



Les limitations fonctionnelles

une porte ouverte (ou fermée) vers la réadaptation et le retour au travail

Luc Marcoux

M. Labranche a terminé les traitements pour l'entorse lombaire qu'il s'est infligée au travail il y a quelques mois. Il conserve certaines séquelles, et vous ne croyez pas qu'il sera en mesure de reprendre son emploi de travailleur forestier.

Que devez-vous faire ? Quelle aide pourra-t-il recevoir de la CSST ?

Qu'est-ce qui pourrait être fait pour favoriser son retour sur le marché du travail ?

LORSQU'UNE LÉSION PROFESSIONNELLE est consolidée, le médecin qui a charge doit remplir le rapport final sur lequel il indiquera si la lésion entraîne une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique et des limitations fonctionnelles. Ces dernières devront ensuite être évaluées.

Alors que le barème des dommages corporels¹ permet de quantifier précisément l'atteinte permanente, le médecin ne dispose pas d'un tel ouvrage de référence pour établir les limitations fonctionnelles.

Le médecin qui fait l'évaluation d'un travailleur doit donc bien comprendre la signification du terme « limitations fonctionnelles », savoir comment les fixer et réaliser l'importance qu'elles auront sur l'avenir du travailleur.

Que sont les limitations fonctionnelles et comment les établir ?

La *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*² (LATMP) parle de limitations fonc-

Le Dr Luc Marcoux, chirurgien-orthopédiste, est médecin-conseil à la Direction des services médicaux de la CSST, à Montréal.

tionnelles, sans toutefois les définir. Il est cependant reconnu qu'une limitation fonctionnelle correspond à toute réduction ou à toute restriction de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou le fait d'en subir certains effets. Une limitation fonctionnelle se traduit donc par l'incapacité d'exécuter certains mouvements, de prendre ou de garder certaines positions ou encore de subir certaines contraintes dans des conditions déterminées.

Les limitations fonctionnelles doivent être décrites non seulement en fonction des tâches au travail, mais aussi de toutes les activités quotidiennes, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, bien qu'un travailleur puisse être apte à reprendre son emploi antérieur malgré les séquelles de sa lésion professionnelle, il pourrait être incapable de faire d'autres activités en dehors de son travail, ce qui nécessiterait certaines mesures de réadaptation. Par exemple, un travailleur ayant subi l'amputation de la jambe droite pourrait reprendre son travail d'informaticien, mais devrait probablement faire adapter son véhicule (transfert de l'accélérateur à gauche) et obtenir de l'aide pour effectuer certaines tâches chez lui (tondre le gazon, déneiger, etc.). De même, il ne

Les limitations fonctionnelles doivent être décrites non seulement en fonction des tâches au travail, mais aussi de toutes les activités quotidiennes.

Repère

Figure 1

Échelle de restrictions pour la colonne lombosacrée (ou dorsale inférieure)

Classe 0

Aucune restriction

Classe 1 : Restrictions légères

Éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de :

- soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 kg à 25 kg
- travailler en position accroupie
- ramper, grimper
- effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire
- subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoqués par du matériel roulant sans suspension par exemple)

Exemples : cas de discoïdectomie bien réussie, non souffrant, où les restrictions ont un rôle préventif ; ou encore cas de séquelles d'entorse lombaire.

Classe 2 : Restrictions modérées

En plus des restrictions de la classe 1, éviter les activités qui impliquent de :

- soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 kg à 15 kg
- effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude
- monter fréquemment plusieurs escaliers
- marcher en terrain accidenté ou glissant

Exemple : cas de lombalgie de type mécanique (dont la douleur est déclenchée surtout par des mouvements ou des efforts), avec ou sans irradiation aux membres inférieurs

Classe 3 : Restrictions sévères

En plus des restrictions des classes 1 et 2, éviter les activités qui impliquent de :

- soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges dépassant environ 5 kg
- marcher longtemps
- garder la même posture (debout, assis) plus de 30 à 60 minutes
- travailler dans une position instable (ex. : dans des échafaudages, échelles, escaliers)
- effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs (ex. : actionner des pédales)

Exemple : cas de lombalgie de type mixte (mécanique et inflammatoire, dont la douleur est déclenchée par des postures prolongées autant que par des efforts), avec ou sans irradiation aux membres inférieurs et pouvant s'accompagner d'une sensation de faiblesse ou de dérobade d'un ou des deux membres inférieurs.

Classe 4 : Restrictions très sévères

En plus des restrictions des classes 1, 2 et 3 :

- le caractère continu de la douleur et son effet sur le comportement et sur la capacité de concentration sont incompatibles avec tout travail régulier
- on peut toutefois envisager une activité dont l'individu peut contrôler lui-même le rythme et l'horaire

Exemple : cas de lombalgie, avec ou sans irradiation aux membres inférieurs, dont le niveau de douleur est élevé et continu, comme dans le cas d'un syndrome douloureux lombaire chronique ou dans le cas d'une chirurgie vertébrale au dos, avec résultat insatisfaisant ou complication.

Commentaires ou autres restrictions

Source : Lapointe C. *Procédure d'intégration professionnelle à l'usage du conseiller en réadaptation*, Rapport B-023. Montréal : IRSST ; 1991, 94 pages. Reproduction autorisée.

suffit pas de savoir qu'un déménageur de pianos ne pourra plus soulever de charges lourdes à la suite d'une blessure au dos. Ce sont les autres limitations fonctionnelles (tolérance à la posture assise et debout, restrictions des mouvements ou des positions du dos, etc.) qui permettront d'évaluer la capacité du travailleur à exercer un autre emploi et d'élaborer un plan de réadaptation approprié. Il est donc essentiel que le médecin les indique dans son rapport afin que la CSST puisse donner à ce travailleur les services dont il a besoin.

Dans le même ordre d'idées, il revient à la CSST, et non au médecin qui a charge, de juger de la capacité d'un travailleur à reprendre ou non l'emploi qu'il occupait antérieurement ou une autre forme de travail. Le médecin doit établir les limitations fonctionnelles qui découlent de la lésion professionnelle. Il incombe ensuite aux conseillers en réadaptation de la CSST d'établir la capacité du travailleur d'exercer un emploi en tenant compte non seulement de ces limitations, mais aussi de la capacité globale (qualifications professionnelles, expérience de travail, autres affections médicales) de la personne, des adaptations possibles du poste de travail et des occasions offertes par l'employeur et par d'autres possibilités d'emploi. La capacité de reprendre le travail n'est donc pas seulement une question médicale.

Échelles de restrictions de l'IRSST

Dans le but d'aider les médecins à établir les limitations fonctionnelles liées à différentes lésions professionnelles musculosquelettiques, un groupe de travail soutenu par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) a élaboré, en 1988, des échelles de restrictions pour la colonne cervicale, la colonne lombosacrée, les membres supérieurs et les membres inférieurs³. Ce groupe a dressé une liste des restrictions regroupées par classe (de 1 à 4, selon le degré de gravité) et associées à des exemples de lésions pour chacune des classes. L'échelle de restrictions pour la colonne lombosacrée est repré-

sentée dans la *figure 1*³. Plusieurs médecins connaissent ces échelles et les utilisent régulièrement, particulièrement pour les lésions du dos. Ils nous indiquent, par exemple, dans leurs rapports : « Limitations fonctionnelles, classe 2 IRSST ». Cette information est en soi fort utile, mais il convient de faire ici quelques remarques importantes.

☉ Cette liste de restrictions a été établie essentiellement à partir des facteurs de risque connus pouvant engendrer des symptômes chez des personnes saines et de l'expérience clinique des membres du groupe. Il n'existait pas – et il n'existe toujours pas – de bonnes études faites auprès de personnes ayant des séquelles pour déterminer le degré de restrictions fonctionnelles⁴.

☉ Certaines classes prévoient des restrictions associées à un ordre de grandeur (5 kg-15 kg, 30-60 minutes). Il revient au médecin de préciser davantage ce genre de limitations en tenant compte, notamment, de l'état particulier du patient et de sa morphologie. On peut facilement comprendre qu'une restriction de classe 2 pour la région lombosacrée entraînera des limites de charges différentes pour une dame de 50 ans pesant 45 kg et un homme de 25 ans pesant plus de 100 kg. La première sera probablement limitée à 5 kg et le second, à 15 kg.

☉ Pour les membres supérieurs, la grille comporte une liste de restrictions à cocher pour les diverses parties (main et poignet, avant-bras et coude, bras et épaule). Il est essentiel que le médecin qui utilise cette échelle précise bien les mouvements ou les gestes à éviter ou à limiter, au niveau de quelle articulation et dans quelle mesure. Les expressions « ne pas faire de mouvements répétitifs avec le membre » ou « ne pas soulever de poids avec la main » ne permettent pas de déterminer quelles sont les capacités résiduelles de la personne ni d'établir les besoins en réadaptation. De même, inscrire « ne pas faire fréquemment une action donnée » ou « ne pas marcher longtemps » demeure trop imprécis : **il faut chercher à quantifier tout ce qui peut l'être.**

Un groupe de travail soutenu par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail a élaboré, en 1988, des échelles de restrictions pour la colonne cervicale, la colonne lombosacrée, les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Repère

Tableau

Mesures de réadaptation en trois volets

- Réadaptation physique : soins médicaux et infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, soins à domicile, etc.
- Réadaptation sociale : adaptation du domicile ou du véhicule, aide personnelle, entretien du domicile, déménagement, psychothérapie, etc.
- Réadaptation professionnelle : recyclage professionnel, formation, soutien dans la recherche d'emploi, subvention à l'emploi, adaptation du poste de travail, etc.

Éviter ou être incapable ?

Une autre notion importante à comprendre est la différence entre « éviter » et « être incapable ». Par exemple, un travailleur atteint d'une arthrose du genou à la suite d'une ancienne fracture pourrait devoir éviter d'utiliser les escaliers. Un paraplégique en fauteuil roulant, lui, en sera incapable. Pour le premier, le fait de devoir éviter de monter des escaliers ne l'empêchera vraisemblablement pas de retourner à son emploi dans un bureau où il doit monter et descendre quatre marches matin et soir. Pour le second, cette restriction pourrait l'empêcher de reprendre son travail, sauf si une adaptation lui permet d'accéder aux locaux. En fait, la notion d'évitement comporte essentiellement un but préventif. Nous devons tous éviter de marcher pieds nus dans l'eau un soir d'orage. Ainsi, pour un patient qui doit « éviter de monter des escaliers », on ne pensera pas à un retour au travail de facteur dans un quartier composé de maisons à trois étages. Par contre, on diminuera le plus possible l'usage des escaliers au travail, tout comme dans la vie quotidienne.

Pour une évaluation adéquate des limitations fonctionnelles

Parmi les éléments pouvant aider le médecin à établir les limitations fonctionnelles d'un travailleur, le plus important de tous est sans contredit l'exa-

men objectif qu'il devra décrire dans son rapport d'évaluation. Il devrait y avoir une corrélation directe entre les anomalies notées au cours de l'examen clinique et les restrictions qui seront établies. L'anamnèse subjective est certes utile pour aider le clinicien à juger du niveau fonctionnel d'une personne, mais les limitations fonctionnelles qui seront retenues doivent être motivées par des signes objectifs en lien avec la lésion évaluée. Elles ne doivent pas être une liste des éléments signalés par le travailleur (« doit dormir sur le côté gauche, doit utiliser sa main gauche pour lever sa tasse de café »). Elles doivent plutôt être établies en fonction des séquelles que le médecin-évaluateur peut mesurer et traduire le degré d'atteinte fonctionnelle qui en découle. Le jugement du clinicien est donc de première importance dans ce domaine.

Souvent, les seuils de tolérance atteints au cours des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie peuvent aider le médecin à juger du niveau fonctionnel d'un travailleur et le guider dans son évaluation. Exceptionnellement, lorsqu'une lésion entraîne des limitations fonctionnelles et que leur compatibilité avec un certain type d'emploi demeure incertaine, la CSST pourra demander une évaluation des capacités de travail de l'employé ou du poste de travail, habituellement faite par un ergothérapeute. Cependant, dans ce domaine, l'évaluation la plus fiable reste bien souvent le retour au travail, qui peut se faire de façon progressive et modifiée et qui permet de préciser les tâches qui demeurent plus difficiles et les ajustements qui peuvent être faits, s'il y a lieu.

Que pourra recevoir le travailleur dans le cadre de la réadaptation ?

En vertu de l'article 145 de la LATMP², le travailleur qui subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique en raison d'une lésion professionnelle a droit à la réadaptation que requiert son état en vue de sa réinsertion sociale et professionnelle.

C'est ainsi que la CSST pourra lui fournir des

Les limitations fonctionnelles doivent être établies en fonction des séquelles que le médecin-évaluateur peut mesurer et traduire le degré d'atteinte fonctionnelle qui en découle.

Repère

mesures de réadaptation sous trois volets (*tableau*).

Toutes les mesures offertes dans le cadre de la réadaptation sont établies, entre autres, en fonction de l'évaluation médicale. La décision revient néanmoins à la CSST. Ainsi, même si un médecin indique dans un rapport « doit se recycler dans un autre domaine » ou « doit retourner aux études », la CSST n'est pas liée par cette opinion et décidera des mesures appropriées selon le cadre légal qu'elle doit respecter.

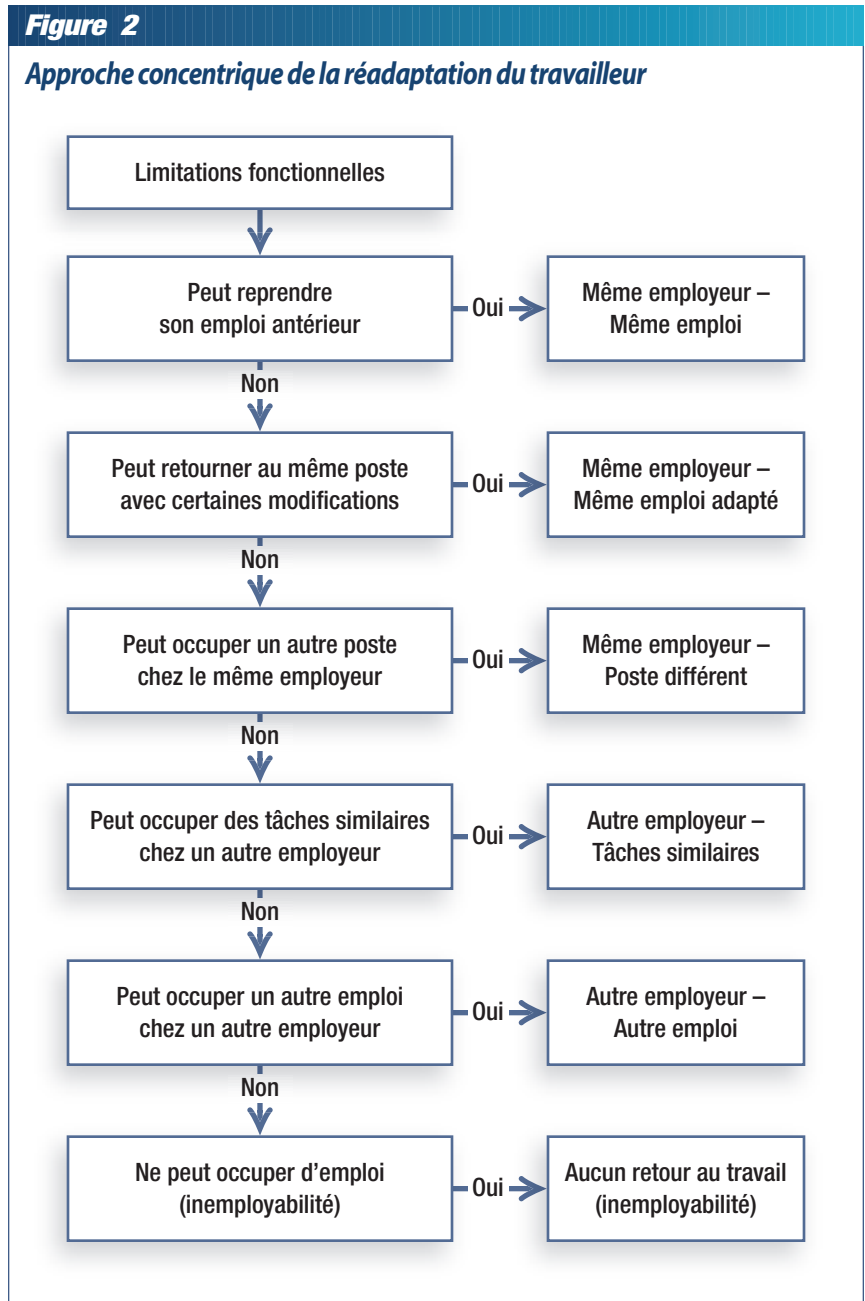
Il est important de comprendre ici les limites du contrat d'assurance que la CSST doit gérer. Dans un premier temps, la LATMP confère le droit au retour au travail au travailleur qui est de nouveau apte à exercer son emploi prélesionnel. Le travailleur doit toutefois redevenir capable d'exercer cet emploi dans les douze mois suivant le premier jour d'absence si l'entreprise compte vingt travailleurs ou moins et dans les 24 mois si l'entreprise a plus de vingt travailleurs.

Lorsqu'un travailleur dont la lésion est consolidée ne peut retourner à son emploi antérieur (soit parce qu'il en est incapable ou que sa période de droit de retour au travail est échue), la CSST doit mettre en place des mesures qui lui permettront de garder la capacité de gagner un revenu similaire à celui qu'il avait au moment où est survenue sa lésion professionnelle. L'article 181 de la LATMP² précise que « dans la mise en œuvre d'un plan individualisé de réadaptation, la Commission assume le coût de la solution appropriée la plus économique parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché ». Un travailleur manuel qui gagnait le salaire minimum et qui n'a pas terminé ses études secondaires ne doit pas s'attendre à ce que son plan de réadaptation comprenne une formation universitaire.

Le plan de réadaptation sera établi selon ce qu'on appelle « l'approche concentrique » (*figure 2*). Plus

Figure 2

Approche concentrique de la réadaptation du travailleur



on s'éloigne du poste et du milieu de travail antérieurs, plus les besoins de recyclage, de formation, etc., peuvent être grands. La CSST prendra donc sa décision en fonction du revenu à assurer (la CSST doit combler la différence lorsque le nouvel emploi envisagé offre un revenu inférieur à celui de l'emploi prélesionnel), des compétences du travailleur, de ses capacités intellectuelles et physiques à suivre une formation, de ses perspectives d'emploi et, évidemment, de son âge.

Lorsque le travailleur sera considéré apte à exercer un nouvel emploi (défini comme « emploi convenable » dans la LATMP), il pourra continuer de recevoir une pleine indemnité (90 % du revenu net de l'emploi occupé lors de la lésion)² jusqu'au moment où il occupera cet emploi ou au plus pendant un an. S'il n'a pas trouvé d'emploi après ce délai, la CSST réduira sa pleine indemnité (et lui versera la différence entre le revenu assuré et le revenu anticipé de l'emploi qu'il est capable d'exercer). Il est donc essentiel de bien comprendre cette notion : le fait qu'un travailleur ne puisse pas retourner à son emploi après une lésion professionnelle ne signifie pas que la CSST doit lui trouver un nouvel emploi ou lui verser une pleine indemnité jusqu'à ce qu'il en occupe un. Il y a une limite dans le temps aux montants que la CSST lui versera une fois qu'il sera considéré comme apte à travailler. Le fait d'être apte au travail ne signifie pas nécessairement qu'une personne retournera réellement sur le marché du travail. Deux facteurs seront déterminants dans l'avenir professionnel de ce travailleur : le temps passé hors du travail et les limitations fonctionnelles qu'il conservera. Ce sont deux facteurs liés de très près au médecin qui a charge. Voyons comment.

Comment aider une victime d'une lésion professionnelle à redevenir un travailleur ?

Plus un travailleur est absent longtemps du marché du travail, plus ses chances d'y retourner sont réduites. On estime même qu'après deux ans d'arrêt, les probabilités d'un retour au travail, quel que soit le poste occupé, sont devenues à peu près nulles^{5,6,7}. Le temps qui s'écoule est donc, en lui-même, un facteur déterminant dans le potentiel de retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle. C'est pourquoi les travailleurs et les employeurs sont encouragés à favoriser toutes les mesures de retour au travail adapté, modifié, progressif et autres qui permettent au travailleur de maintenir un lien avec son milieu de travail. Et, comme nous l'avons vu précédemment, il s'agit souvent du meilleur moyen de juger

de la capacité réelle d'un travailleur à reprendre ses activités et d'évaluer si certaines restrictions doivent être imposées de façon permanente.

Lorsque des limitations fonctionnelles sont établies par un médecin à la suite d'une évaluation, elles seront considérées comme permanentes. Un travailleur que l'on déclare inapte à effectuer certaines tâches aujourd'hui, après la consolidation de sa lésion professionnelle, sera donc considéré comme ne pouvant plus jamais refaire ce type de tâches, même s'il en redevenait capable un jour. Ainsi, un travailleur qui se voit reconnaître certaines limitations fonctionnelles devra vivre avec ces limitations pour le reste de sa carrière, ce qui pourra éventuellement l'empêcher d'accéder à certains emplois. Cette situation est plus fréquente chez les jeunes travailleurs qui gardent des limitations fonctionnelles à la suite d'une lésion. Ils reviennent souvent, deux ou trois ans plus tard, et demandent de les faire « enlever », car elles les empêchent d'obtenir un autre emploi alors qu'ils se disent maintenant complètement fonctionnels. Malheureusement, même si leur capacité peut effectivement être redevenue normale, les limitations fonctionnelles inscrites à leur dossier devront y demeurer. Seul l'employeur, par sa bonne volonté, pourra permettre au travailleur d'occuper cet emploi, à moins qu'il ne préfère embaucher un autre candidat qui n'a pas de telles limitations. Donc, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, « trop, c'est comme pas assez ». Qu'elles soient sous-estimées ou surévaluées, elles pourront nuire au travailleur dans sa réintégration au marché du travail.

Parfois, certains médecins indiqueront, dans un rapport d'évaluation médicale, des limitations fonctionnelles « temporaires ». Considérant que la consolidation d'une lésion correspond à un état au-delà duquel aucune amélioration n'est prévisible, cette notion est difficile à admettre sur le plan juridique et administratif. D'ailleurs, les tribunaux administratifs (comme la Commission des lésions professionnelles – CLP) vont en général considérer les li-


Un travailleur qui se voit reconnaître certaines limitations fonctionnelles devra vivre avec ces limitations pour le reste de sa carrière, ce qui pourra éventuellement l'empêcher d'accéder à certains emplois.

Repère

mitations fonctionnelles temporaires comme une indication qu'une lésion n'est pas encore consolidée, puisqu'elle peut encore s'améliorer. D'un point de vue pratique, si un médecin juge qu'un travailleur garde encore certaines restrictions qui pourraient s'atténuer ou disparaître dans les mois qui suivent, il est encouragé à en faire part à la CSST. Cette dernière verra si le travailleur peut reprendre certaines tâches qui respectent ces restrictions et ainsi permettre sa réintégration au travail. Dans le cas où les limitations fonctionnelles « temporaires » sont prévues pour une période de plus de six mois, la CSST va normalement agir comme si elles étaient permanentes et établir un plan de réadaptation en conséquence.

Retour au cas de M. Labranche

L'état de M. Labranche ayant atteint un plateau, vous avez rempli le rapport final et le rapport d'évaluation médicale en y indiquant les séquelles permanentes et les limitations fonctionnelles attribuables à son entorse lombaire. Son dossier a été pris en charge par une conseillère en réadaptation de la CSST. Les restrictions concernant les positions du tronc et la manutention de charges lourdes l'empêchant de reprendre son travail antérieur, il bénéficie actuellement de mesures de réadaptation comprenant une formation sur la mesure du bois. Son employeur pourrait lui offrir un poste respectant ses limitations fonctionnelles à la fin de sa formation.

LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES constituent l'un des aspects les plus importants de l'évaluation d'un travailleur à la suite d'une lésion professionnelle. Elles représentent la clé qui permet d'ouvrir ou de fermer la porte menant à la réadaptation et au retour au travail, d'où la nécessité de s'assurer qu'elles sont justifiées, cohérentes et précises et qu'elles correspondent à la situation de la personne tant en ce qui concerne le travail que les autres activités. C'est ce qui permettra à la CSST de s'acquitter le mieux possible de son mandat d'offrir tous les services auxquels les travailleurs victimes d'une lésion professionnelle ont droit et de leur permettre de réintégrer le marché du travail. 

Date de réception : 6 mars 2007

Date d'acceptation : 7 avril 2007

Mots-clés : limitations fonctionnelles, réadaptation, retour au travail, CSST

Le Dr Luc Marcoux n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Summary

Functional Limitations and Rehabilitation. The physician in charge is the one responsible to assess the limitations incurred from employment-related injuries resulting in permanent restrictions of a worker's functional capacity. It is based on this evaluation that the CSST will establish the worker's physical, professional and social rehabilitation needs and determine whether he is fit to return to his former employment or whether he will need to seek a new line of work. The physician is not entitled to decide what kind of work is best suited to the worker.

Functional limitations must be described by taking into account the patient's activities of daily living as well as those of his working environment. The IRSST* has published helpful tools to describe the degree of limitations for workers suffering from injuries to the limbs and spine. These limitations must be based on objective signs observed during the clinical exam.

Following the medical evaluation, certain specialized measures will sometimes be required by the CSST. Returning a patient to work progressively or to duties that are adapted to his condition is often the best way to help him regain his functional capacities and also to establish which limitations remain. If his functional limitations are under-estimated, he might be assigned duties that are too strenuous for his condition; if they are over-estimated, his potential of returning to work will be unnecessarily reduced. It is thus essential that physicians be rigorous in evaluating workers' permanent limitations.

Keywords: functional limitations, rehabilitation, return to work, CSST

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

Bibliographie

1. Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. *Règlement annoté sur le barème des dommages corporels*. Québec : La Commission ; 2000 : 338 pages. Site Internet : www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/538D1A38-5D5D-4369-88C0-E77A6000A8CA/2194/dc_400_356.pdf (Date de consultation : 30 mars 2007).
2. Québec. *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, LRQ, chapitre A-3.001*. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2005. Site Internet : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.html (Date de consultation : 30 mars 2007).
3. Lapointe C. *Procédure d'intégration professionnelle à l'usage du conseiller en réadaptation, Rapport B-023*. IRSST 1991, 94 pages. Site Internet : www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/B-023.pdf (Date de consultation : 30 mars 2007).
4. Dupuis M. La détermination des limitations fonctionnelles, chapitre 8. Dans : *La réadaptation du travailleur accidenté*. Saint-Hyacinthe : Édisem ; 1994. pp. 93-112.
5. McGill CM. Industrial back problems. A Control Program. *J Occup Med* 1968 ; 10 (4) : 174-8.
6. Snook SH. Work-related low back pain: secondary intervention. *J Electromyogr Kinesiol* 2004 ; 14 (1) : 153-60.
7. Waddell G. The clinical course of low back pain. Chapitre 7. Dans : *The back pain revolution*. New York : Churchill Livingstone ; 1998. pp. 103-17.