique du travailleur référé.
- L'implantation a été compliquée par :
 - la remise en question de la valeur du programme en termes d'efficacité et de coûts;
 - la mécontente sur la clientèle-cible du programme;
 - le sentiment d'avoir été peu impliqué dans le processus décisionnel de mise en place du projet pilote;
 - des lacunes au niveau des communications entre les acteurs (fréquence et contenu);
 - l'incompréhension des objectifs du programme et des rôles respectifs des acteurs;
 - la lourdeur administrative du programme;
 - la difficulté d'obtenir la participation de tous les acteurs, en particulier celle du travailleur ou de son employeur.

4.2.1 Niveau d'implantation du programme

4.2.1.1 Structure

Il a été décidé d'implanter et d'évaluer le programme dans quatre centres de réadaptation pilotes fonctionnant en interaction avec une ou plusieurs directions régionales de la CSST. Des équipes interdisciplinaires ont été constituées et formées dans les quatre centres afin de prendre en charge des travailleurs sur une période d'environ trois ans, soit entre 2001 et 2004.

Au niveau de la composition des équipes interdisciplinaires, on remarque très peu de variations entre les sites étudiés, l'équipe étant généralement composée d'un coordonnateur, d'ergothérapeutes, d'ergonomes, de médecins, de psychologues et de kinésiothérapeutes. On note, toutefois, qu'un des sites n'a pas de médecin sur place.

4.2.1.2 Clientèle

Au niveau des quatre sites, nous notons que le ciblage est perçu comme problématique tant pour les intervenants de la CSST que pour ceux des équipes PRÉVICAP. Il a été rapporté que la grille de sélection des travailleurs à référer au programme a été peu utilisée et lorsqu'elle l'a été, sa compréhension et son interprétation variaient d'un conseiller à l'autre.

Plusieurs intervenants PRÉVICAP considèrent que les directions de la CSST sélectionnent les cas lourds. Selon leurs perceptions, le programme PRÉVICAP est considéré comme le dernier recours pour les agents de la CSST.

4.2.1.3 Processus

Du côté des équipes PRÉVICAP, les intervenants considèrent que les références se font tardivement. Cette observation a été confirmée par les données du RRTQ présentées à la section 4.1.3. L'intervention n'a donc pas pu être précoce, telle que le programme le recommandait.

Le cheminement du travailleur pris en charge par le programme PRÉVICAP est conforme aux étapes prévues au modèle opérationnel et relativement homogène entre les centres. Les quelques variations observées témoignent de la capacité des équipes à adapter la trajectoire-type que représente le modèle général à la situation de chaque travailleur. Tel que rapporté à la section 4.1.3, il convient de noter qu'il existe peu de variation intersites dans le nombre total d'heures de prestation de services pour les activités réalisées avec chaque travailleur. Toutefois, il existe une grande hétérogénéité intra-site tant au niveau du temps écoulé jusqu'au début de la prise en charge (délai de référence) que des délais entre les différentes étapes de prise en charge.

Du côté de la CSST, on indique que les grandes lignes de fonctionnement étaient uniformes mais que chaque direction était libre d'adapter le fonctionnement à l'interne.

4.2.2 Facteurs favorables et défavorables au fonctionnement du programme

En principe, le bon fonctionnement du programme PRÉVICAP présuppose d'une part une bonne compréhension de la philosophie qui sous-tend le programme et des rôles respectifs des différents acteurs impliqués, et d'autre part une coordination harmonieuse des actions nécessaires à l'atteinte de l'objectif ultime, soit le retour au travail du travailleur chez son employeur.

4.2.2.1 Facteurs associés à la conception du programme

La plupart des intervenants de la CSST considèrent le programme PRÉVICAP comme une valeur ajoutée pour la prise en charge des cas complexes. Ils considèrent que les critères de PRÉVICAP sont trop restrictifs et que les intervenants PRÉVICAP auraient tendance à n'accepter que des cas « gagnants ».

Plusieurs conseillers ont manifesté des réticences à référer des travailleurs pour diverses raisons : coût élevé du programme, doutes sur l'efficacité du programme, tensions liées au respect de quotas de référence préétablis, et, dans un des sites, l'éloignement entre le domicile du travailleur et le centre PRÉVICAP. Il a toutefois été mentionné que le type de cas ciblés pour la référence a changé au fil du temps, à cause d'une rotation du personnel ou d'un assouplissement des critères de référence.

L'hétérogénéité de la clientèle référée au programme pourrait expliquer partiellement les variations observées dans l'intensité, le type et la durée des services PRÉVICAP.

4.2.2.2 Facteurs associés aux perceptions de la CSST

Les intervenants de la CSST ont souligné certains avantages du programme, tels que la rééducation en milieu de travail, le retour au travail facilité, une prise en charge globale du travailleur, une équipe interdisciplinaire disponible et compétente et une philosophie de réadaptation intéressante. Selon certains intervenants de la CSST du site 1, PRÉVICAP a poussé le secteur privé à changer ses manières de faire et à adopter des pratiques inspirées du programme. Finalement, des intervenants des sites 3 et 4 indiquent se sentir épaulés par les équipes PRÉVICAP. Les intervenants du site 4 précisent que le programme contribue à une gestion adéquate des cas, en permettant d'éviter que la durée d'incapacité ne s'éternise.

Les intervenants CSST rapportent aussi de nombreuses réserves ou réticences à l'égard du processus d'implantation du programme :

- Une certaine frustration a été vécue du fait de ne pas avoir été consultés relativement à la décision et la façon d'implanter le programme dans leur direction, alors qu'ils étaient directement impliqués dans sa mise en œuvre.
- La direction centrale de la CSST n'a pas donné suffisamment d'information sur le programme, notamment quant aux critères de ciblage et aux outils promotionnels du programme PRÉVICAP auprès des employeurs.
- Le programme demande de mettre en place une autre manière de faire au sein de la CSST et d'installer un autre système d'évaluation des dossiers des travailleurs atteints de LMS dans les directions régionales. Des intervenants déplorent le manque d'encadrement de la direction centrale de la CSST et de leur direction pour la réorganisation de leur travail découlant de la mise en place du projet pilote.
- Les intervenants de la CSST avaient construit des liens et de bonnes relations avec leurs ressources externes. Le programme PRÉVICAP leur demande de revoir ces ressources et d'en intégrer de nouvelles. Les intervenants CSST de certaines directions régionales estiment que les ressources qu'ils utilisaient dans le privé donnaient autant de résultats que le programme PRÉVICAP, et ce, à un moindre coût et avec des procédures plus simples. Des rumeurs concernant les échecs du programme ont gêné son implantation à la CSST.
- Le soutien financier accordé au programme PRÉVICAP a dérangé certains intervenants, ces derniers se sentant dans l'obligation d'y référer des cas.

4.2.2.3 Facteurs associés aux perceptions des équipes PRÉVICAP

Les intervenants ont cité comme facteurs défavorables au fonctionnement du programme : le ciblage inadéquat et la référence tardive au programme; les délais dans la prise en charge et la lourdeur des procédures administratives du programme; la rigidité du processus de soins; le manque de communication entre les équipes PRÉVICAP; des limites en lien avec le type d'emploi de certains travailleurs et le coût du programme. Un site mentionne faire face à une pénurie de ressources et à un manque d'accessibilité géographique.

4.2.2.4 Facteurs associés aux relations CSST-PRÉVICAP

Le développement de partenariat entre le centre offrant le programme PRÉVICAP et la/les direction(s) régionale(s) de la CSST a été perçu de diverses manières selon les intervenants interrogés. La collaboration n'a pas été facile au départ et certains ont même fait face à des conflits. La mise en place d'espaces de rencontre dans un site et la clarification des modalités de fonctionnement dans un autre ont permis d'améliorer la collaboration. Les éléments évoqués comme ayant compromis le partenariat sont la mauvaise connaissance des rôles et du mandat de chacun des partenaires, des cultures organisationnelles différentes, le manque de dialogue et de communication et la lourdeur administrative du programme.

On observe que les règles de fonctionnement changent d'un lieu à l'autre et que les visions du fonctionnement du programme ont créé des dynamiques d'implantation différentes, plus ou moins collaboratrices selon les cas.

4.2.2.5 Facteurs associés aux travailleurs

On constate que la motivation des travailleurs serait un élément-clé de réussite du programme. Les réticences des travailleurs à collaborer au programme sont essentiellement influencées par le sentiment d'avoir été contraints à participer, le manque d'information sur les exigences du programme et l'attitude de leur employeur.

4.2.2.6 Facteurs associés aux employeurs

L'attitude des employeurs envers le programme est mitigée. Ils étaient généralement réceptifs au programme et, lorsqu'ils y ont collaboré, se sont dits satisfaits du déroulement du programme. Le programme fonctionne mieux lorsque la culture de l'entreprise valorise la santé et sécurité au travail, lorsque l'entreprise est ouverte à l'idée de la réadaptation en milieu de travail et lorsqu'elle favorise le maintien du lien d'emploi. Toutefois, les éléments rapportés comme des obstacles à leur collaboration sont le coût et la durée du programme, la réorganisation du travail en termes de postes ou d'horaires au sein de l'entreprise ainsi que leurs doutes quant à l'efficacité potentielle du programme.

4.2.2.7 Facteurs associés aux médecins traitants

Les entrevues menées auprès des intervenants CSST et PRÉVICAP indiquent que les médecins traitants n'étaient pas tous favorables au programme. Cependant, sur certains sites, une fois rejoint par le médecin conseil de la CSST, leur collaboration a été facilitée.

Un conflit dans les rôles et les responsabilités professionnelles a parfois été relevé entre le médecin traitant et le médecin de l'équipe PRÉVICAP. D'autre part, des situations problématiques se sont présentées lorsqu'il y avait conflit d'intérêts à cause d'enjeux économiques liés à la concurrence exercée par le programme PRÉVICAP pour certains médecins traitants actionnaires de cliniques d'ergothérapie ou de physiothérapie.

4.2.2.8 Modifications suggérées

Lors des entretiens, les différents intervenants (CSST et PRÉVICAP) ont suggéré d'éventuelles améliorations à apporter pour une implantation plus réussie :

- un meilleur partenariat entre le bureau central de la CSST, les directions régionales de la CSST et les équipes PRÉVICAP;
- une meilleure communication et une meilleure circulation de l'information entre tous les intervenants concernés;
- une détection plus précoce des cas;
- une meilleure compréhension mutuelle du programme;
- une meilleure connaissance du rôle de chacun et du mandat de chaque équipe CSST-PRÉVICAP;
- un nombre plus important de centres PRÉVICAP en région;
- une entente négociée avec chaque direction régionale;
- une plus grande stabilité et une meilleure information de l'équipe de la CSST (un site).

4.3 Effets du programme PRÉVICAP

FAITS SAILLANTS

- Comparativement aux travailleurs pris en charge de façon conventionnelle, les travailleurs PRÉVICAP :
 - retournent de façon durable dans leur emploi presque 3 fois plus rapidement et en plus grand nombre (55 % versus 29 % à 2 ans);
 - cessent d'être indemnisés 1,7 fois plus rapidement, ce qui se traduit en moyenne par cinq mois et demi d'IRR épargnés sur 3 ans;
 - réintègrent davantage leur poste pré-lésionnel et lorsque des modifications y sont apportées (ex. horaire, tâches), ils ont davantage été consultés et les trouvent utiles.
- Nos conclusions quant à l'efficacité supérieure du programme PRÉVICAP en termes de retour au travail durable au poste pré-lésionnel et de durée d'IRR sont robustes puisqu'elles ont été confirmées par des analyses populationnelles, des analyses de sensibilité et des analyses en intention de traiter.
- Les travailleurs PRÉVICAP sont très satisfaits de leur passage dans le programme et sont plus satisfaits des services reçus par la CSST que les travailleurs témoins.
- Trois ans après l'évènement, les niveaux de douleur et d'incapacité fonctionnelle sont toujours importants, tant chez les travailleurs PRÉVICAP que chez les témoins. Pour les travailleurs blessés au dos, l'incapacité est plus sévère dans le groupe PRÉVICAP alors que c'est l'inverse pour les travailleurs blessés au cou et/ou aux membres supérieurs.
- Les travailleurs PRÉVICAP sont moins affectés que les témoins par des comportements anxieux et d'évitement vis-à-vis de l'activité physique et du travail.

4.3.1 Représentativité de l'échantillon interrogé

Un examen attentif des données collectées dans le cadre du Devis I a permis de constater la similitude des travailleurs PRÉVICAP interrogés avec ceux qui ne l'ont pas été quant aux déterminants potentiels du retour au travail. Aucune différence majeure n'a été relevée entre ces deux groupes. Seules les distributions du genre et des directions régionales diffèrent légèrement. Le tableau comparatif des travailleurs interrogés et non interrogés se trouve à l'Annexe 4.

4.3.2 Effets sur le retour au travail

Tel qu'expliqué dans les méthodes (section 0), l'analyse des effets porte principalement sur les données du Devis I et plus spécifiquement sur la comparaison des travailleurs interrogés ayant bénéficié d'une prise en charge PRÉVICAP dite complète (n = 117) aux travailleurs témoins leur étant appariés (n = 391). Le lecteur intéressé trouvera à l'Annexe 5 un tableau comparatif de ce groupe PRÉVICAP avec le groupe des 55 travailleurs n'ayant reçu que le DSHT. Ces derniers sont légèrement plus âgés et ont une charge physique plus importante que les travailleurs ayant bénéficié de la prise en charge complète.

4.3.2.1 Comparabilité des travailleurs PRÉVICAP et des travailleurs témoins

On note des différences entre les travailleurs PRÉVICAP et les travailleurs témoins (Tableau 13). Selon la littérature sur les prédicteurs du retour au travail, ces déséquilibres favoriseraient parfois les travailleurs PRÉVICAP et parfois les témoins. La dernière colonne du Tableau 13 indique le groupe potentiellement favorisé par le déséquilibre. Ce jugement est basé sur ce que suggère l'état des connaissances.

Tableau 13 – Distribution des travailleurs selon leurs caractéristiques de base et le groupe

	PRÉVICAP		TÉMOINS		p ^d	Groupe potentiellement favorisé par le déséquilibre observé ^c
	n	%	n	%		
Sexe						
Femme	56	47,9	150	38,4	0,066	
Homme	61	52,1	241	61,6		
Total	117	100,0	391	100,0		
Âge du travailleur à la date de l'évènement						
18-24 ans	6	5,1	6	1,5	<0,0005	P
25-49 ans	97	82,9	278	71,1		
50 ans et plus	14	12,0	107	27,4		
Total	117	100,0	391	100,0		
Revenu brut annuel						
15 250 \$ et moins	7	6,0	6	1,5	0,006	T
15 251 \$-44 999 \$	91	77,8	287	73,4		
45 000 \$ et plus	19	16,2	98	25,1		
Total	117	100,0	391	100,0		
Situation familiale						
Travailleur célibataire ou famille mono-parentale	53	50,5	171	48,6	0,982	
Travailleur avec conjoint à charge	15	14,3	55	15,6		
Travailleur avec conjoint non à charge	37	35,2	126	35,8		

	PRÉVICAP		TÉMOINS		p ^d	Groupe potentiellement favorisé par le débalancement observé ^c
Total	105	100,0	352	100,0		
Nombre de personnes à charge						
Aucune	68	58,1	242	61,9	0,738	
1 à 2 personnes	39	33,3	116	29,7		
3 personnes ou plus	10	8,5	33	8,4		
Total	117	100,0	391	100,0		
Code d'unité administrative principale^a						
Québec (OP1600)	24	20,5	105	26,9	0,956	
Chaudière-Appalaches (OP1700)	7	6,0	27	6,9		
Laval (OP2100)	6	5,1	14	3,6		
Longueuil (OP2200)	17	14,5	53	13,6		
Abitibi-Témiscamingue/ Rouyn- Noranda/ Val-d'Or (OP3100)	19	16,2	65	16,6		
Yamaska/ Ste-Hyacinthe (OP3600)	10	8,5	29	7,4		
St-Jean-sur-Richelieu (OP3900)	10	8,5	35	9,0		
Montréal 4 (OP2600-OP4200)	5	4,3	17	4,3		
Montréal 1 (OP2800-OP4300)	2	1,7	4	1,0		
Montréal 2 (OP 2400-OP 4400)	6	5,1	15	3,8		
Montréal 3 (OP 2500-OP 4500)	11	9,4	27	6,9		
Total	117	100,0	391	100,0		
Statut d'emploi						
Permanent à temps plein	108	92,3	324	82,9	0,025	P
Permanent à temps partiel	5	4,3	22	5,6		
Temporaire à durée déterminée ou indéterminée	4	3,4	45	11,5		
Total	117	100,0	391	100,0		
Régime de cotisation de l'employeur						
Rétrospectif	14	13,1	107	31,8	0,001	T
Taux personnalisé	68	63,6	169	50,3		
Taux de l'unité	25	23,4	60	17,9		
Total	107	100,0	336	100,0		
Taille de l'entreprise selon le travailleur						
1 à 20 employés	56	49,6	173	44,9	0,366	
21 à 100 employés	36	31,9	122	31,7		
101 à 500 employés	18	15,9	63	16,4		
501 employés et plus	3	2,7	27	7,0		
Total	113	100,0	385	100,0		
Nombre d'années d'expérience chez l'employeur						
Moins d'un an	11	9,4	83	21,2	<0,0005	P
1 à 5 ans	51	43,6	104	26,6		
Plus de 5 ans	55	47,0	204	52,2		
Total	117	100,0	391	100,0		
Nombre d'années d'expérience dans le métier						
Moins d'un an	4	3,4	32	8,2	0,126	
1 à 5 ans	15	12,8	62	15,9		
Plus de 5 ans	98	83,8	297	76,0		
Total	117	100,0	391	100,0		
Métiers en catégories^b						
Personnel médical, techniciens de la santé et personnel assimilé (31)	8	6,8	30	7,7	0,245	
Personnel administratif et personnel assimilé (41)	15	12,8	36	9,2		
Travailleurs spécialisés dans les services (61)	24	20,5	60	15,3		
Travailleurs de l'industrie des aliments et boissons (12)	6	5,1	27	6,9		
Travailleurs spécialisés dans la fabrication, le montage et la réparation (85)	15	12,8	39	10,0		
Travailleurs du bâtiment (87)	18	15,4	37	9,5		
Personnel d'exploitation des transports (91)	5	4,3	37	9,5		
Autres métiers	26	22,2	125	32,0		

	PRÉVICAP		TÉMOINS		p ^d	Groupe potentiellement favorisé par le déséquilibre observé ^c
Total	117	100,0	391	100,0		
Perception de l'effort physique de l'emploi						
Aucun/petit effort physique	9	7,7	27	6,9	0,064	
Moyen effort physique	52	44,4	130	33,2		
Grand effort physique	56	47,9	234	59,9		
Total	117	100,0	391	100,0		
Satisfaction du travailleur vis-à-vis de son emploi						
Pas du tout/peu satisfait	6	5,1	48	12,3	0,006	P
Assez satisfait	30	25,6	133	34,0		
Très satisfait	81	69,2	210	53,7		
Total	117	100,0	391	100,0		
Présence d'un historique d'indemnisation dans l'année précédent l'évènement						
Non	109	93,2	385	98,5	0,002	T
Oui	8	6,8	6	1,5		
Total	117	100,0	391	100,0		
Présence d'un historique d'indemnisation dans les 5 ans précédent l'évènement						
Non	92	78,6	292	74,7	0,228	
Oui	25	21,4	99	25,3		
Total	117	100,0	391	100,0		
Siège de lésion						
Dos	90	76,9	219	56,0	<0,0005	I
Cou/membres supérieurs	27	23,1	172	44,0		
Total	117	100,0	391	100,0		
Type d'évènement						
Évènement initial	109	93,2	347	88,7	0,167	
Rechute/récidive/aggravation	8	6,8	44	11,3		
Total	117	100,0	391	100,0		
Année de l'évènement						
2001	25	21,4	59	15,1	0,241	
2002	42	35,9	130	33,2		
2003	44	37,6	170	43,5		
2004	6	5,1	32	8,2		
Total	117	100,0	391	100,0		
Syndiqué au moment de l'évènement						
Oui	47	40,2	201	51,4	0,227	
Non	58	50,0	190	48,6		
Total	105	100,0	391	100,0		
Contestation au RA ou au BEM avant la prise en charge PRÉVICAP (ou période équivalente pour les témoins)						
Non	65	55,6	138	35,3	<0,0005	P
Oui	52	44,4	253	64,7		
Total	117	100,0	391	100,0		
Indice de risque						
Très faible	4	3,4	51	9,1	0,004	P
Faible	72	61,5	264	47,1		
Élevé	39	33,3	203	36,2		
Très élevé	2	1,7	43	7,7		
Total	117	100,0	391	100,0		

^a Variable d'appariement. ^b Catégorisation selon la Classification Canadienne Descriptive des Professions de 1971 utilisée par la CSST pour les huit sous-groupes les plus fréquents. Les chiffres entre parenthèses correspondent à la codification CCDP-1971 à deux chiffres.

^c P = groupe PRÉVICAP, T = groupe témoin, I = indéterminé (évidences contradictoires). ^d % de données manquantes toujours inférieur à 10 %, à l'exception de quelques variables issues des bases de données de la CSST.

On remarque que les travailleurs PRÉVICAP ont des coûts médicaux significativement plus élevés que les témoins et ont eu plus de traitements de physiothérapie durant la période où ils bénéficiaient tous de la prise en charge conventionnelle.

Tableau 14 – Coûts et nombres de traitements encourus avant la prise en charge PRÉVICAP (ou la période équivalente pour les témoins) selon le groupe

	PRÉVICAP				TÉMOINS				p ^a
	n	Moyenne	Médiane	Écart-type	n	Moyenne	Médiane	Écart-type	
Coûts médicaux (\$CAD)	116	4034,7	3212,9	3142,9	391	3497,2	2476,2	4763,6	0,001
Coûts de réadaptation (\$CAD)	116	41,4	0	176,9	391	329,5	0	1601,4	0,226
Nombre de traitements d'ergothérapie	116	9,5	0	22,7	391	8,5	0	19,7	0,851
Nombre de traitements de physiothérapie	116	61,0	53,0	42,4	391	41,6	33,0	38,3	<0,0005

^a Tests de Kruskal-Wallis.

4.3.2.2 Impact du programme sur le retour au travail

Effets sans ajustement

La prise en charge PRÉVICAP se traduit par des effets positifs tant au niveau des chances de retour au travail qu'en termes d'arrêt des indemnités de remplacement du revenu (Tableau 15). Par exemple, bien qu'elle soit assez faible dans l'ensemble, la proportion de travailleurs effectuant un retour au travail durable (supérieur ou égal à quatre semaines) au poste prélésionnel dans les deux ans suivant l'évènement est supérieure pour les travailleurs PRÉVICAP que pour les témoins (55 % versus 29 %).

Tableau 15 – Proportion de retour au travail et d'arrêt des indemnités de remplacement du revenu à 18, 24 et 36 mois postévènement

	18 mois postévènement		24 mois postévènement		36 mois postévènement		p ^a
	PRÉVICAP % (IC 95%)	TÉMOINS % (IC 95%)	PRÉVICAP % (IC 95%)	TÉMOINS % (IC 95%)	PRÉVICAP % (IC 95%)	TÉMOINS % (IC 95%)	
Retour au travail au poste prélésionnel							
>= 3 jours	59,1 (49,9-68,3)	28,5 (23,8-33,2)	67,3 (58,5-76,1)	33,3 (28,4-38,2)	71,7 (63,1-80,3)	37,5 (32,4-42,6)	<0,0005
>= 4 semaines	48,8 (39,4-58,2)	22,9 (18,6-27,2)	54,5 (45,1-63,9)	28,5 (23,8-33,2)	60,5 (50,9-70,1)	33,5 (28,6-38,4)	<0,0005
>= 6 mois	36,9 (27,5-46,3)	18,5 (14,4-22,6)	41,9 (32,3-51,5)	22,5 (18,2-26,8)	45,3 (35,5-55,1)	25,2 (20,7-29,7)	<0,0005
Retour au travail à n'importe quel poste							
>= 3 jours	66,4 (57,8-75,0)	49,7 (44,6-54,8)	76,1 (68,3-83,9)	58,1 (53,0-63,2)	91,0 (85,5-96,5)	77,4 (72,9-81,9)	0,001
>= 4 semaines	57,0 (47,6-66,4)	43,7 (38,6-48,8)	67,3 (58,5-76,1)	52,9 (47,8-58,0)	84,4 (77,0-91,8)	73,8 (68,9-78,7)	0,011
>= 6 mois	44,7 (34,9-54,)	34,9 (30,0-39,8)	54,0 (44,2-63,8)	42,3 (37,2-47,4)	67,6 (57,8-77,4)	56,9 (51,9-62,4)	0,045
Arrêt des indemnités de remplacement du revenu							
	61,4 (52,4-70,4)	37,5 (32,2-42,8)	67,5 (58,9-76,1)	44,4 (39,1-49,7)	72,0 (63,8-80,2)	58,3 (53,0-63,6)	<0,0005

^a Test du logrank.

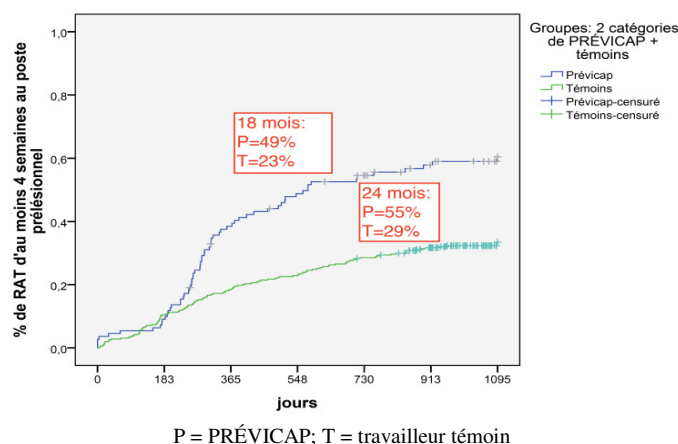


Figure 6 – Proportion de retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel selon le groupe

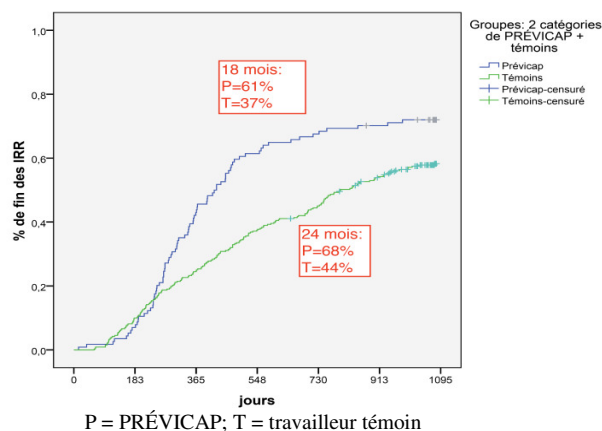


Figure 7 – Proportion d'arrêt des indemnités de remplacement du revenu selon le groupe

En moyenne, les travailleurs PRÉVICAP ont respectivement trois et six mois de versements d'indemnités de remplacement du revenu de moins que leurs témoins à deux et trois ans postévènement (Tableau 16).

Tableau 16 – Durée moyenne d'indemnisation du revenu en mois selon le groupe à 6, 12, 18, 24 et 36 mois postévènement

	PRÉVICAP			TÉMOINS			p
	n	Moyenne (mois)	Écart-type (mois)	n	Moyenne (mois)	Écart-type (mois)	
6 mois postévènement	116	4,90	1,30	384	4,49	1,66	0,006
12 mois postévènement	116	9,51	2,53	383	9,17	3,13	0,232
18 mois postévènement	116	12,31	4,39	383	13,29	4,88	0,053
24 mois postévènement	115	14,28	6,54	380	17,09	6,99	<0,0005
36 mois postévènement	114	17,69	11,02	378	23,24	11,49	<0,0005

Concernant le retour au travail au poste prélesionnel, lorsque celui-ci est d'au-moins trois jours, il a de fortes chances de devenir durable. En effet, le retour au travail dure alors au moins quatre semaines dans 87 % des cas. Et 77 % des travailleurs avec un retour au travail d'au moins quatre semaines sont toujours au travail six mois plus tard. Cette situation prévaut tant chez les travailleurs PRÉVICAP que chez les témoins.

Le taux d'incidence de rechute telle que codée dans les données CSST est assez faible et il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Tableau 17 – Durabilité du retour au travail

	Durée de suivi après la fin des IRR				Rechutes	Taux d'incidence de rechute (pour 100 personnes-années)	p
	n	Moyenne (jours)	Écart-type (jours)	Personnes-années de suivi			
PRÉVICAP	116	554,3	338,0	176,2	9	5,1	0,880
TÉMOINS	392	383,8	353,1	412,2	18	4,4	

Lorsqu'il y a un retour au travail, on observe que les travailleurs PRÉVICAP réintègrent plus souvent leur poste prélesionnel (Tableau 18). La fréquence des modifications de tâches, poste ou horaire n'est pas plus élevée chez les travailleurs PRÉVICAP, mais lorsqu'il y en a, ces derniers ont plus souvent été consultés et semblent en avoir davantage bénéficié. Le soutien perçu des collègues lors du retour au travail est similaire dans les deux groupes, mais les travailleurs PRÉVICAP se sont sentis plus soutenus par leur employeur (Tableau 19).

Tableau 18 – Statut du retour au travail deux ans postévènement

	PRÉVICAP		TÉMOINS	
	n	%	n	%
De retour au travail	43	51,2	125	38,3
<i>Chez le même employeur, au même poste, sans modification</i>	14	32,6	37	29,6
<i>Chez le même employeur, au même poste, avec modification</i>	14	32,6	31	24,8
<i>Chez le même employeur, à un autre poste</i>	6	14,0	25	20,0
<i>Chez un autre employeur, à un poste similaire</i>	1	2,2	6	4,8
<i>Chez un autre employeur, à un autre poste</i>	8	18,6	26	20,8
En arrêt de travail	41	48,8	201	61,7
Total	84	100,0	326	100,0

Tableau 19 – Expérience de retour au travail au poste prélesionnel

	PRÉVICAP		TÉMOINS		p
	n	%	n	%	
Au moment de votre retour au travail, vous sentiez-vous prêt?					
Oui	39	67,2	49	53,3	0,063
Non	19	32,8	43	46,7	
Au moment de votre retour au travail, votre médecin traitant vous a-t-il indiqué que vous aviez atteint le maximum de récupération possible?					
Oui	30	51,7	44	47,8	0,383
Non	28	48,3	48	52,2	
Avez-vous réintégré votre travail avec des heures/un horaire modifié?^a					
Oui	20	71,4	37	71,2	0,596
Non	8	28,6	15	28,8	
Avez-vous réintégré votre travail avec une modification dans les tâches que vous effectuez?^a					
Oui	17	60,7	37	71,2	0,241
Non	11	39,3	15	28,8	
Avez-vous réintégré votre travail avec un réaménagement physique de votre lieu de travail?^a					
Oui	11	39,3	18	34,6	0,430
Non	17	60,7	34	65,4	
Lors de votre réintégration au travail, si vous pensez aux modifications implantées, diriez-vous qu'elles ont facilité votre retour au travail?^a					
Beaucoup	15	53,6	22	42,3	0,016
Un peu	12	42,9	14	26,9	

	PRÉVICAP		TÉMOINS		p
Pas du tout	1	3,6	16	30,8	
Est-ce que vous considérez que les modifications introduites vous ont aidé à bien faire votre travail?^a					
Oui	27	96,4	35	67,3	0,002
Non	1	3,6	17	32,7	
Avez-vous été consulté avant que ces modifications soient implantées?^a					
Oui	25	89,3	30	57,5	0,003
Non	3	10,7	22	42,3	
Quelle a été l'attitude de votre employeur lors de votre retour au travail?					
Très positive	22	37,9	26	28,3	0,017
Assez positive	27	46,6	28	30,4	
Plutôt négative	4	6,9	18	19,6	
Très négative	4	6,9	10	10,9	
Sans opinion	1	1,7	10	10,9	
Quelle a été l'attitude de vos collègues lors de votre retour au travail?					
Très positive	25	43,1	35	38,0	0,170
Assez positive	28	48,3	36	39,1	
Plutôt négative	1	1,7	11	12,0	
Très négative	1	1,7	4	4,3	
Sans opinion	3	5,2	6	6,5	
Suite à votre réintégration au travail, y a-t-il eu un suivi de votre situation afin d'y apporter des ajustements ou tout simplement savoir comment vous vous sentiez?					
Oui	35	60,3	46	50,0	0,142
Non	23	39,7	46	50,0	

^a Parmi les travailleurs qui sont retournés chez le même employeur au même poste mais avec des modifications.

Modélisation multivariée des effets

Nous avons poursuivi l'analyse de l'impact du programme en tenant compte des différences observées entre les groupes (Tableau 13). La démarche de modélisation visait à tenir compte de tout déséquilibre entre les groupes qui produisait un biais de confusion dans l'estimation de l'effet du programme PRÉVICAP. Toutes les variables potentielles de confusion ont été incorporées aux modèles afin d'évaluer si elles créaient de fait un biais de confusion et d'identifier celles qui devaient être retenues dans chaque modèle final. On remarque que pour les trois mesures principales d'effet retenues (Tableau 20), le programme PRÉVICAP est plus efficace que la prise en charge conventionnelle tant dans les analyses sans ajustement (effets bruts) qu'en ajustant pour les différences entre les groupes (effets ajustés). Par exemple, les travailleurs PRÉVICAP retournent de façon durable à leur poste prélesionnel 2,9 fois plus rapidement ($\widehat{HR}$ ajusté = 2,863) et cessent de recevoir des indemnités de remplacement du revenu 1,7 fois plus rapidement ($\widehat{HR}$ ajusté = 1,746) que les témoins.

Tableau 20 – Principaux effets ajustés du programme (Devis I)

	n	Effet brut	IC à 95 %	p	Effet ajusté	IC à 95 %	p
Délai entre la date d'évènement et la date du premier retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel	464	$\widehat{HR}$ = 2,708	1,897-3,866	<0,0005	$\widehat{HR}$ = 2,863 ^a	1,990-4,121	<0,0005
Retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel dans les deux ans suivant l'évènement (oui/non)	464	$\widehat{OR}$ = 2,931	1,886-4,557	<0,0005	$\widehat{OR}$ = 3,475 ^b	2,138-5,650	<0,0005
Délai entre les dates des premier et dernier versements d'IRR	445	$\widehat{HR}$ = 1,904	1,399-2,590	<0,0005	$\widehat{HR}$ = 1,746 ^c	1,271-2,399	0,001

^a Ajusté pour l'indice de risque. ^b Ajusté pour l'indice de risque et les frais médicaux encourus avant l'entrée chez PRÉVICAP ou une période équivalente chez les témoins. ^c Ajusté pour l'indice de risque et le revenu brut annuel du travailleur.

L'effet de la prise en charge PRÉVICAP est plus marqué dans un des centres de réadaptation et similaire dans les trois autres centres (Tableau 21), et il est plus prononcé en 2002 (Tableau 22).

Tableau 21 – Effet ajusté du programme stratifié selon le centre (Devis I)

	Centre	n	Effet ajusté	IC à 95 %	p
Délai entre la date d'évènement et la date du premier retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélésionnel	Site 1	141	$\widehat{HR} = 2,844^a$	1,345 – 6,012	0,006
	Site 2	93	$\widehat{HR} = 4,886^a$	2,054 – 11,619	<0,0005
	Site 3	156	$\widehat{HR} = 2,481^a$	1,364 – 4,511	0,003
	Site 4	74	$\widehat{HR} = 2,180^a$	0,907 – 5,241	0,081

^a Ajusté pour l'indice de risque.

Tableau 22 – Effet ajusté du programme stratifié selon l'année de l'évènement (Devis I)

	Année	n	Effet ajusté	IC à 95 %	p
Délai entre la date d'évènement et la date du premier retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélésionnel	2001	92	$\widehat{HR} = 2,883^a$	1,083 – 7,673	0,034
	2002	170	$\widehat{HR} = 4,003^a$	2,176 – 7,364	<0,0005
	2003	213	$\widehat{HR} = 2,253^a$	1,261 – 4,026	0,006
	2004	33	$\widehat{HR} = 1,794^a$	0,432 – 7,454	0,421

^a Ajusté pour l'indice de risque.

4.3.2.3 Robustesse des résultats

Les effets positifs du programme se maintiennent dans toutes les évaluations de robustesse des résultats qui ont été réalisées (Devis II, analyses de sensibilité, analyses en intention de traiter).

Devis II

Pour rappel, le Devis II s'est concentré sur l'ensemble des travailleurs PRÉVICAP avec une prise en charge complète (n = 265) et des témoins (n = 8127) blessés entre 2001 et 2003, à l'exclusion des individus de plus de 60 ans et de ceux pour lesquels l'évènement initial étudié était une rechute/récidive/aggravation. Une seconde analyse inclut les travailleurs blessés en 2004.

Que l'on prenne en compte ou non les travailleurs blessés en 2004, les données populationnelles confirment que le programme est associé à une fin d'IRR plus rapide (Tableau 23). Chez les témoins, le taux d'incidence de rechute est identique à celui calculé pour le Devis I alors que chez les travailleurs PRÉVICAP, le taux est plus élevé (Tableau 24). À l'instar du Devis I, la durée de suivi est plus courte chez les témoins et ce sont des taux bruts.

Tableau 23 – Effet ajusté du programme sur la durée d'IRR (Devis II)

	n	Effet brut	IC à 95 %	p	Effet ajusté	IC à 95 %	p
Délai entre les dates des premier et dernier versements d'IRR (travailleurs blessés entre 2001 et 2003).	8097	$\widehat{HR} = 2,281$	1,969-2,643	<0,0005	$\widehat{HR} = 2,216^a$	1,908-2,574	<0,0005
Délai entre les dates des premier et dernier versements d'IRR (travailleurs blessés entre 2001 et 2004).	11707	$\widehat{HR} = 1,650$	1,433-1,900	<0,0005	$\widehat{HR} = 2,177^a$	1,872-2,531	<0,0005

^a Ajusté pour la direction régionale, le secteur d'activité, le type de régime de cotisation, le sexe, l'âge, le revenu et la présence d'un historique d'indemnisation dans les 5 ans précédant l'évènement.

Tableau 24 – Durabilité du retour au travail (Devis II)

	Durée de suivi après la fin des IRR				Rechutes	Taux d'incidence de rechute (pour 100 personnes-année)	
	n	Moyenne (jours)	Écart-type (jours)	Personnes-années de suivi	n	‰	p
PRÉVICAP	265	618	501	448,7	31	6,9	<0,0005
TÉMOINS	8127	773	596	17211,4	760	4,4	

Devis I : Analyses de sensibilité

Dans les analyses de sensibilité, le modèle original de la rapidité du retour au travail d'au moins quatre semaines au poste pré-lésionnel (Devis I) a été appliqué à différentes sous-populations pour voir si l'effet observé auprès du modèle original se maintenait. La population de l'étude est très hétérogène et le retrait de l'analyse de certains types de travailleurs permet d'apprécier l'impact qu'ont ces caractéristiques sur les résultats de l'analyse principale. L'effet du programme PRÉVICAP demeure important et statistiquement significatif.

Tableau 25 – Effet ajusté du programme sur la rapidité du retour au travail d'au moins quatre semaines au poste pré-lésionnel pour différentes sous-populations

	n	Effet ajusté ^{a,b} <i>HR</i>	IC à 95 %	p
Modèle original	387	2,863	1,990-4,121	< 0,0005
Nouveaux événements uniquement (exclusion des rechutes)	342	2,824	1,906-4,182	< 0,0005
Travailleurs n'ayant pas consulté pour un problème au site de la lésion dans les douze mois précédant l'évènement	293	2,957	1,846-4,737	<0,0005
Travailleurs des principaux secteurs d'activités	252	2,999	1,876-4,795	<0,0005
Travailleurs n'ayant pas eu une chirurgie au siège de lésion avant l'évènement	362	2,788	1,921-4,047	<0,0005
Travailleurs blessés avant 2004	350	3,003	2,044-4,411	<0,0005
Travailleurs qui ne sont pas consolidés avant l'entrée chez PRÉVICAP ou une période équivalente pour les témoins	358	2,909	1,994-4,245	<0,0005
Travailleurs qui ont reçu plus de 50 heures d'intervention clinique PRÉVICAP	342	2,280	1,489-3,489	<0,0005

^a Ajusté pour l'indice de risque. ^b Indicateur = délai entre la date d'évènement et la date du premier retour au travail d'au moins quatre semaines au poste pré-lésionnel.

Devis I : Analyses en intention de traiter

Dans les analyses en intention de traiter, l'ensemble des travailleurs PRÉVICAP (DSHT seulement et prise en charge complète) ont été comparés à l'ensemble des témoins. L'effet du programme PRÉVICAP y est atténué, mais reste statistiquement significatif pour les trois principaux indicateurs de retour au travail.

Tableau 26 – Principaux effets ajustés du programme (analyse en intention de traiter)

	n	Effet ajusté	IC à 95 %	p
Délai entre la date d'évènement et la date du premier retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel	544	$\widehat{HR} = 1,983^a$	1,451 – 2,711	<0,0005
Retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel dans les deux ans suivant l'évènement (oui/non)	662	$\widehat{OR} = 2,363^b$	1,580 – 3,533	<0,0005
Délai entre les dates des premier et dernier versements d'IRR	588	$\widehat{HR} = 1,418^c$	1,083 – 1,857	0,011

^a Ajusté pour l'indice de risque. ^b Ajusté pour l'indice de risque et les frais médicaux encourus avant l'entrée chez PRÉVICAP ou une période équivalente pour les témoins. ^c Ajusté pour l'indice de risque et le revenu brut annuel du travailleur.

4.3.3 Autres effets

Les résultats en termes de satisfaction et de statut fonctionnel et psychosocial ont aussi été analysés à partir des données issues du Devis I.

4.3.3.1 Satisfaction

Principaux résultats sur la satisfaction des travailleurs

Seuls les principaux indices retenus de satisfaction des travailleurs vis-à-vis de leur prise en charge (PRÉVICAP et conventionnelle) sont présentés ci-dessous. Les résultats plus détaillés se trouvent à l'Annexe 6.

Les travailleurs PRÉVICAP sont tout aussi satisfaits des services de leur médecin traitant que leurs témoins. Les travailleurs PRÉVICAP estiment supérieure la qualité des services qu'ils ont reçus de leur agent CSST que les travailleurs témoins. Ceci se traduit aussi dans leur niveau de satisfaction par rapport aux services des agents de la CSST qui est supérieur chez les travailleurs PRÉVICAP (Tableau 27).

Tableau 27 – Satisfaction à l'égard des services du médecin traitant et de la CSST

	PRÉVICAP				TÉMOINS				p
	n	Moyenne	Médiane	Écart-type	n	Moyenne	Médiane	Écart-type	
Satisfaction à l'égard des services du médecin traitant^a	90	7,58	6,67	2,17	377	7,80	8,89	2,27	0,404
Évaluation de la qualité des services de la CSST^a	90	8,22	9,38	1,93	371	6,98	7,08	2,08	<0,0005
Satisfaction des services des agents de la CSST	n			%	n			%	p
Peu/pas satisfaits	12			13,3	114			30,3	0,003
Assez satisfaits	37			41,1	141			37,5	
Très satisfaits	41			45,6	121			32,2	
Total	90			100,0	376			100,0	

^a Échelle de 1 à 10. Un score plus élevé se traduit par un degré de satisfaction plus élevé.

Avec un score médian de 10 sur 10, nous estimons que les travailleurs PRÉVICAP sont très satisfaits de leur passage dans le programme (Tableau 28). Les éléments les plus souvent cités comme étant appréciés du programme PRÉVICAP sont : 1) le professionnalisme et la qualité du personnel; 2) la qualité des exercices et le soutien au niveau physique; 3) l'expérience PRÉVICAP en général; et 4) l'aide psychologique et le soutien moral. Les éléments les plus souvent cités comme étant moins appréciés sont : 1) le sentiment d'un manque d'écoute, de

soutien, de communication ou de compréhension de la part de l'équipe; 2) la pression exercée sur le travailleur; 3) la douleur; et 4) le sentiment d'être jugé par l'équipe et l'inconfort moral ou psychologique vis-à-vis l'équipe. La liste complète des commentaires recueillis sur le programme se trouve à l'Annexe 6.

Tableau 28 – Satisfaction à l'égard des services du programme PRÉVICAP

		n	Moyenne	Médiane	Écart-Type
Satisfaction à l'égard des services du programme PRÉVICAP^a	PRÉVICAP	104	8,12	10,00	2,29

^a Échelle de 1 à 10. Un score plus élevé se traduit par un degré de satisfaction plus élevé.

Principaux résultats sur la satisfaction des partenaires dans les entreprises

En général, les répondants sont membres de la direction ou font partie du département des ressources humaines. La majorité d'entre eux (63,4 %) ont une ancienneté à leur poste de plus de cinq ans. Ils sont donc au courant des lésions professionnelles et de la prise en charge de leurs travailleurs. Un portrait détaillé des caractéristiques des entreprises ayant participé à l'enquête postale se trouve à l'Annexe 7.

Sur les 55 questionnaires reçus des entreprises, 41 ont été retenus, car ils correspondaient à des travailleurs PRÉVICAP avec prise en charge complète. Le taux de réponse relativement faible ($41/117 = 35\%$) s'explique en partie par le long délai entre l'évènement et l'accès aux entreprises. Les difficultés relevées par les partenaires en entreprise sont les délais d'accès et de prestation du programme, perçus comme relativement longs, la nécessité de consacrer des ressources additionnelles et, dans une moindre mesure, les perturbations au fonctionnement de l'entreprise. Toutefois, les partenaires en entreprise se disent majoritairement satisfaits des résultats de l'intervention et, parmi ceux se disant en mesure de comparer le programme à la prise en charge conventionnelle, une majorité juge que PRÉVICAP est un programme plus efficace (Tableau 29).

Tableau 29 – Perception du programme PRÉVICAP dans les entreprises participantes

	n	%
Connaissez-vous le programme PRÉVICAP?		
Oui	28	68,3
Non	13	31,7
Total	41	100,0
Qui vous a parlé du programme PRÉVICAP?		
Un agent de la CSST	21	75,0
Un membre de l'équipe PRÉVICAP	3	10,7
Un médecin	4	14,3
Autre	1	3,6
Total	28	100,0
Un de vos travailleurs a-t-il participé au programme PRÉVICAP?		
Oui	27	96,4
Non	1	3,6
Total	28	100,0
Si oui, est-il(elle) revenu(e) au travail? ^a		
Oui	16	64,0
Non	9	36,0
Total	25	100,0

	n	%
Par rapport aux autres cas de lésions professionnelles dans votre entreprise, la prise en charge PRÉVICAP était-elle différente? ^b		
Oui	17	60,7
Non	4	14,3
Je ne sais pas	7	25,0
Total	28	100,0
Selon vous, le délai entre l'évènement et le début du programme PRÉVICAP a été...		
Très long	4	14,8
Long	11	40,7
D'une durée raisonnable	7	25,9
Court	1	3,8
Très court	4	14,8
Total	27	100,0
Selon vous, le programme PRÉVICAP a été...		
Très long	5	17,9
Long	7	25,0
D'une durée raisonnable	13	46,4
Court	3	10,7
Total	28	100,0
Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à l'information que vous avez reçue sur l'évolution de la situation de votre travailleur pendant le programme PRÉVICAP?		
Pas du tout satisfait	3	10,7
Peu satisfait	6	21,4
Assez satisfait	12	42,9
Très satisfaits	7	25,0
Total	28	100,0
Est-ce que la prise en charge du travailleur PRÉVICAP a demandé plus de temps ou de ressources de votre entreprise que la prise en charge conventionnelle de la CSST? ^c		
Oui	11	42,3
Non	15	57,7
Total	26	100,0
L'intervention de l'équipe PRÉVICAP a-t-elle perturbé le fonctionnement de votre entreprise?		
Oui	8	29,6
Non	18	66,7
L'équipe PRÉVICAP n'est pas intervenue dans mon entreprise	1	3,7
Total	27	100,0
Selon votre expérience, par rapport à une prise en charge conventionnelle de la CSST d'un travailleur ayant subi une lésion professionnelle, le programme PRÉVICAP a été...		
Moins efficace	2	7,7
Tout aussi efficace	4	15,4
Plus efficace	10	38,5
Je ne peux comparer	10	38,5
Total	26	100,0

^a Les raisons sont listées en annexe. ^b Les différences sont listées en annexe. ^c Les détails sont listés en annexe.

4.3.3.2 Statut fonctionnel, douleur et statut psychosocial

Pour faciliter la lecture, seuls les scores globaux ont été reportés dans cette section. Un score élevé signifie une incapacité, douleur ou peur plus importante.

Plusieurs années après l'évènement, tant les travailleurs PRÉVICAP que les témoins déclarent toujours souffrir d'une douleur élevée (proche de 5 sur 10 en moyenne sur l'échelle de la douleur) et de limitations fonctionnelles importantes (Tableau 30). Le niveau d'incapacité est légèrement moins élevé chez les travailleurs PRÉVICAP atteints au cou et aux membres supérieurs que chez leurs témoins, mais il est plus élevé parmi ceux dont le siège de lésion est le dos. Il ne semble pas y avoir de différence significative entre les travailleurs PRÉVICAP et témoins quant au niveau de douleur et à son retentissement sur les activités quotidiennes, le travail, les loisirs, l'anxiété et la dépression. Il faut noter que le moment de collecte de ces informations est variable d'un individu à l'autre (entre deux et trois ans postévènement), mais

les données ne révèlent pas d'influence du moment de mesure sur le niveau de statut fonctionnel.

Toutes lésions confondues, les travailleurs PRÉVICAP sont moins touchés que les travailleurs témoins par des comportements anxieux et d'évitement vis-à-vis de l'activité physique et vis-à-vis du travail. Ces derniers manifestent également un retentissement significativement moins important de la douleur sur leur comportement social. Ici aussi le moment de mesure est variable (entre un et trois ans postévènement), mais n'a pas d'impact sur la valeur des indicateurs de statut psychosocial.

Il convient de rappeler que, tel que précisé à la section 3.5.3, ces résultats correspondent à des comparaisons brutes des moyennes observées dans les deux groupes; ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence, car il n'y a pas d'ajustement pour des variables potentielles de confusion.

Tableau 30 – Statut fonctionnel, douleur et statut psychosocial

	PRÉVICAP				TÉMOINS				p ^a
	n	Moyenne	Écart-type	Médiane	n	Moyenne	Écart-type	Médiane	
Score du Roland-Morris (sur 24) ^b	77	15,42	6,86	16,00	179	11,15	6,71	10,00	<0,0005
Score de l'IDVQ (sur 7) ^b	37	3,12	1,40	3,10	230	3,86	1,43	3,95	0,009
Score Dallas du retentissement de la douleur sur les activités quotidiennes (sur 100) ^c	106	33,02	25,72	30,71	389	36,57	25,49	32,86	0,205
Score Dallas du retentissement de la douleur sur le travail et les loisirs ^c	106	42,78	29,87	43,33	389	45,67	29,57	45,00	0,373
Score Dallas du retentissement de la douleur sur l'anxiété/la dépression (sur 100) ^c	106	28,40	25,48	30,00	389	32,95	30,46	25,00	0,120
Score Dallas du retentissement de la douleur sur le comportement social (sur 100) ^c	106	18,55	20,88	12,50	389	24,60	25,25	16,67	0,012
Intensité de la douleur (sur 10) ^c	106	5,00	2,38	5,00	387	4,89	2,59	5,00	0,691
Score du Fear Avoidance Belief Questionnaire - physical activities (sur 24) ^c	111	11,50	7,16	12,00	368	18,26	6,37	20,00	<0,0005
Score du Fear Avoidance Belief Questionnaire - work (sur 42) ^c	107	22,07	10,19	24,00	328	25,84	10,00	28,00	0,001

^a Tests t de Student. ^b Mesure au dernier suivi (au moins 2 ans postévènement). ^c Mesure à un moment variable (entre 1 et 3 ans postévènement).

4.4 Rendement du programme PRÉVICAP

Les analyses de coûts et de rendement sont basées sur les données du Devis I, sauf indication contraire.

FAITS SAILLANTS

- Sur une période de trois ans, comparativement à la prise en charge conventionnelle, la prise en charge qui inclut le programme PRÉVICAP :
 - coûte plus cher à l'organisme indemnisateur : en moyenne, le coût du programme est de 19 000\$ et le coût total de la prise en charge est 13 % plus élevé (60 873 \$ versus

- 53 990 \$);
- présente néanmoins un rendement au moins équivalent sinon supérieur vu sa plus grande efficacité à condition d'accorder une valorisation monétaire aux effets positifs : la différence de bénéfices nets moyens est de 10 000 \$ par travailleur si l'on considère que chaque jour de prise en charge sauvé vaut 60 \$.
 - À trois ans postévènement, les travailleurs des deux groupes recourent de façon similaire et encore importante à des médicaments, des services d'aide à domicile et/ou des équipements rendus nécessaires à cause de leur blessure.

4.4.1 Coûts de la prise en charge

Lorsque l'on prend en compte l'ensemble des frais sur trois ans, le coût total de la prise en charge pour les travailleurs PRÉVICAP est supérieur de 6 883 \$ par travailleur (60 873 \$ versus 53 990 \$), soit 13 % de plus que pour les témoins. Si l'on exclut les travailleurs avec des données extrêmes (10 PRÉVICAP et 12 témoins, avec des valeurs supérieures au 95^e centile = 119 000 \$), le coût total est similaire (53 242 \$ versus 51 003 \$).

L'analyse plus fine de la structure des coûts révèle d'abord que le coût moyen du programme PRÉVICAP est d'environ 19 000 \$ (Tableau 31) et qu'une des sources d'hétérogénéité de ce coût est liée au statut d'emploi (Tableau 32).

On remarque ensuite que la proportion de travailleurs occasionnant des frais est systématiquement plus élevée chez les témoins comparativement aux travailleurs PRÉVICAP. Lorsque des frais sont déboursés par la CSST, ils sont très variables d'un individu à l'autre; nous identifions ici les frais où l'on observe une variabilité très marquée, c'est-à-dire avec un coefficient de variation supérieur à 100 %.

Tableau 31 – Coûts moyens par travailleur selon l'année postévènement, le groupe et le type de coût

	Année 1		Année 2		Année 3	
	Coût moyen en \$ ^a		Coût moyen en \$ ^a		Coût moyen en \$ ^a	
	(% ^b)		(% ^b)		(% ^b)	
	PRÉVICAP n = 116	TÉMOINS n = 390	PRÉVICAP n = 116	TÉMOINS n = 390	PRÉVICAP n = 116	TÉMOINS n = 390
Indemnités de remplacement du revenu (IRR)	16604 (100,0)	16611 (91,6)	12904 (64,7)	17279 (79,3)	17851 (32,8)	16182 (62,9)
Montants forfaitaires	9361 (5,2)	4368 ^c (15,6)	2005 (28,4)	3424 ^c (38,4)	4455 ^c (12,9)	4749 ^c (24,0)
Médical	5405 (100,0)	5296 ^c (98,0)	2719 ^c (90,5)	2408 ^c (92,3)	1673 ^c (48,3)	1368 ^c (64,7)
Réadaptation	1129 ^c (29,3)	2900 ^c (21,2)	2252 ^c (29,3)	4798 ^c (38,1)	3080 ^c (14,7)	3223 ^c (30,7)
Autres	803 (89,7)	629 ^c (76,0)	877 ^c (58,6)	534 ^c (65,0)	977 ^c (17,2)	474 ^c (31,2)
Programme PRÉVICAP^d	18934 (100,0)					

^a Parmi les travailleurs avec des montants supérieurs à zéro. ^b Pourcentage de travailleurs avec des montants supérieurs à zéro. ^c Coefficient de variation supérieur à 100 %. ^d Tous les coûts du programme PRÉVICAP ont été imputés à l'année 1.

Tableau 32 – Coûts de PRÉVICAP selon le statut d'emploi au moment de l'évènement

	n	Moyenne	Écart-type
Permanent à temps plein	87	17159,31	7944,8
Permanent à temps partiel	5	12193,67	7381,9
Temporaire durée déterminée ou indéterminée	4	28814,37	15976,1

4.4.2 Coûts privés

Les coûts privés présentés sont établis sur une période de quatre semaines et ont été mesurés lors de l'entrevue réalisée trois ans après l'évènement. Il s'agit des coûts assumés par les travailleurs eux-mêmes (par exemple, frais non remboursés occasionnés par l'utilisation de services de santé, de médicaments prescrits ou en vente libre, d'équipements spécialisés et de services d'aide à domicile).

Nous ne faisons pas d'estimation annuelle pour être certains de ne pas surévaluer l'utilisation et les coûts reliés. Par contre, le lecteur comprendra que même si plusieurs montants peuvent être jugés marginaux, leur répétition dans le temps peut constituer un fardeau financier pour un travailleur. Environ 52 % des travailleurs ne sont pas assurés avec une assurance privée ou collective. Vous trouverez davantage de précisions dans les tableaux situés à l'Annexe 8.

4.4.2.1 Services et des médicaments non remboursés

Les travailleurs PRÉVICAP présentent un profil semblable aux travailleurs témoins quant à l'utilisation des services de santé et la prise de médicaments.

L'utilisation des services médicaux trois ans après un événement est marginale et seulement 6 % des travailleurs PRÉVICAP ont visité un membre du personnel médical dans les quatre semaines précédant l'entrevue. Cinq pourcent des travailleurs ont pour leur part eu recours à des services de réadaptation tandis que 6 % ont eu recours aux services de professionnels des médecines alternatives.

Par contre, il est à noter que, trois ans après l'évènement, la prise de médicaments et d'équipements spéciaux ainsi que le recours à des services d'aide à la maison restent élevés dans les deux groupes. Trente-cinq à quarante pourcent des travailleurs prennent encore au moins un médicament prescrit pour des problèmes de santé directement relié à la blessure. Environ 35 % des travailleurs ont eu recours à de l'aide dans leurs activités quotidiennes dans les quatre dernières semaines précédant l'entrevue. L'aide a été notamment requise pour faire le ménage (16 %) et les courses (12 %).

Plus de la moitié des travailleurs (53 % des travailleurs PRÉVICAP et 45 % des témoins) utilisent au moins un équipement spécial rendu nécessaire par leur blessure (coussin obus, prothèse de maintien, etc.).

Le fait d'être toujours indemnisé par la CSST trois ans postévènement n'influence pas l'utilisation de services ou la prise de médicaments.

4.4.2.2 Frais non remboursés

Seuls 40 % des travailleurs n'ont pas assumé des frais reliés à leur lésion dans les quatre semaines précédant l'entrevue réalisée à trois ans postévènement. La nature des dépenses des travailleurs PRÉVICAP est similaire à celles des témoins. Des proportions non négligeables de travailleurs, à savoir 11 % dans le groupe PRÉVICAP et 18 % dans le groupe témoin, ont dépensé un montant de plus de 100 \$ au cours de ce mois; ceci suggère que des sommes importantes sont déboursées au cours d'une année par ces travailleurs.

Le fait d'être toujours indemnisé trois ans postévènement n'influence pas le montant des frais déboursés par les travailleurs.

Tableau 33 – Coûts privés des travailleurs PRÉVICAP et témoins dans les quatre semaines précédant l'entrevue réalisée à plus de trois ans postévènement

Coûts privés :		PRÉVICAP		Témoin		p
		n	%	n	%	
Services de santé	Aucun	79	95,2	293	88,8	----
	0-20\$	1	1,2	12	3,6	
	>20-50\$	1	1,2	10	3,0	
	Plus de 50\$	2	2,4	15	4,5	
Médicaments prescrits	Aucun	72	87,8	271	82,9	0,197
	0-20\$	5	6,1	42	12,8	
	>20\$	5	6,1	14	4,3	
Médicaments non prescrits	Aucun	42	50,6	184	55,9	0,155
	0-20\$	40	48,2	123	37,4	
	>20\$	1	1,2	22	6,7	
Équipements	Aucun	68	81,9	260	78,5	0,927
	0-20\$	6	7,2	28	8,5	
	>20-50\$	4	4,8	19	5,7	
	Plus de 50\$	5	6,0	24	7,3	
Aide	Aucun	75	90,4	273	82,5	----
	0-20\$	0	0,0	0	0,0	
	>20-100\$	2	2,4	14	4,2	
	Plus de 100\$	6	7,2	44	13,3	
Coûts privés totaux ^a	Aucun	33	39,8	129	39,6	0,085
	0-20\$	34	41,0	93	28,5	
	>20-50\$	3	3,6	35	10,7	
	>50-100\$	4	4,8	11	3,4	
	>100-200\$	4	4,8	18	5,5	
	>200\$	5	6,0	40	12,3	

^a Ne cumule pas les frais pour les équipements.

4.4.3 Analyse coût-efficacité et analyse coût-bénéfice

Analyse coût-efficacité

Des rapports coût-efficacité (RCE) ont été calculés à différents moments dans le temps (12 mois, 24 mois et 36 mois postévènement). L'analyse permet d'estimer le coût incrémental de la prise en charge PRÉVICAP pour chaque jour de prise en charge épargné grâce à l'intervention.

À court terme, soit 12 mois postévènement, PRÉVICAP ne semble pas avantageux. Mais, à plus long terme, ce programme est rentable. En effet, à 36 mois, le programme coûte en moyenne 6 883 \$ de plus pour un gain en efficacité de cinq mois et demi. Ceci se traduit par un RCE égal à 37 \$ par jour de prise en charge épargné.

Des résultats similaires sont obtenus lorsqu'estimés auprès de tous les travailleurs dans les analyses en intention de traiter (Tableau 34 et Figure 8).

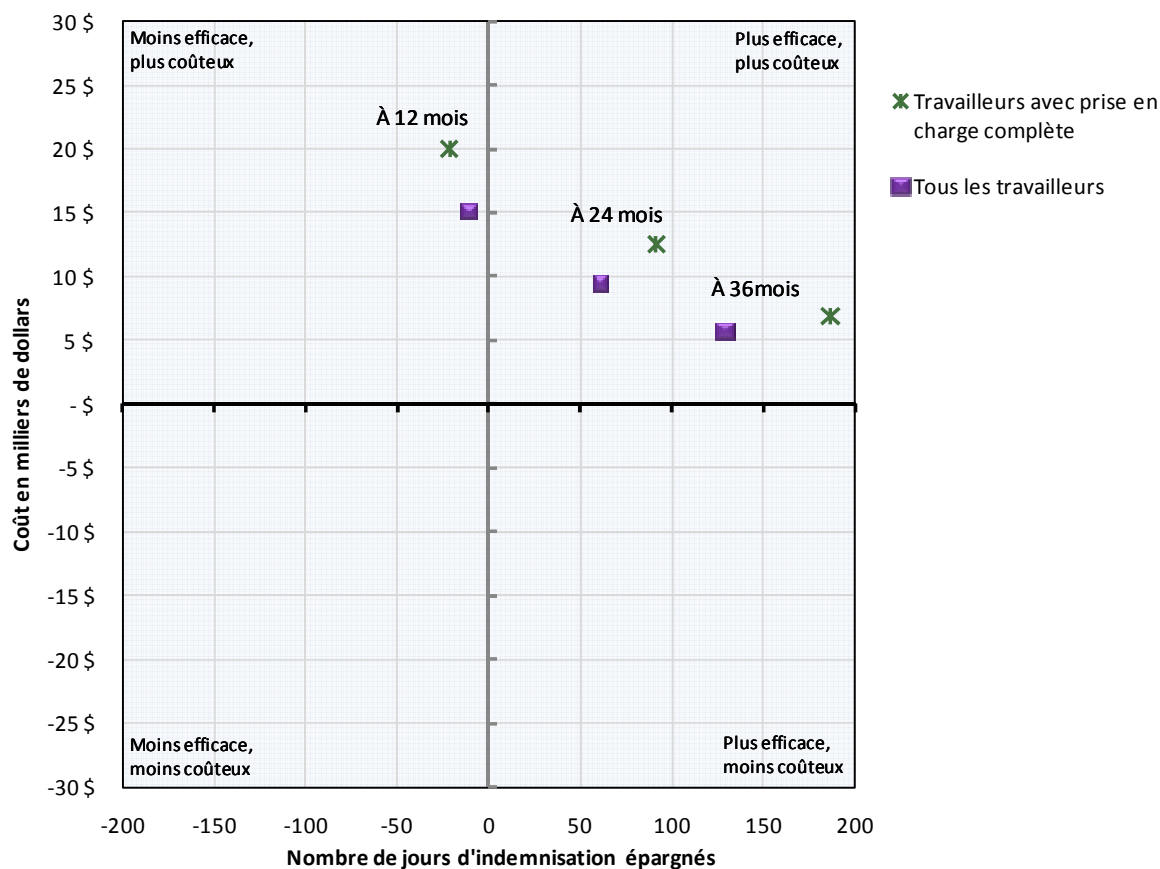


Figure 8 – Rapports coût-efficacité du programme PRÉVICAP 12, 24 et 36 mois postévènement

Tableau 34 – Rapports coût-efficacité du programme PRÉVICAP 12, 24 et 36 mois postévènement

	À 12 mois			À 24 mois			À 36 mois		
	ΔC^a (\$)	ΔE^b (jours)	ΔRCE^c (\$/jours)	ΔC^a (\$)	ΔE^b (jours)	ΔRCE^c (\$/jours)	ΔC^a (\$)	ΔE^b (jours)	ΔRCE^c (\$/jours)
Travailleurs avec prise en charge complète vs témoins (n = 483)	19984	-21	-952	12506	92	136	6883	187	37
Tous les travailleurs vs témoins (n = 523)	15101	-11	-1373	9320	61	153	5741	129	45

^a Différence de coût moyen entre les prises en charge PRÉVICAP et conventionnelle. ^b Différence d'efficacité en nombre de jours de prise en charge épargnés. ^c $\Delta C / \Delta E$.

Analyse coût-bénéfice

Une méthode alternative d'analyse du rendement consiste à estimer, pour chaque travailleur, le bénéfice net de sa prise en charge en attribuant une valeur monétaire aux effets observés (E) et en soustrayant des effets monétisés les frais déboursés pour la prise en charge du travailleur (C). Tel que précisé à la section 3.5.4, nous avons exclu de l'analyse coût-bénéfice 22 individus avec des valeurs extrêmes de coûts totaux, soit les valeurs supérieures à 119 000 \$ (95^e centile). Dans les deux groupes, la moyenne des bénéfices nets est négative, et ce, pour les trois valeurs retenues pour le « consentement à payer » (CAP). Ceci confirme le coût élevé de la prise en charge des travailleurs de cette étude. Sans aucune valorisation monétaire de l'efficacité, i.e. pour CAP = 0 \$, le bénéfice net moyen du programme PRÉVICAP est légèrement inférieur, mais la différence est statistiquement non significative. On remarque aussi l'extrême variabilité au sein de chaque groupe des bénéfices nets, ce qui provient des variations tant au niveau des coûts que des effets. Le seuil d'équivalence économique est autour de 10 \$ par jour de prise en charge sauvé; le rendement du programme PRÉVICAP est équivalent à celui de la prise en charge conventionnelle si l'on considère que l'efficacité supérieure du programme (nombre total de jours sauvés) vaut 10 \$ par jour sauvé. Une valeur de CAP de 60 \$ par jour sauvé correspond à une différence positive en faveur du groupe PRÉVICAP qui est statistiquement significative; le rendement du programme PRÉVICAP est supérieur si l'on est prêt à valoriser le gain d'efficacité à hauteur de 60 \$ par jour sauvé (Tableau 35).

Tableau 35 – Bénéfices nets selon le groupe à 36 mois postévènement

	CAP ^b	PRÉVICAP (n = 96)		TÉMOINS (n = 365)		Différence PREV-TÉM	P ^c
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Bénéfices nets du programme à 36 mois postévènement^a	0 \$	-53 242 \$	22 476 \$	-51 003 \$	28 260 \$	-2239 \$	0,41
	10 \$	-47 074 \$	25 007 \$	-46 925 \$	30 853 \$	-149 \$	0,96
	60 \$	-16 652 \$	38 261 \$	-27 117 \$	30 055 \$	+10 465 \$	0,024

^a Exclut 10 travailleurs PRÉVICAP et 12 travailleurs témoins avec des données extrêmes de coût total; exclut aussi les travailleurs avec des données manquantes sur les coûts et les effets. ^b CAP = consentement à payer. ^c Test de t de Student.

4.5 Explication des effets

FAITS SAILLANTS

- Nos résultats suggèrent que le programme ne serait efficace qu'auprès des individus qui n'ont pas d'historique d'indemnisation dans les cinq dernières années (soit environ trois-quarts des travailleurs étudiés). Pour ces travailleurs, la différence de bénéfices nets moyens est de 10 000\$ par travailleur si l'on considère que chaque jour de prise en charge sauvé vaut 50 \$.
- L'effet du programme semble plus marqué lors d'une prise en charge plus tardive.
- La probabilité de retour au travail varie de façon importante selon le nombre d'années d'expérience chez l'employeur, la perception de l'effort physique requis par l'emploi, et le statut à temps plein ou temps partiel. Cependant, quelle que soit la combinaison de ces caractéristiques, le programme PRÉVICAP est systématiquement plus efficace.
- Les 6 cas traceurs illustrent chacun à leur manière l'importance d'une coopération de l'employeur et du milieu de travail ainsi que de la participation active et l'implication du travailleur dans l'atteinte des objectifs intermédiaires du programme menant ultimement au retour au travail.

4.5.1 Variation des effets selon le type de travailleur

Les effets varient-ils en fonction de certaines caractéristiques du travailleur ou de son milieu de travail?

Les résultats issus du Devis I présentés ci-dessus indiquent que le programme PRÉVICAP a un impact positif significatif sur le retour au travail d'au moins quatre semaines au poste pré-lésionnel (Tableau 20), que le rapport coût-efficacité global à 36 mois est de 37 \$ par jour de prise en charge épargné (Tableau 34) et que la différence de bénéfices nets est significative, en faveur du programme PRÉVICAP (Tableau 35).

Dans cette section, certains indicateurs de résultats sont ré-analysés en vue d'identifier les caractéristiques ou profils de travailleurs pour lesquels le programme pourrait s'avérer particulièrement efficace et coût-bénéfique. Il convient de rappeler que ces analyses sont effectuées dans une perspective exploratoire afin d'apporter un éclairage additionnel sur la valeur du programme PRÉVICAP.

Les analyses stratifiées présentées au Tableau 36 indiquent un effet d'interaction de diverses variables sur la rapidité d'un retour au travail durable. En général, l'impact du programme est maintenu même s'il est plus marqué dans certains sous-groupes. On note cependant que le programme est équivalent à la prise en charge conventionnelle pour le sous-groupe des travailleurs avec un historique d'indemnisation dans les cinq années précédant l'évènement. Par ailleurs, notre évaluation porte sur des travailleurs référés au programme PRÉVICAP plusieurs mois après leur évènement, et il est intéressant de noter que plus la prise en charge est tardive, plus le programme PRÉVICAP est efficace.

Tableau 36 – Effet ajusté du programme sur la rapidité d'un retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel dans les trois ans suivant l'évènement, stratifié selon différentes caractéristiques

	n	<i>HR</i> ^a	IC à 95 %	p
Modèle original non stratifié	387	2,863	1,990-4,121	< 0,0005
Modèles stratifiés selon :				
Délai d'abandon ≥ 20 jours avant la prise en charge (PRÉVICAP ou période équivalente chez les témoins)^b				
Oui	104	3,110	0,758-12,761	0,115
Non	324	2,355	1,458-3,802	<0,0005
Durée minimale de prise en charge conventionnelle				
Moins de 6 mois	211	1,919	1,177-3,286	0,012
6 à 9 mois	140	4,176	1,778-7,393	<0,0005
Plus de 9 mois	113	6,323	2,449-13,858	<0,0005
Atteinte permanente^c				
Oui	319	3,181	1,513-5,382	0,001
Non	145	1,935	0,935-4,002	0,075
Historique d'indemnisation dans les 5 ans précédant l'évènement				
Oui	114	0,963	0,220-4,212	0,960
Non	350	3,922	2,472-6,222	<0,0005
Taille de l'entreprise				
< 20 employés	214	2,514	1,249-5,061	0,010
20 à 100 employés	143	4,678	1,548-14,133	0,006
Mode de cotisation de l'entreprise				
Personnalisé	216	2,079	1,067-4,049	0,031
À l'unité	81	6,645	0,757-58,329	0,087

^a Ajusté pour l'indice de risque. ^b Le délai d'abandon est le délai entre l'évènement et le début des versements d'IRR. ^c Taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique (APPIP) supérieur à zéro après la consolidation médicale.

De façon similaire, on note un effet significatif du programme PRÉVICAP uniquement auprès des travailleurs sans historique d'indemnisation pour une autre mesure d'effet qui est le retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel dans les deux ans suivant l'évènement (Tableau 37).

Les résultats de ces modèles stratifiés permettent d'obtenir pour chaque travailleur une probabilité prédite de retour au travail selon son profil particulier (variables incluses dans le modèle). Avec ou sans historique d'indemnisation, on note que les travailleurs PRÉVICAP ont des chances plus élevées de retour au travail que les témoins (Figure 9). Toutefois, l'écart est nettement plus marqué parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation pour qui la probabilité prédite moyenne de retour au travail est d'environ 27 % pour les témoins contre 56 % pour les travailleurs PRÉVICAP (Tableau 40).

Tableau 37 – Effet ajusté du programme sur la fréquence d'un retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel dans les deux ans suivant l'évènement, stratifié selon la présence d'un historique d'indemnisation

	n	OR	IC à 95 %	p
Modèle original non stratifié	464	3,475 ^a	2,138 – 5,650	< 0,0005
Modèle stratifié selon :				
Historique d'indemnisation dans les 5 ans avant l'évènement				
Oui	161	1,403 ^b	0,525 – 3,749	0,500
Non	517	3,395 ^b	1,968 – 5,855	< 0,0005

^aAjusté pour l'indice de risque et les frais médicaux encourus avant l'entrée chez PRÉVICAP ou une période équivalente chez les témoins.

^bAjusté pour le statut d'emploi, le nombre d'années d'expérience chez l'employeur, la perception de l'effort physique de l'emploi, la satisfaction avec l'emploi et la direction régionale.

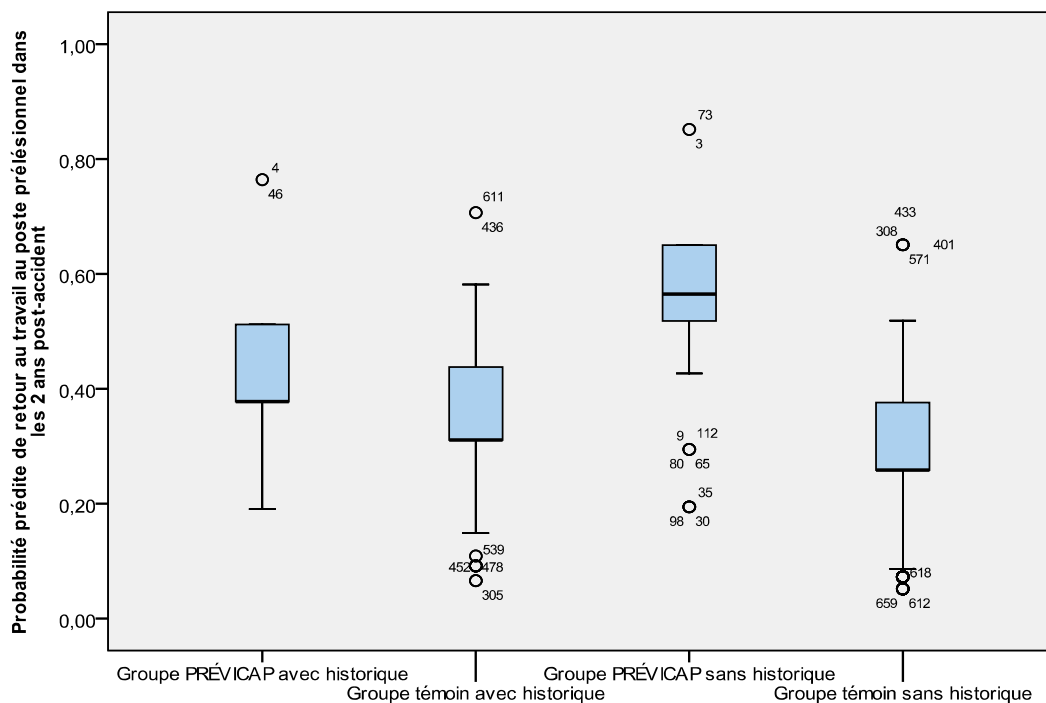


Figure 9 – Boîtes à moustaches des probabilités prédites de retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel dans les deux ans postévènement selon la présence d'un historique d'indemnisation

Une analyse coût-bénéfice a été faite pour le sous-groupe de travailleurs pour lesquels le programme PRÉVICAP semble particulièrement efficace, à savoir les travailleurs sans historique d'indemnisation. Le coût total de la prise en charge est similaire pour les deux groupes (51 476 \$ pour les PRÉVICAP versus 50 051 \$ pour les témoins), ce qui indique un rendement similaire si l'on fixe le « consentement à payer » à 0 \$ par jour sauvé. Le rendement du programme PRÉVICAP devient significativement supérieur (différence entre les bénéfices nets moyens = 10 515 \$ pour une valeur de CAP = 50 \$ par jour sauvé (Tableau 38)).

Tableau 38 – Bénéfices nets selon le groupe à 36 mois postévènement parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation

	CAP ^b	PRÉVICAP			TÉMOINS			Différence PREV-TÉM	P ^c
		n	Moyenne	Écart-type	n	Moyenne	Écart-type		
Bénéfices nets du programme à 36 mois postévènement^a	0 \$	80	-51 476 \$	21 815 \$	281	-50 051 \$	27 812 \$	-1425 \$	0,63
	50 \$	78	-19 516 \$	33 924 \$	275	-30 031 \$	42 605 \$	+10 515 \$	0,024

^a Exclut 8 travailleurs témoins avec des données extrêmes de coût total. ^b CAP = consentement à payer. ^c Test de t de Student

Dans une optique exploratoire, nous avons ensuite approfondi l'analyse d'efficacité pour cinq profils de travailleurs regroupant 88 % des travailleurs sans historique d'indemnisation sur cinq ans (Tableau 39). Ces profils sont construits à partir des trois caractéristiques les plus prédictives du retour au travail parmi celles prises en compte dans la modélisation de l'effet du programme (Cf. Tableau 37). Les chances estimées de retourner au travail sont systématiquement supérieures pour les travailleurs PRÉVICAP. Elles sont particulièrement élevées lorsque le travailleur a plus d'un an d'expérience chez son employeur (profils A, B, E), allant de 52 % à 77 % chez les PRÉVICAP et de 26 % à 52 % chez les témoins. Les chances de réintégrer l'emploi prélesionnel sont faibles pour les travailleurs avec moins d'ancienneté chez l'employeur (profils C et D) (Tableau 40).

Tableau 39 – Description des profils les plus fréquents parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation

Profil	Fréquence ^a (%)	Expérience chez l'employeur	Perception de l'effort physique de l'emploi	Statut d'emploi
A	31,0	≥ 1 an	Nul à moyen	Temps plein
B	40,0	≥ 1 an	Grand	Temps plein
C	5,3	< 1 an	Nul à moyen	Temps plein
D	8,6	< 1 an	Grand	Temps plein
E	3,4	≥ 1 an	Grand	Temps partiel

^a Pourcentage de l'ensemble des travailleurs PRÉVICAP et témoins. Les profils A à E représentent 88,3 % de ce total.

Tableau 40 – Probabilités prédites moyennes de retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélesionnel dans les deux ans postévènement selon le profil parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation

Profil	PRÉVICAP		TÉMOINS	
	Probabilité prédite moyenne (%)	IC95% (%)	Probabilité prédite moyenne (%)	IC95% (%)
TOUS	55,90	(53,18 ; 58,61)	27,06	(25,89 ; 28,24)
A	65,04	(53,91 ; 74,75)	37,64	(30,67 ; 45,15)
B	51,82	(39,96 ; 63,49)	25,86	(20,60 ; 31,93)
C	29,46	(16,68 ; 46,57)	11,93	(6,69 ; 20,39)
D	19,45	(10,24 ; 33,83)	7,26	(3,98 ; 12,88)
E	76,85	(59,77 ; 88,12)	51,85	(35,51 ; 67,80)

Le rapport coût-efficacité semble particulièrement favorable pour le profil A qui se distingue du profil B par une perception moindre de l'effort physique requis par l'emploi.

Tableau 41 – Rapports coût-efficacité du programme PRÉVICAP 12, 24 et 36 postévènement selon le profil parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation

	À 12 mois			À 24 mois			À 36 mois		
	ΔC^a (\$)	ΔE^b (jours)	ΔRCE^c (\$/jours)	ΔC^a (\$)	ΔE^b (jours)	ΔRCE^c (\$/jours)	ΔC^a (\$)	ΔE^b (jours)	ΔRCE^c (\$/jours)
Travailleurs avec prise en charge complète (n = 483)	19984	-21	-952	12506	92	136	6883	187	37
Profil A (n = 93)	16227	-13	-1248	8862	84	106	1870	170	11
Profil B (n = 139)	24696	-13	-1900	17007	106	160	11369	207	55

^a Différence de coût moyen entre les prises en charge PRÉVICAP et conventionnelle. ^b Différence d'efficacité en nombre de jours de prise en charge épargnés. ^c $\Delta C / \Delta E$.

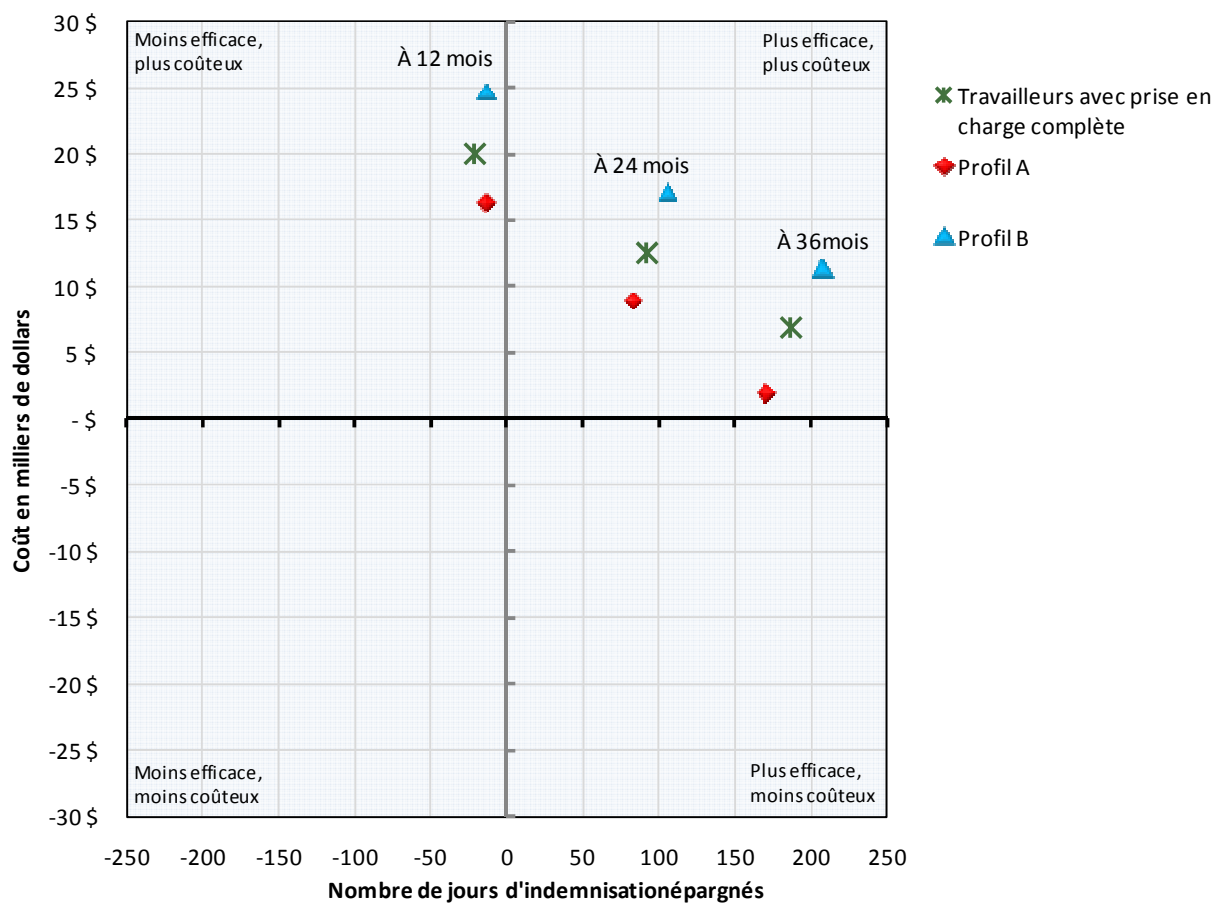


Figure 10 – Rapports coût-efficacité du programme PRÉVICAP 12, 24 et 36 postévènement pour différents profils parmi les travailleurs sans historique d'indemnisation

4.5.2 Production des effets

Quels sont les éléments-clés du mécanisme de production des effets?

Six cas traceurs ont été analysés de façon plus approfondie en lien avec les objectifs et les mécanismes d'action présentés dans le modèle logique de l'intervention PRÉVICAP (Figure 3, page 4). Le lecteur intéressé trouvera une description détaillée de ces cas à l'Annexe 10.

Globalement, les activités proposées par l'équipe PRÉVICAP afin d'atteindre les buts intermédiaires des objectifs A (amélioration des capacités de travail) et B (amélioration des habitudes et des comportements de travail) semblent avoir été administrées de façon homogène auprès des cas traceurs. Toutefois, l'atteinte de ces objectifs intermédiaires varie significativement d'un travailleur à l'autre.

Il semble exister deux conditions essentielles à la réalisation de l'objectif final de retour au travail chez le même employeur, soit la coopération de l'employeur et l'implication active du travailleur. Cependant, il est intéressant de noter que lorsque PRÉVICAP parvient à surpasser ou à modifier des comportements ou attitudes initialement défavorables à l'égard du programme, son succès devient alors possible.

Enfin, l'inadéquation entre certaines caractéristiques inaltérables de l'environnement de travail et les atteintes résiduelles physiques ou psychologiques du travailleur semble, dans certains cas, empêcher un retour chez l'employeur initial, indépendamment de la mise en œuvre de la démarche PRÉVICAP et de la volonté des parties concernées.

4.5.3 Variation des effets selon la qualité perçue du fonctionnement du programme

Les effets varient-ils en fonction des visions des intervenants PRÉVICAP et CSST sur les éléments ayant affecté le fonctionnement du programme?

À partir des constats et résultats des analyses d'implantation, nous avons essayé de représenter graphiquement de façon synthétique les appréciations des intervenants sur la qualité du fonctionnement du programme selon sept éléments perçus comme importants (Tableau 42). Ces marqueurs de bon fonctionnement sont définis à l'Annexe 11.

Tableau 42 – Synthèse graphique de l'appréciation des acteurs sur les principaux éléments affectant l'implantation du programme

					Site 1	Site 3	Site 2	Site 4	Direction régionale a	Direction régionale b	Direction régionale c	Direction régionale d	Direction régionale e	Direction régionale f	Direction régionale g	Direction régionale h	Direction régionale i	Direction régionale j	Direction régionale k	Direction régionale l
					Centre PRÉVICAP				Direction régionale											
					-	+	-	+	+/-	+	+/-	+/-	+/-	+	+	+/-	+/-	+	+/-	+
					+	+/-	+	+	+/-	+	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+/-	+	+
					-	-	-	+	-	+	-	+/-	+/-	+	-	+/-	+/-	-	+/-	+
					+	+/-	+/-	+	-	-	-	-	-	-	-	+/-	-	-	-	-
					+/-	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-	-
					+/-	+	+	+	+	-	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+/-	+/-	+	+
					-	+/-	+/-	+/-	-	-	+	+	+	-	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+

À partir de cette matrice, nous avons tenté de vérifier par modélisation statistique si ces éléments pouvaient avoir un effet sur les résultats observés en termes de retour au travail. Les variables qui ont été testées sont les variables illustrant la vision de la CSST quant au partenariat, à la communication et au ciblage, les variables illustrant pour ces mêmes éléments la vision des intervenants PRÉVICAP, et les variables traduisant la vision commune de ces deux types d'acteurs-clés. Aucun effet significatif de ces variables n'a été observé sur la rapidité du retour au travail d'au moins quatre semaines au poste prélésionnel et sur le retour au poste prélésionnel (oui/non) deux ans après l'évènement.

Les variables utilisées sont probablement trop distales pour engendrer un effet discernable au niveau individuel sur un travailleur donné. Toutefois, l'effet plus prononcé sur un site (Tableau 21, page 46) suggère des pratiques ou un ciblage possiblement différents dans ce centre. Ces activités n'ont pas été suffisamment documentées par les intervenants PRÉVICAP et les agents de la CSST pour nous permettre à posteriori d'établir une relation directe. D'autres éléments notés dans l'analyse des cas traceurs semblent avoir plus de poids.

5 DISCUSSION

L'évaluation du programme PRÉVICAP s'inscrivait dans une problématique complexe aux enjeux humains, sociaux et économiques importants, associant plusieurs acteurs n'ayant pas nécessairement les mêmes intérêts et perceptions vis-à-vis du problème de l'incapacité associée la LMS d'origine professionnelle. Nous avons utilisé des méthodes rigoureuses pour analyser l'implantation, l'efficacité et le rendement du programme afin d'obtenir des indications précises et valides sur le fonctionnement et la valeur du programme.

Qu'avons-nous appris de l'efficacité et du rendement du programme PRÉVICAP?

L'*efficacité d'essai* du programme avait été mise en évidence au Québec avec l'essai randomisé de Loisel [55] et l'essai randomisé conduit plus récemment aux Pays-Bas a produit des résultats semblables [60]. Notre étude concernait l'*efficacité d'utilisation* du programme lorsqu'utilisé dans une situation non-contrôlée. Le projet d'expérimentation a été mis en œuvre en « milieu réel » en ce sens que le contexte d'application du programme n'était pas toujours optimal et que la population étudiée était très hétérogène. Mais ce qui distingue surtout ces travailleurs de ceux des études antérieures, c'est le fait qu'une majorité d'entre eux se trouvaient déjà en situation d'incapacité prolongée lorsqu'ils ont été référés ou pris en charge par le programme PRÉVICAP. Alors que la précocité de prise en charge est au cœur de la philosophie du programme, les travailleurs de l'étude ont au contraire reçu le programme tardivement. À notre connaissance, le potentiel du programme à produire des résultats positifs avec des travailleurs à risque d'incapacité *très* prolongée n'avait jamais été examiné. Notre étude indique qu'à deux ans postévènement, la proportion de travailleurs qui ont réintégré leur emploi prélésionnel est faible chez les témoins (29 %) mais plus intéressante chez les travailleurs PRÉVICAP (55 %). L'efficacité supérieure du programme serait applicable aux travailleurs n'ayant pas d'épisode d'indemnisation dans les cinq années précédant l'évènement.

Dans notre étude, les travailleurs n'ont pas été assignés au hasard à l'un ou l'autre des groupes (PRÉVICAP et témoin). La comparabilité des groupes pouvait alors être compromise et il nous fallait adopter une démarche d'évaluation qui en tienne compte. Nous disposions de données sur une multitude de facteurs prédictifs du RAT qui pouvaient être distribués différemment chez les travailleurs PRÉVICAP et chez les témoins, ce qui pouvait induire un biais. Les différences entre les groupes ont été minimisées avec l'appariement et la modélisation statistique qui ont permis d'obtenir des effets dits *ajustés* du programme pour les facteurs, peu nombreux, qui se sont finalement avérés importants à considérer. De plus, la convergence des résultats de l'analyse principale d'efficacité et des analyses de robustesse renforce la validité de nos conclusions.

Nos résultats indiquent que sur une période de trois ans postévènement, le programme PRÉVICAP est aussi sinon plus *coût-bénéfique* que la prise en charge conventionnelle. En moyenne, le coût du programme est élevé, soit 19 000 \$ par travailleur, et le coût total de la prise en charge incluant PRÉVICAP est plus élevé que pour une prise en charge conventionnelle. Cependant, étant donné le gain important en termes de journées de prise en charge sauvées (en moyenne cinq mois et demi), l'utilisation de PRÉVICAP se traduit par une économie nette sur trois ans de l'ordre de 10 000 \$ en moyenne par travailleur si l'on est prêt à monétiser le gain d'efficacité à hauteur de 60 \$ par jour sauvé. Le programme peut être vu

comme un investissement dans une perspective plus large où l'on prend en considération diverses économies engendrées par ces jours sauvés (ex. : salaire du gestionnaire de cas pour la CSST, coûts de remplacement du travailleur indemnisé et gain de productivité pour l'employeur). Nos résultats s'apparentent à ce qui a été rapporté antérieurement, mais l'analyse économique de l'étude de Loisel portait sur une période de six ans postévènement et sur une population prise en charge tôt après l'évènement [56].

Comment s'est déroulée l'implantation du programme?

La planification de l'implantation a été adéquate en termes de structure et de ressources mais plus problématique en ce qui regarde la clientèle-cible et le processus d'application du programme. Les décisions concernant l'élaboration et le déploiement du projet pilote ont été perçues comme trop centralisées. Les critères de ciblage des travailleurs ne semblent pas avoir été assez clairement définis, ce qui a généré des insatisfactions tant parmi les intervenants de la CSST que parmi ceux des centres PRÉVICAP. La résistance au changement et les conflits d'intérêts ont pu affecter pour certains intervenants la qualité de leur participation au projet ou l'établissement de partenariats efficaces. Finalement, une perception positive et un engagement dans le programme de la part du travailleur et de son employeur ressortent comme des conditions essentielles au succès du programme.

Pour qui et comment implanter ce type de programme dans le contexte québécois?

Les travailleurs atteints de LMS et indemnisés depuis plusieurs mois représentent une population vulnérable en termes de prolongation de leur incapacité, une situation coûteuse pour l'organisme indemnisateur. En effet, parmi les travailleurs qui sont indemnisés pour une LMS, 20 % le sont durant plus de trois mois mais ceux-ci cumulent 75 % des frais en IRR [1, 2]. Notre évaluation fournit la première évidence scientifique quant à la valeur d'un programme de type PRÉVICAP pour une telle population, et plus particulièrement pour les travailleurs sans historique d'indemnisation sur cinq ans, soit environ les trois quarts de cette population. D'après nos résultats, les facteurs associés à une meilleure performance du programme seraient : l'absence d'un historique d'indemnisation au cours des cinq années précédant le présent épisode d'indemnisation, l'ancienneté chez l'employeur d'au moins un an et des exigences physiques de l'emploi perçues comme nulles ou modérées. L'on peut aussi se demander si, sous une forme adaptée, la logique d'intervention du programme serait éventuellement aussi transposable à d'autres populations-cibles. En outre, il semblerait que le programme soit plus avantageux lorsque la prise en charge est plus tardive, un résultat qui peut surprendre et qui mériterait d'être investigué.

Le programme PRÉVICAP implique plusieurs acteurs. Au Québec, la mise en œuvre à large échelle d'un programme de cette nature pose de nombreux défis. Le programme en tant qu'innovation ou « nouvelle façon de faire » aurait plus de chances d'être accepté à la CSST par les responsables de directions régionales et les conseillers en réadaptation si ceux-ci participent aux décisions et processus relatifs à l'implantation dès le début, s'ils adhèrent à la philosophie de l'intervention, s'ils comprennent le fonctionnement du programme, les rôles respectifs des divers acteurs et la population visée par le programme. Puisque le succès du programme repose aussi largement sur les croyances et attitudes du travailleur, de l'employeur et du médecin traitant vis-à-vis du programme, il pourrait être opportun de développer une stratégie claire de promotion du programme auprès de ces acteurs. Un élément de cette

stratégie serait la communication des évidences scientifiques concernant l'impact et le rendement du programme. Il pourrait être avantageux de réfléchir à des manières d'améliorer le partenariat et la communication entre les acteurs et d'alléger les procédures administratives du programme.

Quelles sont les principales limites de cette évaluation?

Le programme PRÉVICAP produit des résultats intéressants qui doivent cependant être interprétés en tenant compte du contexte de l'évaluation.

Tel qu'explicité à la section 3.6, une étude randomisée n'a pas pu être menée et les délais qui ont affecté la formulation et la réalisation du projet d'évaluation ne nous ont pas permis de mener l'évaluation « en temps réel », c'est-à-dire de manière parallèle à la mise en place du projet pilote. Nous n'avons pas pu obtenir tous les renseignements souhaités, particulièrement dans un contexte d'évaluation non-expérimental, ce qui a eu des répercussions à deux niveaux. Premièrement, malgré l'appareil méthodologique utilisé, il demeure possible qu'un biais de sélection soit opératoire et que les résultats sur l'impact et le rendement du programme en soient affectés. Un meilleur contrôle des variables potentielles de confusion (ex. : maintien du lien d'emploi) aurait pu générer des résultats différents. Cependant, l'ampleur de l'impact du programme et le nombre élevé de variables prises en compte suggèrent qu'il est peu probable que les conclusions aient été drastiquement différentes en présence d'informations encore plus exhaustives. Deuxièmement, certains volets de l'étude (enquête auprès des employeurs, enquête auprès des médecins, cas traceurs) n'ont pas pu produire des résultats assez riches pour permettre de bien appréhender, ce qui limite la dynamique de production des effets observés et du point de vue de deux catégories d'acteurs-clés (employeurs, médecins).

Par ailleurs, la population étudiée s'est avérée différente de la population-cible du programme PRÉVICAP qui devait être examinée à deux égards : 1) les travailleurs ont été référés ou pris en charge par le programme tardivement, ce qui contrevient à un des fondements de ce type d'intervention; et 2) le nombre de travailleurs inclus dans les analyses principales d'impact et de rendement a été plus faible que prévu étant donné le plus petit volume de cas référés ou pris en charge par le programme. L'évaluation a donc porté sur une population de travailleurs se trouvant déjà en situation d'incapacité prolongée, ce qui rend plus difficile la comparaison de nos résultats à ceux d'évaluations antérieures, mais qui offre en même temps une piste de solution pour ce type de travailleurs. Afin d'inclure dans l'évaluation un nombre suffisant de cas PRÉVICAP dans l'évaluation, nous avons inclus les cas référés en période de rodage (2001) et ceux référés après la fin du projet-pilote (2004). Il est possible que le processus de référence des cas ainsi que la prestation du programme aient été différentes au cours de ces périodes.

Finalement, nous souhaitons investiguer le(s) profil(s) de travailleurs pour lesquels le programme PRÉVICAP produit les meilleurs résultats. Les caractéristiques qui semblent favoriser une plus grande efficacité du programme ont été présentées à la section 4.5.1. Le caractère exploratoire de ces analyses ainsi que l'impossibilité de prendre en compte d'autres facteurs pouvant contribuer au succès du programme (ex. : motivation du travailleur et de l'employeur pour la participation au programme) nous empêchent d'émettre des recommandations fermes en termes de critères de ciblage dans l'éventualité où le programme PRÉVICAP serait implanté à l'échelle provinciale.

En résumé, l'évaluation suggère que le programme PRÉVICAP est efficace et est, malgré son coût assez élevé, au moins aussi rentable que la prise en charge conventionnelle pour des travailleurs indemnisés pour LMS depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois.

Ces résultats pourront contribuer à la prise de décision autour de la pertinence et du processus d'implantation d'un programme de type PRÉVICAP en vue de favoriser le retour au travail d'individus en situation d'incapacité prolongée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Commission de la Santé et Sécurité du Travail, *Statistiques sur les lésions en «ITE» du système musculosquelettique: 2004-2007*. CSST, 2008.
2. Commission de la Santé et Sécurité du Travail, *Statistiques sur les affections vertébrales: 2004-2007*. CSST, 2008.
3. Brunner, F., et al., *Non-specific Low Back Pain*, in *Spinal disorders*, S.B. Heidelberg, Editor. 2008: Berlin. p. 585-601.
4. Commission de la santé et sécurité au travail, *Statistiques sur les affections vertébrales: 2000-2003*. CSST, 2004.
5. Commission de la Santé et Sécurité du Travail, *Statistiques sur les lésions en «ITE» du système musculosquelettique: 2000-2003*. CSST, 2004.
6. Commission de la Santé et Sécurité du Travail, *Rapport annuel d'activités*. Commission de la Santé et Sécurité du Travail, 2005.
7. Tüzün, E.H., *Quality of life in chronic musculoskeletal pain*. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 2007. **21**(3): p. 567-579.
8. Hartvigsen, J., et al., *Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies*. Occupational & Environmental Medicine, 2004. **61**(1): p. e2.
9. Fishbain, D.A., et al., *Chronic Pain-Associated Depression: Antecedent or Consequence of Chronic Pain? A Review*. The Clinical Journal of Pain, 1997. **13**(2): p. 116.
10. Shaw, W.S., et al., *Reducing sickness absence from work due to low back pain: how well do intervention strategies match modifiable risk factors?* Journal of Occupational Rehabilitation, 2006. **16**(4): p. 591-605.
11. Briand, C., et al., *How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability ?* J Occup Rehabil, 2008. **18**: p. 207-217.
12. Van Geen, J.W., et al., *The long-term effect of multidisciplinary back training: A systematic review*. Spine, 2007. **32**(2): p. 249-255.
13. Sjostrom, R., M. Alricsson, and R. Asplund, *Back to work: An evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme with emphasis on musculoskeletal disorders. A two-year follow-up*. Disability & Rehabilitation, 2008. **30**(9): p. 649 - 655.
14. Oyeflaten, I., M. Hysing, and H.R. Eriksen, *Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation*. Journal of Rehabilitation Medicine, 2008. **40**(7): p. 548-554.
15. Norrefalk, J.R., et al., *A 6-year follow-up study of 122 patients attending a multiprofessional rehabilitation programme for persistent musculoskeletal-related pain*. International Journal of Rehabilitation Research, 2007. **30**(1): p. 9-18.
16. Norrefalk, J.R., et al., *Evaluation of a multiprofessional rehabilitation programme for persistent musculoskeletal-related pain: economic benefits of return to work*. Journal of Rehabilitation Medicine, 2008. **40**(1): p. 15-22.
17. Lambeek, L.C., et al., *Multidisciplinary outpatient care program for patients with chronic low back pain: Design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study*. BMC Public Health, 2007. **7**(254).
18. Bongers, P.M., et al., *Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio*

- behavioural perspective (part II)*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2006. **16**(3): p. 279-302.
19. Storro, S., J. Moen, and S. Svebak, *Effects on sick-leave of a multidisciplinary rehabilitation programme for chronic low back, neck or shoulder pain: comparison with usual treatment*. Journal of Rehabilitation Medicine, 2004. **36**(1): p. 12-6.
 20. Patrick, L.E., E.M. Altmaier, and E.M. Found, *Long-term outcomes in multidisciplinary treatment of chronic low back pain: results of a 13-year follow-up*. Spine, 2004. **29**(8): p. 850-5.
 21. Koopman, F.S., et al., *Effectiveness of a multidisciplinary occupational training program for chronic low back pain: a prospective cohort study*. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2004. **83**(2): p. 94-103.
 22. Karjalainen, K., et al., *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003(2): p. CD002193.
 23. Guzman, J., et al., *Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006(2): p. CD000963.
 24. Jensen, I.B., et al., *A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain*. Pain, 2005. **115**(3): p. 273-83.
 25. Feuerstein, M., et al., *Multicomponent intervention for work-related upper extremity disorders*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2000. **10**(1): p. 71-83.
 26. Franche, R.L., et al., *Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature*. J Occup Rehabil, 2005. **15**(4): p. 607-31.
 27. Baril, R., et al., *Work-ready group. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces*. Social Science & Medicine, 2003(57): p. 2101-14.
 28. Shaw, W.S., et al., *Training to optimize the response of supervisors to work injuries-needs assessment, design, and evaluation*. AAOHN Journal, 2006. **54**(5): p. 226-35.
 29. van Duijn, M., et al., *Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints*. Journal of Rehabilitation Medicine, 2008. **40**(7): p. 576-81.
 30. Schultz, I.Z., et al., *A prospective study of the effectiveness of early intervention with high-risk back-injured workers--a pilot study*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2008. **18**(2): p. 140-51.
 31. Durand, M.J. and P. Loisel, *Therapeutic Return to Work: Rehabilitation in the workplace*. Work, 2001. **17**(1): p. 57-63.
 32. Krause, N., L.K. Dasinger, and F. Neuhauser, *Modified work and returns to work - a review of the literature*. Journal of Occupational Rehabilitation, 1998. **8**(2): p. 113-139.
 33. Anema, J.R., et al., *The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months*. Occup Environ Med, 2004. **61**(4): p. 289-94.
 34. Anema, J.R., et al., *Participatory ergonomics as a return-to-work intervention: a future challenge?* Am J Ind Med, 2003. **44**(3): p. 273-81.
 35. Franche, R.L., et al., *Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2005. **15**(4): p. 607-31.

36. Williams, R.M., et al., *Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: a systematic review*. Disability & Rehabilitation, 2007. **29**(8): p. 607-24.
37. Williams, R.M., et al., *Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related upper extremity disorders: a systematic review*. Journal of Hand Therapy, 2004. **17**(2): p. 267-73.
38. Durand, M.J., et al., *Workplace interventions for workers with musculoskeletal disabilities: a descriptive review of content*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2007. **17**(1): p. 123-36.
39. Amick, I.B.C., et al., *Effect of Office Ergonomics Intervention on Reducing Musculoskeletal Symptoms*. Spine, 2003. **28**(24): p. 2706-2711.
40. Arnetz, B.B., et al., *Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study*. J Occup Environ Med, 2003. **45**(5): p. 499-506.
41. Anema, J.R., et al., *Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial*. Spine, 2007. **32**(3): p. 291-8; discussion 299-300.
42. Loisel, P., et al., *Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2005. **15**(4): p. 581-90.
43. Shaw, W., et al., *A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2008. **18**(1): p. 2-15.
44. Corbière, M. and J. Shen, *A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries*. Can J Commun Mental Health, 2006. **25**(2): p. 261-88.
45. MacEachen, E., et al., *Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2006. **32**(4): p. 257-69.
46. Costa-Black, K.M., et al., *Interdisciplinary team discussion on work environment issues related to low back disability: a multiple case study*. Work, 2007. **28**(3): p. 249-65.
47. Loisel, P., et al., *Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study*. Occup Environ Med, 1994. **51**(9): p. 597-602.
48. Staal, J.B., et al., *Return-to-work interventions for low back pain: a descriptive review of contents and concepts of working mechanisms*. Sports Med, 2002. **32**(4): p. 251-67.
49. Franche, R.L., et al., *Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research*. J Occup Rehabil, 2005. **15**(4): p. 525-42.
50. Loisel, P., et al., *Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2005. **15**(4): p. 507-24.
51. Young, A., et al., *Return-to-work outcomes following work disability: Stakeholder motivations, interests, and concerns*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2005. **15**: p. 543-56.
52. Durand, M.J. and P. Loisel, *La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique*. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 2001. **3**(2): p. 1-14.

53. Durand, M.J., et al., *Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain*. *Work*, 2003. **21**(3): p. 233-42.
54. Loisel, P., et al., *From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience*. *Clinical Journal of Pain*, 2003. **19**(2): p. 105-113.
55. Loisel, P., et al., *A population-based, randomized clinical trial on back pain management*. *Spine*, 1997. **22**(24): p. 2911-8.
56. Loisel, P., et al., *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: A six year follow up study*. *Occupational and Environmental Medicine*, 2002. **59**(12): p. 807-815.
57. Steenstra, I.A., et al., *Cost effectiveness of a multi-stage return to work program for workers on sick leave due to low back pain, design of a population based controlled trial [ISRCTN60233560]*. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2003. **4**: p. 26.
58. Steenstra, I.A., et al., *The effectiveness of graded activity for low back pain in occupational healthcare*. *Occupational and Environmental Medicine*, 2006. **63**(11): p. 718-725.
59. Steenstra, I.A., et al., *Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2006. **16**(4): p. 557-78.
60. Anema, J.R., et al., *Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: Graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial*. *Spine*, 2007. **32**(3): p. 291-298.
61. Durand, M.J., et al., *Travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie. Évaluation de l'implantation d'un programme de collaboration précoce en réadaptation*. Études et recherches R-489, IRSST, 2007: p. 91.
62. Krause, N., et al., *Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research*. *Am J Ind Med*, 2001. **40**(4): p. 464-84.
63. Weir, R. and W.R. Nielson, *Interventions for disability management*. *Clin J Pain*, 2001. **17**(4 Suppl): p. S128-32.
64. Baldwin, M.L., W.G. Johnson, and R.J. Butler, *The error of using returns-to-work to measure the outcomes of health care*. *Am J Ind Med*, 1996. **29**(6): p. 632-641.

ANNEXES

Annexe 1 – Procédure de collecte des données par entrevue

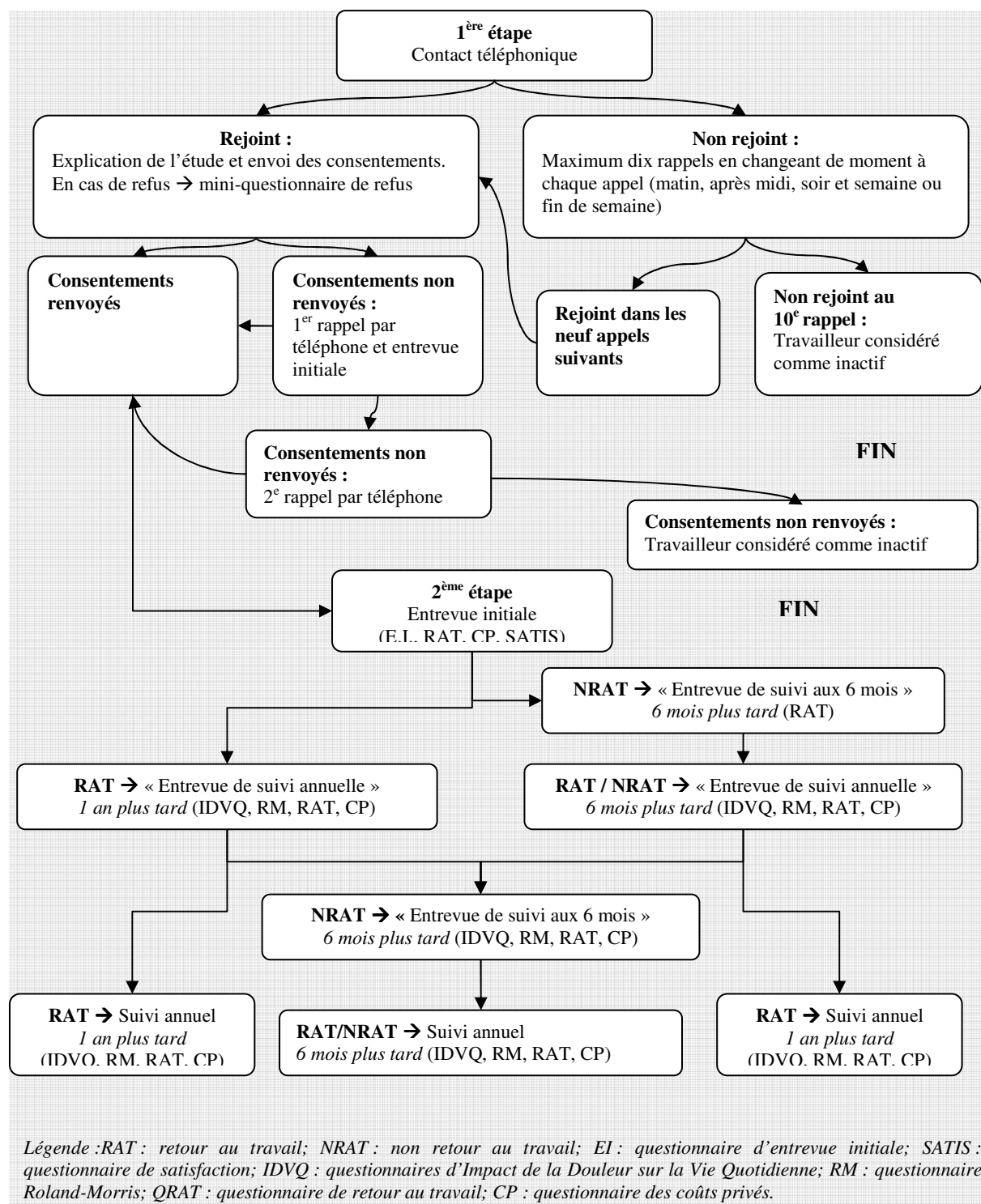


Figure 11 – Administration des questionnaires et suivi

Annexe 2 – Liste des variables utilisées dans les analyses d'impact et économiques

VARIABLES PAR BLOC	OPÉRATIONNALISATION
BLOC 1 : Caractéristiques des travailleurs	
▪ Sexe	Féminin / Masculin
▪ Situation familiale	Travailleur célibataire ou famille monoparentale, Travailleur avec conjoint à charge, Travailleur avec conjoint non à charge
▪ Âge du travailleur	Calculé au moment de l'évènement
▪ Nombre de personnes à charge	Calculé selon l'impôt
▪ Profession ou métier exercé au moment de l'évènement	Selon la classification CLP de Statistique Canada ou recodé en grandes catégories
▪ Secteur d'activité	
▪ Base de salaire brut qui permet le calcul de l'IRR	En 5 catégories (15 250 \$ ou moins, 15 251-24 999 \$, 25 000-34 999 \$, ...)
▪ Revenu annuel brut personnel selon le travailleur	En 9 catégories (moins de 10 000 \$, 10 001-20 000 \$, 20 001-30 000 \$, ...)
▪ Revenu annuel brut du ménage selon le travailleur	En 9 catégories (moins de 10 000 \$, 10 001-20 000 \$, 20 001-30 000 \$, ...)
▪ Perception de sa situation économique par rapport aux gens de son âge	À l'aise financièrement, revenus suffisants pour ses besoins, pauvre, très pauvre, Ne sait pas
▪ Code du régime de cotisation	Rétrospectif, taux personnalisés, taux de l'unité
▪ Nature du contrat de travail au moment de l'évènement	Temps plein, temps partiel, sur appel, saisonnier, contrat à durée déterminée
▪ Statut d'emploi au moment de l'évènement	Permanent à temps plein, permanent à temps partiel, temporaire à durée déterminée, temporaire à durée indéterminée
▪ Mode de rémunération	À l'heure, à la semaine, etc., au pourboire, à la commission, au forfait.
▪ Nombre d'heures travaillées par semaine	0-16 heures, 17-32 heures, 33-40 heures, plus de 51 heures
▪ Nombre d'années d'expérience dans le métier	Moins d'un an, 1 mois-1 an, 1 an-5 ans, plus de 5 ans
▪ Nombre d'années d'expérience chez l'employeur	Moins d'un an, 1 mois-1 an, 1 an-5 ans, plus de 5 ans
▪ Taille de l'entreprise	1 à 20, 21 à 100, 101 à 500, plus de 500
▪ Programme de prévention des lésions professionnelles ou de réinsertion dans l'entreprise	Oui / Non / Ne sait pas
▪ Syndiqué au moment de l'évènement	Oui / Non
▪ Perception de l'effort physique de l'emploi	Aucun, petit, moyen ou grand effort physique
▪ Niveau de satisfaction avec le travail au moment de l'évènement	Pas du tout, peu, assez ou très satisfait
▪ Moyen de transport utilisé pour se rendre au travail	Voiture, camion ou véhicule de l'entreprise, transport en commun, vélo, à pied, moyens de transport combinés
▪ Nombre de kilomètres entre le domicile et le lieu de travail	En 7 catégories (0-4 km, 5-14 km, 15-19 km, ...)
▪ Police d'assurance privée ou collective en plus de celle garantie par la CSST	Oui / Non
▪ Police d'assurance privée ou collective couvre les médicaments?	Oui / Non
▪ Police d'assurance privée ou collective couvre les soins médicaux?	Oui / Non
▪ Police d'assurance privée ou collective couvre les soins dentaires?	Oui / Non
▪ Né au Canada	Oui / Non
▪ Pays d'origine si né ailleurs	
▪ Nombre d'années de résidence au Canada si né ailleurs	Moins d'un an, 1-5 ans, 6-10 ans, plus de 10 ans

BLOC 2 : Historique du travailleur

- | | |
|--|---|
| ▪ Chirurgie au même siège de lésion avant l'évènement | Oui / Non |
| ▪ Consultation pour un problème au même siège dans les 12 mois avant l'évènement | Oui / Non |
| ▪ Arrêt de travail pour un problème au même siège dans les 12 mois avant l'évènement | Oui / Non |
| ▪ Consultation pour un problème d'os, d'arthrite, d'arthrose, d'usure dans les 12 mois avant l'évènement | Oui / Non |
| ▪ Consultation pour une maladie pulmonaire dans les 12 mois avant l'évènement | Oui / Non |
| ▪ Consultation pour une maladie cardiaque ou de l'hypertension dans les 12 mois avant l'évènement | Oui / Non |
| ▪ Consultation pour le diabète dans les 12 mois avant l'évènement | Oui / Non |
| ▪ Consultation pour une autre maladie dans les 12 mois avant l'évènement + laquelle | Oui / Non et autres maladies recodées en catégories |
| ▪ Historique d'indemnisation dans l'année précédant l'évènement | Oui / Non et durée moyenne de l'historique |
| ▪ Historique d'indemnisation dans les 5 dernières années précédant l'évènement | Oui / Non et durée moyenne de l'historique |
| ▪ Historique d'indemnisation dans les 10 dernières années précédant l'évènement | Oui / Non et durée moyenne de l'historique |
| ▪ Évènement d'origine avant l'évènement à l'étude | Oui / Non |
| ▪ Nombre de récurrences avant l'évènement à l'étude | |
| ▪ Évènement d'origine dans l'année précédant l'évènement à l'étude | Oui / Non |
| ▪ Nombre de récurrences dans l'année précédant l'évènement à l'étude | |
| ▪ Évènement d'origine dans les 5 dernières années précédant l'évènement à l'étude | Oui / Non |
| ▪ Nombre de récurrences dans les 5 dernières années précédant l'évènement à l'étude | |
| ▪ Évènement d'origine dans les 10 dernières années précédant l'évènement à l'étude | Oui / Non |
| ▪ Nombre de récurrences dans les 10 dernières années précédant l'évènement à l'étude | |

BLOC 3 : Évènement à l'étude

- | | |
|--|--|
| ▪ Direction régionale assignée | Code de l'unité administrative principale
Hôpital Charles-Lemoyne (Monterégie),
Centre de Réadaptation Lucie Bruneau
(Montréal), Centre de Réadaptation La
Maison (Abitibi), Institut de Réadaptation en
Déficience Physique du Québec (Québec) |
| ▪ Centre de réadaptation (travailleurs PRÉVICAP) | |
| ▪ Nature de la lésion | Code CSST |
| ▪ Siège de la lésion | Code CSST ou catégorie |
| ▪ Côté de la lésion | Gauche, droite, les deux |
| ▪ Dominance | Gaucher, droitier, ambidextre |
| ▪ Intensité de la douleur 4 semaines après l'évènement et à l'EI | Échelle EVA de 0 à 100 |
| ▪ Perception de la gravité de la lésion 4 semaines après l'évènement et à l'EI | Échelle de 0 (pas grave du tout) à 10 (très grave) |
| ▪ Temps le travailleur pense encore être en arrêt 4 semaines après l'évènement | Au plus encore 2 semaines, entre
2 semaines et 3 mois, entre 3 et 6 mois, plus
de 6 mois, je n'en ai aucune idée |
| ▪ Score Dallas du retentissement de la douleur sur les activités quotidiennes 4 semaines après l'évènement et à l'EI | |
| ▪ Score Dallas du retentissement de la douleur sur le travail et les loisirs 4 semaines après l'évènement et à l'EI | |
| ▪ Score Dallas du retentissement de la douleur sur l'anxiété/la dépression 4 semaines après l'évènement et à l'EI | |
| ▪ Score Dallas du retentissement de la douleur sur le comportement social 4 semaines après l'évènement et à l'EI | |
| ▪ Score du Roland-Morris au DSHT et à l'EI | |
| ▪ Score de l'IDVQ au DSHT et à l'EI | |
| ▪ Score du FABQPA (Physical Activities) à l'EI | |
| ▪ Score du FABQW (Work) à l'EI | |
| ▪ Score de l'APGAR au DSHT | |
| ▪ Année de l'évènement | 2000 à 2004 |

▪ Type d'évènement (évènement d'origine ou rechute)	Évènement initial (900), récédive / rechute (892 à 852)
▪ Catégorie d'évènement	Lésion professionnelle due à un évènement, rechute suite à une lésion professionnelle due à un évènement, maladie professionnelle, rechute suite à une maladie professionnelle
▪ Maladie professionnelle	Oui / Non
▪ Prise en charge	Conventionnelle ou PRÉVICAP
▪	

BLOC 4 : Retour au travail

▪ Retour au travail d'au moins 3 jours au poste préléSIONnel	Oui / Non et délai entre évènement et RAT
▪ Retour au travail d'au moins 3 jours à n'importe quel poste	Oui / Non et délai entre évènement et RAT
▪ Retour au travail d'au moins 4 semaines au poste préléSIONnel	Oui / Non et délai entre évènement et RAT
▪ Retour au travail d'au moins 4 semaines à n'importe quel poste	Oui / Non et délai entre évènement et RAT
▪ Retour au travail d'au moins 6 mois au poste préléSIONnel	Oui / Non et délai entre évènement et RAT
▪ Retour au travail d'au moins 6 mois à n'importe quel poste	Oui / Non et délai entre évènement et RAT
▪ Statut d'emploi à 6, 12, 18 et 24 mois postévènement	Même ou autre employeur et même poste ou non avec ou sans modifications
▪ Nombre de retours au travail à 6, 12, 18 et 24 mois postévènement	0 à 4
▪ Type de RAT à 6, 12, 18 et 24 mois postévènement en considérant l'historique	Travaille et en est à son 1 ^{er} RAT, travaille et en est à son 2 ^e RAT, travaille et en est à son 3 ^e RAT, en arrêt de travail et a fait 0 tentative, en arrêt de travail et a fait 1 tentative, en arrêt de travail et a fait 2 tentatives, en arrêt de travail et a fait 3 tentatives
▪ Nombre de jours entre la réception du dossier et le DSHT	
▪ Nombre de jours entre le DSHT et le début de la prise en charge chez PRÉVICAP	
▪ Nombre de jours entre le DSHT et la fin de la prise en charge chez PRÉVICAP	
▪ Nombre de jours entre l'envoi du rapport DSHT au médecin et l'autorisation de l'assureur	
▪ Nombre de jours entre l'envoi du rapport DSHT au médecin et l'autorisation du médecin	
▪ Nombre de jours entre le début de la prise en charge PRÉVICAP et la fin de la prise en charge chez PRÉVICAP	
▪ Nombre de jours entre l'évènement et la réception du dossier chez PRÉVICAP	
▪ Nombre de jours entre l'évènement et le DSHT	
▪ Nombre de jours entre l'évènement et le début de la prise en charge chez PRÉVICAP	
▪ Nombre de jours entre l'évènement et la fin de la prise en charge chez PRÉVICAP	
▪ Nombre de jours entre le 1 ^{er} versement d'IRR suite à l'évènement et le dernier jour du dernier versement d'IRR	
▪ Somme de tous les jours indemnisés depuis l'évènement pour une même lésion jusqu'à la fin de la consolidation médicale sur une fenêtre de 2 ans	
▪ Somme de tous les jours indemnisés depuis l'évènement pour une même lésion à 6, 12, 18 et 24 mois postévènement	

BLOC 5 : Frais de la réparation pris en charge par la CSST

▪ Montants déboursés pour les frais médicaux	Par année (1 ^{ère} , 2 ^e et 3 ^e année) et total
▪ Montants déboursés pour les frais forfaitaires	Par année (1 ^{ère} , 2 ^e et 3 ^e année) et total
▪ Montants déboursés pour les frais de réadaptation	Par année (1 ^{ère} , 2 ^e et 3 ^e année) et total
▪ Montants déboursés pour les autres frais	Par année (1 ^{ère} , 2 ^e et 3 ^e année) et total

BLOC 6 : Intervention PRÉVICAP

▪ Heures de prestation de service	Description par centre, par période et par type d'activité
▪ Nombre d'intervenants de professions différentes qui sont intervenus au dossier d'un travailleur	En catégories et par centre PRÉVICAP

- Nombre d'interventions reçues
- Type d'interventions et de traitements reçus

BLOC 7 : Indemnités de remplacement du revenu (IRR)

- Montants déboursés par la CSST pour les indemnités de remplacement du revenu , Par année (1^{ère}, 2^e et 3^e année) et total

BLOC 8 : Contestations

- Contestation au BEM Indicateur de contestation au BEM
- Contestation au RA Indicateur de contestation au RA
- Contestation à la CLP Indicateur de contestation à la CLP

BLOC 9 : Satisfaction

- Satisfaction à l'égard des services reçus du médecin traitant Pas du tout, peu, assez et très satisfait
- Satisfaction à l'égard de l'information reçue par le médecin traitant sur la nature de la blessure Pas du tout, peu, assez et très satisfait
- Satisfaction à l'égard de l'information reçue par le médecin traitant sur les activités à entreprendre pour faciliter la guérison Pas du tout, peu, assez et très satisfait
- Nombre d'agents CSST qui se sont occupés du dossier Un, deux, plus de 2, plusieurs mais ne sait plus combien
- Satisfaction à l'égard des explications données par la CSST sur ses décisions de la CSST Pas du tout, peu, assez bien et très bien expliquées
- Satisfaction à l'égard de la politesse des agents de la CSST Jamais, rarement, la plupart du temps, toujours
- Satisfaction à l'égard de l'écoute des agents Jamais, rarement, la plupart du temps, toujours
- Satisfaction à l'égard des informations données par les agents Jamais, rarement, la plupart du temps, toujours
- Satisfaction à l'égard de la clarté des informations données Jamais, rarement, la plupart du temps, toujours
- Satisfaction à l'égard de la compréhension de la situation par les agents Jamais, rarement, la plupart du temps, toujours
- Confiance accordée aux agents pour obtenir ce à quoi ils avaient droits Jamais, rarement, la plupart du temps, toujours
- Satisfaction à l'égard des solutions proposées par les agents Jamais, rarement, la plupart du temps, toujours
- Satisfaction générale à l'égard des services reçus des agents Pas du tout, peu, assez et très satisfait
- A eu connaissance des démarches de la CSST pour l'aider à retourner au travail? Oui / Non
- A été informé des démarches de la CSST à ce sujet? Oui / Non
- Sentiment d'avoir été aidé Oui / Non
- Sentiment d'avoir été compris Oui / Non
- Services de réadaptation reçus Oui / Non
- Sentiment d'avoir participé à la préparation de sa réadaptation Oui / Non
- Satisfaction à l'égard des services de réadaptation reçus Oui / Non
- Au moins un rendez-vous dans un centre PRÉVICAP pour une évaluation, des traitements ou des services Oui / Non
- Satisfaction à l'égard des services et des traitements reçus chez PRÉVICAP Pas du tout, peu, assez et très satisfait
- Satisfaction à l'égard de l'information reçue de PRÉVICAP sur la nature de la blessure Pas du tout, peu, assez et très satisfait
- Satisfaction à l'égard de l'information reçue de PRÉVICAP sur les activités à entreprendre pour faciliter la guérison Pas du tout, peu, assez et très satisfait
- Satisfaction à l'égard de l'intervention en milieu de travail réalisée par PRÉVICAP Pas du tout, peu, assez et très satisfait
- Sentiment que les service PRÉVICAP l'ont aidé à retourner au travail Oui / Non
- Éléments appréciés par les travailleurs chez PRÉVICAP Regroupés en grandes catégories
- Éléments moins appréciés par les travailleurs chez PRÉVICAP Regroupés en grandes catégories

Annexe 3 – Portrait détaillé de l'ensemble des travailleurs PRÉVICAP

1. Caractéristiques des travailleurs

Tableau 43 – Emploi au moment de l'évènement

	n	%
Métier en catégories ^a		
Travailleurs spécialisés dans les services (61)	88	15,4
Travailleurs spécialisés dans la fabrication, le montage et la réparation (85)	69	12,1
Travailleurs dans le secteur du bâtiment (87)	62	10,9
Manutentionnaires et travailleurs assimilés (93)	60	10,5
Personnel d'exploitation des transports (91)	37	6,5
Personnel administratif et assimilé (41)	35	6,1
Personnel médical, techniciens en santé et personnel assimilé (31)	29	5,1
Travailleurs spécialisés dans la vente (51)	23	4
Travailleurs des industries de transformation (81/82)	20	3,5
Usineurs et travailleurs des secteurs connexes (83)	19	3,3
Enseignants et personnel assimilé (27)	16	2,8
Autres ouvriers qualifiés et conducteurs de machines (95)	11	1,9
Agriculteurs, horticulteurs et éleveurs (71)	5	0,9
Professionnels du domaine artistique, littéraire et personnel assimilé (33)	2	0,4
Mineurs, carriers, foreurs et travailleurs assimilés (77)	2	0,4
Directeur, administrateur et personnel assimilé (11)	2	0,4
Travailleur dans les sciences naturelles, techniques ou mathématiques (21)	2	0,4
Travailleur spécialisé en sciences sociales ou connexes (23)	1	0,2
Travailleurs non classés ailleurs (99)	88	15,4
Total	571	100
Secteurs d'activité principaux de l'employeur ^b		
Autres services commerciaux et personnels (21)	95	17,9
Bâtiments et travaux publics (01)	90	16,9
Commerce (16)	89	16,8
Services médicaux et sociaux (30)	51	9,6
Industrie des aliments et boissons (12)	27	5,1
Transport et entreposage (15)	27	5,1
Fabrication de produits métalliques (05)	21	4
Industrie du meuble et des articles d'ameublement (13)	14	2,6
Industrie du bois (à l'exception des scieries) (06)	14	2,6
Finances, assurances et affaires immobilières (29)	13	2,4
Imprimerie, édition et activités annexes (23)	9	1,7
Agriculture (26)	9	1,7
Fabrication de produits minéraux non métalliques (10)	8	1,5
Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique (07)	7	1,3
Administration publique (11)	6	1,1
Fabrication de produits électriques (25)	6	1,1
Enseignement et services annexes (28)	6	1,1
Communication et transport d'énergie (22)	6	1,1
Industries manufacturières diverses (32)	6	1,1
Industrie textile (20)	5	0,9

Transformation première de métaux (09)	5	0,9
Fabrication d'équipements de transport (08)	4	0,8
Industrie du papier et activités diverses (14)	3	0,6
Fabrication de machines (sauf électriques) (18)	3	0,6
Mines, carrières et puits de pétrole (04)	2	0,4
Bonneterie et habillement (27)	2	0,4
Industrie chimique (02)	2	0,4
Forêts et scieries (03)	1	0,2
Total	531	100

^a Catégorisation selon la Classification Canadienne Descriptive des Professions de 1971 utilisée par la CSST. Les chiffres entre parenthèses correspondent à la codification CCDP-1971 à deux chiffres. ^b Catégorisation selon la Classification des Activités Économiques du Québec de 1984 utilisée par la CSST. Les chiffres entre parenthèses correspondent à la codification CAEQ-1984 à deux chiffres.

2. Caractéristiques de l'évènement à l'étude

Tableau 44 – Description de l'évènement

	n	%
Nature de la lésion ^a		
Entorse, foulure ou déchirure (2100)	332	63
Tendinite (17330)	38	7,2
Ecchymose, contusion (4300)	29	5,5
Épicondylite, épitrochleite (17370)	19	3,6
Fracture (comprend dent cassée) (1200)	17	3,2
Hernie discale (17231)	14	2,7
Lombalgie, lumbago (17220)	13	2,5
Blessures ou troubles traumatiques multiples sans fracture (8902)	13	2,5
Sciatalgie, lombo-sciatalgie (17210)	9	1,7
Douleur au dos non précisée (9720)	4	0,8
Douleur, sauf au dos (9739)	3	0,6
Syndrome du canal carpien (12410)	3	0,6
Bursite (17310)	3	0,6
Maladies, états, troubles multiples (80000)	3	0,6
Tenosynovite (incluant de Quervain) (17340)	2	0,4
Luxation (comprend dislocation) (1100)	2	0,4
Coupure, lacération (avec perte de substance) (3400)	2	0,4
Autres blessures et troubles traumatiques (9900)	2	0,4
Avulsion, arrachement, déchirure (3300)	1	0,2
Brûlures multiples (5800)	1	0,2
Blessures ou troubles traumatiques multiples avec fracture (8901)	1	0,2
Blessure, trouble traumatique avec diagnostic imprécis (9790)	1	0,2
Cervicalgie (17202)	1	0,2
Conflit disco-ligamentaire (17232)	1	0,2
Dérangement intervertébral mineur (17291)	1	0,2
Myosite (17360)	1	0,2
Ne peut être classé (99990)	11	2,1
Total	527	100
Siège de la lésion ^a		
Région lombaire (23100)	252	44,1

Sièges multiples (80000)	47	8,2
Épaules (clavicule et omoplate) (21000)	45	7,9
Région dorsolombaire (23202)	28	4,9
Région dorsale (23200)	27	4,7
Région cervicale et vertèbre cervicale (11001)	25	4,4
Région lombo-sacrée (23301)	23	4
Coude(s) (olécrane, épitrochlée) (31200)	20	3,5
Dos, y compris colonne vertébrale, moelle épinière N.C.A (23900)	12	2,1
Poignet(s) (os du poignet : trapèze, carpe) (32000)	11	1,9
Région cervico-dorsale (23201)	9	1,6
Bras (du coude à l'épaule) (31100)	7	1,2
Régions dorsales multiples (23800)	7	1,2
Main(s), sauf doigt(s) seulement (33000)	5	0,9
Dos (colonne vertébrale et moelle épinière) (23000)	5	0,9
Doigt(s), sauf le pouce (34002)	4	0,7
Sièges multiples membres supérieurs (38900)	4	0,7
Avant-bras (du poignet au coude) (31300)	4	0,7
Pied(s), sauf orteil(s) seulement (43000)	4	0,7
Pouce ou pouce et autres doigts (34001)	3	0,5
Thorax (côte et organe interne) (22000)	3	0,5
Genou(x) (rotule, ménisque...) (41200)	3	0,5
Pied(s), N.C.A. (43900)	2	0,4
Région sacrée (23300)	2	0,4
Bassin (25200)	2	0,4
Aîne et région inguinale (25400)	2	0,4
Sièges multiples du tronc (28000)	2	0,4
Région crânienne, y compris crâne (1000)	1	0,2
Cuir chevelu (1200)	1	0,2
Région crânienne N.C.A (1900)	1	0,2
Région pelvienne, non précisée (25000)	1	0,2
Hanche(s) (25100)	1	0,2
Bras non précisé(s) (31000)	1	0,2
Jambe(s), non précisée(s) (41000)	1	0,2
Sièges multiples d'une des jambes (41800)	1	0,2
Cheville(s) (articulation, malléole interne et externe) (42000)	1	0,2
Sièges multiples, membres inférieurs N.C.A. (48900)	1	0,2
Systèmes N.C.A. (p. ex. évanouissement) (50009)	1	0,2
Cuisse(s) (fémur, quadriceps) (41100)	1	0,2
Ne peut être classé (99990)	1	0,2
Total	571	100

^a Catégorisation selon la classification OIIC (Occupational Injury and Illness Classification) adaptée à la CSST (code entre parenthèses).

3. Caractéristiques de la prise en charge

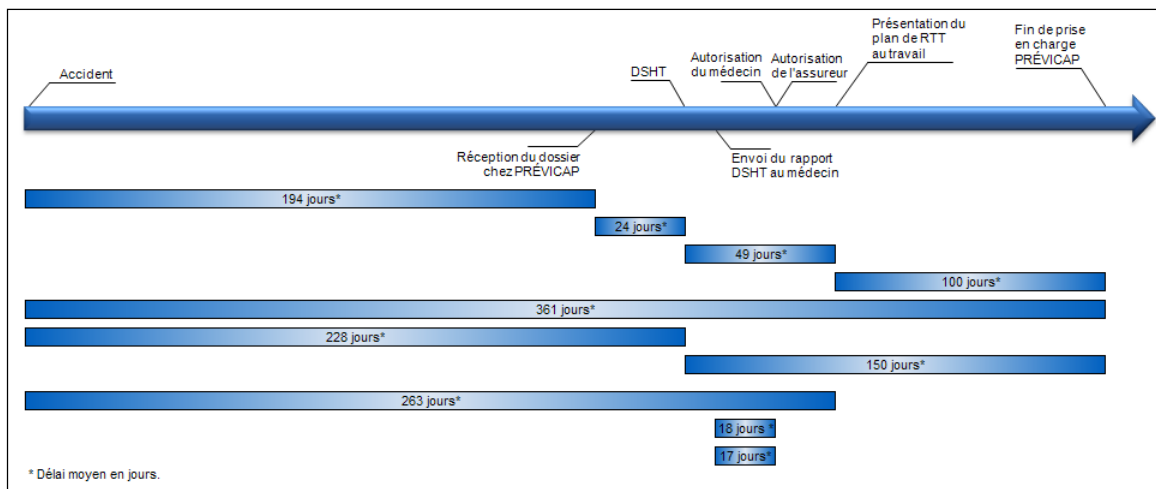


Figure 12 – Chronologie des indicateurs de prise en charge

Tableau 45 – Délais de prise en charge par centre PRÉVICAP

Indicateur	Centre	n	Moyenne (jours)	Médiane (jours)	Coefficient de variation (%) ^c	p
Nombre de jours entre l'évènement et la réception du dossier chez PRÉVICAP	HCLM		210,2	203,0	39,5	<0,0005 ^a
	IRD PQ		173,1	150,0	60,8	
	CRLB		205,9	192,0	43,4	
	CRLM		174,5	121,0	81,5	
	TOTAL	521	194,0	179,0	52,2	
Nombre de jours entre la réception du dossier chez PRÉVICAP et la réalisation du DSHT	HCLM		15,8	13,0	84,8	<0,0005 ^a
	IRD PQ		27,1	20,0	78,6	
	CRLB		27,5	20,0	116,0	
	CRLM		27,1	15,5	137,6	
	TOTAL	515	23,7	17,0	108,4	
Nombre de jours entre l'évènement et le DSHT	HCLM		254,1	225,0	52,7	<0,0005 ^b
	IRD PQ		204,1	192,0	53,1	
	CRLB		240,4	230,0	39,2	
	CRLM		183,2	134,0	63,0	
	TOTAL	562	228,2	212,5	51,3	
Nombre de jours entre le DSHT et la présentation du plan de RTT au travail ^e	HCLM		48,7	35,0	84,6	0,001 ^b
	IRD PQ		35,5	22,0	100,0	
	CRLB		60,7	47,5	72,5	
	CRLM		54,2	46,0	88,6	
	TOTAL	304	48,8	39,0	86,7	
Nombre de jours entre la présentation du plan de RTT au travail et la fin de la prise en charge chez PRÉVICAP ^e	HCLM		89,0	85,0	47,5	0,300 ^{a,d}
	IRD PQ		97,4	95,0	41,8	
	CRLB		99,3	86,5	68,6	
	CRLM		130,9	109,5	90,9	
	TOTAL	262	99,9	93,0	67,1	
Nombre de jours entre le DSHT et la fin de la prise en	HCLM		137,1	121,5	46,0	0,011 ^{a,d}
	IRaDPQ		132,9	125,0	33,1	

charge chez PRÉVICAP ^e	CRLB		160,3	146,0	52,3	
	CRLM		183,9	157,5	64,4	
	TOTAL	259	149,6	135,0	52,2	
Nombre de jours entre l'évènement et la présentation du plan de RTT au travail ^e	HCLM		274,4	257,5	34,5	
	IRD PQ		232,8	208,0	52,7	
	CRLB		288,9	286,5	32,2	<0,0005 ^a
	CRLM		248,6	212,0	49,8	
	TOTAL	308	263,3	250,0	41,2	
Nombre de jours entre l'évènement et la fin de la prise en charge chez PRÉVICAP ^e	HCLM		363,3	359,0	30,3	
	IRD PQ		313,2	308,0	30,4	
	CRLB		388,9	382,5	28,5	0,002 ^{a,d}
	CRLM		370,5	340,0	44,5	
	TOTAL	263	360,6	349,0	33,2	
Nombre de jours entre l'envoi du rapport DSHT au médecin et l'autorisation de l'assureur ^e	HCLM		15,7	7,5	168,8	
	IRD PQ		8,7	4,0	212,6	
	CRLB		25,3	15,0	151,0	0,066 ^{b,d}
	CRLM		14,8	1,0	285,8	
	TOTAL	199	17,5	7,0	198,9	
Nombre de jours entre l'envoi du rapport DSHT au médecin et l'autorisation du médecin ^e	HCLM		15,7	5,0	214,0	
	IRD PQ		10,0	5,0	179,0	
	CRLB		19,9	9,0	158,8	0,170 ^b
	CRLM		22,7	8,0	193,4	
	TOTAL	323	17,3	7,0	189,6	

^a Test de Kruskal-Wallis. ^b Test d'Anova. ^c Le coefficient de variation $\left(\frac{\text{Écart-type}}{\text{Moyenne}} * 100\right)$ est une mesure de dispersion standardisée permettant de comparer les degrés de variabilités d'un facteur entre des populations différentes ou de variables différentes au sein d'une même population.

^d Plus de 15 % de données manquantes. ^e Parmi les travailleurs ayant bénéficié du programme complet (n = 324).

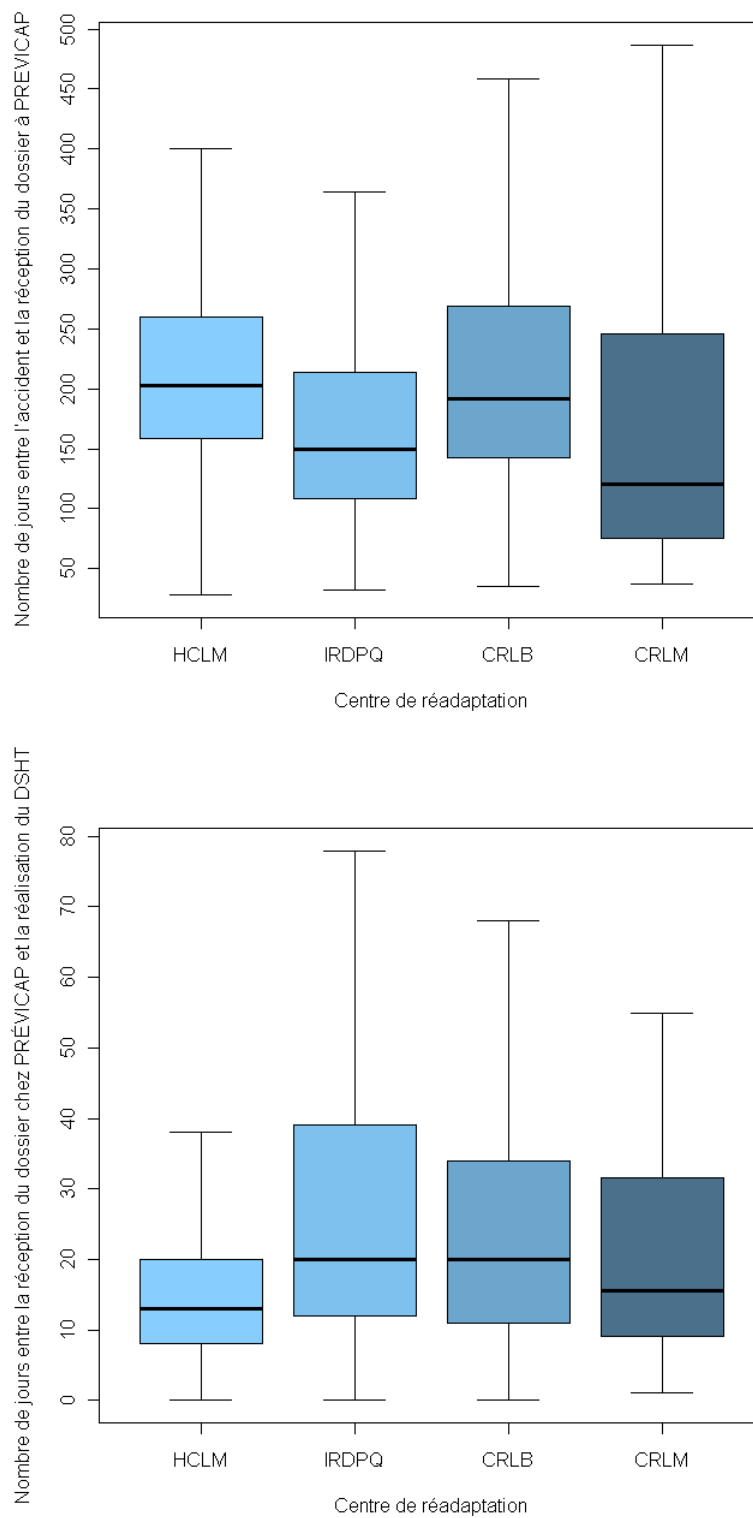


Figure 13 – Boîtes à moustaches des délais de prise en charge par centre PRÉVICAP

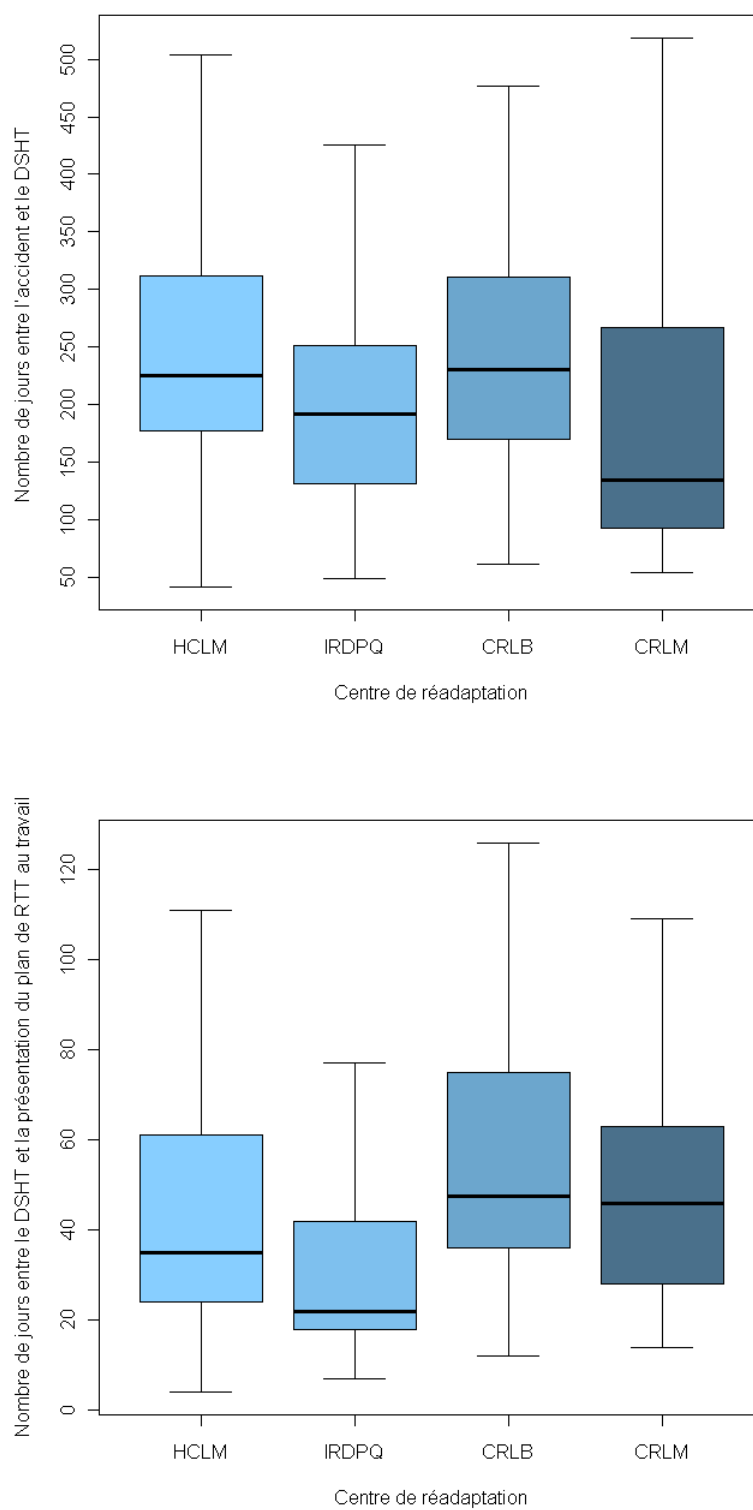


Figure 13 – Boîtes à moustaches des délais de prise en charge par centre PRÉVICAP

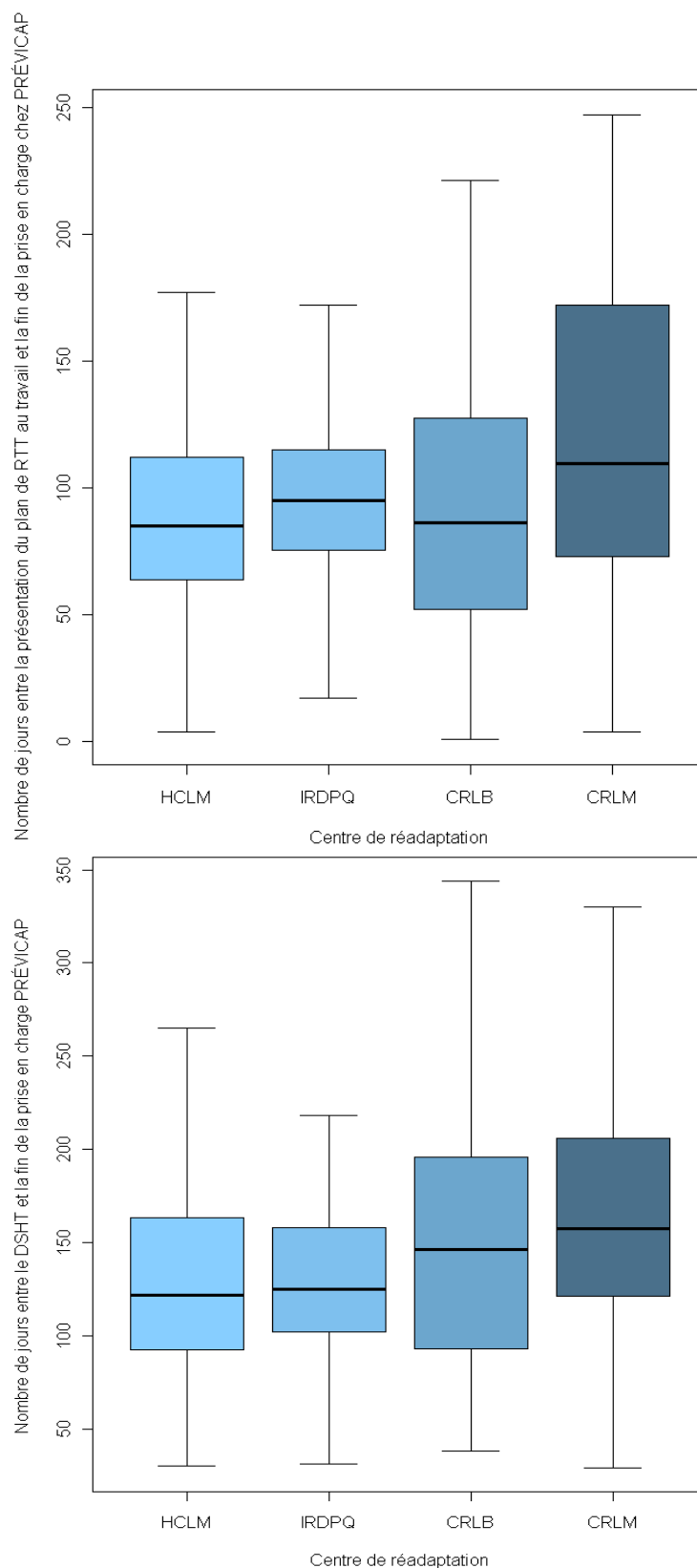


Figure 13 – Boîtes à moustaches des délais de prise en charge par centre PRÉVICAP

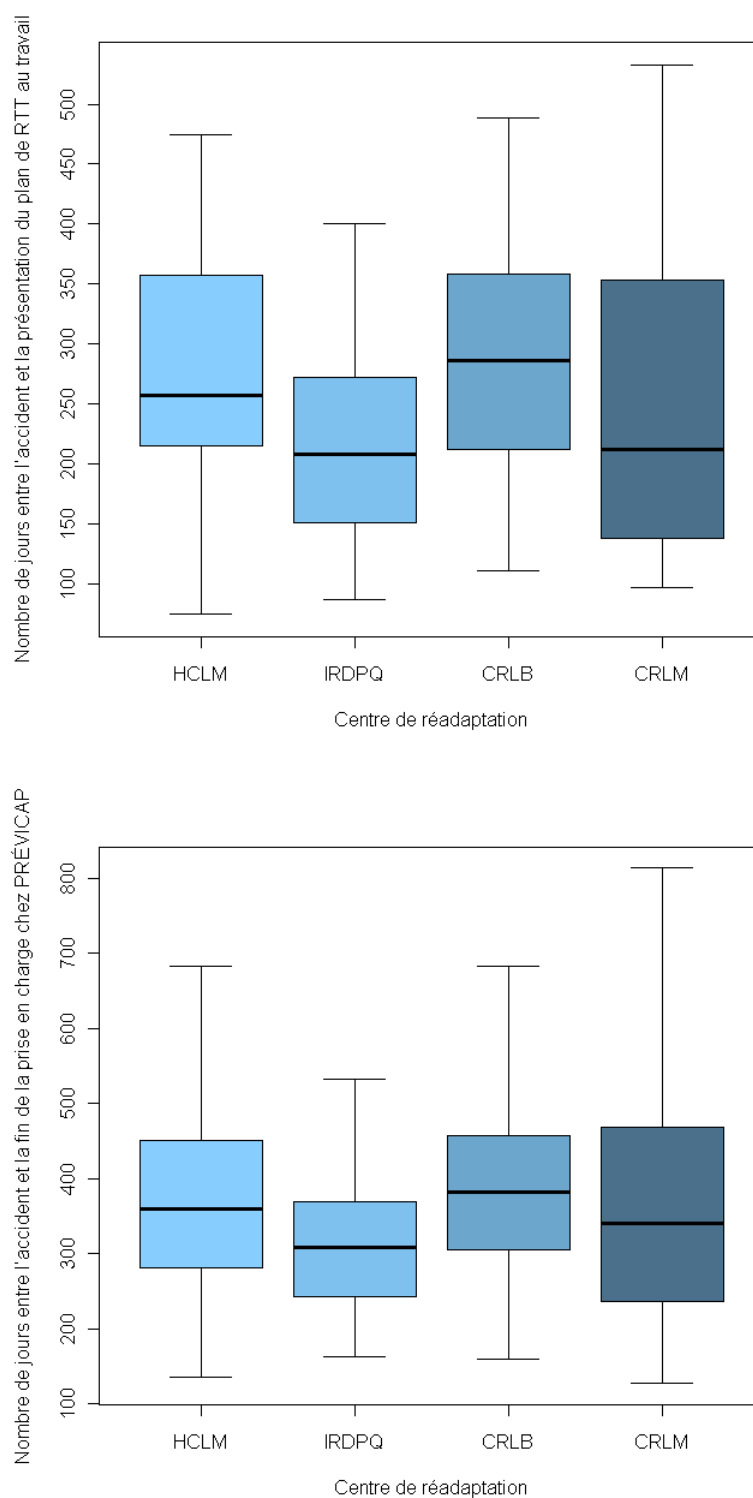


Figure 13 – Boîtes à moustaches des délais de prise en charge par centre PRÉVICAP

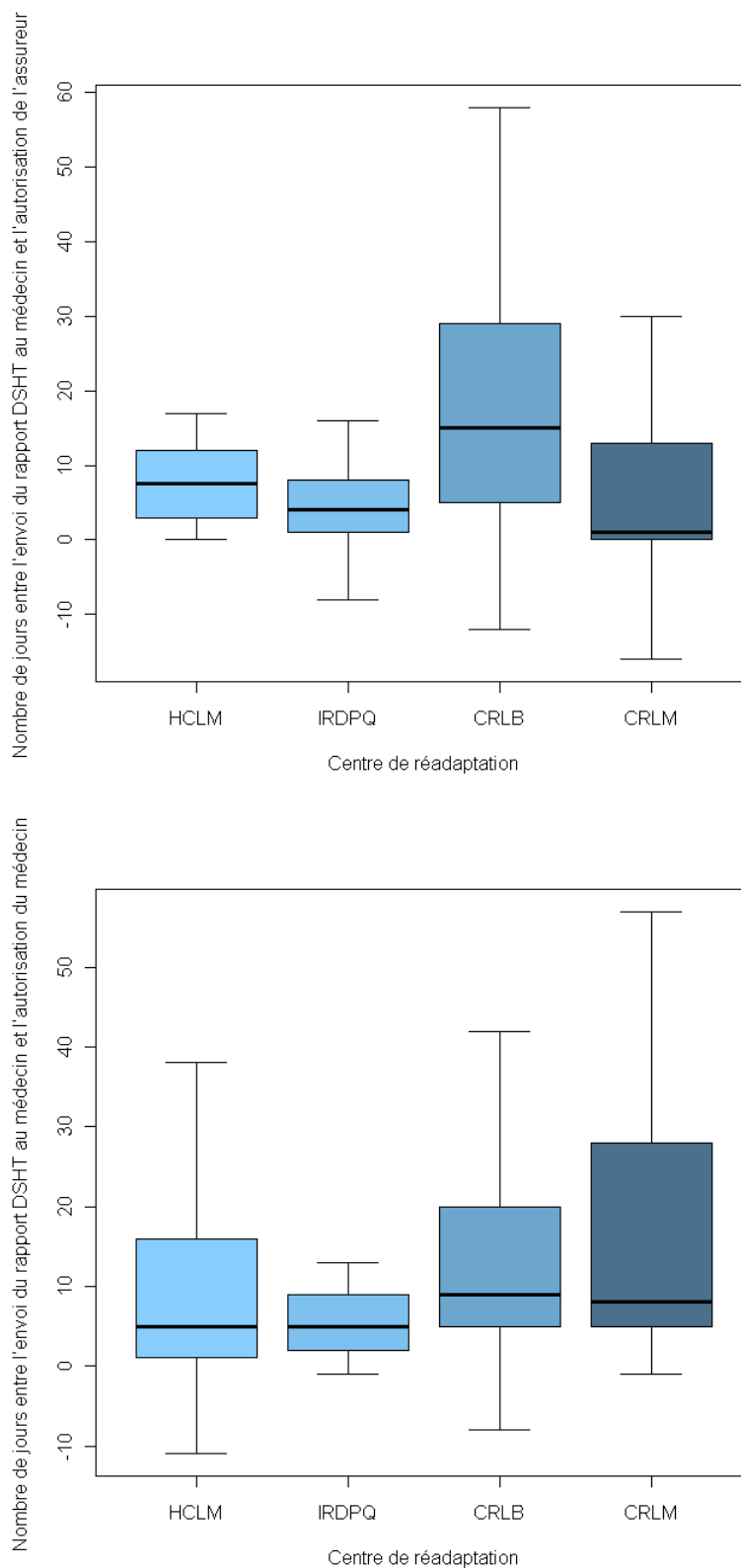


Figure 13 – Boîtes à moustaches des délais de prise en charge par centre PRÉVICAP

Annexe 4 – Comparaison des travailleurs PRÉVICAP interrogés et non interrogés

Tableau 46 – Comparaison des travailleurs PRÉVICAP interrogés et non interrogés (n = 571)

	Interrogés		Non interrogés		p
	n	%	n	%	
Sexe					
Féminin	78	45,3	130	32,6	0,004
Masculin	94	54,7	269	67,4	
Total	172	100,0	399	100,0	
Âge du travailleur à la date de l'évènement					
18 à 24 ans	9	5,2	27	6,8	0,294
25 à 49 ans	131	76,2	317	79,4	
50 ans et +	32	18,6	55	13,8	
Total	172	100,0	399	100,0	
Revenu brut annuel					
15 250\$ et moins	9	5,2	32	8,0	0,454
15 251\$-44 999\$	129	75,0	284	71,4	
45 000\$ et plus	34	19,8	82	20,6	
Total	172	100,0	398	100,0	
Nombre de personnes à charge					
Aucune	101	58,7	258	64,8	0,046
1 à 2 personnes	57	33,1	94	33,1	
3 personnes ou +	14	8,1	46	8,1	
Total	172	100,0	398	100,0	
Centre PRÉVICAP					
HCLM	57	33,1	126	31,6	0,289
CRLB	44	25,6	113	28,3	
CRLM	25	14,5	38	9,5	
IRD PQ	46	26,7	122	30,6	
Total	172	100,0	399	100,0	
Code d'unité administrative principale					
Québec (OP1600)	31	18,0	88	22,1	0,002
Chaudière-Appalaches (OP1700)	14	8,1	27	6,8	
Laval (OP2100)	12	7,0	36	9,0	
Longueuil (OP2200)	22	12,8	37	9,3	
Abitibi-Témiscamingue/ Rouyn- Noranda/ Val-d'Or (OP3100)	25	14,5	38	9,5	
Yamaska/ Ste-Hyacinthe (OP3600)	16	9,3	37	9,3	
St-Jean-sur- Richelieu (OP3900)	12	7,0	31	7,8	
Montréal 4 (OP2600-OP4200)	15	8,7	56	14,0	
Montréal 1 (OP2800-OP4300)	6	3,5	36	9,0	
Montréal 2 (OP 2400-OP 4400)	8	4,7	7	1,8	
Montréal 3 (OP 2500-OP 4500)	11	6,4	6	1,5	
Total	172	100,0	399	100,0	
Régime de cotisation de l'employeur					
Rétrospectif	20	12,6	34	9,1	0,530
Taux personnalisé	107	67,3	248	66,7	
Taux de l'unité	32	20,1	90	24,2	
Total	159	100,0	372	100,0	
Métier en catégories^a					
Personnel médical, techniciens de la santé et personnel assimilé	9	5,2	20	5,0	0,380
Personnel administratif et personnel assimilé	12	7,0	23	5,8	
Travailleurs spécialisés dans la vente	6	3,5	17	4,3	
Travailleurs spécialisés dans les services	30	17,4	58	14,5	
Travailleurs des industries de transformation	5	2,9	15	3,8	
Usineurs et travailleurs des secteurs connexes	8	4,7	11	2,8	
Travailleurs spécialisés dans la fabrication, le montage et la réparation	19	11,0	50	12,5	
Travailleurs du bâtiment	22	12,8	40	10,0	
Personnel d'exploitation des transports	8	4,7	29	7,3	

Manutentionnaires et travailleurs assimilés	10	5,8	50	12,5	
Travailleurs non classés ailleurs	43	25,0	86	21,55	
Total	172	100,0	399	100,0	
Secteur d'activité principal de l'employeur					
Bâtiments et travaux publics	26	16,4	64	17,2	0,177
Fabrication de produits en métal et première transformation des métaux	6	3,8	20	5,4	
Industrie des aliments et boissons	9	5,7	18	4,8	
Transport et entreposage	6	3,8	21	5,6	
Commerce	32	20,1	57	15,3	
Autres services commerciaux et personnels	28	17,6	67	18,0	
Services médicaux et sociaux	18	11,3	33	8,9	
Autres secteurs d'activité	34	21,4	92	24,7	
Total	159	100,0	372	100,0	
Présence d'un historique d'indemnisation dans les 5 ans précédent l'évènement					
Non	131	76,2	290	72,7	0,409
Oui	41	23,8	109	27,3	
Total	172	100,0	389	100,0	
Siège de lésion					
Dos	130	75,6	303	75,9	0,916
Cou / membres supérieurs	42	24,4	96	24,1	
Total	172	100,0	399	100,0	
Type d'évènement					
Évènement initial	163	94,8	379	5,0	0,913
Rechute / récurrence / aggravation	9	5,2	20	95,0	
Total	172	100,0	399	100,0	
Indicateur de contestation au BEM avant la prise en charge PRÉVICAP					
Non	156	92,9	357	91,8	0,735
Oui	12	7,1	32	8,2	
Total	168	100,0	389	100,0	
Indicateur de contestation à la CLP avant la prise en charge PRÉVICAP					
Non	168	100,0	386	99,2	-
Oui	0	0,0	3	0,8	
Total	168	100,0	389	100,0	

^a Catégorisation selon la Classification Canadienne Descriptive des Professions de 1971 utilisée par la CSST.

Annexe 5 – Comparaison des travailleurs selon la nature de leur prise en charge PRÉVICAP

Tableau 47 – Comparaison des travailleurs selon la nature de leur prise en charge PRÉVICAP (n = 172)

	PRÉVICAP DSHT seulement		PRÉVICAP Prise en charge complète		p
Sexe					
Femme	22	40,0	56	47,9	0,334
Homme	33	60,0	61	52,1	
Total	55	100,0	117	100,0	
Âge du travailleur à la date de l'évènement					
18-24 ans	3	5,5	6	5,1	0,004
25-49 ans	34	61,8	97	82,9	
50 ans et plus	18	32,7	14	12,0	
Total	55	100,0	111	100,0	
Revenu brut annuel					
15 250\$ et moins	2	3,6	7	6,0	0,215
15 251\$-44 999\$	38	69,1	91	77,8	
45 000\$ et plus	15	27,3	19	16,2	
Total	55	100,0	117	100,0	
Situation familiale					
Travailleur célibataire ou famille mono-parentale	33	64,7	53	50,5	0,341
Travailleur avec conjoint à charge	6	11,8	15	14,3	
Travailleur avec conjoint non à charge	12	23,5	37	35,2	
Total	51	100,0	105	100,0	
Nombre de personnes à charge					
Aucune	33	60,0	68	58,1	0,951
1 à 2 personnes	18	32,7	39	33,3	
3 personnes ou plus	4	7,3	10	8,5	
Total	55	100,0	117	100,0	
Centre PRÉVICAP					
	n		n		
HCLM	19	34,5	38	32,5	0,748
CRLB	16	29,1	28	23,9	
CRLM	6	10,9	19	16,2	
IRD PQ	14	25,5	32	27,4	
Total	55	100,0	117	100,0	
Statut d'emploi au moment de l'évènement					
Permanent à temps plein	49	89,1	108	92,3	0,529
Permanent à temps partiel	2	3,6	5	4,3	
Temporaire à durée déterminée ou indéterminée	4	7,3	4	3,4	
Total	55	100,0	117	100,0	
Régime de cotisation de l'employeur					
Rétrospectif	6	11,5	14	13,1	0,393
Taux personnalisé	39	75,0	68	63,6	
Taux de l'unité	7	13,5	25	23,4	
Total	52	100,0	117	100,0	
Taille de l'entreprise selon le travailleur					
1 à 20 employés	28	51,9	56	49,6	0,502
21 à 100 employés	20	37,0	36	31,9	
101 à 500 employés	6	11,1	18	15,9	
501 employés et plus	0	0,0	3	2,7	
Total	54	100,0	113	100,0	
Nombre d'années d'expérience chez l'employeur					
Moins d'un an	10	18,2	11	9,4	0,259
1 à 5 ans	22	40,0	51	43,6	
Plus de 5 ans	23	41,8	55	47,0	
Total	55	100,0	117	100,0	
Nombre d'années d'expérience dans le métier					

Moins d'un an	3	5,5	4	3,4	0,237
1 à 5 ans	12	21,8	15	12,8	
Plus de 5 ans	40	72,7	98	83,8	
Total	55	100,0	117	100,0	
Métiers en catégories^a					
Personnel médical, techniciens de la santé et personnel assimilé	2	3,6	8	6,8	-
Personnel administratif et personnel assimilé	3	5,5	15	12,8	
Travailleurs spécialisés dans les services	14	25,5	24	20,5	
Travailleurs de l'industrie des aliments et boissons	3	5,5	6	5,1	
Travailleurs spécialisés dans la fabrication, le montage et la réparation	6	10,9	15	12,8	
Travailleurs du bâtiment	11	20,0	18	15,4	
Personnel d'exploitation des transports	4	7,3	5	4,3	
Travailleurs non classés ailleurs	12	21,8	26	22,2	
Total	55	100,0	117	100,0	
Perception de l'effort physique de l'emploi					
Aucun / petit effort physique	3	5,5	9	7,7	0,008
Moyen effort physique	12	21,8	52	44,4	
Grand effort physique	40	72,7	56	47,9	
Total	55	100,0	117	100,0	
Présence d'un historique d'indemnisation dans les 5 ans précédent l'évènement					
Non	39	70,9	92	78,6	0,268
Oui	16	29,1	25	21,4	
Total	55	100,0	117	100,0	
Siège de lésion					
Dos	40	72,7	90	76,9	0,550
Cou / membres supérieurs	15	27,3	27	23,1	
Total	55	100,0	117	100,0	
Type d'évènement					
Évènement initial	54	98,2	109	94,8	0,168
Rechute / récurrence / aggravation	1	1,8	8	5,2	
Total	55	100,0	117	100,0	
Syndiqué au moment de l'évènement					
Oui	28	51,9	47	44,8	0,396
Non	26	48,1	58	55,2	
Total	54	100,0	105	100,0	
Contestation au BEM avant la prise en charge PRÉVICAP					
Non	47	90,4	109	94,0	0,405
Oui	5	9,6	7	6,0	
Total	52	100,0	116	100,0	

^a Catégorisation selon la Classification Canadienne Descriptive des Professions de 1971 utilisée par la CSST.

Annexe 6 – Analyses supplémentaires sur la satisfaction

Les résultats ci-dessous concernent l'ensemble des travailleurs PRÉVICAP interrogés et leurs témoins. Il s'agit donc de résultats d'analyses en intention de traiter.

Satisfaction avec les services du médecin traitant

Tableau 48 – Satisfaction avec les services du médecin traitant selon le groupe

		PRÉVICAP		TÉMOIN		p
		n		n		
Satisfaction à l'égard des services reçus de votre médecin traitant	Pas du tout/peu satisfait	16	11,4	88	16,2	<0,0005
	Assez satisfait	63	45,0	138	25,4	
	Très satisfait	61	43,6	318	58,5	
	Total	140	100,0	544	100,0	
Satisfaction à l'égard de l'information reçue sur la nature de votre blessure	Pas du tout/peu satisfait	26	18,6	109	20,0	0,017
	Assez satisfait	54	38,6	144	26,5	
	Très satisfait	60	42,9	291	53,5	
	Total	140	100,0	544	100,0	
Satisfaction à l'égard de l'information reçue sur les activités à entreprendre pour faciliter votre guérison	Pas du tout/peu satisfait	16	14,4	77	17,0	0,020
	Assez satisfait	51	45,9	145	31,9	
	Très satisfait	44	39,6	232	51,1	
	Total	111	100,0	454	100,0	
	Je n'ai pas eu d'information là-dessus	29	20,7	89	16,4	

Satisfaction avec les services des agents d'indemnisation / conseillers en réadaptation

Tableau 49 – Satisfaction/qualité des services des agents d'indemnisation/conseillers en réadaptation selon le groupe

		PRÉVICAP		TÉMOIN		p
		n		n		
Satisfaction à l'égard des explications des décisions de la CSST	Pas/Peu expliquées	39	27,9	210	38,8	0,052
	Assez bien expliquées	68	48,6	216	39,9	
	Très bien expliquées	33	23,6	115	21,3	
	Total	140	100,0	541	100,0	
Satisfaction à l'égard de la politesse des agents de la CSST	Jamais/Rarement	6	4,3	33	6,1	0,033
	La plupart du temps	21	15,0	132	24,3	
	Toujours	113	80,7	378	69,6	
	Total	140	100,0	543	100,0	
Satisfaction à l'égard du temps d'écoute des agents	Jamais/Rarement	18	12,9	98	18,2	0,008
	La plupart du temps	33	23,6	177	32,9	
	Toujours	89	63,6	263	48,9	
	Total	140	100,0	538	100,0	
Satisfaction à l'égard des informations données par les agents	Jamais/Rarement	21	15,0	154	28,6	<0,0005
	La plupart du temps	38	27,1	189	35,1	
	Toujours	81	57,9	196	36,4	
	Total	140	100,0	539	100,0	
Satisfaction à l'égard de la clarté des informations données	Jamais/Rarement	23	16,4	129	23,9	0,002
	La plupart du temps	40	28,6	204	37,8	

	Toujours	77	55,0	207	38,3	
	Total	140	100,0	540	100,0	
Satisfaction à l'égard de la compréhension des agents	Jamais/Rarement	28	20,1	195	36,2	
	La plupart du temps	39	28,1	162	30,1	
	Toujours	72	51,8	182	33,8	
	Total	139	100,0	539	100,0	<0,0005
Satisfaction quant à la confiance accordée aux agents	Jamais/Rarement	28	20,0	184	34,1	
	La plupart du temps	41	29,3	171	31,7	
	Toujours	71	50,7	185	34,3	
	Total	140	100,0	540	100,0	<0,0005
Satisfaction à l'égard des solutions proposées par les agents	Jamais/ Rarement	29	20,7	231	43,3	
	La plupart du temps	44	31,4	178	33,3	
	Toujours	67	47,9	125	23,4	
	Total	140	100,0	534	100,0	<0,0005
Satisfaction à l'égard des services reçus des agents	Pas du tout/ peu satisfait	24	17,1	158	29,1	
	Assez satisfait	61	43,6	211	38,9	
	Très satisfait	55	39,3	174	32,0	
	Total	140	100,0	543	100,0	0,016
Nombre d'agent(s) de la CSST qui se sont occupés du dossier	1 agent	23	16,4	47	8,7	
	2 agents	30	21,4	123	22,7	
	Plus de 2 agents	87	62,1	372	68,6	
	Total	140	100,0	542	100,0	0,026

Satisfaction avec les services offerts pour faciliter le retour au travail

Tableau 50 – Satisfaction avec les services offerts pour faciliter le retour au travail selon le groupe

		PRÉVICAP		TÉMOIN		p
		n		n		
Avez-vous eu connaissance de démarches de la CSST pour vous aider à retourner au travail?	Oui	110	79,7	290	54,2	<0,0005
	Non	28	20,3	245	45,8	
	Total	138	100,0	535	100,0	
Avez-vous été informé des démarches de la CSST à ce sujet?	Oui	107	97,3	250	86,2	0,001
	Non	3	2,7	40	13,8	
	Total	110	100,0	290	100,0	
Vous êtes-vous senti aidé?	Oui	83	75,5	191	65,9	0,065
	Non	27	24,5	99	34,1	
	Total	110	100,0	290	100,0	
Vous êtes-vous senti compris?	Oui	82	74,5	178	61,4	0,014
	Non	28	25,5	112	38,6	
	Total	110	100,0	290	100,0	

Satisfaction avec les services de réadaptation

Tableau 51 – Satisfaction avec les services de réadaptation selon le groupe

		PRÉVICAP		TÉMOIN		p
		n		n		
Avez-vous reçu des services de réadaptation?	Oui	125	89,3	239	44,8	<0,0005
	Non	15	10,7	295	55,2	

	Total	140	100,0	534	100,0	
Considérez-vous que vous avez participé à la préparation de votre réadaptation?	Oui	92	74,2	139	58,2	0,003
	Non	32	25,8	100	41,8	
	Total	124	100,0	239	239	
Avez-vous été satisfait des services de réadaptation reçus?	Pas du tout/peu satisfait	14	11,3	81	34,2	<0,0005
	Assez satisfait	66	53,2	74	31,2	
	Très satisfait	44	35,5	82	34,6	
	Total	124	100,0	237	100,0	

Satisfaction avec la prise en charge PRÉVICAP

Tableau 52 – Satisfaction avec les services reçus par le programme PRÉVICAP

		n	%
Vous êtes-vous rendu au moins une fois dans un centre PRÉVICAP pour une évaluation, des traitements ou services?	Oui	115	83,9
	Non	22	16,1
	Total	137	100,0
Satisfaction PRÉVICAP à l'égard de l'ensemble des services et traitements reçus	Pas du tout /peu satisfait	16	15,1
	Assez satisfait	29	27,4
	Très satisfait	61	57,5
	Total	106	100,0
Satisfaction PRÉVICAP à l'égard de l'information reçue sur la nature de la blessure	Pas du tout/peu satisfait	14	13,5
	Assez satisfait	26	25,0
	Très satisfait	64	61,5
	Total	104	100,0
Satisfaction PRÉVICAP à l'égard des informations reçues sur les activités à entreprendre pour faciliter la guérison	Pas du tout/peu satisfait	13	17,8
	Assez satisfait	31	23,3
	Très satisfait	62	58,9
	Total	106	100,0
Satisfaction PRÉVICAP à l'égard de l'intervention en milieu de travail	Pas du tout/peu satisfait	16	17,8
	Assez satisfait	21	23,3
	Très satisfait	53	58,9
	Total	90	100,0
Les services PRÉVICAP vous ont-ils aidé à retourner au travail?	Pas eu d'intervention en milieu de travail	22	19,6
	Oui	66	62,9
	Non	39	37,1
	Total	105	100,0

Tableau 53 – Liste des éléments appréciés par les travailleurs chez PRÉVICAP

Éléments appréciés par les travailleurs chez PRÉVICAP	Nombre de commentaires
Appréciation générale de l'équipe, professionnalisme, qualité du personnel	64
Qualité des exercices, de la prise en charge, soutien au niveau physique, entraînements et traitements appropriés	36
Appréciation générale de l'expérience du programme PRÉVICAP	36
Aide psychologique et soutien moral (écoute, encouragement, adaptation de la part de l'équipe...)	23

Suivi et services d'encadrement	16
Qualité et justesse des explications, informations et conseils	12
Améliorations personnelles suite au programme (meilleure condition physique, meilleure gestion de la douleur, croissance personnelle)	10
Appréciation des méthodes et des approches utilisées	4
Qualité des services de prévention	4
Autre	1
Total	181

Tableau 54 – Liste des éléments moins appréciés chez PRÉVICAP

Éléments moins appréciés du programme PRÉVICAP	Nombre de commentaires
Manque d'écoute, de soutien, de communication ou de compréhension de la part de l'équipe	15
Pression exercée sur le travailleur	12
Douleur	12
Sentiment d'être jugé par le personnel, inconfort moral ou psychologique à l'égard de l'équipe	11
Exercices inappropriés ou objectifs inadéquats	10
Difficultés extérieures au programme PRÉVICAP (CSST, employeur...)	9
Délais, rythme ou horaires non ajustés à la situation du travailleur	8
Programme inapproprié ou peu efficace	7
Absence de service personnalisé	5
Distance	4
Mauvais diagnostic médical ou traitements inadéquats	4
Incapacité à poursuivre le traitement ou le programme	3
Manque de suivi ou de soutien pour le retour au travail	3
Équipements désuets	2
Décisions prises en défaveur du travailleur, sentiment de partis pris, jeux de pouvoir	2
Autre	5
Total	112

Annexe 7 – Descriptif des entreprises

Les répondants

Nous avons demandé aux répondants quelle était leur fonction dans l'entreprise. En général, les répondants sont membres de la direction ou font partie du département des ressources humaines. Ils sont donc au courant des lésions professionnelles et de la prise en charge de leurs travailleurs. La majorité d'entre eux (63,4) ont une ancienneté à leur poste de plus de cinq ans. Par contre, bien que ce soit une minorité, nous avons 4,9 des répondants qui n'occupaient pas leur poste actuel lors de l'évènement du travailleur qui est allé chez PRÉVICAP. Une autre partie, occupe depuis un à cinq ans le poste actuel ce qui laisse présager que c'est pour ça qu'ils n'ont pas eu connaissance de la prise en charge PRÉVICAP de leur travailleur.

Tableau 55 – Caractéristiques des répondants (n = 41)

	n	%
Fonction dans l'entreprise des répondants		
Directeur/Propriétaire/Président	17	41,5
Directeur des RH/Département RH	10	24,4
Fonction reliée à la SST	3	7,3
Superviseur	5	12,2
Autre	5	12,2
Total	40	100,0
Années d'ancienneté au poste déclarées		
Moins de 1 an	2	4,9
1 an à 5 ans	13	31,7
Plus de 5 ans	26	63,4
Total	41	100,0

Caractéristiques structurelles des entreprises participantes

Au niveau des caractéristiques structurelles, nous notons que les entreprises qui ont répondu à l'enquête sont assez hétérogènes en termes de nombre d'employés. PRÉVICAP devait s'adresser principalement aux PME². Nous notons ici que cinq répondants ont rapporté travailler dans une entreprise de plus de 500 employés.

Tableau 56 – Caractéristiques structurelles des entreprises participantes (n = 41)

	n	%
Nombre d'employés		
1 à 20 employés	14	34,1
21 à 100 employés	12	29,3
101 à 500 employés	10	24,4
+ de 500 employés	5	12,2
Total	41	100,0
Centre PRÉVICAP		
HCLM	10	24,4
IRD PQ	10	24,4
CRLB	9	22,0
CRLM	12	29,3
Total	41	100,0

² Petite et moyenne entreprise : généralement considérée comme une entreprise de moins de 500 employés

Secteur d'activité principal			
	Primaire	11	26,8
	Secondaire	7	17,1
	Tertiaire	16	39,0
	Total	34	100,0
L'employé concerné est syndiqué (présence d'un syndicat)^a			
	Oui	17	48,6
	Non	18	51,4
	Total	35	100,0
Résultats financiers de l'entreprise au cours des 5 dernières années			
	Mauvais	1	2,5
	Passables	6	15,0
	Bons	26	65,0
	Excellents	7	17,5
	Total	40	100,0
Mises à pied pour manque de travail au cours des 5 dernières années			
	Oui	16	39,0
	Non	25	61,0
	Total	41	100,0

^a Information collectée auprès du travailleur.

Santé et sécurité au travail dans les entreprises participantes

Nombre et distribution des lésions professionnelles dans les entreprises concernées

Tableau 57 – Questions relatives à la santé et sécurité au travail dans les entreprises participantes (n = 41)

	n	%
Combien de lésions professionnelles indemnisées par la CSST sont survenues dans votre entreprise au cours des 5 dernières années?		
Aucun	0	0,0
1 à 5	15	45,5
6 à 10	4	12,1
11 à 20	7	21,2
21 à 50	3	7,3
Plus de 50	4	12,1
Total	33	100,0
En matière de gestion de la santé et de la sécurité au travail, votre entreprise est :		
Proactive	24	58,5
Réactive	16	39,0
Inactive	1	2,4
Total	41	100,0
En général, face à un travailleur blessé, diriez-vous que les personnes qui gèrent les ressources humaines sont...		
Pas du tout empathique	1	2,4
Peu empathique	3	7,3
Empathique	31	75,6
Très empathique	6	14,6
Total	41	100,0
Lorsque vient le temps d'assigner un poste pour une assignation temporaire, diriez-vous que dans votre entreprise c'est plutôt...		

	Très difficile	8	19,5
	Difficile	11	26,8
	Facile	19	46,3
	Très facile	3	7,3
	Total	41	100,0
Lorsque vient le temps de modifier les tâches d'un travailleur blessé, d'adapter son horaire ou le lieu physique de son poste, diriez-vous que dans votre entreprise c'est plutôt...			
	Très difficile	8	20,5
	Difficile	18	46,2
	Facile	8	20,5
	Très facile	5	12,8
	Total	39	100,0
En tout, combien de personnes dans votre entreprise sont spécialisées en Santé et Sécurité au travail?			
	0	12	29,3
	1	10	24,4
	2	8	19,5
	3 ou plus	11	26,8
	Total	41	100,0
À votre connaissance, votre entreprise dispose-t-elle de secouristes?			
	Oui	38	92,7
	Non	3	7,3
	Total	41	100,0
Votre entreprise dispose-t-elle de professionnels de la santé qualifiés ou emploi-t-elle sur une base régulière les services de professionnels de la santé?			
	Oui	14	34,1
	Non	26	14,3
	Je ne sais pas	1	2,4
	Total	41	100,0
Si oui, qui sont ces professionnels ?			
<i>Médecin</i>	Oui	12	29,3
	Non	29	70,7
	Total	41	100,0
<i>Infirmière</i>	Oui	7	17,1
	Non	34	82,9
	Total	41	100,0
<i>Ergonome</i>	Oui	6	14,6
	Non	35	85,4
	Total	41	100,0
<i>Physiothérapeute</i>	Oui	5	12,2
	Non	36	87,8
	Total	41	100,0
Avez-vous personnellement reçu une ou des formations en SST au cours des 5 dernières années?			
	Oui	25	62,5
	Non	15	37,5
	Total	40	100,0
Les autres travailleurs de votre entreprise ont-ils reçus une (des) formation(s) en SST au cours des 5 dernières années?			
	Oui	24	60,0
	Non	16	40,0
	Total	40	100,0

Au sein de votre entreprise, y-a-t-il un comité de SST?			
	Oui	17	42,5
	Non	23	57,5
	Total	40	100,0
Combien y a-t-il de représentants de l'employeur?			
	1	2	12,5
	2	5	31,3
	3	4	25,0
	4	3	18,8
	5	2	12,5
	Total	16	100,0
Combien y a-t-il de représentants des employés?			
	2	2	18,2
	3	3	27,3
	4	2	18,2
	5	4	36,4
	Total	11	100,0
Qui gère les dossiers de SST dans votre entreprise?			
	Un comité de SST	4	9,8
	La direction des RH	21	51,2
	Le chef de l'entreprise	13	31,7
	Autre	3	7,3
	Total	41	100,0
Dans votre entreprise, y-a-t-il un représentant de la prévention?			
	Oui	20	48,8
	Non	21	51,2
	Total	41	100,0
Est-ce que ce représentant est...			
	Un cadre	10	50,0
	Un employé	8	40,0
	Un spécialiste ou un consultant	2	10,0
	Total	20	100,0

Annexe 8 – Analyses supplémentaires sur les coûts privés

Police d'assurance

Tableau 58 – Disponibilité des assurances privées

		n		p
Travailleurs qui ont une assurance privée ou collective	PRÉVICAP	40	49,4	0,680
	Témoins	155	46,8	
<i>Assurance : les médicaments</i>	PRÉVICAP	39	97,5	0,664
	Témoins	146	96,1	
<i>Assurance : les soins médicaux</i>	PRÉVICAP	39	97,5	0,185
	Témoins	126	91,3	
<i>Assurance : les soins dentaires</i>	PRÉVICAP	33	82,5	0,468
	Témoins	101	77,1	

Utilisation des médicaments et des services

Tableau 59 – Utilisation des services et des médicaments, indépendamment des coûts privés associés, au cours des quatre dernières semaines (à trois ans postévènement)

		PRÉVICAP		TÉMOINS		
		n		n		p
Visite : personnel médical	Aucune	78	94,0	290	87,6	0,255
	Une visite	3	3,6	26	7,9	
	Plus d'une visite	2	2,4	15	4,5	
Visite : professionnel médecine alternative	Aucune	80	96,4	311	94,0	0,399
	Une visite	2	2,4	6	1,8	
	Plus d'une visite	1	1,2	14	4,2	
Visite : professionnel en réadaptation	Aucune	79	95,2	317	95,8	0,486
	Entre 1 et 4 visites	3	3,6	6	1,8	
	Plus de 4 visites	1	1,2	8	2,4	
Prise de médicaments prescrits pour la blessure	Aucun	54	65,1	198	59,8	0,353
	1 médicament	14	16,9	70	21,1	
	2 médicaments	10	12,0	25	7,6	
	3 médicaments	2	2,4	17	5,1	
	Plus de 3 médicaments	3	3,6	21	6,3	
Précisions sur la consommation de médicaments prescrits ^a :						
	Analgsiques	14	16,7	70	21,1	0,610
	Analgsiques anti-inflammatoires	11	13,3	58	18,1	0,492
	Co-analgésiques	7	8,4	30	9,1	0,863
	Antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques	3	3,6	21	6,3	0,772
	Relaxants musculaires et antispasmodiques	6	7,2	6	6,0	0,690
	Troubles gastro-intestinaux	2	2,4	12	3,6	0,111
	Autres médicaments	4	4,8	16	4,8	0,698
Prise de médicaments non prescrits pour la blessure						
	Aucun	38	45,8	166	50,2	0,047
	1 médicament	41	49,4	124	37,5	
	Plus de 2 médicaments	4	4,8	41	12,4	
Précisions sur la consommation de médicaments non prescrits ^a :						
	Acétaminophène	29	34,9	98	29,6	0,545

		PRÉVICAP		TÉMOINS		
		n		n		p
Aide requise pour activités quotidiennes	Ibuprofène	15	18,1	75	22,7	0,507
	Acide acétylsalicylique	1	1,2	3	0,9	----
	Acétaminophène + méthocarbamol	3	3,6	8	2,4	----
	Autres	1	1,2	3	0,9	----
	Aucune	54	65,1	209	63,1	
Précisions sur le type d'aide requis^a	Aide pour 1 tâche	20	24,1	67	20,2	0,379
	Aide pour 2 tâches ou plus	9	10,8	55	16,6	
Équipement requis	Aide ménagère	13	15,7	80	24,2	0,097
	Préparation des repas	4	4,8	30	9,1	0,433
	Aide pour faire les courses	10	12,0	38	11,5	0,885
	Gardiennage	0	0,0	2	94,4	----
	Autre	18	21,7	50	15,1	0,281
	Aucun	39	47,0	183	55,3	
	1 équipement	23	27,7	84	25,4	0,343
	2 équipements ou plus	21	25,3	64	19,3	

^a Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

Annexe 9 – Description des bénéfices nets

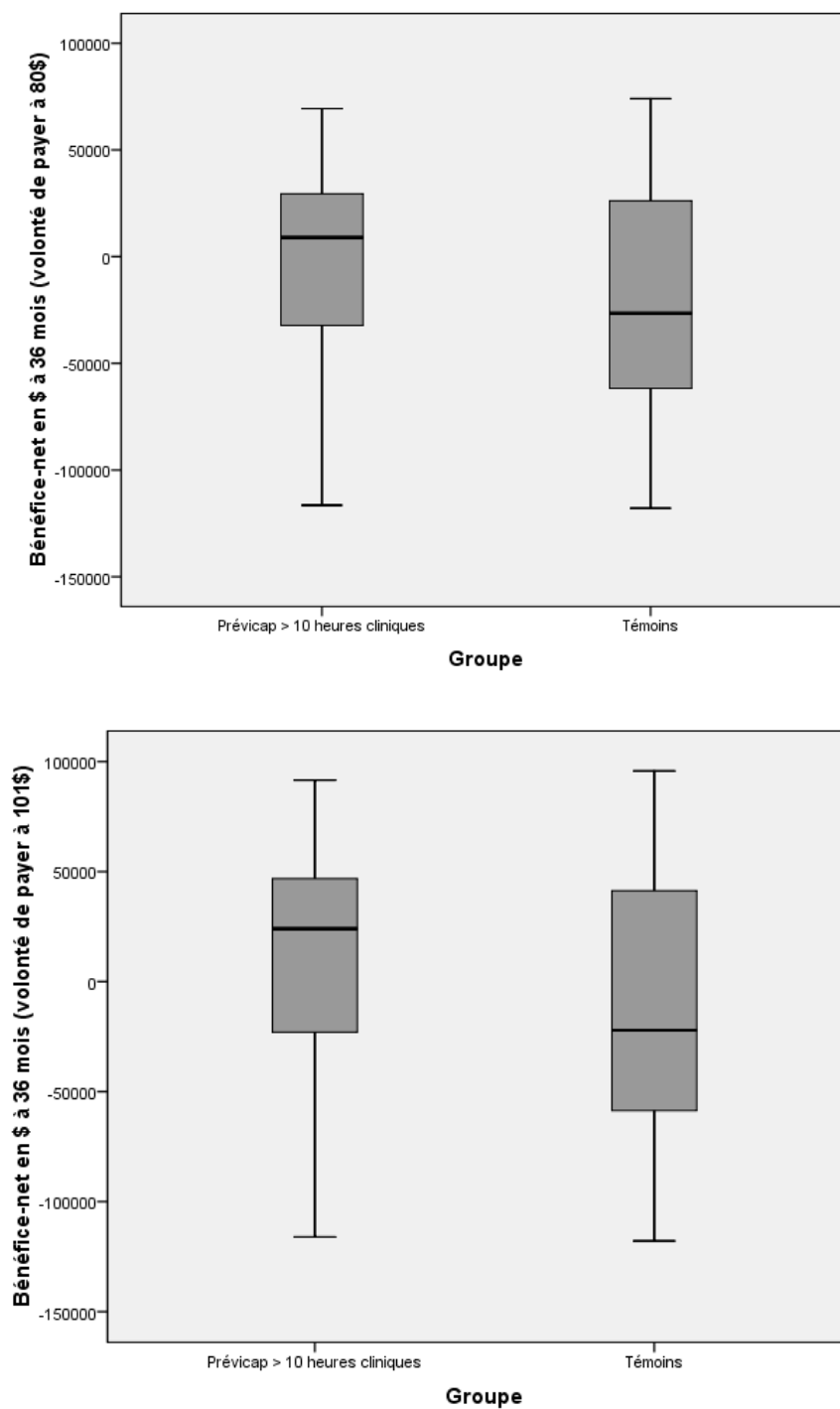


Figure 14 – Boîtes à moustaches des bénéfices nets selon le groupe à 36 mois postévènement

Note : exclut 6 travailleurs PRÉVICAP et 8 travailleurs témoins avec des données extrêmes, ie BN > 119 000\$ (95^e percentile).

Annexe 10 – Description détaillée de six cas traceurs

Six cas traceurs ont été approfondis à la lumière du modèle logique de l'intervention PRÉVICAP (Figure 3, page 4). Le genre masculin a été utilisé pour décrire les cas, mais ceux-ci peuvent représenter des hommes ou des femmes.

En règle générale, la mise en œuvre des activités proposées par l'équipe PRÉVICAP afin d'atteindre les buts intermédiaires de l'intervention semble avoir été uniforme pour tous les cas traceurs. Ainsi, des activités ont été implantées pour chacun des buts visés tels que l'amélioration de la perception du statut de santé, la réduction de la peur de la douleur et du mouvement, l'augmentation des performances physiques et l'amélioration de l'efficacité fonctionnelle à l'égard des tâches reliées au travail, en ce qui a trait à l'objectif A (amélioration des capacités de travail). Il en est de même pour l'objectif B (amélioration des habitudes et des comportements de travail), qui inclut la promotion d'actions concertées entre les partenaires et la réduction des demandes de l'environnement de travail. Il n'y a que dans un cas (le cas n° 2) que la mise en place d'activités portant sur la promotion d'actions concertées semble avoir présenté certaines difficultés supplémentaires, principalement dues aux réticences initiales du travailleur à l'égard du programme.

Cependant, en ce qui concerne l'atteinte des objectifs intermédiaires, les résultats sont très variables d'un cas à l'autre. Ainsi, pour le premier cas, tous les objectifs se rapportant au but A ont été rencontrés avec succès, contrairement aux objectifs du but B. Ce travailleur du secteur industriel, blessé aux membres supérieurs, occupait des tâches dont l'effort physique était relativement important. Le programme PRÉVICAP a favorisé l'amélioration de ses capacités générales de travail. Or, l'employeur s'est montré peu coopératif en se retirant du programme avant que ce dernier ne soit complété et en refusant d'appliquer les recommandations de l'ergonome. Selon l'équipe PRÉVICAP, l'adoption des modifications proposées sur le poste prélesionnel aurait pu réduire sensiblement la durée d'incapacité au travail et offrir la chance au travailleur de retourner à l'emploi qu'il occupait avant l'évènement. Cependant, en raison du retrait de la participation de l'employeur, ces mesures n'ont pu être implantées. Cette situation dépeint que la promotion d'actions concertées entre les partenaires n'a pu être ici accomplie, bien que les demandes de l'environnement de travail aient été réduites. Ainsi, le but B n'a été que partiellement rencontré. L'entreprise a toutefois fini par créer un nouveau poste sur mesure pour le travailleur, mais dans des délais de trois ans après l'évènement.

Dans le deuxième cas, le travailleur était dans le secteur des services, en tant qu'opérateur de traitement de texte, avant d'être blessé aux deux mains. En ce qui le concerne, tous les objectifs du but A, à l'exception de l'amélioration de l'efficacité fonctionnelle à l'égard des tâches reliées au travail, ont été atteints. Toutefois, bien qu'il soit retourné au poste prélesionnel moins d'un an après l'évènement, avec une modification d'horaire et un réaménagement physique du poste, le but B n'a pas été complètement concluant. En effet, puisque le travailleur a entamé le programme à contrecœur, et bien que le programme se soit par la suite bien déroulé, la collaboration entre les partenaires n'a pas toujours été systématique. De plus, les demandes de l'environnement de travail ont augmenté de manière implicite en raison de la diminution du nombre d'heures allouées à la réalisation des tâches, ce qui contrecarre l'objectif de réduction des demandes de l'environnement de travail, d'où l'impossibilité de conclure à la réalisation de l'objectif B.

Dans le troisième cas, celui d'un éducateur de la petite enfance blessé au dos et au cou, tous les objectifs du but A et du but B ont été atteints, à l'exception de la promotion d'actions concertées entre les partenaires, qui a obtenu un succès plus mitigé. En effet, la présence de difficultés communicationnelles entre le travailleur et l'équipe PRÉVICAP a nui à la réalisation de cet objectif, mais dans l'ensemble, ce cas semble avoir été couronné de succès. Ainsi, le travailleur a pu retourner à son poste prélésionnel, chez le même employeur, et ce, moins d'un an après l'évènement.

Le quatrième cas est quant à lui un exemple dans lequel le travailleur a très peu participé à la démarche, s'opposant même parfois aux propositions de l'équipe PRÉVICAP ou de l'employeur qui auraient pu permettre son retour au travail. Le manque d'investissement personnel du travailleur, tout comme son absence de motivation et sa crainte de voir la douleur augmenter, ont grandement limité les progrès de la démarche. Ainsi, aucun des objectifs du but A n'a pu être atteint. Quant au but B, la collaboration entre les acteurs a été fortement entachée par le comportement du travailleur. Toutefois, au niveau de l'environnement de travail, l'objectif de réduction des demandes a été atteint et l'employeur s'est impliqué tout au long du programme, ce qui a permis au but B d'être partiellement complété. Le dossier s'est toutefois soldé par un non retour au travail car le travailleur a refusé de signer le contrat d'embauche pour l'emploi convenable déterminé par l'employeur et la CSST et que le lien à emploi s'est depuis échu.

Le cinquième cas est également particulier, car aucun des objectifs, à part celui d'amélioration de la perception de l'état de santé du travailleur, n'a été atteint. Le travailleur, qui occupait un poste d'administrateur de base de données au moment de l'évènement, n'a pu retourner au poste prélésionnel à la suite de sa blessure à l'épaule. Bien que l'équipe PRÉVICAP semble avoir respecté son mandat pour l'ensemble des objectifs, la motivation du travailleur a fait défaut à de nombreuses reprises et ses multiples absences, ainsi que ses non-retours d'appels, ont entraîné une réaction de repli chez l'employeur. Ce dernier, initialement réceptif à la démarche, a fini par se rétracter et a aboli le poste. Les 12 semaines de réhabilitation n'ont ainsi pu être complétées, marquant également la fin du programme. Le travailleur est maintenant en poste chez un autre employeur et occupe un nouvel emploi, différent de celui qu'il exerçait au moment de l'évènement.

Le dernier cas est quant à lui un exemple d'échec complet du programme. L'absence de motivation du travailleur, combinée au manque de collaboration de l'employeur, sont certainement des facteurs clés à ce constat. Le travailleur, mécanicien au moment de sa blessure au dos, a été dépeint, dans les dossiers de l'équipe PRÉVICAP, comme ayant une importante perception d'incapacité physique, une crainte notable d'aggravation et un syndrome douloureux persistant et incapacitant. De plus, il ne disposait que de peu de stratégies de gestion de la douleur et se projetait difficilement dans un éventuel retour au travail. Quant à l'employeur, il percevait l'expérience comme un surplus de travail et de frais afférents et coopérait très peu à la démarche. Ainsi, aucun des objectifs du programme n'a pu être atteint, autant pour le but A que pour le B, et la démarche s'est soldée par un non-retour au travail de l'employé.

À la lumière de ces informations, il semble exister deux conditions nécessaires à la réalisation de l'objectif final de retour au travail au poste prélésionnel, soit la coopération de l'employeur et du milieu de travail, ainsi que la participation active du travailleur. En ce sens, on constate que lorsqu'un de ces paramètres fait défaut, le programme ne peut porter fruit. Il en va ainsi avec le

quatrième cas, où le travailleur offrait une résistance passive à la démarche et contrait les efforts réalisés par les autres partenaires. Dans le premier cas, c'est l'employeur qui devenait un obstacle au bon déroulement du programme alors que dans le sixième cas, le travailleur et l'employeur ont tous deux refusé de participer adéquatement à la démarche PRÉVICAP, entraînant conséquemment son arrêt prématuré. Ce constat illustre toute l'importance que revêt la collaboration entre les différents partenaires et la primauté de leur réelle implication tout au long du processus.

Dans le quatrième cas, le travailleur a refusé de retourner au travail et de signer le contrat d'embauche pour un emploi convenable au sein de l'entreprise. En refusant toutes les propositions d'emplois et en entretenant parallèlement une perception négative de sa condition et de ses capacités, il a mis un frein à ses possibilités de retour au travail, épuisant également les ressources de l'employeur. À l'inverse, dans le premier cas, le retour au travail a pu être possible, mais les obstacles rencontrés en raison de l'attitude de l'employeur ont été nombreuses. Les exigences trop élevées de ce dernier, jumelées à une volonté de retrouver le travailleur dans son état prélésionnel, l'absence de retour progressif ou d'un poste adapté, le refus d'appliquer les recommandations de l'ergonome et une perception erronée des coûts réels du programme ont nui à l'efficacité du programme. Finalement, dans le sixième cas, aucun retour au travail n'a pu être possible. L'absence de volonté du travailleur de retourner à son poste, sa perception incapacitante de la douleur et sa faible adhérence aux stratégies proposées par le programme, liées au fait que l'employeur avait l'impression que le programme constituait un surplus de tâches et de dépenses tout en apportant peu de résultats, ont mené à un échec de la démarche.

Toutefois, il est également intéressant de noter que lorsque PRÉVICAP parvient à surpasser ou à modifier ces comportements, la complétion du programme devient alors possible. Il en a d'ailleurs été ainsi dans le deuxième cas, où le travailleur, initialement réticent quant à l'idée de participer à la démarche, l'a finalement menée à terme grâce à la collaboration des autres partenaires. De plus, il a constaté une amélioration tangible de ses capacités générales de travail et a reconnu la qualité de la prise en charge de l'équipe, tout comme les avantages des recommandations de l'ergonome. Grâce à une modification de son horaire et de son poste de travail, ainsi que par l'apprentissage de diverses techniques de gestion de la douleur, le travailleur a pu retrouver l'emploi qu'il occupait avant l'évènement, et ce, tout en étant apte à mieux répondre aux demandes de son environnement de travail.

Le troisième cas illustre quant à lui, de par son succès, un point important quant à la communication entre les différents partenaires tout au long du processus. Ainsi, pour que la démarche puisse être menée à terme, il semblerait que le lien unissant l'employeur et le travailleur soit primordial. Ce dernier doit démontrer une réelle volonté de retourner à l'emploi et s'impliquer activement afin d'y parvenir alors que l'employeur doit le soutenir et croire en son potentiel s'il veut aborder le programme de manière positive et en tant qu'investissement à long terme. En résumé, il doit considérer que le temps, les dépenses et les ajustements consentis à la réintégration de l'employé constituent un appui nécessaire et bénéfique pour l'entreprise dans son ensemble. Le troisième cas illustre ce postulat. En effet, des difficultés communicationnelles ont été relevées entre l'équipe PRÉVICAP et l'employeur tout comme entre l'équipe et la travailleuse, mais ces dernières ne semblent pas avoir affecté la réussite du programme, contrairement aux cas précédents, où l'employeur et/ou le travailleur refusait d'adhérer aux principes de la démarche en y percevant d'autres finalités que celles visées par PRÉVICAP.

L'environnement de travail semble également jouer un rôle de taille dans l'atteinte des différents objectifs. Ainsi, une entreprise de petite ou de moyenne taille, dont le roulement de personnel est plutôt faible et dont l'apprentissage de certaines techniques peut être transféré aux autres employés a probablement davantage de chances de vouloir investir dans un programme qui favorise la réhabilitation et le retour au travail d'un employé blessé. Dans le cas n° 3, l'employeur considère que le programme a pu non seulement aider le travailleur, mais également l'ensemble de l'équipe, par la modification des habitudes et des comportements de travail. De plus, le travailleur considère que son état s'est grandement amélioré grâce à PRÉVICAP, ce qui dépeint une situation où les deux parties ont pu tirer bénéfices du programme, à court, à moyen et à long terme.

Annexe 11 – Lexique

Voici les définitions des variables et des termes utilisés dans le rapport.

Accident de travail : « Un évènement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle » (LATMP, art. 2).

APIPP : Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique ou Psychologique. Le taux d'APIPP est calculé au moyen d'un barème précis des dommages uniforme pour le Québec.

Ciblage : Processus de sélection des travailleurs jugés admissibles au programme PRÉVICAP suivant une grille de critères proposée par le RRTQ et fournie aux intervenants de la CSST.

Communication : Action de communiquer quelque chose à quelqu'un et effort accompli pour cette action i.e. la perception qu'ont les acteurs de la suffisance de l'information communiquée et de la fréquence des communications.

Date d'évènement : Date de l'évènement à l'étude telle que consignée au dossier CSST.

Date de détection : Date à laquelle l'intervenant de la CSST détermine qu'un travailleur est admissible au programme PRÉVICAP.

Date de référence : Date à laquelle l'intervenant de la CSST transmet les coordonnées d'un travailleur à l'équipe PRÉVICAP afin que ce travailleur reçoive les services de ce programme.

Délai entre l'évènement et la détection : Différence (en jours) entre la date de détection et la date de l'évènement. Dans les cas où la date de détection n'était pas disponible pour les travailleurs du groupe PRÉVICAP, nous avons utilisé la date de référence à PRÉVICAP.

Évènement à l'étude : Lésion professionnelle qui a mené à la détection du dossier à la CSST.

Évènement initial : Le premier évènement qui est à l'origine de la lésion. Les évènements ultérieurs en lien avec cette première lésion sont qualifiés de rechute, récurrence ou aggravation.

Fonctionnement bureaucratique du programme : On entend par là les règles formelles et les procédures associées au bon fonctionnement du programme au quotidien. Si les exigences varient dans les différents sites PRÉVICAP et les directions de la CSST (charge de travail, procédures, etc.), il y a des éléments formels du programme auxquels les intervenants doivent se conformer.

Indemnités de remplacement de revenu (IRR) : Allocations attribuées par la CSST aux travailleurs en arrêt de travail en raison d'une lésion professionnelle.

LATMP : Loi sur les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles.

Lésion professionnelle : « Une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident de travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation » (LATMP, art. 2).

Maladie professionnelle : « Une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail. » (LATMP, art. 2).

Nature des rapports entre les travailleurs et le programme et impact sur le fonctionnement du programme : Ce sont les relations que les travailleurs entretiennent avec l'équipe PRÉVICAP et les conseillers de la CSST, la motivation du travailleur, sa coopération lors du programme et l'incidence de ces facteurs sur le déroulement du programme.

Nature des rapports entre les médecins traitants et le programme et impact sur le fonctionnement du programme : Ce sont les rapports que les médecins traitants entretiennent avec l'équipe PRÉVICAP et les conseillers de la CSST, leur connaissance du programme, leur intérêt pour celui-ci et l'incidence de ces facteurs sur le déroulement du programme.

Nature des rapports entre les employeurs et le programme et impact sur le fonctionnement du programme : C'est la motivation des employeurs à participer, leur coopération lors du programme, leurs rapports avec les travailleurs et la CSST et l'incidence de ces facteurs sur le déroulement du programme.

Partenariat : Coopération sous forme d'actions communes et concertées entre des organisations différentes (PRÉVICAP et CSST) qui concourt à la réalisation d'un projet déterminé (i.e. celui de faire fonctionner le programme PRÉVICAP) par la mise en commun de moyens matériels, intellectuels, humains ou financiers.

Prise en charge (PEC) : Mode de prise en charge (conventionnelle ou PRÉVICAP) du travailleur ayant subi une lésion professionnelle.

Récidive / rechute / aggravation (RRA) : « Détérioration de l'état de santé reliée à une lésion professionnelle antérieure. Il ne doit pas y avoir de nouveau fait accidentel survenu au travail, autrement il s'agit d'une nouvelle lésion professionnelle.³ » « *Rechute* : retour, réapparition des symptômes d'une lésion, la cause n'en étant pas disparue; reprise d'une lésion qui était en voie de guérison. *Récidive* : réapparition d'une lésion après un temps plus ou moins long de guérison. *Aggravation* : aggravation de la gravité de la lésion et de ses séquelles. »⁴ La Commission d'appel en matière de lésions professionnelles (CLP) a défini différents critères servant à établir la relation entre un événement et une rechute/récidive/aggravation : similitude du siège des lésions, continuité ou similitude des douleurs et des symptômes, similitude des diagnostics, détérioration de l'état de santé du travailleur, proximité des événements, existence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ou de limitations fonctionnelles⁵.

³ Cf site web de la CSST : http://www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/0D160B88-9CAE-4957-BAA0-69B6EE6F2F2B/180/dc_200_6232_3.pdf

⁴ Système de documentation de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (1993). Recueil des politiques en matière de réadaptation – indemnisation.

⁵ Cliche B, Gravel M (1997) Les accidents de travail et les maladies professionnelles – Indemnisation et financement. Les éditions Yvon Blais, note 1, pp. 336 à 348.