

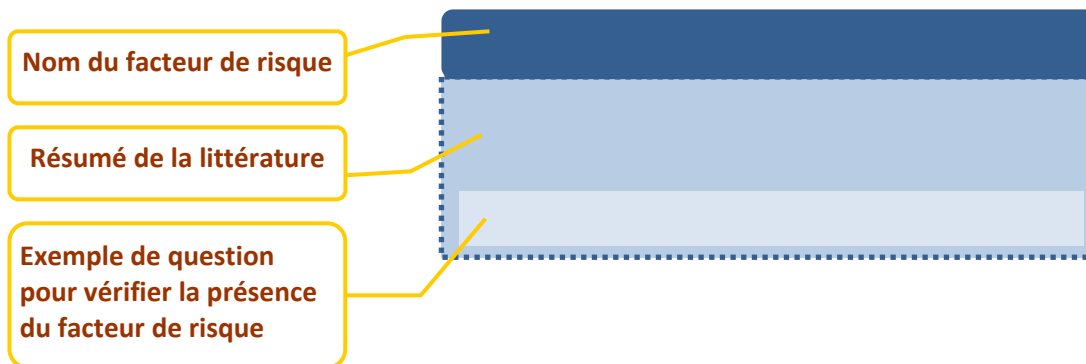
Livret détection
facteurs de risque
Février 2014

Résumé d'un corpus de littérature scientifique

Détec t  **t**
*Pour un retour au travail,
prompt et durable*

CSST La prévention,
j'y travaille!

Comment utiliser ce guide?



À noter : Les facteurs de risque qui n'auront pas été documentés à l'Accès au régime devront toutefois l'être dans les Cas sans risque, à l'exception de ceux identifiés dans la colonne « uniquement ».

Légende : CSR – Cas sans risque
PAI – Profil avec IRR

Hiver 2014
Service de la formation et du soutien aux régions
Direction de l'indemnisation et de la réadaptation

Table des matières

	Page	UNIQUEMENT
SUIVI DE LA CONDITION MÉDICALE		
1. Professionnels de la santé qui préconisent l'invalidité et n'offrent pas d'interventions orientées vers l'amélioration du fonctionnement	4	CSR
2. Conseils reçus d'un professionnel de la santé pour quitter son emploi ou en changer	4	
3. Détresse émotionnelle	5	CSR
4. Irradiation de la douleur dans les membres inférieurs	6	
5. Épisode (s) au même siège de lésion	6	
PERCEPTION DU TRAVAILLEUR DE SON EMPLOI PRÉLÉSIONNEL		
6. Insatisfaction au travail	7	
7. Relations conflictuelles avec les collègues ou l'employeur	8	
PERCEPTION DU TRAVAILLEUR DE LA SOLUTION PROVISOIRE (POSSIBLE OU EN COURS)		
7. RELATIONS CONFLICTUELLES AVEC LES COLLÈGUES OU L'EMPLOYEUR	8	
PERCEPTION DE L'EMPLOYEUR DE LA SOLUTION PROVISOIRE (POSSIBLE OU EN COURS) ET DU RETOUR À L'EMPLOI PRÉLÉSIONNEL		
7. RELATIONS CONFLICTUELLES AVEC LE TRAVAILLEUR	8	
PERCEPTION DU TRAVAILLEUR DE SES PERSPECTIVES DE RETOUR AU TRAVAIL		
8. Le travailleur pense qu'il ne retournera pas à son travail régulier d'ici 3 mois ou est indécis	9	ADMISSIBILITÉ STANDARD ET PARTICULIÈRE
9. Le travailleur ne croit pas qu'il sera capable de refaire toutes ses tâches.....	9	CSR
PERCEPTION DU TRAVAILLEUR DE SES CAPACITÉS FONCTIONNELLES ET DE SES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES		
10. Arrêt et évitement des activités physiques ou de la vie quotidienne.....	10	PAI
AUTRES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER		
11. Stratégies d'adaptation uniquement passives	11	
12. Pensée catastrophique	11	
13. Sentiment d'injustice.....	12	
RÉFÉRENCES	13	

Bien que les études sur lesquelles est basée la présente recension des écrits aient traité principalement de la chronicité dans les cas de dorso-lombalgie, les données cliniques tendent à confirmer que les facteurs de risque identifiés sont comparables pour les autres types de lésion. Les médecins de la Direction des services médicaux ainsi que les chercheurs Michael Sullivan et Marie-José Durand partagent également cet avis.

1. Professionnels de la santé qui préconisent l'invalidité et n'offrent pas d'interventions orientées vers l'amélioration du fonctionnement

Selon le *National Advisory Committee on Health and Disability*, le type d'intervention proposé par un médecin peut en lui-même constituer un facteur de risque. Cependant, comme la plupart des lésions se résolvent en trois mois, il est avisé d'attendre que ce délai soit écoulé avant de prendre en considération le fait qu'un professionnel de la santé puisse sanctionner l'invalidité. Cet élément apparaît donc dans les notes de suivi aux filets de sécurité de plus de 90 jours.

Exemple de question pour vérifier la présence de ce facteur :

Qu'est-ce que votre médecin pense de l'évolution de votre lésion?

2. Conseils reçus d'un professionnel de la santé pour quitter son emploi ou en changer

Le fait qu'un professionnel de la santé recommande à un travailleur de se retirer de son travail est un des facteurs de risque de chronicité reconnu par le *National Advisory Committee on Health and Disability* dans la catégorie « diagnostic et traitement » et peut avoir une influence sur la probabilité d'incapacité prolongée.

Exemple de question pour vérifier la présence de ce facteur :

Qu'est-ce que votre médecin dit par rapport à votre retour au travail?

3. Détresse émotionnelle

La détresse émotionnelle, qui peut être observée par la présence de **symptômes** d'anxiété, de dépression et de colère, est un prédicteur fort et consistant de l'incapacité chronique* lorsqu'elle est observée *après 90 jours*. Voici quelques indices de détresse émotionnelle :

Variations inexplicables du niveau d'énergie, du poids et des habitudes de sommeil, difficulté de concentration, agitation, irritabilité, difficulté à prendre des décisions simples, perte d'intérêt, sentiment d'insécurité et d'appréhension, nervosité, etc.

Un consensus se dégage cependant de la littérature scientifique énonçant que cette variable n'est pas prédictrice lorsqu'elle est observée dans les trois premiers mois suivant l'apparition de la lésion**.

Exemple de question pour vérifier la présence de ce facteur :

Comment va votre moral?

* Truchon *et al.*, 2007; Sullivan, 2005; Ash *et al.*, 1995 et Coyne *et al.*, 1995 in Gaumond, 2006.

** Burton *et al.*, 1995, Epping-Jordan, 1998, Haldorsen *et al.*, 1998, Linton et Hallden, 1998, Ohlund *et al.*, 1994 et 1996; William *et al.*, 1998 in Truchon et Fillion, 2000.

4. Irradiation de la douleur dans les membres inférieurs

Pour les L.M.S. dans la région dorso-lombaire à l'exclusion d'une fracture, lacération et contusion

Plus de 15 études consultées* identifient l'irradiation de la douleur dans les membres inférieurs en dessous du genou comme un facteur hautement prédictif de l'évolution de la lésion au dos. Il s'agit du signe clinique le plus constamment identifié.

Exemple de question pour vérifier la présence de ce facteur :

Quels sont vos symptômes?

* Cherkin *et al.* 1996; Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne, 2006; Dionne *et al.* 2004; Engel *et al.* 1996; Fransen *et al.* 2002; Infante-Rivard et Lortie, 1996; Loisel, 2001; MacFarlane *et al.* 1999; McIntosh *et al.* 2000; Muller *et al.* 1999; Selim *et al.* 1998; Thomas *et al.* 1984; van der Weide *et al.* 1999; Viikari-Juntura *et al.* 1998; Werneke *et al.* 2001.

5. Épisode(s) au même siège de lésion

Pour les L.M.S. à l'exclusion d'une fracture, lacération et contusion

- De nombreuses recherches* rapportent que les épisodes antérieurs (personnels, professionnels ou autres) au même siège de lésion paraissent cruciaux dans la prédiction de l'incapacité chronique et permettent de distinguer les individus qui retourneront au travail de ceux qui s'en absenteront pour une période de temps significative.

Exemple de question pour vérifier la présence de ce facteur :

Avez-vous déjà eu mal au même endroit?

Si oui, comment s'est passé votre rétablissement?

* Cats-Baril et Frymoyer, 1991, Coste *et al.* 1994, Haldorsen *et al.*, 1998, Klenerman *et al.*, 1995, Linton et Hallden, 1998, Ohlund *et al.*, 1996 et Rossignol, Lortie et Ledoux, 1993 in Truchon et Fillion, 2000; Sullivan, 2005.

6. Insatisfaction au travail

Plusieurs études soulignent que l'insatisfaction face à l'emploi est un facteur prédictif fort et consistant de l'incapacité chronique*. L'insatisfaction au travail réduirait significativement la motivation à la guérison complète**. Très peu de détails sont cependant fournis sur comment cette insatisfaction a été observée lors des recherches.

Donc, il est important que le travailleur qualifie lui-même son emploi comme insatisfaisant, soit en le faisant spontanément, soit en acquiesçant lors d'une reformulation (ex. : le travailleur rapporte quelques aspects de son emploi qui ne sont pas satisfaisants pour lui, l'agent reformule en disant « *Est-ce que vous diriez que vous êtes insatisfait de votre travail?* » ou encore « *Si je comprends bien, vous êtes insatisfait de votre travail?* ». Si le travailleur acquiesce, alors le facteur est validé).

Les indicateurs suivants peuvent servir d'alerte quant à la présence possible de ce facteur :

- Le travailleur est en démarche pour se trouver un autre emploi
- Le travailleur envisage changer d'emploi
- Le travailleur mentionne qu'il ne retournera pas chez son employeur

Exemple de question pour vérifier la présence de ce facteur :

Étiez-vous satisfait de votre travail?

* Coste *et al.* 1994 et Cats-Baril et Frymoyer, 1991, in Truchon et Fillion, 2000; Durand *et al.*, 2004; Mayou *et al.*, 2004 et Main *et al.*, 2005 in Gaumond, 2006; Sullivan, 2005.

** Hanson *et al.*, 2006.

7. Relations conflictuelles avec les collègues ou l'employeur OU Relations conflictuelles avec le travailleur

Les attitudes des employeurs et des collègues face aux travailleurs blessés et à leur reprise du travail apparaissent dans plusieurs recherches* comme des éléments essentiels à considérer dans la problématique de l'incapacité chronique. Les relations conflictuelles avec les collègues – que ce soit par leur attitude ou leur manque de soutien – et avec l'employeur, qui contrôle les conditions de retour en emploi et la possibilité d'effectuer une tâche allégée intéressante, sont associées de façon significative à la durée d'absence des travailleurs. De même que pour l'insatisfaction au travail, les relations conflictuelles avec les collègues et les patrons réduiraient significativement la motivation à la guérison complète**.

Exemples de question pour vérifier la présence de ce facteur :

[Conversation avec T] Comment ça se passe (se passait) avec vos collègues et votre patron?

[Conversation avec l'E] Comment ça se passe (se passait) avec le travailleur?

* Loisel, 2001; Truchon et Fillion, 2000; Truchon *et al.*, 2007; Bigos *et al.*, 1992, Pincus *et al.*, 2002, van der Wiede *et al.*, 1999 Braveman 1999, Orme *et al.*, 2000, Shrey et Lacerte, 1995 in Durand, 2002.

** Hanson *et al.*, 2006.

8. Le travailleur pense qu'il ne retournera pas à son travail régulier d'ici 3 mois ou est indécis

De 43 à 46 % des travailleurs qui répondent « en accord » ou « indécis » à l'énoncé « *Vous pensez que vous ne retournerez pas à votre travail habituel d'ici trois mois* » lors des consultations médicales de premières instances sont toujours en arrêt de travail 2 ans plus tard*. Ces résultats ont été largement documentés et diffusés dans les colloques médicaux et sont parmi les prédicteurs de chronicité les plus fiables. L'étude originale comportait un échantillon de plus de 1000 travailleurs.

Exemples de question pour vérifier la présence de ce facteur :

D'après vous, pensez-vous être de retour à votre travail régulier d'ici trois mois?

[Si le T n'a plus de lien d'emploi] D'après vous, pensez-vous que vous auriez été de retour à votre travail régulier d'ici trois mois?

* Dionne *et al.*, 2004.

9. Le travailleur ne croit pas qu'il sera capable de refaire toutes ses tâches

La perception de l'exigence physique élevée de son emploi est un indicateur significatif de l'incapacité chronique, contrairement à l'exigence objective de la tâche*. Dans une étude**, ce facteur permet d'identifier plus de 75 % des travailleurs qui demeureront en incapacité prolongée.

Exemple de question pour vérifier la présence de ce facteur :

Pensez-vous être capable de refaire toutes vos tâches?

* Durand *et al.*, 2004; Leavitt, 1990 in Truchon et Fillion, 2000; Truchon *et al.*, 2007.

** Haldorsen *et al.*, 1998.

10. Arrêt et évitement des activités physiques ou de la vie quotidienne

Un certain nombre de perceptions et de peurs très prédictrices de l'incapacité chronique induisent tous le même comportement observable et néfaste : la propension à réduire ou à éviter les activités physiques ou quotidiennes. L'activité est alors perçue comme une menace à la santé ou pouvant aggraver les symptômes. Cet évitement se révèle lui-même un puissant prédicteur puisqu'il a pour conséquence le déconditionnement physique associé à l'incapacité chronique. Voici quelques exemples* de ce qui explique cet évitement des activités :

- les croyances (la croyance que toute douleur doit être éliminée avant de tenter de reprendre le travail ou les activités normales, ou la croyance dans le fait que toute douleur persistante témoigne d'un processus pathologique évolutif susceptible d'empirer). Par exemple, le travailleur souffrant d'une lombalgie craint l'évolution vers la paralysie des membres inférieurs et le fauteuil roulant;
- la peur manifeste de l'activité physique (la peur du mouvement ou de se blesser à nouveau);
- la peur de la douleur (grande réaction émotionnelle négative suite à un stimulus provoquant de la douleur et suscitant un haut degré d'évitement).

Le travailleur qui attend que ça ne fasse plus mal avant de reprendre ses activités s'enlise dans un long cercle vicieux où l'inactivité, l'atrophie des muscles et la perte de flexibilité entraînent une douleur encore plus importante que la lésion primaire**. Il est donc impératif d'agir rapidement pour que le travailleur reste actif.

Exemple de question pour vérifier la présence de ce facteur :

Qu'est-ce que votre lésion est venue changer dans vos activités quotidiennes?

* Gaumond, 2006; Dionne *et al.*, 2004; Truchon et Fillion, 2000; National Advisory Committee on Health and Disability, Accident Compensation Corporation, 1997; Vlaeyen *et al.*, 2000 in Durand *et al.*, 2004; Boureau *et al.*, 1997; Sullivan, 2005a.

** Turcotte, 2000

AUTRES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER — facteurs de risque 11 à 13

Ces facteurs ne sont pas à questionner systématiquement, c'est pourquoi aucune question spécifique n'est proposée pour les explorer. Cependant, lorsque l'intervenant s'entretient avec le client, il doit rester constamment à l'affût de signes que ces facteurs pourraient être présents et, lorsque c'est le cas, procéder à leur validation selon les balises fournies ci-dessous. Il est particulièrement probable que des indices de la présence de ces facteurs se manifestent à travers le discours du travailleur lorsque l'intervenant le questionne sur ses perceptions face à son retour au travail, sa perception de ses capacités fonctionnelles et ses activités quotidiennes, ainsi qu'à ses relations avec son employeur et ses collègues.

11. Stratégies d'adaptation uniquement passives

Les études indiquent que les stratégies d'adaptation passives, telles la propension à dramatiser, à prier, à espérer, à pallier, à se protéger et à fuir la situation, en particulier lorsqu'elles semblent être les seules stratégies du travailleur (par opposition aux stratégies actives, qui visent à agir sur l'élément stresser ou à améliorer la résistance au stress), contribuent à l'incapacité chronique*. Ce type de stratégies parvient à lui seul à expliquer jusqu'à 50% de la chronicité 12 mois plus tard lorsqu'il est observé dans les trois premières semaines suivant la lésion**.

* Carver *et al.*, 1989; Endler *et al.*, 1998.

** Truchon et Fillion, 2000.

12. Pensée catastrophique

L'expression « pensée catastrophique » est utilisée pour décrire une réponse particulière à des symptômes de douleur qui inclut les éléments suivants :

- La rumination, décrite par une attention excessive aux sensations de douleur, par exemple, « *je ne fais que penser à quel point ça fait mal* »;
- L'amplification, décrite par une propension à exagérer la menace des sensations de douleur, par exemple, « *je me demande si quelque chose de grave va se produire* »;
- L'impuissance, soit une tendance à se percevoir comme incapable de gérer les symptômes de douleur, par exemple, « *c'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi* » ou « *il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur* ».

Sullivan *et al.*, 1998, 2001, 2002 in Durand 2004.

13. Sentiment d'injustice

Selon les recherches récentes, le sentiment d'injustice du travailleur serait un des plus forts prédictors de l'incapacité chronique dans les cas de lésions musculosquelettiques. Les individus qui vivent un sentiment d'injustice à la suite de leur lésion ou de leur accident tendent à accorder plus d'importance et d'attention à l'injustice qu'à leur rôle dans le processus de réadaptation*. Le sentiment d'injustice peut être observé lorsque le discours du travailleur est **par exemple** teinté par :

- Le sentiment de perte irréparable que rien ne pourra compenser;
- La conviction de souffrir inutilement en raison des actions d'autrui.

* Miller, 2001; Sullivan *et al.*, 2008, 2009, 2009a.

RÉFÉRENCES

- Ash, P. et Sl. Goldstein. 1995. "Predictor of returning to work", *Bulletin of American Academy of Psychiatry Law*, vol. 23, p. 205 à 210
- Bigos, SJ., MC. Battie, DM. Spengler, LD, Fisher, WE. Fordyce, T. Hansson, AL. Nachemson, J. Zeh. 1992. "A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting", *Clinical Orthopaedics and Related Research*, vol. 279, p. 21 à 34
- Boureau, F., M. Luu, JF. Doubrère. 1997. « Le malade douloureux chronique » in *Douleurs* sous la dir. de L. Brasseur, M. Chauvin, G. Guilbaud, p. 375 à 384, Paris : Maloine
- Braveman, B. 1999. "The model of human occupation and prediction of return to work: a review of related empirical research", *Work: a journal of prevention, assessment and rehabilitation*, vol. 12, p. 13 à 23
- Burton, Ak., KM. Tillotson, CJ. Main, S. Hollis. 1995. "Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble", *Spine*, vol. 20, p. 722 à 728
- Carver, CS., MF. Scheier, JK. Weintraub. 1989. "Assessing coping strategies: A theoretically based approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 56, p. 267 à 283
- Cats-Baril, WL. et JW. Frymoyer. 1991. « Identifying patients at risk of becoming disabled because of low-back pain. *Spine* », The Vermont Rehabilitation Engineering Center Predictive Model. Vol. 16, p. 605 à 607
- Cherkin, DC., RA. Deyo, JH. Street *et al.* 1996. « Predicting poor outcomes for back pain seen in primary care using patients' own criteria », *Spine*, vol. 21, p. 2900 à 2907
- Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne (CLIP), sous la dir. de M. Rossignol. 2006. *Guide Pratique*. Direction de santé publique, Agence de santé et des services sociaux de Montréal. 43 p.
- Coste, J., G. Delecoeuillerie, A. Cohen de Lara, JM. Le Parc et JB. Paolaggi. 1994. « Clinical course and prognostic factors in acute low back pain : an inception cohort study in primary care practice », *British Medical Journal*, p. 577 à 580.
- Coyne, JC. 1995. "Nondetection of depression by primary care physician reconsidered", *General Hospital Psychiatry*, vol. 17, p. 3 à 12
- Dionne, C., R. Bourbonnais, P. Frémont, M. Rossignol et S. Stock. 2004. « Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales », R-356, IRSST, Montréal
- Direction générale humanisation du travail. 2005. *Méthodes et instruments pour une analyse ergonomique et psychosociale*, Bruxelles
- Durand, MJ. 2002. « Récit de l'édification d'une équipe de recherche interdisciplinaire pour aborder la problématique de la situation de handicap au travail », *Pistes*, vol. 4
- Durand, MJ., P. Loisel, MJL. Sullivan, S. Poitras, J. Lacroix, S. Gagnier, S. Tinawi, M. Tolszczuk. 2004. *La chronicité : problématique psychosociale – Extrait du Rapport préliminaire du Comité d'experts sur la Chronicité*, SAAQ, Québec

- Endler, NS., CMA Coubasson, L. Fillion. 1998. "Coping with cancer: The evidence for the temporal stability of the French Canadian version of the Coping with Health, Injuries and Problems (CHIP)", *Personality and Individual Differences*, vol. 25, p. 711 à 717
- Engel, CC., M. von Korff et WJ. Katon. 1996. "Back pain in primary care: Predictors of high health-care costs", *Pain*, vol. 65, p. 197 à 204
- Epping-Jordan, JE., DR. Wahlgren, RA. Williams, SD. Pruitt, MA Slater, TL. Patterson, I. Grant, JS. Webster, JH. Atkinson. 1998. "Transition to Chronic Pain in Men With Low Back Pain: Predictive Relationships Among Pain Intensity, Disability and Depressive Symptoms", *Journal of Health Psychology*, vol. 17, p. 421 à 427
- Fransen, M., M. Woodward, R. Norton *et al.* 2002. « Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain », *Spine*, vol. 27, p. 92-98
- Gaumond, A., 2006. *L'incapacité vocationnelle liée à la douleur : identification et intervention*, consultant externe CSST
- Grönblad, M., E. Järvinen, O. Airaksinen, M. Ruuskanen, H. Hämäläinen, JP. Kouri. 1996. "Relationship of subjective disability with pain intensity, pain duration, pain location, and work-related factors in nonoperated patients with chronic low back pain" *The Clinical journal of pain*, vol. 12, p. 194 à 200
- Haldorsen, EMH., A. Indahl et H. Ursin. 1998. « Patients with low back pain not returning to work – A 12-month follow-up study », *Spine*, vol 23, p. 1202 à 1208
- Hanson, M.,K. Burton, N. Kendall, R. Lancaster, A. Pilkington, 2006, *The cost and benefits of active case management and rehabilitation for musculoskeletal disorders*, Research report 493, Hu-Tech Associates Ltd for the Health and Safety Executive, England, HSE books
- Infante-Rivard, C. et M. Lortie. 1996. « Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain », *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, vol. 53, p. 488 à 494
- Klenerman, L., PD. Slade, IM. Stanley, B. Pennie, JP. Reilly, LE. Atchison, JDG. Troup et MJ Rose. 1995. « The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting », *Spine*, vol. 20, p. 478-484
- Leavitt, F., 1990. "The Role of psychological disturbance in extending disability time among compensable back injured industrial workers", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 34, p. 447 à 453
- Linton, SJ. et K. Hallden. 1998. « Can we screen for problematic back Pain? A Screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain" *Clinical Journal of Pain*. Vol. 14, p. 209 à 215
- Loisel, P. 2001. "Disability prevention: New paradigm for the Management of Occupational Back Pain" *Disease Management & Health Outcomes*, vol. 9, p. 351 à 360
- MacFarlane, GJ., E. Thomas, PR. Croft, *et al.* 1999. "Predictors of early improvement in low back pain amongst consulters to general practice : the influence of pre-morbid and episode-related factors", *Pain*, vol. 80, p. 113 à 119
- Main, CJ. JP. Ceri, PJ. Watson. 2005. "Secondary prevention in Health-care and occupational setting in musculoskeletal conditions focusing on low back pain". In *Handbook of complex occupational disability claims: Early risk identification, intervention and prevention*. sous la dir. de IZ. Schultz et RJ. Gatchel, p. 387 à 404, New York: Springer

- Mayou, R *et al.* 2004. *Psychology, personal injury and rehabilitation*, International Underwriting Association et Association of British Insurers: Rehabilitation working party, London
- McCracken, LM. et C. Eccleston. 2003 "Coping or acceptance: what to do about chronic pain?" *Pain*, vol. 105, p.197 à 204
- McIntosh, G., J. Franck, S. Hogg-Johnson *et al.* 2000. "Prognostic factors for time receiving workers' compensation benefits in a cohort of patients with low back pain", *Spine*, vol 25, p. 147 à 157
- Miller, DT. 2001. "Disrespect and the experience of injustice", *Annual Review of Psychology*, vol. 52, p. 527-553
- Muller, CF., T. Monrad, F. Biering-Sorensen *et al.* 1999. "The influence of previous low back trouble, general health, and working conditions on future sick-listing because of low back trouble – A 15-years follow-up study of risk indicators for self-reported sick-listing caused by low back trouble", *Spine*, vol 24, p. 1562 à 1570
- National Advisory Committee on Health and Disability et Accident Compensation Corporation. 1997. *Guide to assessing psychological Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss*, New Zealand.
- Öhlund, C., I Lindstrom, B. Areskoug, C. Eek, LE. Peterson, A. Nachemson. 1994. "Pain Behavior in industrial subacute low back pain. Part 1. Reliability: Concurrent and predictive validity of pain behaviour assessments", *Pain*, vol. 58, p. 201 à 209
- Öhlund, C., I. Lindstrom, C. Eek, B. Areskoug et A. Nachemson. 1996. "The causality field (extrinsic and intrinsic factors) in industrial subacute low back pain patients", *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, vol. 6, p. 98-111
- Pincus T, JW. Vlaeyen, NA. Kendall, MR. von Korff, DA. Kalauokalani, S. Reis. 2002. "Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future", *Spine*, vol. 27, p. 133 à 138
- Rossignol, M., M. Lortie et E. Ledoux. 1993. "Comparison of spinal health indicators in predicting spinal status in a 1-year longitudinal study", *Spine*, vol. 18, p. 54 à 60
- Rossignol, M. et A. Neveu. 2003. « Lombalgie et chronicité : dépistage précoce », *Le Médecin du Québec*, vol. 38, p. 69 à 76
- Selim, AJ., XS. Ren, G. Fincke, *et al.* 1998. "The importance of radiating leg pain in assessing health outcomes among patients with low back pain – Results from the Veterans Health Study", *Spine*, vol. 23, p. 470 à 474
- Shrey ,DE. et M. Lacerte. 1995. *Principles and practices of disability management in industry*, St. Lucie Press, Boca Raton, FL
- Sullivan MJL., W. Stanish, H. Waite, M. Sullivan et DA. Tripp. 1998. "Catastrophizing, pain and disability in patients with soft-tissue injuries", *Pain*, vol. 77, p. 253 à 260
- Sullivan MJL., WM. Rogers et I. Kirsch. 2001. « Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress », *Pain*, vol. 91, p. 147 à 154
- Sullivan MJL., WM. Rogers, PM. Wilson, GJ. Bell, TC. Murray et SN. Fraser. 2002. "An Experimental investigation of the relation between catastrophizing and activity intolerance", *Pain*, vol. 100, p. 47 à 53

- Sullivan, MJL. 2005. *Le programme de prévention de la douleur de l'incapacité prolongée (PDIP) : Manuel de traitement*, Halifax, Nova Scotia : PDP Program Inc
- Sullivan, MJL. 2005a. *Programme de gestion de l'activité progressive (PGAP) : Manuel de traitement*, Halifax, Nova Scotia: PDP Program Inc
- Sullivan, MJL., H. Adams, S. Horan, D. Maher, D. Boland, R. Gross. 2008. "The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation", *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 18, p. 249-61
- Sullivan, MJL., P. Thibault, J. Maureen, B. Simmonds, MC. Milioto, AP Cantin, AM. Velly. 2009. "Pain, perceived injustice and the persistence of post-traumatic stress symptoms during the course of rehabilitation for whiplash injuries", *Pain*, vol 145, p. 325 à 331
- Sullivan, MJL., N. Davidson, B. Garfinkel, N. Siriapaipant, W. Scott. 2009a. "Perceived Injustice is Associated with Heightened Pain Behavior and Disability in Individuals with Whiplash Injuries", *Psychological injury and law*, vol. 2, p. 238 à 347
- Thomas, E., AJ. Silman, PR. Croft, *et al.* 1984. "Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study", *British Medical Journal*, vol. 318, p. 1662 à 1667.
- Truchon, M., L. Fillion, G. Truchon, C. Dionne, B. Arsenault, C. Viau. 2000. *Les déterminant biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies – une recension systématique des écrits*, Rapport R-253, IRSST, Montréal
- Truchon, M., L. Fillion, G. Truchon. 2007. *Les déterminants de l'incapacité liés à la lombalgie*, Rapport R-487, IRSST, Montréal
- Turcotte, JR., 2000, « La douleur chronique : évaluation de l'invalidité », *Bulletin de la Société des médecin Experts du Québec*, vol. 17, p. 12 à 15
- Van der Weide, WE., JH. Verbeek, HJ. Salle, *et al.* 1999. "Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 25, p. 50 à 56
- Viikari-Juntura, E., EP. Takala, H. Riihimaki, *et al.* 1998. "Standardized physical examination protocol for low back disorders: feasibility of use and validity of symptoms and signs", *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 51, p. 245 à 255
- Vlaeyen, JW., et SJ. Linton. 2000. "Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art", *Pain*, vol. 85, p. 317 à 332
- Werneke, M. et DL. Hart. 2001. « Centralization phenomenon as a prognostic factor for chronic low back pain disability », *Spine*, vol. 26, p. 758 à 764; discussion 65
- Williams, RA., SD Pruitt, JN. Doctor, JE Epping-Jordan, DR. Wahlgren, I. Grant, TL. Patterson, JS. Webster, MA. Slater, JH Atkison. 1998. "The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 79 p. 366 à 373