

**Incapacité due à un trouble
musculosquelettique
Les inquiétudes liées
à l'environnement de travail**

Marie-France Coutu
Marie-José Durand
Iuliana Nastasia
Fergal O'Hagan
Patrick Gosselin
Marie-Élise Labrecque
Sara Pettigrew
Djamal Berbiche

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1058

NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

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.

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;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

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 des normes, de l'équité, 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 CNESST (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique [InfoIRSST](#)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2020
ISBN : 978-2-89797-091-8
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail
Février 2020

Incapacité due à un trouble musculosquelettique

Les inquiétudes liées à l'environnement de travail

Marie-France Coutu¹, Marie-José Durand¹,
Iuliana Nastasia², Fergal O'Hagan³,
Patrick Gosselin¹, Marie-Élise Labrecque¹,
Sara Pettigrew¹, Djamal Berbiche¹

¹ Université de Sherbrooke

² IRSST

³ Université de Trent

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1058



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.

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



ÉVALUATION PAR DES PAIRS

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

Cette étude a été rendue possible grâce à la participation des travailleurs qui ont connu une absence prolongée du travail. Leur engagement au sein de l'étude a été démontré plus d'une fois par leur disponibilité pour remplir l'ensemble des questionnaires et participer aux entrevues. Ils ont généreusement partagé leurs inquiétudes et leurs craintes, ce qui a permis d'approfondir une nouvelle perspective jusqu'à présent peu explorée en réadaptation au travail. Notre reconnaissance s'adresse également aux représentants des employeurs et des syndicats qui ont permis par leur coopération d'éclairer une importante perspective en réadaptation au travail.

Nous tenons également à remercier vivement tous les membres des équipes interdisciplinaires en réadaptation au travail. Sans leur collaboration, le recrutement et le déroulement de l'étude auraient pu être compromis.

Cette recherche n'aurait pu voir le jour sans la contribution financière de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Nous aimerions souligner son engagement en ce qui concerne le financement de projets innovateurs, afin de mieux comprendre et de prévenir l'incapacité au travail.

SOMMAIRE

Environ une personne sur trois dans le monde vivrait avec un trouble musculosquelettique (TMS) persistant. Plusieurs auteurs soulignent l'influence significative des facteurs psychosociaux, dont l'anxiété, sur le développement de l'incapacité prolongée. Associées à l'anxiété, des inquiétudes excessives ont été documentées chez des travailleurs ayant une douleur persistante d'origine musculosquelettique. Les inquiétudes ne favorisent pas l'adaptation en contexte d'une situation problématique. Cependant, aucune étude n'a jusqu'à présent tenté de comprendre ces inquiétudes, en lien avec l'environnement de travail. Une meilleure compréhension de ce phénomène semble un incontournable pour offrir une action mieux ciblée aux travailleurs ayant une incapacité au travail prolongée.

Dans une perspective plus globale de favoriser un retour au travail rapide et durable, l'objectif général de cette étude consistait à identifier des pistes d'action pour l'intervention en réadaptation au travail, en étudiant les inquiétudes comme source d'information pour déterminer des facteurs pertinents à considérer lors du retour au travail (RT). Pour ce faire, deux objectifs spécifiques ont été poursuivis, soit 1) approfondir, en interaction avec l'environnement de travail, les inquiétudes des travailleurs, l'intensité et l'interférence de celles-ci avec le RT, 2) élaborer des pistes d'action pour guider l'intervention en réadaptation au travail pour un trouble musculosquelettique (TMS).

Une étude exploratoire avec un devis mixte a été retenue, selon une perspective pragmatique (Creswell, 2003). Principalement, pour l'objectif 1, un devis observationnel et prospectif à mesures répétées avec questionnaires autoadministrés auprès de travailleurs aux prises avec une incapacité prolongée due à un TMS a été utilisé. Aussi, des données qualitatives visaient à approfondir la compréhension du phénomène à l'étude. Les critères d'inclusion étaient : 1) avoir un TMS ayant causé une absence du travail de plus de 3 mois du poste de travail régulier et recevoir des indemnités de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST); 2) être âgé de 18 à 64 ans; 3) parler le français ou l'anglais; 4) avoir dans son plan de traitement un retour thérapeutique au travail (RTT) ou avoir comme objectif dans son programme de réadaptation un RT. Les facteurs d'exclusion étaient : 1) avoir un TMS relié à une pathologie spécifique (ex. : fracture récente, maladie métabolique, néoplasie inflammatoire ou infectieuse de la colonne vertébrale); 2) présence de troubles mentaux sévères (ex. : trouble de personnalité dans le regroupement A du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) (*American Psychiatric Association*, 2000), soit personnalité de type paranoïde, schizoïde ou schizotypique, épisode psychotique présent ou passé) inscrit au dossier médical.

Pour l'objectif 2, un sondage auprès de cliniciens en réadaptation au travail a permis d'approfondir la perception de clarté, de pertinence, d'exhaustivité et de faisabilité des pistes d'action découlant des résultats de l'objectif 1. Ceux-ci devaient avoir une expérience de travail de plus de deux ans auprès d'une organisation qui offre un programme de réadaptation au travail à une clientèle indemnisée en raison d'un TMS lié au travail.

Pour l'objectif 1, un total de 80 travailleurs a accepté de participer à l'étude dont 56 d'entre eux ont complété le dernier temps de mesures à la fin de leur programme de réadaptation au travail, pour les principaux facteurs à l'étude. Le modèle final prédictif du non-RT à la fin du programme

de réadaptation au travail est hautement significatif. Il explique 54 % de la variance du non-RT (Pseudo $R^2 = 0,54$; $p < .0001$). Les deux principaux facteurs significativement associés au non-RT à la fin de la prise en charge sont la marge de manœuvre au travail (MMT) et la présence d'inquiétudes intenses rapportées par les travailleurs. En l'absence de MMT durant le suivi, les travailleurs ont 8,52 fois moins de chance de retourner au travail. En présence d'inquiétudes intenses, les travailleurs seraient deux fois plus à risque de ne pas retourner au travail. Les autres facteurs également associés au non-RT sont l'intolérance à l'incertitude, la perception qu'il est utile de s'inquiéter et finalement l'intensité de l'anxiété généralisée. Des analyses subséquentes ont permis d'observer qu'un manque de MMT est associé aux inquiétudes du travailleur par rapport à son épisode d'incapacité ou de son RT. En effet, celui-ci considère que son inquiétude provient d'une situation actuellement liée au travail et pour laquelle il estime vivre un niveau d'incertitude élevé.

L'entrevue ayant servi à dépister les troubles psychologiques au premier temps de mesure permet d'observer que 71 % des travailleurs éprouvent, à un niveau clinique ou sous-clinique, des difficultés psychologiques. De ce nombre, la majorité des participants rapporte des difficultés, principalement en lien avec leur épisode d'incapacité.

En ce qui a trait à l'objectif 2, il a été possible de dégager six pistes d'action pour la pratique de la réadaptation au travail à partir des résultats obtenus à l'objectif précédent. Celles-ci portaient, entre autres, sur le besoin d'évaluer les inquiétudes des travailleurs ou de favoriser une marge de manœuvre au travail. Les pistes d'action ont été soumises à 10 cliniciens. Globalement, les cliniciens ont indiqué des niveaux d'accord acceptables en ce qui concerne la clarté, la pertinence et la faisabilité. La faisabilité a obtenu des résultats plus faibles, mais toujours acceptables. Cela a particulièrement été observé pour trois pistes d'action avec des résultats inférieurs à 3 sur 4. Pour l'exhaustivité, quelques cliniciens ont fourni des commentaires ou des suggestions. Essentiellement, ces commentaires font ressortir le besoin d'opérationnaliser certaines pistes qui leur semblaient plus difficiles à circonscrire. Il a aussi été suggéré d'inclure les autres acteurs, comme l'employeur ou l'assureur afin de tenir compte des contraintes légales inhérentes à certaines actions. Le besoin de formation a aussi été soulevé.

Très peu d'études ont porté sur les difficultés psychologiques des travailleurs en tenant compte de leur incapacité au travail prolongée due à un TMS. La présente étude apporte une compréhension plus précise des inquiétudes vécues par les travailleurs. Une contribution importante est d'avoir mis en lumière que les inquiétudes rapportées par les travailleurs sont actuelles et liées au travail. De plus, ces observations sont corroborées par les ergothérapeutes qui ont identifié les mêmes enjeux en plus d'une faible MMT. Des pistes ont été formulées et, de façon exploratoire, elles ont été jugées pertinentes, claires et acceptables.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	xi
1. RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
2.1 Ampleur des TMS	3
2.2 L'anxiété comme facteur psychosocial contribuant à l'incapacité au travail.....	3
2.3 Les inquiétudes des travailleurs et leur environnement de travail.....	6
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE	9
4. MÉTHODOLOGIE	11
4.1 Devis	11
4.2 Méthodologie pour l'objectif 1	12
4.2.1 Participants	12
4.2.2 Procédure de recrutement.....	12
4.2.3 Contexte : programme de réadaptation au travail	13
4.2.4 Procédure de collecte des données.....	14
4.2.5 Facteurs et mesures.....	16
4.3 Méthodologie pour l'objectif 2	21
4.3.1 Élaboration des pistes d'action	21
4.3.2 Participants	22
4.3.3 Procédure de recrutement.....	22
4.3.4 Procédure de collecte des données.....	22
4.3.5 Questionnaires	22
5. ANALYSE DES DONNÉES	23
6. RÉSULTATS	25
6.1 Résultats pour l'objectif 1	25
6.1.1 Caractéristiques des ergothérapeutes ayant participé	25
6.1.2 Caractéristiques des travailleurs et du contexte de l'étude	26

6.1.3	Portrait des participants en lien avec les facteurs du modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. et al., 1998)	35
6.1.4	Explorer les inquiétudes en lien avec l'environnement de travail	41
6.2	Résultats pour l'objectif 2	45
6.2.1	Élaborer des pistes d'action à l'intervention en réadaptation au travail – étape initiale	45
7.	DISCUSSION	53
8.	CONCLUSION.....	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	ANNEXE A : QUESTIONNAIRES ET GUIDES D'ENTREVUE OBJECTIFS 1 ET 2	67
A.I	Questionnaires.....	67
	Questionnaire sur l'intolérance à l'incertitude	68
	Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (QIPS).....	71
	Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA).....	72
	Grille de catégorisation des inquiétudes.....	73
	Questionnaire « Pourquoi s'inquiéter? Version 2 » (PSI-II)	74
	Questionnaire sur les types d'inquiétudes (QTI).....	76
	Questionnaire d'attitude face au problème (QAP)	85
	Questionnaire d'évitement cognitif (QEC)	86
	Journal de bord.....	88
	Intensité de la douleur (Échelle visuelle analogique de l'intensité de la douleur).....	89
	Caractéristiques cliniques des travailleurs (traduction française du Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS)).....	90
	Questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles (version québécoise de l'Organizational Policies and Practices (OPP))	91
	Job content questionnaire (JCQ).....	94
	Questionnaire sociodémographique, clinico-administratif.....	96
	Questionnaire sur le statut de travail.....	97
	QTI-Clinicien	98
	QTI-Ergonome	100
A.II	Guides d'entrevue.....	102
A.II.I	Exemple de guide d'entrevue pour le volet ergonomie (travailleur).....	102
A.II.II	Exemple de guide d'entrevue pour le volet ergonomie (employeur).....	105
	ANNEXE B : SONDAGE POUR L'OBJECTIF 2.....	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Portrait sociodémographique des cliniciens	26
Tableau 2.	Caractéristiques des participants	31
Tableau 3.	Fréquence des troubles identifiés à l'ADIS.....	35
Tableau 4.	Portrait descriptif et variation dans le temps des facteurs liés au modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. <i>et al.</i> , 1998)	36
Tableau 5.	Fréquences des inquiétudes selon deux catégories en début et en fin de prise en charge	39
Tableau 6.	Résultats du QTI-Travailleur : Fréquence des situations générant l'inquiétude rapportée par les travailleurs à T1 et à T4 et mesurée par le QTI	40
Tableau 7.	Caractéristiques des inquiétudes rapportées par les travailleurs à T1 et à T4 et mesurées par le QTI	40
Tableau 8.	Fréquences des niveaux de MMT en début et en fin de prise en charge.....	41
Tableau 9.	Résultats des QTI-Cliniciens en début et en fin de prise en charge	42
Tableau 10.	Facteurs significativement associés au non-RT à la fin de la prise en charge.....	43
Tableau 11.	Items du QTI associés à un manque de MMT	44
Tableau 12.	Caractéristiques sociodémographiques des cliniciens recrutés dont les données sont complètes	48
Tableau 13.	Niveau d'accord des cliniciens lors du sondage sur les pistes d'action	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle d'anxiété généralisée de Dugas <i>et al.</i> (1988).....	6
Figure 2.	Schéma illustrant la triangulation des perspectives pour l'objectif 1.	12
Figure 3.	Schéma résumant la collecte des données pour l'objectif 1 selon les différentes perspectives.	15
Figure 4.	Déroulement du recrutement des cliniciens.....	25
Figure 5.	Déroulement du recrutement et de la collecte de données auprès des travailleurs.	29
Figure 6.	Graphique permettant de situer cliniquement la MMT.	45

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADIS :	<i>Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV</i>
CNESST :	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
DSM-IV :	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version française du <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> édition 4
MMT :	Marge de manœuvre au travail
QTI :	Questionnaire sur les types d'inquiétudes
T1 :	Premier temps de mesure – au début de la prise en charge
T2 :	Deuxième temps de mesure – lors de l'annonce du retour au travail
T3 :	Troisième temps de mesure – à 50 % du temps régulier de travail
T4 :	Quatrième temps de mesure – à la fin de la prise en charge
TAG :	Trouble d'anxiété généralisée
TMS :	Trouble musculosquelettique
RT :	Retour au travail
RTT :	Retour thérapeutique au travail

1. RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE

Les TMS sont au deuxième rang mondial pour leur influence sur le nombre d'années vécues avec une incapacité selon l'étude du fardeau mondial de la maladie et au premier rang chez les personnes âgées de 50 à 69 ans (Briggs *et al.*, 2016). Environ une personne sur trois dans le monde vivrait avec une douleur persistante liée à un TMS (Briggs *et al.*, 2018).

Il est maintenant reconnu que l'incapacité à retourner ou à se maintenir au travail à cause d'un TMS doit être considérée à travers la perspective biopsychosociale (Costa-Black, Katia M, Feuerstein et Loisel, 2013; Loisel *et al.*, 2001; Waddell et Burton, 2005). Le paradigme d'incapacité au travail permet d'ailleurs de comprendre l'individu en fonction des interactions qu'il a avec son environnement (Loisel *et al.*, 2001). Plusieurs auteurs soulignent l'influence significative des facteurs psychosociaux, dont l'anxiété associée à des croyances et des craintes liées à la douleur. Ces facteurs psychosociaux sont reconnus pour contribuer au développement de l'incapacité prolongée (≥ 12 semaines) au travail (Laisné, Lecomte et Corbière, 2012; Pincus, Burton, Vogel et Field, 2002; Waddell et Burton, 2005). Étant également liées à l'anxiété, des inquiétudes excessives ont été documentées auprès de travailleurs ayant une douleur persistante d'origine musculosquelettique (Coutu *et al.*, 2013; Eccleston et Crombez, 2007). En psychologie, l'inquiétude constitue un enchaînement de pensées et d'images mentales, relativement incontrôlables, concernant des conséquences négatives possibles (Borkovec, Robinson, Prunzinsky et DePree, 1983). L'inquiétude est sous-jacente à l'anxiété ou à d'autres émotions négatives, elle est perçue comme un mécanisme d'adaptation temporaire chez un individu. Ces inquiétudes ne favorisent pas l'adaptation en contexte de situation problématique. Cependant, il a été observé qu'elles serviraient à diminuer un inconfort émotionnel lié à une situation comportant des éléments d'incertitude (Borkovec, Alcaine et Behar, 2004). L'inquiétude excessive peut aussi être vue comme une tentative non fructueuse et inadaptée de résoudre ses problèmes en pensées, plutôt que par l'action.

En contexte de douleurs musculosquelettiques, les inquiétudes visant à trouver une solution comme supprimer la douleur amènent le travailleur dans une impasse, selon Eccleston et Crombez (2007). Pour ces auteurs, la seule façon de se sortir de cette impasse serait de conceptualiser le problème de douleurs musculosquelettique de façon à pouvoir générer des pistes de solutions. Par exemple, au lieu de viser la suppression de la douleur, il s'agit de chercher une solution pour la gérer. Ces auteurs mettent surtout de l'avant, une approche cognitivocomportementale. Cela amène cependant une action principalement centrée sur les facteurs inhérents à la personne. Pourtant, plusieurs écrits soulignent la nécessité de se décentrer de l'intervention portant uniquement sur la douleur et d'adopter un paradigme d'incapacité au travail (Anema *et al.*, 2004; Loisel *et al.*, 1997; Loisel *et al.*, 2002). Ces études montrent que la perspective qui s'avère gagnante pour un RT rapide et durable est celle qui allie à la fois les perceptions du travailleur, mais aussi la réalité de l'environnement de travail (Anema *et al.*, 2004; Cullen *et al.*, 2018; Durand *et al.*, 2017; Loisel *et al.*, 1997; Loisel *et al.*, 2002). Ainsi, si le travailleur manifeste une inquiétude excessive basée sur une situation présente actuellement en lien avec l'incapacité ou le RT, il est possible qu'une intervention uniquement centrée sur l'individu soit insuffisante, si le facteur de risque est en réalité présent dans l'environnement de travail.

Aucune étude n'a jusqu'à présent tenté de comprendre les inquiétudes excessives du travailleur en incapacité au travail, en interactions avec son environnement et particulièrement celui du travail. Comprendre ces inquiétudes semble un incontournable pour offrir une action mieux ciblée en matière de réadaptation.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 Ampleur des TMS

Parmi les problèmes de santé, les plus associés à l'incapacité au travail figurent les TMS (Commission de la santé mentale du Canada, 2013; Deraspe, 2013; Institut de la statistique du Québec, 2015; Towers Watson, 2010). Les TMS sont des atteintes inflammatoires ou dégénératives aux structures musculosquelettiques qui couvrent les tissus mous comme les muscles, les tendons et les ligaments. Au Québec, entre les années 2014 et 2018, le nombre de TMS indemnisés par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST, 2019)¹ est en hausse de 17,7 %, passant de 23 972 à 28 225. Dans l'ensemble des dossiers de lésions, la proportion des TMS est passée de 27,2 % à 29,3 %, soit une légère hausse de 0,1 point de pourcentage (CNESST, 2019). Pour la période 2015-2018, les coûts sont passés de 1,927 milliards à 2,224 milliards de dollars (CNESST, 2019). En 2017, parmi l'ensemble des sièges de lésions identifiés, trois d'entre eux cumulent plus de 60 % des lésions de type TMS. Il s'agit de la région lombaire (39,7 %), de l'épaule (14,8 %) et de la région dorsale (7,8 %) (CNESST, 2018).

Historiquement, la majorité des travailleurs ayant une lésion vertébrale retournaient à leur travail régulier après une période de 3 à 4 semaines d'arrêt (Frank *et al.*, 1996; Spitzer, 1987). Seule une faible proportion des cas, soit environ 8 %, entraînait une situation d'absence du travail de plus de 12 semaines (Frank *et al.*, 1996; Spitzer, 1987) générant une incapacité à retourner ou à maintenir une vie saine et active au travail. Pour la période de 2008 à 2011, c'est une moyenne de 18,5 % des travailleurs ayant une lésion au dos qui se sont absentes plus de 90 jours (Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), 2012a). Pour les autres lésions musculosquelettiques, c'est une moyenne de 24,8 % de travailleurs qui s'absentent plus de 90 jours (Commission de la santé et de la sécurité du Travail (CSST), 2012b).

2.2 L'anxiété comme facteur psychosocial contribuant à l'incapacité au travail

Parmi les facteurs psychosociaux pouvant contribuer à l'incapacité au travail, il y a l'anxiété. L'anxiété peut être à l'origine de différentes difficultés, lorsqu'elle est persistante et incapacitante, comme une phobie ou un trouble d'anxiété généralisée. Une étude auprès de 1 323 patients ayant une affection vertébrale chronique et étant en réadaptation observe une prévalence de troubles anxieux supérieurs à la population en général (Dersh, Gatchel, Mayer, Polatin et Temple, 2006). Une autre étude de McWilliam (2003) observe également une prévalence supérieure de difficultés psychologiques, dont les troubles anxieux, chez des patients ayant une douleur chronique, comparativement à la population en général. Par exemple, pour le trouble d'anxiété généralisée, le taux était de plus de trois fois à ceux de la population générale.

En ce qui concerne les modèles portant sur l'anxiété dans le domaine musculosquelettique, le plus connu est celui de peur-évitement (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren et van Eek, 1995). Ce modèle se rapproche d'une conception de l'anxiété type « phobique » en mettant l'accent sur

¹ Créée le 1er janvier 2016, la CNESST regroupe les services qui étaient offerts par la Commission des normes du travail, la Commission de l'équité salariale et le Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

les craintes qui peuvent générer des émotions comme la peur. Ce modèle propose qu'une majorité de travailleurs ayant une douleur liée à un TMS réussiront à confronter les quelques craintes qui peuvent persister après la blessure, ce qui les conduira sur la voie de la récupération. Cependant pour une minorité d'entre eux, la douleur liée à un TMS serait vécue négativement et interprétée de façon dramatique, les conduisant ainsi vers une incapacité persistante. Cela engendrait ainsi de la peur qui serait par la suite gérée par la personne en évitant tout mouvement ou activité susceptible de provoquer de la douleur. Cette stratégie d'évitement a pour effet de réduire la peur à court terme. Cependant, elle entraîne également une diminution ou une perte de la condition physique, le maintien de l'incapacité fonctionnelle et donne lieu à l'apparition de symptômes dépressifs à moyen et à long terme (Barlow et Cerny, 1988; Vlaeyen et Linton, 2000).

L'inquiétude est une dimension importante contribuant à l'anxiété. Un taux élevé d'inquiétudes jugées excessives par les travailleurs et la présence d'une intolérance à l'incertitude chez les travailleurs ayant une incapacité au travail, depuis en moyenne un an due à leur douleur persistante liée à un TMS ont déjà été observés au sein d'une étude quantitative, en contexte québécois (Coutu *et al.*, 2013). Une inquiétude excessive signifie que la personne rapporte une fréquence dans le temps (de souvent à constamment) et une intensité élevées d'inquiétudes. Cela fait en sorte qu'elle est difficilement supportable. Cela dit, la nature de l'aspect excessif des inquiétudes fait encore débat aujourd'hui. Cependant, à défaut d'avoir une autre façon plus consensuelle de l'opérationnaliser, cette définition a été retenue.

Généralement, au cours d'une vie, tous seront inévitablement confrontés à des situations comportant différents degrés d'incertitude et qui peuvent être une source d'inquiétudes. En psychologie, il est connu que les personnes qui rapportent plusieurs inquiétudes excessives ont aussi un niveau élevé d'intolérance à l'incertitude. Cette intolérance à l'incertitude signifie que les changements et l'ambiguïté liés à des situations quelconques seront considérés inacceptables (Dugas, Michel J., 2018). L'intolérance à l'incertitude se manifeste au quotidien par différents doutes et questionnements que subira une personne. L'incertitude se traduit par de la frustration, du stress, des difficultés à se mettre en action, de l'évitement de situations anxiogènes, des tentatives de contrôle de l'environnement, de la recherche de réconfort ou de preuve que ce qui est appréhendé ne se produira pas et d'un sentiment de mal paraître aux yeux d'autrui (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas et Ladouceur, 1994; Gosselin, P. *et al.*, 2008).

Tel qu'illustré à la figure 1, le modèle d'anxiété généralisée de Dugas *et al.* (1998) issu du domaine de la psychologie propose une façon de comprendre les facteurs de maintien des inquiétudes excessives. Parmi ces facteurs, l'intolérance à l'incertitude joue un rôle central. Ensuite, d'autres facteurs contribueront au maintien des inquiétudes, dont la croyance relative à l'utilité de s'inquiéter, l'attitude des gens à l'égard des problèmes et finalement l'évitement cognitif. Les personnes percevant une utilité à l'inquiétude croiront qu'elle aide à prévoir et à résoudre les problèmes. Par contre, dans les faits, ces personnes sont souvent très peu enclines à poser les actions requises pour régler concrètement le problème; elles restent plutôt centrées sur leurs inquiétudes (Dugas, M. J., Letarte, Rhéaume, Freeston et Ladouceur, 1995). Elles peuvent croire aussi qu'elles pourraient se protéger contre des émotions négatives en anticipant les événements. L'attitude des gens à l'égard des problèmes entravera pour sa part la résolution de problème. Ce type d'attitude amènera les personnes non seulement à percevoir les situations problématiques comme étant menaçantes, mais elles auront l'impression d'avoir

peu de contrôle ou de capacité à pouvoir gérer la situation (Dugas, M. J. *et al.*, 1998). Les personnes privilégieront aussi des stratégies qui visent à supprimer l'incertitude, plutôt qu'à la tolérer (Gosselin, P et Laberge, 2003). Ainsi, au lieu de mettre en place un plan d'action pour régler la situation qui les rend anxieuses, elles auront tendance à l'éviter. Lorsqu'elles ne pourront pas l'éviter complètement, elles auront recours à des stratégies plus subtiles, de la neutralisation aussi connue comme de l'évitement cognitif. Cela peut se manifester de différentes façons, par exemple se distraire ou tenter de ne plus penser au problème (Dugas, M. J. *et al.*, 1998). Également, les personnes peuvent essayer de se rassurer en cherchant constamment de l'information ou des preuves concrètes dans leur environnement qui indiqueraient qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter. Cependant, ces stratégies sont inefficaces pour résoudre les problèmes. Au contraire, elles entraînent le maintien de l'anxiété et empêchent de la réduire de façon satisfaisante et durable. Puisque la situation problématique demeurera, en fin de compte, non résolue, la personne continuera à éprouver de l'inquiétude. En conséquence, elle se trouvera inévitablement en situation d'échec. Cela contribuera à la diminution de son sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire, sa perception de sa capacité à pouvoir résoudre les situations problématiques (Gosselin, P et Laberge, 2003) et à l'apparition de symptômes dépressifs, tels que l'épuisement et la démoralisation (Dugas, M. J. *et al.*, 1998).

Voici un exemple hypothétique, pour illustrer son application en contexte d'incapacité au travail : au moment de planifier le retour au travail (situation), le travailleur peu tolérant à l'incertitude pourrait manifester une inquiétude (si je n'étais plus capable de faire mon travail?). Ne percevant pas d'éléments le rassurant sur ses capacités, il pourrait être tenté de repousser la date du retour au travail (évitement) ou sinon, au moment du retour limiter les efforts physiques au-delà de ce qui est recommandé (neutralisation) pour réduire ses inquiétudes. Ces stratégies étant reconnues peu efficaces, il ressentira donc de l'anxiété, plus globalement.

Les écrits, toujours en psychologie, distinguent deux types d'inquiétudes excessives, le type I porte sur les inquiétudes reliées à des problèmes (situations) actuels ancrés dans des situations d'incertitudes réelles et le type II porte sur les inquiétudes reliées à des problèmes éventuels (Dugas, M. J., Letarte, *et al.*, 1995). Distinguer ces deux types d'inquiétudes lorsqu'elles sont excessives aura pour effet de cibler des pistes mieux adaptées aux difficultés du travailleur.

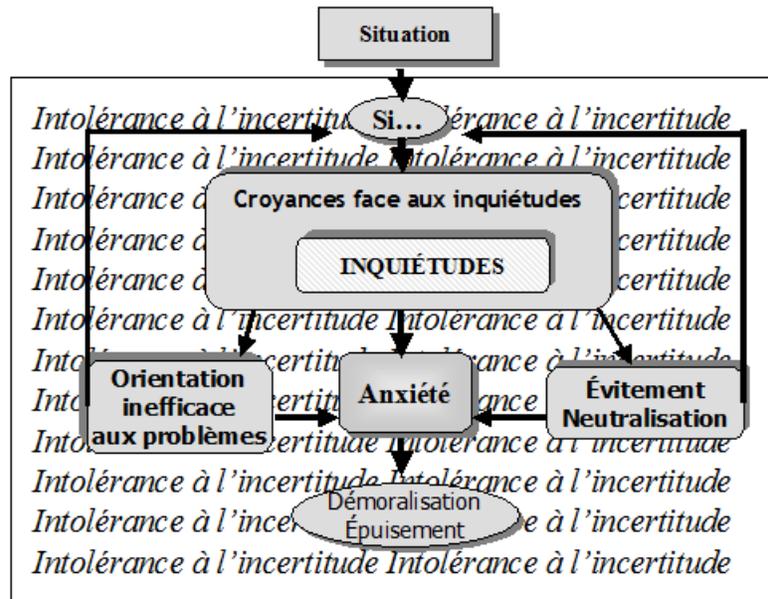


Figure 1. Modèle d'anxiété généralisée de Dugas et al. (1988).

2.3 Les inquiétudes des travailleurs et leur environnement de travail

Une recherche auprès de diverses banques de données permet d'identifier trois études auprès de personnes en incapacité au travail. Ces études se sont intéressées à la fois au milieu de travail et aux inquiétudes du travailleur. Une étude portait sur la validation d'un questionnaire sur la perception des obstacles au retour au travail, qui inclut une sous-échelle relative aux inquiétudes par rapport à l'absence du travail (Milani, Alexandre, Campos et Hogg-Johnson, 2017). Cependant, il s'agit de trois items n'ayant pas de modèle théorique sous-jacent. Il s'agit d'ailleurs de la sous-échelle ayant démontré les résultats les plus faibles pour la fiabilité.

Une seconde étude de cohorte s'est intéressée aux relations entre les facteurs biologiques et psychologiques et l'environnement de travail de femmes travaillant dans une industrie de transformation de poisson en Finlande et rapportant des TMS aux membres supérieurs (Ohlsson et al., 1994). Cette étude comportait une évaluation ergonomique dans 13 entreprises participantes. Les participantes étaient au travail, mais avec des douleurs aux membres supérieurs. Les inquiétudes étaient évaluées à partir d'une question, cotées de 1 à 4, à l'intérieur d'une batterie de questionnaires. Les résultats font ressortir une association entre s'inquiéter, avoir des demandes élevées au travail et la présence de TMS aux membres supérieurs.

Une troisième étude a été effectuée auprès de travailleurs ayant une incapacité au travail depuis en moyenne un an. Les résultats permettent d'observer une présence d'inquiétudes excessives. Celles-ci ont été rapportées par le travailleur lui-même alors qu'il débutait son programme de réadaptation (Coutu et al., 2013). Les résultats font également ressortir, entre le début du programme et la première exposition au travail, qu'il y a une réduction cliniquement et statistiquement significative des inquiétudes excessives (Coutu et al., 2013). Les questionnaires utilisés se basaient sur le modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. et al., 1998). Dans la

discussion, l'hypothèse formulée par l'équipe de recherche est que le programme ciblait surtout les inquiétudes des travailleurs grâce au retour progressif au travail avec supervision d'un clinicien. Il semble donc possible que la préparation du RT, en tenant compte des inquiétudes excessives et des facteurs sous-jacents comme l'environnement de travail, soit un élément clé pouvant favoriser cette étape. Une des limites de cette étude est que l'interaction entre les inquiétudes et l'environnement de travail n'a pas été approfondie. Par rapport à la littérature plus générale en prévention de l'incapacité au travail, diverses situations dans l'environnement de travail, pourraient générer des inquiétudes. Il s'agit des exigences du travail (Krause, Frank, Dasinger, Sullivan et Sinclair, 2001; Truchon et Fillion, 2000; Wells, Moore, Potvin et Norman, 1994), de l'organisation (Baril et Berthelette, 2000), des relations de travail (Bigos *et al.*, 1991; Pransky, Shaw et McLellan, 2001) de même que la gestion de l'invalidité au travail (Baril et Berthelette, 2000; Brooker, Cole, Hogg-Johnson, Smith et Frank, 2001).

En ce qui concerne l'évaluation personne-environnement, il existe très peu d'outils. Les évaluations des capacités fonctionnelles sont habituellement complétées en milieu clinique, elles ne constituent pas en soi une évaluation valide de l'interaction entre les capacités du travailleur et son travail, mais malheureusement, elles sont parfois utilisées à cet effet. Ces évaluations restent aussi centrées sur les travailleurs et considèrent beaucoup moins les facteurs psychosociaux.

Dans les dernières années, un outil a été élaboré pour ajuster les capacités aux exigences de travail. Dans ces travaux, le concept de marge de manœuvre, provenant de l'ergonomie, a été adapté à un contexte d'exposition graduelle au travail inclus dans un programme de réadaptation au travail (Durand, Vézina, *et al.*, 2008; Vézina, 2001). Dans ce contexte, la marge de manœuvre au travail (MMT) se définit comme la possibilité ou la liberté dont dispose un travailleur pour élaborer différentes façons de travailler, afin de répondre aux exigences de production, et ce, sans effet défavorable sur sa santé (Durand, Vézina, *et al.*, 2008). Un guide a été élaboré pour permettre aux ergothérapeutes d'évaluer la marge de manœuvre d'un travailleur. Ce guide comprend des indicateurs biopsychosociaux, portant ainsi à la fois sur les conditions physique et psychologique du travailleur, et sur son environnement de travail en plus de tenir compte d'aspects médicaux et administratifs (Durand, Vézina, *et al.*, 2008; Durand, Vézina, Loisel et Richard, 2014).

En résumé, depuis plusieurs années, les études en prévention d'incapacité au travail ont surtout traité de l'anxiété vécue, mais de façon isolée de l'environnement de travail. Pourtant, de façon plus globale, bon nombre de travaux montrent que la perspective qui s'avère gagnante pour un RT rapide et durable est celle qui allie les perceptions du travailleur, mais aussi la réalité de l'environnement de travail. En fonction de ces données, il serait intéressant d'étudier les inquiétudes excessives de type I et II des travailleurs comme source d'information pertinente, afin de voir si elles pourraient être intégrées aux interventions et permettre d'optimiser celles-ci.

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Dans une perspective plus globale de favoriser un retour au travail rapide et durable, l'objectif général de cette étude consistait à identifier des pistes d'action pour l'intervention en réadaptation au travail, en étudiant les inquiétudes comme source d'information pour déterminer des facteurs pertinents à considérer lors du RT. Pour ce faire, deux objectifs spécifiques ont été poursuivis :

- 1) approfondir, en interaction avec l'environnement de travail, les inquiétudes des travailleurs, l'intensité et l'interférence de celles-ci avec le RT;
- 2) élaborer des pistes d'action pour guider l'intervention en réadaptation au travail pour un TMS.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Devis

Une étude exploratoire avec un devis mixte a été retenue, selon une perspective pragmatique (Creswell, 2003). La perspective pragmatique permet de se centrer sur la recherche de solutions à l'aide de plusieurs approches (Creswell, 2003). Pour la présente étude, il s'agit aussi de s'inscrire dans la pratique actuelle de la réadaptation au travail. Pour l'objectif 1, un devis observationnel et prospectif à mesures répétées avec questionnaires autoadministrés a été principalement utilisé auprès de travailleurs aux prises avec un TMS et absents du travail. Ce devis est soutenu par des données qualitatives pour approfondir la compréhension.

Plus spécifiquement pour l'objectif 1, différentes sources d'information ont été consultées pour documenter les inquiétudes des travailleurs, telles qu'illustrées à la figure 2. Ces sources se regroupent selon trois perspectives. Tout d'abord, la perspective du travailleur constitue la principale source d'information à partir de questionnaires. Ensuite, pour prendre en compte l'interaction personne-environnement, c'est-à-dire les inquiétudes des travailleurs en lien avec leur environnement de travail, deux perspectives additionnelles ont été mises de l'avant pour permettre la triangulation des informations. Ainsi, la perspective clinique a été approfondie à partir de questionnaires et de guides complétés par les ergothérapeutes. Cette partie permet d'intégrer le jugement clinique de l'ergothérapeute en ce qui concerne 1) les situations et les inquiétudes nommées par le travailleur, 2) la condition de santé du travailleur, 3) l'analyse de l'environnement de travail. Enfin, l'étude de la perspective du milieu de travail a été effectuée à partir d'entrevues auprès du travailleur, des représentants de l'employeur et du syndicat, mais aussi au besoin, par des observations des travailleurs dans leur milieu de travail.

À titre exploratoire pour l'objectif 1, et dans le but d'approfondir la compréhension des inquiétudes et leur variation durant les premiers jours de RT, une méthode qualitative à partir de journal de bord a été retenue.

Pour l'objectif 2, un devis descriptif a été utilisé. Pour ce faire, un sondage Web a été réalisé à titre exploratoire auprès de cliniciens afin d'approfondir la perception de clarté, de pertinence, d'exhaustivité et de faisabilité des pistes d'action formulées sur la base des résultats de l'objectif 1.

Pour faciliter la lecture, la méthodologie pour l'objectif 1 sera d'abord présentée dans son ensemble, suivie de la méthodologie pour l'objectif 2. Il est à noter que l'ensemble du projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (numéro 2014-745).

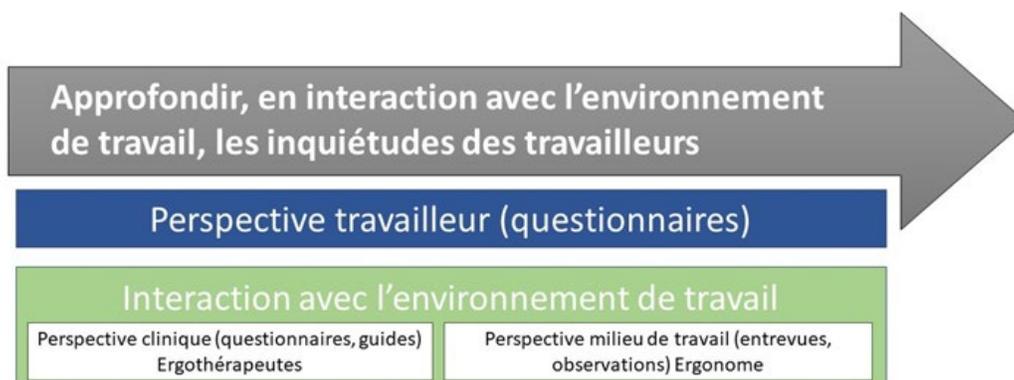


Figure 2. Schéma illustrant la triangulation des perspectives pour l'objectif 1.

4.2 Méthodologie pour l'objectif 1

4.2.1 Participants

Travailleurs : Un échantillon de convenance de 80 travailleurs débutant leur programme de réadaptation était recherché. Les critères d'inclusion étaient : 1) avoir un TMS ayant causé une absence de plus de 3 mois de leur poste de travail régulier et recevoir des indemnités de la CNESST; 2) être âgé de 18 à 64 ans; 3) parler le français ou l'anglais; 4) avoir dans son plan de traitement un RTT ou avoir comme objectif dans son programme de réadaptation un RT. Les facteurs d'exclusion étaient : 1) avoir un TMS relié à une pathologie spécifique (ex. : fracture récente, maladie métabolique, néoplasie inflammatoire ou infectieuse de la colonne vertébrale); 2) présence de troubles mentaux sévères (ex. : trouble de personnalité dans le regroupement A du DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), soit personnalité de type paranoïde, schizoïde ou schizotypique, épisode psychotique présent ou passé) inscrits au dossier médical.

Pour le volet exploratoire avec journal de bord, un sous-échantillon d'une vingtaine de participants (10 francophones et 10 anglophones) parmi les travailleurs recrutés était visé.

Cliniciens : Pour étudier la perspective clinique, un échantillon de convenance de 15 à 20 ergothérapeutes était recherché. Ceux-ci devaient travailler auprès d'une organisation qui offre un programme de réadaptation au travail à une clientèle TMS indemnisée pour un accident du travail. Les participants devaient également accepter de suivre une formation portant sur l'évaluation de la MMT.

4.2.2 Procédure de recrutement

Les cliniciens et les travailleurs ont été recrutés auprès de centres publics ou privés de réadaptation au travail de la région métropolitaine de Montréal, de la Montérégie, de l'Estrie et de Peterborough (Ontario). Pour le recrutement des travailleurs, les coordonnateurs des cliniques ou les cliniciens en charge de la réadaptation identifiaient les travailleurs répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. À la fin de la première semaine de prise en charge du travailleur, le coordonnateur ou le clinicien demandait l'autorisation au travailleur pour qu'une professionnelle de recherche communique avec lui, afin de lui présenter l'étude. À la suite d'une

réponse positive, la professionnelle de recherche contactait le travailleur, afin de s'assurer de son admissibilité, de lui expliquer la nature de sa participation à l'étude et de convenir d'un moment de rencontre pour la signature du formulaire de consentement. Pour le dédommager du temps consacré à l'étude, deux montants de 45 \$ lui étaient remis : 1) l'un à la fin du premier temps de mesure ; 2) l'autre après le dernier temps de mesure.

Le travailleur devait consentir à ce que l'équipe de recherche puisse consulter son dossier pour répertorier les activités psychosociales (p. ex. : suivi en psychologie, nombre de rencontres). Aussi, le travailleur devait consentir à ce que son ergothérapeute transmette à l'équipe de recherche des informations le concernant, en lien avec l'évaluation de la MMT. Finalement, le travailleur devait accepter que l'on communique avec les représentants de son employeur et de son syndicat qui idéalement accompagnaient le travailleur dans sa démarche de RT et qui connaissaient le poste de travail. Cela dans le but d'effectuer une analyse du milieu de travail, en lien avec les inquiétudes excessives liées à l'emploi.

Volet exploratoire avec journal de bord : Au moment du RT, il était prévu de présenter le volet exploratoire aux travailleurs. Ceux-ci pouvaient accepter ou non de participer à cette partie de l'étude. Étant donné l'investissement en temps et en énergie demandé et afin de favoriser le recrutement, un tirage de trois prix de 100 \$ était prévu à la fin du projet avec tous les travailleurs ayant complété le journal de bord.

4.2.3 Contexte : programme de réadaptation au travail

Cette étude s'inscrit dans le contexte des programmes de réadaptation au travail. Les centres et les cliniques participants offraient ainsi un programme interdisciplinaire de réadaptation, centré sur le traitement de l'incapacité au travail, plutôt que sur la douleur. Une approche centrée sur le client et son environnement de travail est préconisée. Les activités du programme peuvent se baser, entre autres, sur le modèle des peurs et de l'évitement (Vlaeyen *et al.*, 1995; Vlaeyen et Linton, 2002). Parmi les composantes du programme, on retrouve : la technique d'éducation et la rassurance ; la remise en forme pour permettre de réduire le déconditionnement physique; la réactivation pour diminuer les peurs et les comportements d'évitement de la douleur; la gestion de la douleur et du stress pour favoriser l'adoption de comportements adaptatifs. Des stratégies de résolutions de problèmes sont également mises de l'avant pour réduire l'effet des facteurs biopsychosociaux pouvant nuire au RT. Le programme prévoit d'inclure un RTT, c'est-à-dire un retour progressif sur le plan des heures de travail, des tâches à effectuer et des capacités nécessaires, le tout supervisé par une équipe clinique (Durand, Vachon, Loisel et Berthelette, 2003). Règle générale, une étroite collaboration est visée entre tous les acteurs (p. ex. : le conseiller en réadaptation, l'employeur, le syndicat et le médecin traitant). Ce type de programme est basé sur le modèle de Sherbrooke (Loisel *et al.*, 1997). À titre indicatif, le programme est habituellement prévu de se déployer sur une moyenne de 12 semaines, mais peut varier en fonction de difficultés vécues, des capacités de l'individu, de la pénibilité de son travail et aspects médico-administratifs.

4.2.4 Procédure de collecte des données

La procédure de collecte de données est résumée à la figure 3. Elle reprend aussi les trois perspectives, soit la perspective du travailleur, la perspective clinique et celle du milieu de travail. Pour la première perspective, le travailleur devait remplir les questionnaires à différents temps de mesure : au début de la prise en charge (T1); lors de l'annonce du RT (T2); à 50 % du temps de travail régulier (T3) et à la fin de la prise en charge (T4). Ces quatre temps de mesure représentent des moments clés d'un programme de réadaptation au travail (Durand, Baril, Loisel et Gervais, 2008). La plupart des questionnaires comportent des données normatives permettant de statuer sur le niveau d'intensité des symptômes (Bouvard et Cottraux, 2005). Les questionnaires ont été remplis pour la grande majorité à partir d'une plateforme Web à l'aide d'une tablette électronique fournie par l'équipe de recherche. La passation Web a pour avantage de réduire le temps et les erreurs liés à la saisie de données. En plus des questionnaires, une entrevue structurée nommée Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) for DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000; Brown, Di Nardo et Barlow, 1994) a été réalisée. Cette entrevue permet de déterminer de façon valide et fiable la présence de troubles psychologiques, dont le trouble d'anxiété généralisée (TAG) qui est celui auquel les inquiétudes excessives pourraient se rattacher. L'entrevue est considérée comme un facteur de contrôle et a été effectuée à deux moments soit au début (T1) et à la fin de la prise en charge des travailleurs (T4). Sa durée était de 90 minutes et le contenu était enregistré sur bande audio pour permettre la fidélité interjuges. Compte tenu du temps nécessaire pour l'entrevue et la passation des questionnaires, ceux-ci ont été effectués lors de deux rencontres spécifiques.

Volet exploratoire avec journal de bord : Le journal de bord devait être rempli lorsque les travailleurs étaient en mesure d'effectuer 15 à 20 % de leurs tâches prélesionnelles. Il devait être rempli durant deux semaines consécutives, lorsqu'une inquiétude se manifestait.

Pour approfondir la composante de l'interaction avec l'environnement de travail, la perspective clinique a d'abord été obtenue auprès de l'ergothérapeute impliqué dans la réadaptation au travail du travailleur. L'ergothérapeute a reçu une formation de sept heures sur l'évaluation de la MMT. Cette formation a été offerte par l'équipe de recherche pour standardiser l'évaluation. D'ailleurs, à la fin de la formation, les ergothérapeutes devaient évaluer la MMT à partir d'une vignette standardisée. Un seuil minimal de 80 % d'accord avec le formateur était visé pour considérer la formation complétée avec succès. Bien qu'il soit recommandé d'évaluer la MMT dans la pratique courante, cet acte a été rémunéré pour les inciter à communiquer des données complètes. Les évaluations ont été effectuées aux quatre moments d'évaluation prévus (figure 3). Ensuite, une version adaptée d'un questionnaire évaluant les types d'inquiétudes (Questionnaire sur les types d'inquiétudes (QTI)-Clinicien, décrit à la sous-section 4.2.5.2 devait être remplie par l'ergothérapeute, afin de permettre la triangulation des informations avec les autres perspectives. Un questionnaire sociodémographique a aussi été rempli par l'ergothérapeute pour obtenir de l'information sur l'échantillon.

Pour la perspective du milieu de travail, il a été prévu d'étudier l'environnement de travail lorsque le travailleur avait repris 50 % de son temps de travail (T3). La professionnelle de recherche responsable de la collecte pour la perspective du travailleur a également effectué la collecte pour cette perspective. Étant aussi ergonomiste, elle détenait des connaissances et des habiletés pour s'entretenir avec les travailleurs sur des problématiques reliées à leur environnement de travail. Avoir la même professionnelle de recherche pour la collecte des

données permettait de limiter la répétition d'information, qui au besoin était consignée dans un cahier de bord (informations portant sur l'environnement de travail). Pour faire l'objet d'une évaluation, l'inquiétude excessive devait avoir été formulée par le travailleur lorsqu'il remplissait un questionnaire à cet effet, être cotée à $\geq 5/8$ au regard de certains éléments (intensité, fréquence et interférence avec le RT) (QTI-Travailleur, décrit à la sous-section 4.2.5.1) au T3 (50 % du temps de travail) et être liée au travail. La professionnelle de recherche consultait certains questionnaires remplis par le travailleur (QTI-Travailleur, l'évaluation du stress au travail et le questionnaire sur les pratiques et politiques organisationnelles, décrits à la sous-section 4.2.5.1). Par la suite, les inquiétudes excessives admissibles ont été approfondies à l'aide d'une entrevue semi-structurée auprès des travailleurs. Les représentants de l'employeur et du syndicat (le cas échéant) étaient également rencontrés. Les guides d'entrevue ont été bâtis spécifiquement pour chaque participant, afin de s'ajuster aux inquiétudes excessives du travailleur. Lorsque cela était possible, une observation en milieu de travail était réalisée. Finalement, avec l'ensemble des données recueillies selon cette perspective, la professionnelle de recherche était en mesure de se positionner pour remplir sa version du QTI (QTI-Ergonome, décrit à la sous-section 4.2.5.3).

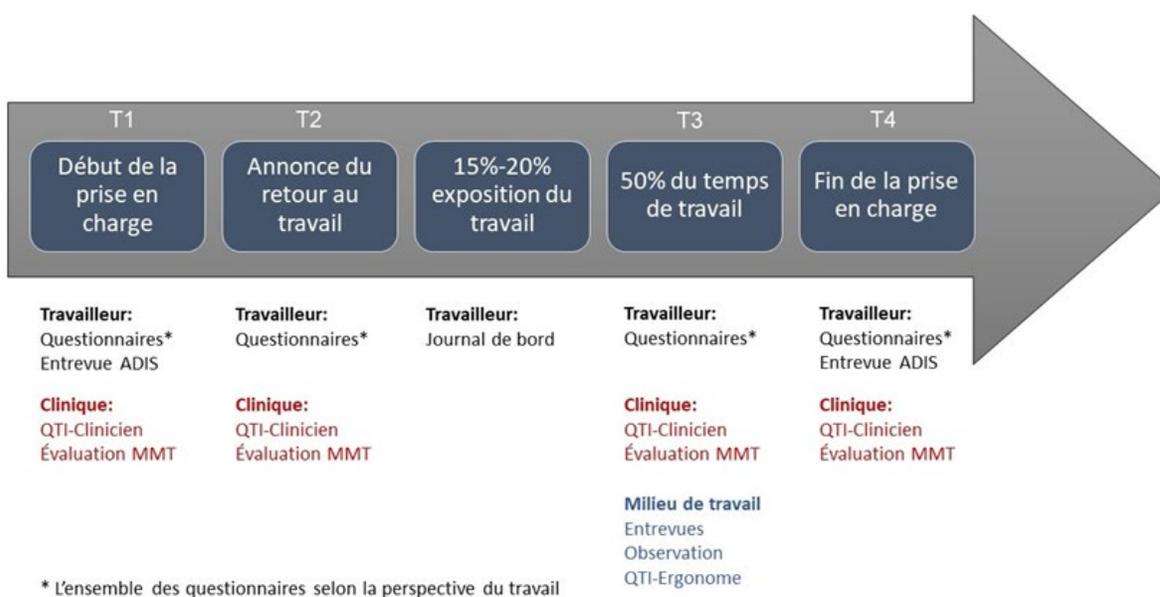


Figure 3. Schéma résumant la collecte des données pour l'objectif 1 selon les différentes perspectives².

² QTI : Questionnaire sur les types d'inquiétudes, MMT : Marge de manœuvre au travail

4.2.5 Facteurs et mesures

La prochaine sous-section présente l'ensemble des questionnaires et guides d'entrevue selon les trois perspectives. L'annexe A présente l'ensemble des outils à l'exception de l'ADIS et du Guide de MM qui ont une diffusion et utilisation restreinte.

4.2.5.1 Perspective du travailleur

Facteurs principaux liés au modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. *et al.*, 1998)

Intolérance à l'incertitude : Le Questionnaire d'intolérance à l'incertitude (QII) (Gosselin, P. *et al.*, 2008) comporte 45 items répartis sur deux sections : A et B. La section A permet de mesurer les perceptions à l'égard du fait que l'incertitude est inacceptable dans la vie. Il fournit une indication de la sévérité du niveau de l'intolérance à l'incertitude (Incert A). La section B permet de mesurer avec six sous-échelles des manifestations d'intolérance à l'incertitude, soit la surestimation des probabilités, l'évitement, les inquiétudes, le besoin d'être rassuré, le doute et le contrôle (Incert B). La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en cinq points dans laquelle plus le score est élevé, plus la tendance à l'intolérance à l'incertitude est forte et plus ses manifestations et ses conséquences sont importantes. Le QII montre une bonne validité convergente et une stabilité temporelle satisfaisante ($r = 0,76$, test-retest avec intervalle de cinq semaines). La cohérence interne est excellente ($\alpha = 0,96$) (Gosselin, P. *et al.*, 2008). La validité de critère a été jugée satisfaisante avec le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (Dugas, M. J. *et al.*, 2001). La fiabilité test-retest à cinq semaines d'intervalle est satisfaisante ($r = 0,78$) (Dugas, M. J., Freeston *et al.*, 1997; Gosselin, P. *et al.*, 2008).

Tendance générale à s'inquiéter : Le Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (QIPS) (Meyer, Miller, Metzger *et al.*, 1990); traduction française : (Gosselin, P., Dugas, Ladouceur *et al.*, 2001) comprend 16 items évaluant la tendance générale à s'inquiéter chez les adultes. La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en cinq points dans laquelle un score élevé signifie une forte tendance à s'inquiéter. La traduction française montre une excellente fidélité test-retest (quatre semaines; $r = 0,86$), une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,92$) et une excellente validité convergente (Gosselin, P. *et al.*, 2001).

Critères pour dépister la présence d'un TAG : Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA) (Dugas, M. J. *et al.*, 2001) comporte 11 items, afin d'offrir une indication sur la présence et l'intensité des symptômes du TAG telle que définie dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Une première question demande aux gens de rapporter leurs principaux thèmes d'inquiétudes. Six items évaluant les critères somatiques (QIA somatique) peuvent aussi être additionnés aux trois items cognitifs (QIA cognitif) et à l'item d'interférence afin d'obtenir un indice de la sévérité des symptômes physiques liés à l'anxiété (QIA total). Ces items sont cotés à partir d'une échelle de Likert à huit niveaux. Plus le score est élevé, plus l'inquiétude ou l'anxiété est présente. La fidélité test-retest a été mesurée avec un intervalle de 64 jours entre les deux passations. Les résultats montrent que 75 % des participants qui répondent aux critères du TAG (mesuré par le QIA) au temps 1, répondent aussi aux critères au temps 2 (Dugas, M. J. *et al.*, 2001). Parmi les participants qui ne répondaient pas aux critères du TAG au temps 1, 82,4 % d'entre eux ne répondaient pas également aux critères en temps 2 (Dugas, M. J. *et al.*, 2001). Il existe un score catégoriel et un score continu pour le QIA. Le score catégoriel a été comparé au TAG obtenu avec l'ADIS. Pour les analyses, un

score continu et pondéré a été utilisé où les items cognitifs et d'interférence ont un poids de 1 et les items somatiques, un poids de 0,5, puisqu'il y en a deux fois plus. Les scores de chaque item ont été multipliés par leur poids et additionnés pour créer un score total (Deschênes et Dugas, 2013).

Thème d'inquiétudes rapportées : La Grille de catégorisation des inquiétudes (GCI) (Freeston, Fournier, Dugas et Ladouceur, 1996) est utilisée de manière à catégoriser les thèmes d'inquiétudes rapportés au sein du QIA et du QTI. Elle comprend 20 catégories distinctes développées afin de représenter les inquiétudes chez différentes populations (p. ex. : population clinique, non clinique, adolescents, adultes, personnes âgées). Il s'agit donc d'une liste de code a priori qui a été validée et qui a permis la codification des inquiétudes mentionnées. Les études utilisant cette grille obtiennent un accord de fidélité interjuges variant entre 83,1 et 93 % (Dugas, M. J., Freeston, Doucet, Lachance et Ladouceur, 1995).

Utilité de s'inquiéter : Le questionnaire « Pourquoi s'inquiéter? Version 2 » (Gosselin, P., Ladouceur, Langlois, *et al.*, 2003) (PSI-II) mesure, à partir de 25 items, les croyances erronées quant à l'utilité de s'inquiéter. L'analyse de sa structure factorielle confirme les cinq facteurs théoriques (Gosselin, P., Ladouceur, Langlois, *et al.*, 2003) (motivation, résolution de problèmes, pensée magique, personnalité, prévention d'émotions négatives). La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en cinq points dans laquelle un score élevé signifie le maintien de plusieurs croyances erronées quant à l'utilité de s'inquiéter. La cohérence interne est excellente ($\alpha = 0,95$) (Gosselin, P., Langlois, *et al.*, 2002). La fidélité test-retest à quatre semaines est excellente ($r = 0,81$) (Gosselin, P., Langlois, *et al.*, 2002). Les résultats obtenus ont montré que les participants qui présentent un niveau d'inquiétude élevé utilisent plus souvent des stratégies d'évitement cognitif que ceux dont le niveau d'inquiétude est modéré (Gosselin, P., Langlois, *et al.*, 2002).

Nature des inquiétudes rapportées : Le Questionnaire sur les types d'inquiétudes (QTI; (Allaire, Gosselin et Ladouceur, 2003) permet de *déterminer le type d'inquiétudes rapportées par un individu* (type I : découle d'une situation présente actuellement et type II : ne découle pas d'une situation présente, mais concerne une éventualité). Une adaptation de ce questionnaire (QTI-Travailleur) a été utilisée, entre autres en raison de sa limite actuelle à évaluer seulement trois thèmes d'inquiétudes. Le participant devait d'abord identifier les principaux sujets d'inquiétudes vécus depuis deux semaines, leur origine et leurs conséquences possibles. Ensuite, pour chaque inquiétude, le participant devait déterminer si un problème ou une situation spécifique présent actuellement dans sa vie en était le déclencheur, s'il était problématique en général dans sa vie ou seulement à son travail, s'il était certain que cela allait se produire et si ce problème était lié au travail. Par la suite, à l'aide d'une échelle de type Likert en huit points, les aspects suivants ont été évalués : le niveau d'intensité de l'inquiétude, le niveau d'interférence sur le RT, le niveau d'incertitude actuel et le niveau d'incertitude qui était acceptable, l'efficacité personnelle (sa perception d'être capable) à surmonter l'inquiétude et finalement la fréquence à laquelle il s'en était inquiété. Pour les besoins de la présente étude, ce questionnaire a été utilisé comme une entrevue semi-structurée, à savoir que la professionnelle de recherche posait les questions au travailleur et pouvait ajouter des sous-questions au besoin pour clarifier des éléments. Pour les premières entrevues, la professionnelle de recherche était accompagnée de la chercheuse principale afin de s'assurer de la conformité de la passation de l'entrevue. Aussi, ce questionnaire a été répété aux différents moments de mesure. À ce moment, la professionnelle de recherche a renommé les

inquiétudes du temps précédant, afin de déterminer si l'inquiétude était toujours présente ou non. Si l'inquiétude était toujours présente, le travailleur était questionné à nouveau sur les mêmes aspects (niveau d'intensité, d'interférence, d'incertitude, d'efficacité personnelle et la fréquence de l'inquiétude). Advenant que l'inquiétude n'était plus présente, des questions supplémentaires étaient posées pour mieux comprendre la perception du travailleur des éléments ayant contribué à la disparition de l'inquiétude. Dans un deuxième temps, les nouvelles inquiétudes ont été questionnées. Les données préliminaires recueillies avec le questionnaire d'origine suggèrent qu'il permet de distinguer adéquatement les deux types d'inquiétudes (accord de fidélité interjuges de 100 %; (Allaire *et al.*, 2003)).

Orientation face aux problèmes : Le Questionnaire d'attitude face au problème (QAP); (Gosselin, P., Dugas et Ladouceur, 2002; Gosselin, P., Ladouceur et Pelletier, 2005; Gosselin, P., Pelletier, Bertrand et Ladouceur, 2000) comprend 12 items évaluant l'attitude des gens à l'égard des problèmes. La cotation se fait à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points dans laquelle un score élevé signifie une attitude négative élevée. Le QAP possède une très bonne structure factorielle, une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,90$), une très bonne validité convergente et discriminante ainsi qu'une excellente stabilité temporelle (quatre semaines; $r = 0,86$) (Gosselin, P. *et al.*, 2005).

Évitement cognitif : Le Questionnaire d'évitement cognitif (QEC); (Gosselin, P., Langlois, *et al.*, 2002) comprend 25 questions évaluant les stratégies d'évitement cognitif. La cotation se fait à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points. Un score élevé signifie une utilisation plus élevée des stratégies d'évitement lorsque l'individu est confronté à un problème. Le QEC possède une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$), une validité satisfaisante et une très bonne stabilité temporelle (quatre semaines; $r = 0,81$) (Gosselin, P., Langlois, *et al.*, 2002).

Volet exploratoire avec journal de bord

Inquiétudes quotidiennes : Un journal de bord a été élaboré à partir du questionnaire Prise de conscience des inquiétudes (Gosselin, P., 2006). Il permet d'approfondir sur une période de deux semaines consécutives, toutes les inquiétudes quotidiennes d'un participant de façon exhaustive et prospective. Le participant doit inscrire : la date, l'heure, le sujet d'inquiétude, les conséquences possibles, la situation problématique (le déclencheur de cette inquiétude), si cette situation est présente actuellement ainsi que le niveau d'intensité, l'interférence avec le RT, la capacité à surmonter l'inquiétude et le niveau d'anxiété sur une échelle de 0 à 8. Le niveau d'intensité, l'interférence et la capacité à surmonter l'inquiétude sont également traités par le QTI. La redondance demeure cependant limitée, puisqu'il s'agit ici de dresser une liste exhaustive de toutes les inquiétudes durant une journée et non de façon générale, sur une période de deux semaines. Les études utilisant ce type de journal soutiennent la validité de construit mesurée, c'est-à-dire qu'il y a un lien élevé avec d'autres instruments mesurant la tendance à s'inquiéter (Gosselin, P., Cloutier, *et al.*, 2006). Par ailleurs, les protocoles prévoyant le recours à ce type d'instrument sur une base répétée et régulière montrent une bonne adhérence des participants à auto-observer leur inquiétude de façon continue (Dugas, M. J. et Ladouceur, 2000; Ladouceur, Gosselin et Dugas, 2000).

Caractéristiques cliniques des participants

Douleur : L'intensité de la douleur a été évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique. Le travailleur devait indiquer son niveau de douleur sur une échelle variant de 0 = aucune douleur à 10 = la pire douleur possible dans la dernière semaine (Von Korff, Jensen et Karoly, 2000). Il s'agit d'une des trois méthodes les plus utilisées pour mesurer l'intensité de la douleur (Von Korff *et al.*, 2000). Elle offre de bonnes propriétés psychométriques (Von Korff *et al.*, 2000) et est sensible au changement (Jensen, M. P., Turner, Romano et Fisher, 1999). Sa stabilité test-retest est également très bonne (Pengel, Refshauge et Maher, 2004).

Caractéristiques cliniques des travailleurs : La traduction française du Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS) (Brown *et al.*, 1994) est une entrevue semi-structurée permettant d'évaluer la présence des troubles anxieux. Elle contient aussi des questions visant à évaluer d'autres troubles de l'axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), dont les troubles de l'humeur, les troubles somatoformes et les troubles du sommeil. L'entrevue est effectuée par un professionnel formé, supervisé et dure environ une heure et demie. La sévérité des troubles est évaluée sur une échelle de 0 à 8. L'évaluation de la sévérité constitue une valeur ajoutée par rapport au Structured Clinical Interview for DSM Disorders-I (SCID) (First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1996). L'ADIS est jugé comme étant la meilleure entrevue pour effectuer une évaluation détaillée et fiable des troubles anxieux, tant en recherche qu'en milieu clinique (Page, 1991). Les études effectuées avec cette version de l'ADIS démontrent une très bonne fidélité interjuges ($k = 0,90$; excellent accord) (Dugas, M. J. *et al.*, 2000; Gosselin, P., Ladouceur, Morin, Dugas et Baillargeon, 2006). Bien que la phobie du travail ne soit pas un trouble reconnu, celle-ci a été incluse dans l'ADIS, basée sur les critères de Muschalla (2009). Pour être reconnue en tant que telle, une phobie du travail doit avoir une composante d'attaque de panique liée au travail.

Facteurs perçus dans l'environnement de travail

Pratiques et politiques organisationnelles : Le Questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles (version québécoise de l'*Organizational Policies and Practices* (OPP) (Truchon, Fillion et Gelinat, 2003)) comporte 22 items mesurant la perception du travailleur en ce qui concerne les quatre facteurs organisationnels suivants : 1) l'intérêt au capital humain de l'employeur (people oriented); 2) le climat de sécurité au travail; 3) la gestion de l'invalidité; 4) les pratiques ergonomiques. Cet instrument est utilisé auprès de travailleurs ayant une incapacité due à un TMS (Truchon *et al.*, 2003). Ses qualités psychométriques sont satisfaisantes. Le questionnaire offre une bonne cohérence interne, avec des coefficients de Cronbach variant de 0,70 à 0,90 pour chacun des trois facteurs. La fidélité test-retest est satisfaisante ; les coefficients de corrélations varient de 0,45 à 0,61 pour chacun des facteurs sur un intervalle de quatre semaines, et de 0,78 à 0,88 sur un intervalle de deux semaines. La validité de construit concomitante est satisfaisante. Des corrélations faibles à modérées ont été observées avec des mesures de perception du stress au travail, du soutien social et de la satisfaction au travail (Truchon *et al.*, 2003). Cet outil est comparable à la version anglaise (Truchon *et al.*, 2003). Deux items (5 et 16) sont cependant critiqués dans la littérature d'un point de vue de l'analyse factorielle. Par conséquent, ceux-ci ont été retirés.

Stress au travail : L'évaluation du stress au travail (*Job Content Questionnaire* (JCQ) (Karasek, R.A. *et al.*, 1998)) est basée sur le modèle de demande-latitudo de Karasek *et al.* (1990). La version francophone compte 29 items (Larocque, Brisson et Blanchette, 1998). Les participants devaient indiquer leur degré d'accord avec chacun des énoncés sur une échelle de type Likert à quatre niveaux (pas du tout d'accord = 1 à tout à fait d'accord = 4). Un score élevé signifie un faible niveau de stress au travail. Les coefficients alpha de Cronbach varient de 0,68 à 0,85, appuyant la validité interne de l'instrument. La validité discriminante est également satisfaisante (Larocque *et al.*, 1998).

Caractéristiques sociodémographiques et clinico-administratives

Caractéristiques sociodémographiques et clinico-administratives : Un profil sociodémographique et clinico-administratif a été établi pour chaque participant. Il comprenait : l'âge, le sexe, l'état civil, la scolarité, si une thérapie pour un trouble anxieux avait été suivie, le site de lésion, si le participant est syndiqué ou non, s'il y a une contestation, si le participant a tenté un RT avant de débiter le programme de réadaptation et le nombre de jours qui se sont écoulés entre la survenue de l'accident, l'arrêt de travail et le moment de la prise en charge. Aussi, des informations par rapport au travail ont été recueillies, telles que la taille de l'entreprise, l'horaire de travail, le statut de travail (temps complet, partiel, permanent ou occasionnel), l'ancienneté, le type de travail (répétitif, manutention, travail de bureau, etc.) et les possibilités d'avancement professionnel.

Statut de travail : Le statut de travail en fin de programme a été examiné à l'aide d'une grille développée par Durand *et al.* (1996). Ce questionnaire permet, à l'aide d'un arbre décisionnel, de déterminer le statut de travail, et ce, selon trois grandes catégories : 1) le RT (poste antérieur ou autre poste ; temps plein ou partiel); 2) l'absence du travail à cause d'un problème traité; 3) l'absence du travail pour une autre raison que le problème traité, mais apte au travail.

4.2.5.2 Perspective clinique

Marge de manœuvre au travail (MMT) : Le Guide d'évaluation de la marge de manœuvre a été développé pour soutenir les cliniciens et les aider à évaluer la marge de manœuvre à un poste de travail et à planifier un retour progressif au travail en tenant compte de la marge de manœuvre (Durand *et al.*, 2009; Durand, Vézina, *et al.*, 2008). Le guide permet d'évaluer les exigences d'un poste de travail et les moyens offerts à l'individu pour rencontrer celles-ci en respectant la productivité attendue et en protégeant sa santé.

Il y a quatre types de MMT adaptés aux différentes phases de RT. La **MM initiale** est évaluée rétrospectivement avant l'arrêt de travail d'un travailleur dans son activité régulière de travail (prélésionnelle). La **MM potentielle** est évaluée par l'ergothérapeute durant la première semaine du programme, en fonction de l'évaluation initiale, des capacités du travailleur observé en milieu clinique et les exigences du travail. La **MM thérapeutique** est celle qui devra être maintenue tout au long du retour progressif au travail afin de s'assurer de l'évolution favorable du travailleur. La **MM finale** est celle déterminée par l'ergothérapeute aux termes du programme de réadaptation en lien avec l'activité de travail réelle. Ainsi, le concept de MM évolue tout au long du programme et sert à la fois de guide pour les ergothérapeutes sur le dosage capacités-exigences au travail (MM thérapeutique) et de jugement final sur la reprise et la durabilité du maintien au travail en santé (MM finale) (Durand, Vézina, *et al.*, 2008; Vézina,

2001). Dans la présente étude, les types de MM correspondent pour le T1 à la MM initiale, pour le T2 à la MM potentielle, pour le T3 à la MM thérapeutique et pour le T4 à la MM finale.

Le guide a été évalué comme étant satisfaisant pour sa validité de contenu et apparente. Il contient une cinquantaine d'indicateurs qui ont été validés par un groupe d'experts (Durand *et al.*, 2009). Le clinicien se base également sur des questionnaires remplis par le travailleur, dont le Questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles (version québécoise de l'*Organizational Policies and Practices* (OPP)) et le *Job Content Questionnaire* (JCQ) déjà décrits pour finaliser son évaluation et établir si le travailleur possède une MMT suffisante, juste suffisante ou insuffisante.

Le QTI-Clinicien est une version adaptée du QTI-Travailleur construite spécifiquement afin que l'ergothérapeute puisse statuer, à chaque temps de mesure, sur le type d'inquiétudes du travailleur. Pour remplir ce questionnaire, l'ergothérapeute reçoit, via la professionnelle de recherche et avec l'autorisation du participant, de l'information sur tous les sujets d'inquiétudes ainsi que les situations ou les problèmes à l'origine de l'inquiétude. L'ergothérapeute doit déterminer si l'inquiétude provient d'une situation présente actuellement ou d'une situation éventuelle, si la situation est problématique en général dans la vie du travailleur ou seulement dans son travail. Le jugement clinique pour déterminer si la situation est présente et problématique est soutenu par les résultats du guide de marge de manœuvre au travail.

4.2.5.3 Perspective du milieu de travail

Le QTI-Ergonome est également une version adaptée spécifiquement afin que la professionnelle de recherche ergonomiste et formée à la marge de manœuvre puisse statuer sur la nature des inquiétudes liées au travail du travailleur, et ce, lors de la période où le travailleur est en mesure de reprendre ses activités à 50 % de son temps de travail (T3). Ce temps a été établi puisqu'il correspondait au moment lors duquel il était possible d'observer le travailleur durant son retour thérapeutique au travail. L'ergonome doit déterminer si l'inquiétude liée au travail provient d'une situation présente actuellement ou d'une situation éventuelle, si la situation est problématique en général dans la vie du travailleur ou seulement dans son travail.

4.3 Méthodologie pour l'objectif 2

4.3.1 Élaboration des pistes d'action

En fonction des résultats à l'objectif 1, des constats ont d'abord été formulés pour faire ressortir les principaux résultats clés. De ces constats, une série de consultations auprès des chercheurs de l'équipe a été effectuée afin d'émettre des recommandations, sous forme de pistes d'action pour la pratique de la réadaptation au travail. Lorsqu'un consensus fut atteint au sein de l'équipe, les constats et les pistes ont été soumis à des cliniciens à titre exploratoire pour établir leur pertinence, leur clarté, leur exhaustivité et leur faisabilité.

4.3.2 Participants

Un échantillon de convenance d'environ 10 cliniciens en réadaptation au travail était recherché. Ceux-ci devaient avoir une expérience de travail de plus de deux ans auprès d'une organisation qui offre un programme de réadaptation au travail avec une clientèle ayant un TMS indemnisée pour un accident du travail. Étant donné la nature exploratoire de la consultation, un nombre de 10 cliniciens a été jugé acceptable. Contrairement au premier objectif, la consultation ciblait divers professionnels, comme les physiothérapeutes, psychologues ou ergothérapeutes puisque ceux-ci pouvaient être appelés à intervenir auprès de travailleurs en processus de réadaptation au travail.

4.3.3 Procédure de recrutement

Les cliniciens ont été recrutés dans des centres publics ou privés de réadaptation au travail de la région métropolitaine de Montréal, de la Montérégie et de l'Estrie. Ils ont été sollicités à partir d'une liste de noms de cliniciens ayant accepté d'être contactés par l'équipe de recherche. Ceux-ci ont préalablement donné leur accord pour participer à la recherche parce qu'ils avaient déjà collaboré à des études, dont celle-ci, ou à une formation avec l'équipe de recherche et qu'ils acceptaient d'être sollicités pour d'autres études.

4.3.4 Procédure de collecte des données

D'abord, les personnes qui ont accepté de participer ont reçu une invitation par courriel leur donnant accès directement au sondage en ligne en cliquant sur un bouton. Ils ont pu visionner une présentation vidéo d'une durée de 20 minutes portant sur les résultats de l'étude et animée par la chercheuse principale. Par la suite, les cliniciens étaient invités à consulter les constats et les pistes d'action formulées et finalement à répondre à un sondage Web d'une durée approximative de 25 minutes. Pour ce faire, un montant forfaitaire de 50 \$ leur était versé.

4.3.5 Questionnaires

Le questionnaire sur les pistes d'action (voir à l'annexe B) mesure la clarté, la pertinence, la faisabilité de l'implantation de pistes d'action ainsi que leur exhaustivité (Durand *et al.*, 2017). Pour chaque piste d'action, quatre questions sont posées : 1) « Dans quelle mesure la piste d'action vous apparaît-elle claire? »; 2) « Dans quelle mesure la piste d'action vous semble-t-elle pertinente (appropriée, justifiée) pour favoriser un RT rapide et réduire l'absentéisme en raison de TMS? »; 3) « Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en œuvre la piste d'action dans le contexte de votre organisation? »; 4) « En fonction de vos connaissances et de votre expérience, y a-t-il des éléments qui sont manquants pour cette piste d'action et qui mériteraient d'être ajoutés? ». À cette dernière question, les participants pouvaient proposer des suggestions. Trois échelles de type Likert en quatre points sont utilisées pour mesurer le niveau de clarté (1 = Pas du tout claire à 4 = Très claire), de pertinence (1 = Pas du tout pertinente à 4 = Très pertinente) et de faisabilité (1 = Très difficile à 4 = Très facile).

Un questionnaire sociodémographique à la fin du sondage a permis de colliger de l'information sur les caractéristiques suivantes des participants, soit l'âge, le sexe, la scolarité, et le nombre d'années d'expérience en réadaptation.

5. ANALYSE DES DONNÉES

Pour atteindre l'objectif 1, une série d'analyses descriptives des caractéristiques des ergothérapeutes et des travailleurs ont été effectuées. Pour l'évaluation de l'ADIS, un deuxième évaluateur a écouté aléatoirement 25 % des entrevues pour établir un accord de fidélité interjuges. De plus, afin de favoriser l'accord, les entrevues présentant certaines ambivalences au regard de la cotation des troubles étaient aussi transmises au deuxième évaluateur pour un accord de fidélité interjuges. Par la suite, les fréquences des troubles primaires ont été répertoriées et des analyses de Khi^2 ont été effectuées pour évaluer la variation dans le temps. Après avoir obtenu les données descriptives des facteurs composant le modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. *et al.*, 1998), une série d'analyses univariées a évalué le changement dans le temps.

Pour l'analyse du QTI-Travailleur et pour le volet exploratoire, des analyses descriptives des niveaux cotées de 1 à 8 ont été effectuées. Ensuite, une codification simple des thèmes d'inquiétudes a été réalisée à l'aide d'une grille de catégorisation. Par la suite, les thèmes ont été regroupés en trois catégories : inquiétudes liées au travail; inquiétudes liées à l'incapacité et inquiétudes liées à la vie personnelle. Pour permettre les analyses statistiques, les catégories liées au travail et liées à l'incapacité ont été regroupées.

L'évaluation des MMT durant la réadaptation a permis de qualifier son ampleur en trois catégories distinctes. Il s'agit de la MMT « insuffisante », « juste suffisante » ou « suffisante ». Pour les fins d'analyse, les catégories « juste suffisante » et « suffisante » ont été jumelées. Par conséquent, les analyses finales ont été réalisées avec deux catégories. Les fréquences et Khi^2 ont aussi été obtenus. Pour le QTI-Clinicien, des Khi^2 ont été calculés pour évaluer l'association avec le QTI-Travailleur sur deux questions afin d'estimer la triangulation.

Finalement, pour l'objectif 1, compte tenu des mesures répétées et afin de tenir compte des corrélations entre les observations pour un même individu, des analyses à l'aide d'équations d'estimation généralisées (Generalized Estimating Equations) ont été effectuées en utilisant PROC GENMOD de SAS (Stokes, Davis et Koch, 1995) avec le statut de travail à prédire à T4 (facteur dépendant catégoriel). Cette procédure représente une généralisation de la régression logistique traditionnelle. L'une des forces de ces modèles consiste à prendre en compte les mesures relatives à un individu, même si certaines lui font défaut, par exemple à cause d'abandon, pour un temps donné. Cela constitue une valeur ajoutée, puisque les procédures normales éliminent les individus dont les données sont incomplètes. Comme les analyses tiennent compte du nombre de données valides à cause de la structure des données et non du nombre de patients, la puissance de l'étude ne peut être que plus grande. De plus, l'avantage d'utiliser ce type d'analyse est qu'il permet d'inclure l'ensemble des facteurs du modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. *et al.*, 1998) mesurés (intolérance à l'incertitude, tendance à s'inquiéter, utilité de s'inquiéter, attitude à l'égard des problèmes, évitement cognitif) sans avoir à effectuer au préalable une matrice de corrélations pour réduire le nombre de facteurs (Blackwell, Mendes De Leon et Miller, 2006; Wolfinger et Chang, 1998). La limite de l'utilisation de la matrice de corrélation pour sélectionner a priori les facteurs est de ne pas tenir compte des associations, dans le temps, entre les différents facteurs. Cela dit, étant donné le nombre élevé de caractéristiques sociodémographiques, cliniques et administratives, de même que la quantité de sous-échelles pour les questionnaires mesurant les facteurs du modèle

d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. *et al.*, 1998), des corrélations univariées ont été effectuées a priori pour ne retenir que celles significativement associées au RT.

Pour l'objectif 2, des analyses descriptives des résultats au sondage ont été effectuées. Pour chaque énoncé (clarté, pertinence et faisabilité), des moyennes ont été calculées. Le contenu qualitatif pour approfondir les réponses cotées, incluant la question sur l'exhaustivité, a été compilé sous forme d'un résumé pour chaque piste d'action.

6. RÉSULTATS

6.1 Résultats pour l'objectif 1

6.1.1 Caractéristiques des ergothérapeutes ayant participé

Une première formation sur l'évaluation de la MMT a eu lieu en avril 2014 lors de laquelle 10 ergothérapeutes ont été formés. De ce nombre, cinq ont abandonné l'étude en raison d'un changement de clientèle (ils ne suivaient plus de travailleurs indemnisés pour des accidents de travail). C'est le cas notamment des centres en Ontario. Pour pallier les différents abandons, trois autres vagues de formation ont été offertes en 2015 et en 2016, afin de former 23 ergothérapeutes additionnels. Sur un total de 33 ergothérapeutes formés, 17 ont en définitive permis le recrutement et le suivi des travailleurs participants à l'étude. La figure 4 résume le déroulement du recrutement auprès des cliniciens.

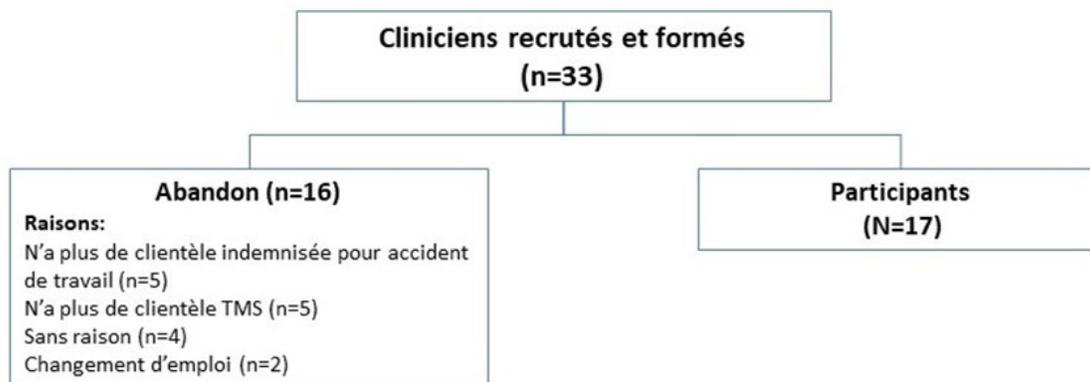


Figure 4. Déroulement du recrutement des cliniciens³.

Le tableau 1 présente le profil sociodémographique des ergothérapeutes recrutés soit ceux ayant participé au recrutement (n = 17) et ceux qui n'ont pas recruté de travailleurs. La grande majorité de ceux-ci sont des femmes (94 %). L'âge moyen est de 34 ans et les ergothérapeutes cumulent près de neuf années d'expérience avec une clientèle TMS ou qui éprouve des douleurs persistantes.

³ TMS : Trouble musculosquelettique

Tableau 1. Portrait sociodémographique des cliniciens

Caractéristiques sociodémographiques		Cliniciens ayant participé à la collecte N = 17	Cliniciens n'ayant pas participé à la collecte N = 16	Total des cliniciens recrutés N = 33
Âge	Moyenne (é-t)	33,41 (8,66)	33,88 (6,75)	33,64 (7,68)
Sexe	Hommes	1	1	2
	Femmes	16	15	31
Scolarité la plus élevée	Baccalauréat	6	9	15
	Maîtrise	11	7	18
Années d'expérience en réadaptation TMS / douleur persistante	Moyenne (é-t)	7,50 (7,71)	10,38 (5,56)	8,89 (6,81)

6.1.2 Caractéristiques des travailleurs et du contexte de l'étude

Le recrutement et la collecte des données se sont échelonnés d'avril 2014 à avril 2018. La figure 5 illustre le détail du recrutement et les raisons des refus, exclusions et abandons. Un total de 118 références de travailleurs admissibles a été reçu. De ce nombre, 21 ont refusé de participer. Pour les exclusions, 17 personnes ne répondaient pas aux critères d'admissibilité.

Un total de 80 travailleurs a accepté de participer à l'étude. Au T4, 56 travailleurs ont complété les mesures pour les principaux facteurs à l'étude. À l'exception d'un participant qui a eu moins de 14 jours entre le T1 et T4, ce sont 23 participants qui ont abandonné l'étude en cours de route et pour lesquels les données sont incomplètes pour les facteurs principaux liés au modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. *et al.*, 1998). Il s'agit d'un taux d'abandon de 29 %. Pour des interventions similaires avec des personnes ayant une douleur musculosquelettique, des taux de 37 % d'abandon lors du suivi de 12 semaines (Iversen *et al.*, 2018) et de 33 % (Jensen, I. B., Bergstrom, Ljungquist et Bodin, 2005) ont déjà été observés. Sloots *et al.* (2009) rapportent avoir recensé un taux de 21,6 % en contexte de centre de réadaptation. En ce qui concerne l'évaluation effectuée à partir de l'ADIS, il est à noter qu'un nombre plus restreint de participants a achevé cette évaluation au T4 (n = 44). Cette donnée n'a pas été calculée dans les taux d'abandon, puisqu'elle sert à décrire les participants sur le plan de la santé psychologique. Aussi, rappelons que cette entrevue s'est déroulée à un moment différent de la collecte des facteurs principaux.

La collecte se base sur des moments clés de la réadaptation au travail et non sur un nombre déterminé de semaines de suivis (ex. : quatre semaines après le début de l'intervention). Advenant qu'un moment n'arrive pas dans la trajectoire de réadaptation d'un participant, celui-ci ne peut pas compléter le temps de mesure. Comme illustré à la figure 5, un nombre significativement plus restreint de participants a complété le T2 (n = 24) et le T3 (n = 11). Ces temps correspondent à la phase de l'annonce du RT et à l'accomplissement de 50 % du temps de travail accompagné par l'ergothérapeute. Une des principales raisons expliquant qu'il y ait autant de données manquantes à T2 (n = 56) et à T3 (n = 69) est que le programme a pris fin prématurément et qu'il n'y a pas eu d'accompagnement au RT. Cela peut arriver par exemple dans les cas de contestation, lorsque le travailleur perd les procédures et doit cesser sa réadaptation, ce qui amène une fin de prise en charge prématurément. Aussi, plusieurs travailleurs terminant leur prise en charge apparaissent au T4, mais pas aux deux temps T2 ou T3. Rappelons que T2 et T3 sont liés à l'accompagnement par l'ergothérapeute au RT. Ceux-ci doivent donc avoir bénéficié de cette composante de l'intervention. Le résultat peut donc être aussi le reflet de l'écart entre la pratique à cette période et les recommandations issues des données théoriques (Durand *et al.*, 2003). Finalement, dans d'autres cas, il y avait moins de 14 jours d'écart (délai minimum entre les temps de mesure pour respecter les recommandations de passation des instruments).

À T3, en plus des questionnaires pour approfondir la perspective du travailleur et celle de la perspective clinique, une évaluation selon la perspective du milieu de travail était prévue. Parmi les 11 participants qui ont complété le T3, cinq n'ont pas fait l'objet d'une évaluation selon la perspective du milieu de travail puisque certains critères n'étaient pas respectés tels que décrits à la sous-section 4.2.4 sur la procédure de collecte des données. Pour un participant, les inquiétudes n'étaient pas spécifiquement liées au travail puisqu'elles avaient rapport avec le fait de ne pas pouvoir revenir à sa « vie normale » à la maison. Pour deux autres, les inquiétudes liées à l'environnement de travail n'étaient plus présentes ou n'étaient plus excessives à T3 (intensité et fréquence, scores ≤ 4). Pour une participante, ce volet n'a pas été réalisé pour ne pas créer de préjudices puisqu'il y avait un conflit de travail avec son employeur. Finalement, pour un participant, l'inquiétude présente à T3 n'était pas de nature observable/objectivable par entretien ou observation. Après discussion avec l'équipe de chercheurs, il a donc été décidé de ne pas effectuer d'observation auprès de ces cinq participants. Pour ce qui est des six qui ont eu une évaluation selon la perspective du milieu de travail (QTI-ergonome complété), leur nombre étant très limité, les données ne seront pas rapportées. Ce choix repose sur un souci de maintenir la confidentialité des participants et aussi puisque la saturation des données n'a alors pas été atteinte. De plus, à titre informatif, les données au QTI-Ergonome convergent dans la très grande majorité du temps avec celles au QTI-Ergothérapeute. Seules les données à T1 et à T4 ont été considérées pour les analyses, afin de maximiser la puissance des analyses de l'étude et ne pas exclure les participants n'ayant pas complété les temps intermédiaires.

Volet exploratoire avec journal de bord

Parmi les 24 travailleurs ayant complété le T2, deux ont complété le journal de bord. Neuf ont refusé de le remplir étant donné la nature optionnelle de ce volet. Parmi ceux n'ayant pas complété le journal de bord, certains travailleurs n'avaient pas d'inquiétude à T2 ou leurs inquiétudes n'étaient pas excessives (n = 4), d'autres ont eu une progression très rapide de leur RT (n = 3) ou n'ont pas eu de RT finalement (n = 2). Certains étaient préoccupés en début d'étude par le temps nécessaire à la participation à l'étude. Étant donné l'investissement supplémentaire en temps pour ce volet, celui-ci ne leur a pas été présenté pour limiter les risques d'abandon de l'étude (n = 4). Le nombre final étant très limité, les données ne seront pas rapportées, afin de maintenir la confidentialité des participants et aussi, parce que la saturation des données n'a pas été atteinte.

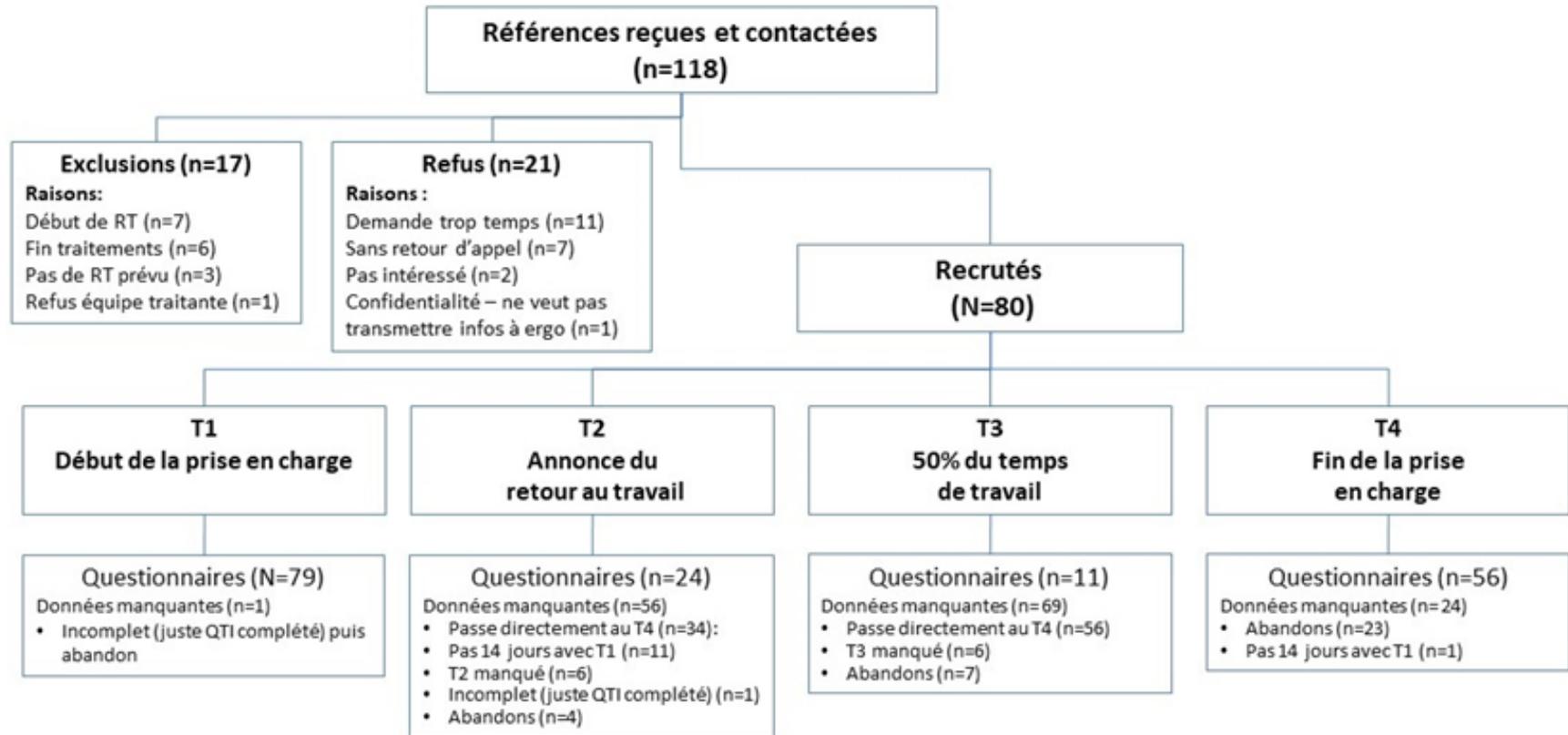


Figure 5. Déroutement du recrutement et de la collecte de données auprès des travailleurs.

Note : la mention « début de RT » dans les exclusions signifie que le travailleur était déjà avancé dans son programme de réadaptation et qu'il était déjà à la phase d'exposition au travail. À noter qu'un participant répondant aux critères d'admissibilité a dû être exclu au début de l'étude, à la demande de l'équipe traitante qui craignait un impact négatif sur l'adhésion au programme de réadaptation du travailleur déjà très fragile.

Des analyses préliminaires ont été effectuées pour comparer les participants ayant abandonné l'étude à ceux ayant complété le dernier moment de mesure (T4). Aucune différence significative n'a été observée à T1 sur les caractéristiques sociodémographiques, clinico-administratives ou sur les facteurs liés à l'anxiété, à l'exception d'un niveau de scolarité un peu plus faible pour ceux n'ayant pas complété le T4. Ceux n'ayant pas complété le T4 ont aussi eu davantage de tentatives de RT préalablement au programme.

La durée moyenne réelle du suivi des travailleurs entre le T1 et le T4 a été de 133 jours de calendrier (écart-type = 88,6 jours et mode = 178 jours), soit environ 4,4 mois. Le tableau 2 présente en détail les caractéristiques sociodémographiques et clinico-administratives des participants recrutés. Parmi les participants, il y a eu autant d'hommes que de femmes, avec des sites de lésions variés. Par rapport aux autres études dans le domaine musculosquelettique, il y a plus de femmes et plus de sites aux membres supérieurs comme problématiques. Bien que certains travailleurs aient indiqué être des employés temporaires, ceux-ci avaient un emploi à temps complet avant leur arrêt de travail. Les participants sont syndiqués dans un peu plus de la moitié des cas. La majorité des travailleurs n'a pas eu une assignation temporaire. La majorité avait acquis une permanence au sein d'entreprises de tailles variées. Finalement, les participants avaient une perception mitigée des facteurs organisationnels et rapportaient un faible niveau de stress au travail.

Tableau 2. Caractéristiques des participants

Caractéristiques sociodémographiques et clinico-administratives		T4 complété N = 56	T4 incomplet N = 23	Total N = 79
Âge	Moyenne (é-t)	42,98 (11,43)	40,79 (10,45)	42,31 (11,13)
Sexe	Hommes	26	13	39
	Femmes	30	10	40
Statut civil	Célibataire ou veuf	19	10	29
	Union libre ou Marié(e)	8	11	40
	Séparé(e)/divorcé(e)	29	2	10
Nombre d'années de scolarité	Moyenne (é-t)	13,19 (3,39) ^{***}	10,57 (2,29) ^{***}	12,42 (3,31)
Site de lésion	Dos	19	8	27
	Membre supérieur	19	10	29
	Membre inférieur	14	4	18
	Multisites	4	1	5
Syndiqué	Non	23	10	33
	Oui	33	13	46
Contestation	Non	39	17	52
	Oui	17	6	27
Tentative de RT avant de débiter le programme	Non	35 ^{***}	7 ^{***}	28
	Oui	14	14	42
	Données manquantes	7	2	9
Nombre d'épisodes TMS antérieurs	Aucun épisode	22	10	32
	1 épisode	20	10	30
	2 épisodes et plus	11	3	14
	Données manquantes	3	0	3

Assignation temporaire	Non	44	16	60
	Oui	8	6	14
	Données manquantes	4	1	5
Grandeur de l'entreprise	10 employés et moins	8	3	11
	11 à 25 employés	7	1	8
	26 à 50 employés	6	6	12
	51 à 100 employés	8	4	12
	Plus de 100 employés	27	9	36
Statut d'emploi	Permanent	48	22	70
	Occasionnel	8	1	9
Ancienneté au poste	Moyenne années (é-t)	8,21 (7,88)	7,43 (7,32)	7,99 (7,68)
Possibilité d'avancement dans l'entreprise	Non	38	12	50
	Oui	18	11	29
Horaire de travail	Moyenne d'heures par semaine (é-t)	36,79 (8,62)	38,58 (6,56)	37,31 (8,07)
Nombre de jours entre l'accident et la prise en charge	Moyenne jours (é-t)	171 (195)	150 (149)	164 (181)
	Données manquantes	9	2	11
Traitement pour l'anxiété ou la dépression en cours	Non	46	18	64
	Oui	9	5	14
	Données manquantes	1	0	1

Facteurs liés à la perception du travailleur de l'environnement de travail	Moyenne / score maximal (é-t) T4 complété n = 56	Moyenne / score maximal (é-t) T4 incomplet = 23	Moyenne / score maximal (é-t) Total N = 79
Perception du travailleur sur des facteurs organisationnels (OPP ⁴) <i>Sous-échelles :</i> Intérêt capital humain Climat sécurité travail Gestion invalidité Pratiques ergonomiques <i>Interprétation : score élevé = perception positive de l'environnement de travail</i>	66,33/100 (16,29) 12,89/20 (2,89) 24,22/35 (6,46) 16,88/35 (6,92) 5,11/10 (2,62)	77,50/100 (13,44) 13,00/20 (5,66) 28,50/35 (0,71) 24,00/35 (5,66) 5,00/10 (1,41)	65,90/100 (16,23) 12,46/20 (3,63) 24,33/35 (5,83) 18,62/35 (6,03) 5,29/10 (1,98)
Stress au travail (JCQ ⁵) <i>Interprétation : score élevé = stress faible</i>	82,08/116 (8,36)	81,86/116 (7,52)	82,01/116 (8,06)

***Différence significative à $p < ,001$

⁴ Questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles (version québécoise de l'*Organizational Policies and Practices*)

⁵ *Job Content Questionnaire*

En ce qui concerne le statut de travail à la fin de la prise en charge (T4), 34 participants (61 %) étaient de RT dont 19 participants (34 %) étaient de RT chez le même employeur et aux mêmes tâches alors que 21 participants (38 %) ne l'étaient pas à cause de leur problème de santé (1 % de données manquantes).

Le tableau 3 présente en T1 et en T4 la fréquence observée pour différents troubles mentaux communs, mesurés avec l'ADIS. Pour cette évaluation, un accord de fidélité interjuges moyen de 73 % a été obtenu. Cet accord a été réalisé aléatoirement avec 25 % des évaluations (n = 29/117) en T1 et T4, en plus des évaluations de troubles jugés incertains et nécessitant un second avis (n = 11). L'ensemble représente donc 34 % de toutes les évaluations. Huit séries d'accords ont été calculées et la dernière s'établissait à 86 % de fidélité interjuges. Les désaccords ont fait l'objet de discussions jusqu'à l'obtention d'un consensus. Les désaccords variaient essentiellement sur la cote du niveau d'intensité du trouble.

Pour les troubles mesurés avec l'ADIS, il n'y a pas de réduction statistiquement significative dans le temps. Lorsqu'un participant satisfaisait les critères d'un trouble, un niveau de sévérité était noté. En présence de plusieurs troubles pour un même travailleur, l'importance relative de chacun des troubles a été déterminée avec le travailleur pour identifier le trouble primaire, en tenant compte de son interférence sur la qualité de vie. Ainsi, les résultats présentent le principal trouble (trouble primaire) interférant cliniquement avec le fonctionnement du participant. Il est à noter que les troubles d'adaptation, de dépression majeure et de phobie du travail recensés sont essentiellement associés par les travailleurs à leur épisode d'incapacité. Au total à T1, 66 % des participants satisfont les critères d'un trouble psychologique. En considérant les participants ayant un trouble dit « sous-clinique », soit ceux qui ont un score d'intensité de 3/8, alors que le seuil clinique est de $\geq 4/8$, quatre autres participants avec des difficultés d'adaptation se sont ajoutés pour totaliser 71 % de l'échantillon. En T4, il s'agit de 48 % de l'échantillon qui satisfont les critères d'un trouble psychologique. À cela s'ajoutent trois participants avec des difficultés d'adaptation dites « sous-clinique » ce qui fait en sorte que le total se chiffre à 55 % de l'échantillon.

Tableau 3. Fréquence des troubles identifiés à l'ADIS

Troubles	T1 Prévalence n (% total) n = 73	T4 Prévalence n (% total) n = 44
Trouble de l'adaptation	27 (37 %)	11 (25 %)
« Phobie du travail »	5 (7 %)	4 (9 %)
Anxiété généralisée (TAG)	5 (7 %)	1 (2 %)
Trouble panique avec ou sans agoraphobie	3 (4 %)	2 (5 %)
Phobie sociale	1 (1 %)	1 (2 %)
Phobie spécifique	1 (1 %)	0 (0 %)
État de stress post-traumatique	1 (1 %)	0 (0 %)
Épisode dépressif majeur	5 (7 %)	2 (5 %)
Total	48 (66 %)	21 (48 %)

6.1.3 Portrait des participants en lien avec les facteurs du modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. et al., 1998)

Les analyses descriptives concernant les facteurs composant le modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. et al., 1998) sont présentées au tableau 4. Le Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA), reprend les critères d'un TAG (Dugas, M. J. et Freeston, 2001). Les scores continus identifient une moyenne s'approchant d'un résultat représentatif d'un groupe de patients ayant ce type de trouble. Seule la sévérité des symptômes physiques liés à l'anxiété (QIA somatisation) diminue dans le temps. Il est également possible d'obtenir un score catégoriel pour le QIA. Ce score indique que 36 % de l'échantillon soit 28 participants auraient possiblement un TAG. Cette donnée ne change pas dans le temps. L'intolérance à l'incertitude (QII) et la tendance générale à s'inquiéter (QIPS) sont aussi sous les seuils habituellement caractéristiques de patients ayant un TAG (Gosselin, P., Ladouceur, Morin, Dugas et Baillargeon, 2003) (voir scores critères de Gosselin et al., (2003). Ceux-ci diminuent également dans le temps. L'évitement cognitif (QEC), comme tenter de ne pas penser aux inquiétudes, et l'attitude des gens à l'égard des problèmes (QAP) voient tous deux leur score s'amoinrir dans le temps. Cependant, ces facteurs ne sont pas nécessairement problématiques à la base, puisqu'ils sont comparables à ceux auxquels la population générale est confrontée (Gosselin, P., Ladouceur, Morin, et al., 2003; Gosselin, P., Ladouceur, et al., 2006; Joanis-Sirois, 2018). La croyance quant à l'utilité de s'inquiéter (PSI) se rapproche cependant des scores de personnes ayant un TAG et ne diminue pas significativement à la fin de la prise en charge.

Finalement, les scores des sous-échelles aux différents questionnaires ne varient pas dans le temps.

Tableau 4. Portrait descriptif et variation dans le temps des facteurs liés au modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. et al., 1998)

Questionnaires	Étendue Interprétation /normes	Moyenne population TAG (E-T)	T1	T4	Change- ment dans le temps (p)
			Moy. (E-T)	Moy. (E-T)	
Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA)					
QIA cognitif	ND ⁶	ND	14,15 (5,7)	12,58 (6,9)	0,066
QIA somatisation	ND	17,44 (3,81) ⁷	17,71 (5,19)	15,06 (6,1)	<0,001
QIA total	Étendue 0 à 56 Score élevé = plus de symptômes	ND	36,99 (11,4)	34,02 (17,58)	0,08
Questionnaire de l'intolérance à l'incertitude (QII) (Incert)	Étendue 15 à 75				
Tendance générale (Incert A)	Score élevé = plus grande intolérance	53,31 (10,55) ⁷	39,25 (13,78)	34,96 (13,82)	0,0128*
Manifestation/ conséquences de l'intolérance (Incert B)	Étendue 30 à 150	102,07 (25,57) ⁷	76,73 (27,67)	63,67 (26,61)	<0,001*
<i>Sous-échelles /25 :</i>	Score élevé = plus de manifestations des comportements				
Incert B_surestimation		18,21 (5,15)	11,70 (5,24)	12,50 (5,88)	N/S⁸
Incert B_éviterment		13,99 (4,96)	12,26 (5,21)	9,42 (4,33)	
Incert B_doute		17,87 (5,17)	12,88 (5,45)	12,58 (5,39)	
Incert B_contrôle		14,42 (6,15)	13,74 (5,83)	12,50 (6,08)	
Incert B_inquiétude		18,89 (4,41)	13,61 (5,85)	13,58 (5,83)	
Incert B_réassurance		18,72 (4,87)	12,54 (5,56)	12,17 (5,39)	
Penn State (QIPS)	Étendue 16 à 80				
Tendance générale à s'inquiéter	Score normal : 25-40 Score critère = 55,289	61,90 (9,13)	44,60 (11,93)	36,74 (10,65)	<0,001*

⁶ ND : non disponible

⁷ Gosselin *et al.*, 2006, après application de la même pondération que celle utilisée dans cette étude

⁸ N/S : non significatif

Questionnaires	Étendue Interprétation /normes	Moyenne population TAG (E-T)	T1	T4	Change- ment dans le temps (p)
			Moy. (E-T)	Moy. (E-T)	
Questionnaire sur l'évitement cognitif (QEC)	25 à 125	61,53 (14,21) ⁷	56,19 (21,31)	48,37 (19,72)	<0,001*
Sous-échelles /25:	score élevé = utilisation élevée de stratégies d'évitement		13,36 (5,12)	10,93 (5,18)	
QEC_suppression/25	score critère = 57,169		9,34 (3,98)	8,02 (3,16)	
QEC_substitution/25			13,13 (5,83)	11,12 (5,20)	
QEC_distraction/25			9,95 (5,06)	9,43 (5,53)	
QEC_évitement/25			10,00 (4,96)	8,95 (4,45)	
QEC_transformation/25					
Questionnaire d'attitude face au problème (QAP)	12 à 60 score élevé = plus d'attitudes négatives	34,19 (10,17) ⁷	24,27 (10,65)	21,85 (9,89)	0,0188*
	score critères = 26,469				
Pourquoi s'inquiéter? Version 2 (PSI-II)					
Croyances quant à l'utilité de s'inquiéter	25 à 125	49,65 (16,86) ⁷	47,51 (19,02)	43,85 (18,34)	0,1524
Sous-échelles :	score élevé = plus de croyances erronées				
PSI_pensée_magique/35	score critère = 46,25 ⁹		9,61 (4,71)	8,83 (4,10)	
PSI_motivation/25			8,85 (4,24)	8,08 (3,58)	
PSI_personnalité/20			7,34 (3,61)	6,42 (2,99)	
PSI_prévention_émotions_ nég./20			10,20 (4,13)	9,05 (4,30)	
PSI_résolution_problème/2 5					
Douleur	1 à 10	S/O	5,39 (2,18)	5,5 (2,26)	0,8268
	score élevé = douleur élevée				

Il a été possible de recenser les inquiétudes particulières de chaque travailleur, à l'aide de courtes questions ouvertes incluses dans le QTI-Travailleur. En fonction de la liste des thèmes issus de la grille de catégorisation des inquiétudes et des thèmes qui ont émergé, voici quelques exemples pour mieux les illustrer.

Liste des inquiétudes recensées auprès des travailleurs

Inquiétudes liées au travail

1. RT (ex. : Le RT pourrait être trop hâtif, long délai pour le RT, RT à l'ancien poste);
2. Conséquences de l'accident de travail;
3. Symptômes (physiques ou psychologiques) (ex. : douleur élevée, étourdissements);
4. Capacité à refaire le travail, limitations (ex. : ma main pourrait ne pas récupérer, je pourrais être incapable de me trouver un autre emploi.);
5. Rechute, aggravation des symptômes, peur de se reblesser (ex. : risquer de me reblesser au travail; empirer ma condition, aggraver ma blessure);
6. Travail (organisation, climat de travail, changements possibles, changement d'emploi, perte de travail, retour aux études, retraite, collègues, superviseur, bureau de santé) (ex. : employeur veut me rencontrer, ne pas savoir pour quelle compagnie je vais travailler, ne pas être bien perçu par mes collègues).

Inquiétudes liées à l'incapacité

1. Contestation employeur/assureur, expertise (ex. : ne pas connaître la décision du médecin et de la CNESST, si contestation ne pas connaître les prochaines démarches, je pourrais devoir me présenter en cour.);
2. Médical (intervenants, programme de réadaptation) (ex. : rencontrer mon médecin, je pourrais ne pas atteindre mes objectifs de réadaptation.);
3. Argent (ex. : problèmes financiers, je risque de faire faillite, je devrai déménager.);
4. Guérison (ex. : je pourrais ne jamais guérir, ma douleur pourrait ne jamais partir, mes capacités physiques pourraient ne jamais revenir.);

Inquiétudes liées à la vie personnelle (sans être liées à l'incapacité)

1. Argent (ex. : vente de la maison);
2. Famille (parent, enfant, conjoint, conciliation, amis) (ex. : organisation de mon fils, santé déclinante de mes parents);
3. Projets personnels (rénovation, voyage, maison) (ex. : déménagement, devoir se départir de ses biens);

4. Santé (autre que situation liée à l'incapacité) (ex. : récurrence de mon cancer, autre problème de santé).

Le tableau 5 illustre la fréquence des inquiétudes recensées. Il a été décidé de regrouper les deux catégories conceptuelles les plus similaires, soit celles liées au travail et celles liées à l'incapacité puisque la présence de trois catégories complexifiait l'analyse et réduisait la puissance pour détecter un changement. Le tableau 5 permet d'observer qu'une majorité d'inquiétudes sont liées au travail ou à l'incapacité et qu'elles tendent à diminuer dans le temps, alors que les inquiétudes personnelles ne s'amointrissent pas dans le temps. Différentes raisons sont évoquées par les travailleurs pour expliquer pourquoi l'inquiétude n'est plus présente au temps T4. Dans la majorité du temps, il y a eu une résolution de la situation problématique générant l'inquiétude, que ce soit par la perception d'une amélioration de ses capacités, en vivant la situation ou parce qu'ils ont lâché prise sur la situation problématique.

Tableau 5. Fréquences des inquiétudes selon deux catégories en début et en fin de prise en charge

Fréquences	T1 N (%)	T4 N (%)	Total
Inquiétudes liées au travail ou inquiétudes liées à l'incapacité	166 (83 %)	102 (76 %)	268
Inquiétudes liées à la vie personnelle	34 (17 %)	33 (24 %)	67

Les tableaux 6 et 7 illustrent les moyennes des résultats au QTI-Travailleur. D'abord, les travailleurs identifient que dans la vaste majorité du temps, la situation générant l'inquiétude est perçue comme découlant d'un problème actuel. Cela signifie que la majorité des inquiétudes seraient de type actuel et que très peu d'inquiétudes seraient de type éventuel. Rappelons que chaque inquiétude concerne l'appréhension d'une éventualité. Or, celles de type 1 découlent d'un problème actuel. Les inquiétudes de type 2 ne découlent pas d'un problème actuel, comme par exemple, de craindre de développer un cancer, mais de n'avoir aucune donnée permettant de certifier que la personne a bel et bien une tumeur maligne.

Les inquiétudes étaient perçues par les travailleurs comme étant intenses, fréquentes et interférant avec le RT (donc excessives). Seules l'intensité et l'interférence avec le RT ont diminué significativement durant le suivi. Il est également possible d'observer que les inquiétudes en lien avec le travail ou l'incapacité sont également celles qui causent le plus d'interférence avec le RT. La non-réduction de l'efficacité personnelle, c'est-à-dire, sa perception d'être capable de surmonter son inquiétude, est plutôt contre-intuitive. Cependant, lorsque celle-ci est mise en parallèle avec le statut de travail, les résultats sont clairs. Les travailleurs ayant une efficacité personnelle faible à surmonter leur inquiétude sont beaucoup plus à risque de ne pas être de RT en T4 (OR = 1,23). Le niveau d'incertitude acceptable correspond à celui que le travailleur se croit capable de tolérer. Le score obtenu au niveau de l'incertitude acceptable doit être mis en parallèle avec celui du niveau d'incertitude actuelle. Cela permet d'observer que les scores obtenus pour le niveau d'incertitude actuelle sont

supérieurs à ceux qui seraient considérés comme étant acceptables par le travailleur. La moyenne des résultats permet d'observer que les travailleurs ne cherchent pas une absence d'incertitude.

Tableau 6. Résultats du QTI-Travailleur : Fréquence des situations générant l'inquiétude rapportée par les travailleurs à T1 et à T4 et mesurée par le QTI

Situations	T1 Fréq et %	T4 Fréq et %	<i>p</i>
La situation générant l'inquiétude est présente actuellement?	Oui 180 (90 %) Non 21 (10 %)	Oui 127 (94 %) Non 8 (6 %)	≤0,0001
La situation présente est liée au travail?	Oui 138 (83 %) Non 29 (17 %)	Oui 110 (91 %) Non 11 (9 %)	≤ 0,0001

Tableau 7. Caractéristiques des inquiétudes rapportées par les travailleurs à T1 et à T4 et mesurées par le QTI

Caractéristiques des inquiétudes	T1 Moyenne/8 (err. type)	T4 Moyenne/8 (err. type)	<i>p</i>
Intensité			
Inquiétudes liées au travail /incapacité	5,94 (0,169)	5,18 (0,204)	0,0012
Inquiétudes liées à la vie personnelle	5,40 (0,306)	5,13 (0,310)	
Fréquence			
Inquiétudes liées au travail /incapacité	5,70 (0,184)	5,33 (0,219)	0,2457
Inquiétudes liées à la vie personnelle	5,44 (0,334)	5,17 (0,349)	
Interférence avec RT			
Inquiétudes liées au travail /incapacité	4,20 (0,259)	4,01 (0,312)	<0,0001
Inquiétudes liées à la vie personnelle	2,15 (0,463)	2,57 (0,481)	

Caractéristiques des inquiétudes	T1 Moyenne/8 (err. type)	T4 Moyenne/8 (err. type)	p
Capacité à surmonter l'inquiétude			
Inquiétudes liées au travail /incapacité	4,77 (0,192)	4,72 (0,226)	0,2507
Inquiétudes liées à la vie personnelle	5,28 (0,329)	4,50 (0,333)	
Incertitude actuelle			
Inquiétudes liées au travail /incapacité	5,48 (0,176)	5,11 (0,211)	0,1802
Inquiétudes liées à la vie personnelle	5,17 (0,316)	4,83 (0,324)	
Incertitude acceptable			
Inquiétudes liées au travail /incapacité	2,78 (0,163)	2,46 (0,194)	0,1235
Inquiétudes liées à la vie personnelle	2,24 (0,285)	2,77 (0,291)	

6.1.4 Explorer les inquiétudes en lien avec l'environnement de travail

Au niveau descriptif le tableau 8 présente les fréquences obtenues concernant l'évaluation par les ergothérapeutes de la MMT de leurs travailleurs à T1 et à T4. Il est à noter que le nombre de travailleurs compris dans un niveau de MMT ne change pas significativement dans le temps.

Tableau 8. Fréquences des niveaux de MMT en début et en fin de prise en charge

Catégories de MMT	T1 N = 79 (%)	T4 N = 56 (%)
Insuffisante	18 (23 %)	24 (43 %)
Juste suffisante ou suffisante	58 (73 %)	32 (57 %)
Données manquantes	3 (4 %)	0 (0 %)

Le tableau 9 illustre les données des QTI-Cliniciens en T1 et en T4. Pour la 1^{re} question, les ergothérapeutes ont identifié en T1, dans une très grande majorité, que la situation en lien avec l'inquiétude était présente actuellement. Le nombre de situations générant les inquiétudes a diminué statistiquement dans le temps. Pour la 2^e question en T1, les ergothérapeutes ont principalement déterminé que la situation était problématique en général et que celle-ci s'est maintenue dans le temps. Les résultats en T1 à la 3^e question font ressortir une majorité de situations évaluées problématiques pour le RT, avec une réduction significative dans le temps. Dans près de la moitié des situations, les ergothérapeutes observent à T4 une réduction des inquiétudes des travailleurs.

Deux questions au QTI-Clinicien ont été corrélées avec les deux mêmes questions pour le QTI-Travailleur. Pour la 1^{re} question, les scores sont corrélés significativement. Cela signifie que les ergothérapeutes ont tendance à identifier au même titre que les travailleurs que la situation est présente actuellement ($\text{Khi}^2 = 0,198$; $p = 0,005$). L'autre question (la situation est problématique pour le RT) l'ergothérapeute et le travailleur identifient aussi des réponses significativement associées ($\text{Khi}^2 = 0,233$; $p = 0,002$).

Tableau 9. Résultats des QTI-Cliniciens en début et en fin de prise en charge

Situations	T1 Fréq et %	T4 Fréq et %	<i>p</i>
La situation générant l'inquiétude est présente actuellement?	Oui 164 (92 %) Non 14 (8 %)	Oui 146 (81 %) Non 35 (19 %)	0,002
La situation est problématique en général	Oui 110 (72 %) Non 43 (28 %)	Oui 112 (64 %) Non 62 (36 %)	0,14
La situation est problématique pour le RT?	Oui 125 (71 %) Non 52 (29 %)	Oui 98 (54 %) Non 82 (46 %)	0,002

6.1.5 Étudier les facteurs liés à l'environnement de travail et les inquiétudes sur le RT

Cette sous-section présente le modèle final concernant les facteurs prédictifs du RT à la fin de la prise en charge. D'abord, pour la perspective du travailleur, aucune sous-échelle des questionnaires liés au modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. *et al.*, 1998) n'était associée en mode univarié au statut de travail. Par conséquent, seuls les scores totaux ont été retenus pour les analyses. Les caractéristiques sociodémographiques ou clinico-administratives ont été associées en mode univarié au statut de travail. De celles-ci, la douleur, le sexe des participants et la présence de contestation ou de soins médicaux inachevés ont été retenus. Pour la perspective du milieu de travail, les facteurs ont été considérés à T1 et à T4 dû à un trop grand nombre de données manquantes à T2 et à T3. Cela signifie également que le QTI-Ergonome (complété au T3) n'a pas été intégré. Pour la perspective clinique, afin de maximiser la puissance des analyses, les trois catégories de MMT ont été réduites à deux. En effet, les deux

catégories « juste suffisante » et « suffisante » ont été regroupées. Finalement, rappelons que les analyses de corrélations ont fait ressortir des corrélations significatives entre les items du QTI-Clinicien et ceux du QTI-Travailleur. Par conséquent, une seule mesure a été utilisée pour les analyses subséquentes. Le QTI-travailleur a été privilégié pour le modèle.

Une série d'équations d'estimation généralisées ont été générées. Le premier modèle obtenu permettait d'observer que la contestation constituait le principal facteur de non-RT. En effet, dans la presque totalité des cas contestés, les travailleurs ne retournaient pas au travail à la fin de la prise en charge. Ce facteur était également hautement corrélé à d'autres facteurs modifiables. Dans la perspective selon laquelle l'étude visait à apporter des pistes d'action cliniques, il a été décidé d'effectuer des analyses supplémentaires, sans ce facteur. Dans un autre modèle, les résultats relatifs à la perception des pratiques organisationnelles démontraient un effet marginal, en plus de déstabiliser le modèle. Le facteur a donc aussi été retiré des analyses.

Le modèle final prédictif du statut de travail à la fin de la prise en charge (T4) est hautement significatif et explique 54 % de la variance du non-RT (Pseudo R² = 0,54; p < .0001). Le tableau 10 présente les facteurs significativement associés au non-RT à la fin de la prise en charge. L'odds ratio de la MMT signifie que lorsque la MMT est insuffisante durant le suivi (T1 et T4), les travailleurs ont 8,52 fois moins de chance de retourner au travail. En présence d'inquiétudes intenses, les travailleurs seraient deux fois plus à risque de ne pas retourner au travail. Pour obtenir une approximation de l'ampleur de l'effet pour les variables juste au-dessus de 1, il faut prendre les deux décimales et les transformer en pourcentage. Par exemple, pour l'intolérance à l'incertitude, le 1,11, signifie qu'environ 11 % de la variance du non-RT est expliquée par ce facteur seul. Ces facteurs contribuent ainsi à une certaine part du non-RT.

Tableau 10. Facteurs significativement associés au non-RT à la fin de la prise en charge

Facteurs	Odds Ratios	Intervalles de confiance		Khi ²	P
MMT	8,52	1,77	40,98	7,14	0,008
Intolérance à l'incertitude en générale (QII⁹)	1,11	1,02	1,21	6,18	0,013
Manifestation/conséquences de l'intolérance (QII)	1,12	1,06	1,18	14,87	≤0,001
Croyances erronées quant à l'utilité de s'inquiéter (PSI-II¹⁰)	1,11	1,05	1,17	14,34	≤0,001
Intensité de l'anxiété généralisée - cognitif (QIA)	1,16	1,04	1,31	6,55	0,011
Intensité de l'inquiétude (QTI)	2,05	1,27	3,30	8,54	0,004

La MMT et l'intensité des inquiétudes au QTI rapportées par les travailleurs représentent les deux facteurs prédictifs les plus importants du non-RT. Dans cette perspective, le niveau d'association entre la MMT et plus spécifiquement la nature des inquiétudes des travailleurs a

⁹ Questionnaire d'intolérance à l'incertitude

¹⁰ Questionnaire « Pourquoi s'inquiéter? Version 2 »

été analysé. Cela a permis d'explorer l'hypothèse que les travailleurs s'inquiètent en contexte où ils auraient une faible MMT. Le tableau 11 présente les items du QTI-Travailleur qui sont significativement associés à un manque de MMT. Il s'agit de l'évaluation du travailleur selon laquelle son inquiétude provient d'une situation actuellement liée au travail et pour laquelle il vit un niveau d'incertitude élevé.

Tableau 11. Items du QTI associés à un manque de MMT

Items QTI	Odds ratios	Intervalles de confiance		Khi ²	P
Situation présente actuellement	3,48	0,82	14,71	2,87	0,090
Situation liée au travail	3,20	1,28	8,01	6,20	0,013
Niveau d'incertitude actuel	1,213	1,005	1,463	4,06	0,044

Étant donné que plusieurs participants n'ont pas eu de retour thérapeutique au travail (RTT) correspondant aux T2 et T3, les résultats sur ces moments intermédiaires ne peuvent être présentés. Cependant, à titre indicatif, la figure 6 présente les relations entre les niveaux de MMT évalués au début de la prise en charge (T1), la présence ou non d'un RTT et l'issue du programme au regard du retour ou non au travail. Une première observation qualitative révèle qu'à une exception près tous les travailleurs qui ont eu un RTT ont repris le travail sans égard au niveau de MMT évalué. Ensuite, une petite proportion de travailleurs a disposé d'une MMT initiale jugée insuffisante. Parmi eux, ceux qui n'ont pas obtenu un RTT, n'ont pas repris le travail. Pour les travailleurs dont la MMT a été jugée suffisante ou juste suffisante et qui n'ont pas reçu de RTT, près des deux tiers ne sont pas au travail à la fin du programme. Ces données descriptives permettent d'apporter une certaine nuance par rapport au résultat non statistiquement significatif du changement dans le temps des niveaux de MMT (initiale, potentielle ou finale).

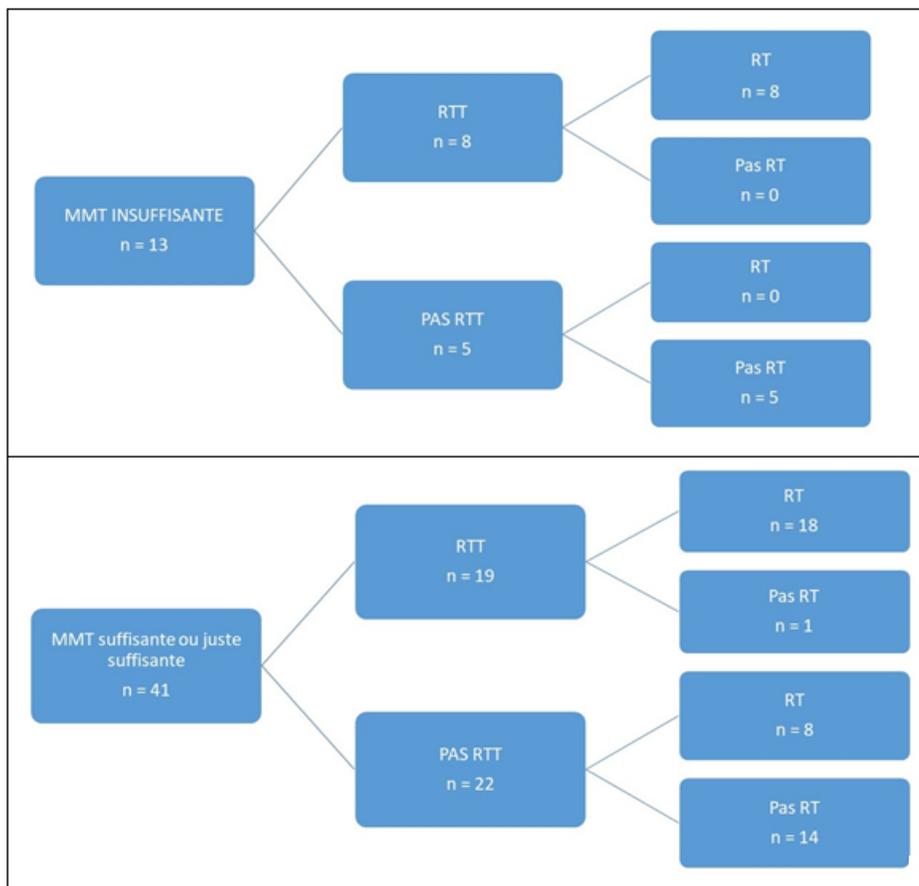


Figure 6. Graphique permettant de situer cliniquement la MMT.

6.2 Résultats pour l'objectif 2

6.2.1 *Élaborer des pistes d'action à l'intervention en réadaptation au travail – étape initiale*

À partir des résultats obtenus à l'objectif 1, il a été possible de dégager six grands constats pour la pratique de la réadaptation au travail, et ce, pour différents types d'acteurs. Pour chacun de ces constats, une piste d'action y a été associée. Ces constats et pistes ont fait consensus auprès de l'équipe de chercheurs. Ces pistes sont formulées pour un contexte de travailleurs en incapacité prolongée pour un TMS et ayant été référés à un programme de réadaptation au travail. Ils seront suivis d'une mise en contexte afin de faire clairement ressortir les liens avec les résultats à l'objectif 1. Les pistes d'action ont par la suite été soumises à un groupe de cliniciens en réadaptation au travail.

Constat 1 : La contestation a un effet délétère sur le RT.

Piste d'action 1 : Entamer une réflexion au sein des groupes d'acteurs (travailleurs, syndicats, employeurs et assureurs) portant sur les objectifs visés par cette pratique et ses impacts.

Contexte : Le premier modèle prédictif du non-RT a d'abord fait ressortir l'influence importante de la contestation sur le non-RT. Son effet est donc indéniable. Par contre, comme souligné, ce facteur est peu modifiable dans la pratique actuelle. La piste d'action permettrait de mener une première réflexion sur cette pratique, par exemple, pour faire ressortir les enjeux et les effets autres que ceux sur le non-RT pour permettre éventuellement de cibler des actions pour baliser les contestations et possiblement en réduire l'occurrence, lorsque d'autres avenues sont possibles.

Constat 2 : Une majorité de travailleurs rencontre ou est à la limite de rencontrer les critères de troubles dépressifs, anxieux ou d'adaptation et pour lesquels ils perçoivent avoir peu de contrôle ou ressources. Ces troubles sont essentiellement perçus comme liés à l'incapacité.

Piste d'action 2 : Détecter les difficultés psychologiques et formaliser un suivi systématique des travailleurs ayant une absence prolongée au travail.

Contexte : Les évaluations à l'aide de l'ADIS font ressortir qu'à T1, presque trois travailleurs sur quatre rapportent des difficultés qui interfèrent avec leur fonctionnement et leur qualité de vie. La majorité du temps (77 %), les troubles recensés sont liés à l'épisode d'incapacité au travail. Dans cette perspective, il devenait important de recommander de détecter les difficultés des travailleurs en lien avec leur incapacité au travail et de leur offrir un soutien dans le but d'en réduire le nombre.

Constat 3 : L'utilisation d'instruments et de méthodes de classification de troubles psychologiques peut potentiellement suridentifier les troubles chez les travailleurs blessés. Par conséquent, cela pourrait avoir pour effet d'amener une intervention moins adaptée.

Piste d'action 3 : Les intervenants en prévention de l'incapacité devraient être formés à la détection des difficultés psychologiques des travailleurs ayant une incapacité au travail.

Contexte : En comparant les résultats obtenus par entrevue à T1 avec l'ADIS (n = 5 - TAG) avec ceux obtenus avec un questionnaire reprenant les mêmes critères du TAG (QIA; n = 18 - TAG), des écarts ont été notés entre les deux techniques. L'entrevue a permis de mieux contextualiser les inquiétudes rapportées par les travailleurs. En effet, pour plusieurs d'entre eux, leurs inquiétudes étaient reliées à l'épisode d'incapacité. Cette observation fait ressortir que les travailleurs ayant une problématique de santé sont dans un contexte qui diffère d'une clientèle qui consulte essentiellement pour des facteurs psychologiques. Par conséquent, la seule passation d'un questionnaire sans nuancer le résultat pourrait, dans le cas d'un TAG conduire à une intervention sur l'augmentation de la tolérance à l'incertitude, alors que cette difficulté n'est pas aussi centrale pour les travailleurs ayant une incapacité au travail.

Constat 4 : Il existe une convergence entre les travailleurs et les ergothérapeutes qui les suivent sur le fait que les inquiétudes des travailleurs proviennent essentiellement de situations actuellement présentes et liées au travail.

Pistes d'action 4 : La nécessité d'évaluer en profondeur les inquiétudes des travailleurs, mais également de collecter des informations pour déterminer s'il s'agit d'un problème actuel lié à l'environnement de travail. En fonction de ces deux sources d'informations, établir une résolution de problème pour favoriser le RT.

Contexte : Les analyses font ressortir une association entre le QTI-Clinicien et trois items du QTI-Travailleur. Ces items sont l'évaluation que les inquiétudes sont actuelles, liées au travail et qu'elles interfèrent avec le RT. Ces convergences appuient l'utilité d'étudier en profondeur les inquiétudes des travailleurs, car celles-ci pourraient rapidement aider à cibler les éléments qui s'avèreraient problématiques dans l'environnement et qui feraient obstacle au RT.

Constat 5 : L'évaluation du travailleur selon laquelle ses inquiétudes proviennent d'une situation problématique actuelle qui est liée au travail ou pour laquelle il vit un niveau d'incertitude élevé est significativement associé à la présence d'une faible marge de manœuvre au travail.

Piste d'action 5 : Intervenir dans l'environnement de travail (ex. : accommodement ou aménagements) pour favoriser la marge de manœuvre au travail.

Contexte : L'évaluation par l'ergothérapeute de la marge de manœuvre au travail est associée au QTI-Travailleur. Procéder à l'évaluation systématique de la marge de manœuvre au travail permettrait d'identifier les mesures nécessaires pour favoriser une marge de manœuvre au travail suffisante lors du processus de RT.

Constat 6 : Les travailleurs qui sont plus à risque de ne pas retourner au travail sont ceux qui ont peu de marge de manœuvre au travail selon les ergothérapeutes. Ces travailleurs manifestent aussi des inquiétudes d'intensité élevée et sont intolérants à l'incertitude. La plausibilité du RT dans ce contexte est compromise.

Piste d'action 6 : En l'absence de marge de manœuvre au travail et en présence de fortes inquiétudes et d'une intolérance à l'incertitude, l'intervention devrait rapidement s'orienter vers des solutions alternatives au RT au poste pré-lésionnel.

Contexte : Dans la perspective selon laquelle le jugement clinique des ergothérapeutes converge avec les informations obtenues auprès du travailleur à l'effet que le RT pré-lésionnel ne pourrait pas se faire sans effet délétère sur la santé, des solutions alternatives devraient être rapidement mises de l'avant pour soutenir le travailleur à reprendre le travail.

6.2.1.2 Caractéristiques des participants au sondage

Un total de 26 cliniciens a été contacté à l'automne 2018 pour participer à un sondage portant sur la clarté, la pertinence, la faisabilité et l'exhaustivité des pistes d'action. De ce nombre, dix ont complété le sondage. Le tableau 12 présente les données sociodémographiques des cliniciens. L'âge moyen était de 41,7 ans, la majorité était des femmes (70 %) et pratiquait la profession d'ergothérapeute (70 %). Les cliniciens cumulaient en moyenne 18,6 années de scolarité et avaient en moyenne 15,4 années d'expérience en réadaptation au travail. Ceux-ci œuvraient essentiellement dans des organismes privés (90 %).

Tableau 12. Caractéristiques sociodémographiques des cliniciens recrutés dont les données sont complètes

Caractéristiques sociodémographiques		Total N = 10
Âge	Moyenne (é-t)	41,7
Sexe	Homme	3
	Femme	7
Discipline	Ergothérapeute	7
	Psychologue	2
	Physiothérapeute	1
Type d'organisme	Privé	9
	Public	1
Années de scolarité complétées (é-t)		18,6 (2,4)
Années d'expérience en réadaptation au travail (é-t)		15,4 (7,1)

6.2.1.3 Clarté, pertinence, faisabilité et exhaustivité des pistes d'action

Le tableau 13 présente les scores moyens obtenus sur trois échelles de type Likert en quatre points selon laquelle 1 signifie pas du tout claire, pas du tout pertinente ou très difficile et 4 signifie très claire, très pertinente ou très facile pour les six pistes d'action du sondage. Globalement, les cliniciens ont indiqué des niveaux d'accord acceptables en ce qui concerne la clarté, la pertinence et la faisabilité. La faisabilité a obtenu les résultats plus faibles. Cela a particulièrement été observé aux pistes d'action 1, 2 et 6, avec des résultats inférieurs à 3 sur 4.

Tableau 13. Niveau d'accord des cliniciens lors du sondage sur les pistes d'action

Pistes d'action	Niveau moyen clarté /4 (é.t.)	Niveau moyen pertinence /4 (é.t.)	Niveau moyen faisabilité /4 (é.t.)
Piste d'action 1	3,0 (0,67)	3,7 (0,48)	2,4 (0,84)
Piste d'action 2	3,3 (0,82)	3,9 (0,32)	2,8 (0,42)
Piste d'action 3	3,3 (1,06)	4,0 (0,00)	3,3 (0,67)
Piste d'action 4	3,5 (0,53)	3,8 (0,42)	3,5 (0,53)
Piste d'action 5	3,9 (0,32)	4,0 (0,00)	3,0 (0,82)
Piste d'action 6	3,6 (0,70)	3,8 (0,42)	2,1 (0,99)

Enfin, les cliniciens devaient fournir des commentaires ou des suggestions advenant que les différentes pistes d'action n'étaient pas jugées exhaustives. La prochaine sous-section expose les résultats qualitatifs de la question sur l'exhaustivité selon les différentes pistes d'action.

Piste d'action 1 : Entamer une réflexion au sein des groupes d'acteurs (travailleurs, syndicats, employeurs et assureurs) portant sur les objectifs visés par cette pratique et ses impacts.

Un clinicien a suggéré de remplacer « les objectifs visés » par la diffusion des données probantes en démontrant l'effet délétère de cette pratique (coût imputé par la contestation, prolongation des arrêts de travail, une lésion peut difficilement guérir alors que le travailleur conteste la décision de l'assureur, bris du lien de confiance avec le travailleur, augmentation des inquiétudes, etc.). Une autre suggestion proposait d'approfondir les enjeux sous-jacents aux politiques de contestation. La création d'indicateurs permettrait de soutenir la prise de décision en contexte de contestation, afin de prévenir les cas types de contestation nuisible. Finalement, le processus de réflexion pourrait nécessiter aussi le déploiement de ressources financières pour compenser le temps de travail des acteurs.

Piste d'action 2 : Détecter les difficultés psychologiques et formaliser un suivi systématique des travailleurs ayant une absence prolongée au travail.

Un clinicien suggérait de sensibiliser les assureurs aux effets des difficultés psychologiques sur la réadaptation afin de contribuer à allouer des ressources pour soutenir le travailleur. La détection précoce de difficultés a aussi été soulevée et la proposition d'un algorithme décisionnel pour le dépistage a été suggérée. L'opérationnalisation de la « formalisation du suivi » a été proposée pour clarifier les attendus.

Piste d'action 3 : Les intervenants en prévention de l'incapacité devraient être formés à la détection des difficultés psychologiques des travailleurs ayant une incapacité au travail.

Un clinicien a proposé de s'assurer que les questionnaires soient mieux adaptés au contexte de l'incapacité au travail pour éviter une surreprésentation. Ce questionnaire pourrait faire office d'outil de détection préliminaire et voir si une évaluation est nécessaire. L'élaboration d'une éventuelle formation devrait tenir compte des paramètres de coût, temps et accessibilité. Cette formation devrait aussi permettre de clarifier le rôle et les limites des intervenants.

Piste d'action 4 : La nécessité d'évaluer en profondeur les inquiétudes des travailleurs, mais également de collecter des informations pour établir s'il s'agit d'un problème actuel lié à l'environnement de travail. En fonction de ces deux sources d'informations, établir une résolution de problème pour favoriser le RT.

L'évaluation nécessiterait d'être soutenue par une formation, un guide ou un questionnaire. De plus, l'accompagnement du travailleur par l'ergothérapeute est crucial pour mieux comprendre les inquiétudes concernant le RT. Le rôle de l'ergothérapeute devrait cependant être bien expliqué au travailleur afin que l'évaluation soit comprise et qu'il participe à celle-ci.

Piste d'action 5 : Intervenir dans l'environnement de travail (ex. : accommodement ou aménagements) pour favoriser la marge de manœuvre au travail.

Un clinicien a demandé d'identifier clairement qui devrait intervenir dans l'environnement de travail, l'ergothérapeute ou les acteurs du milieu de travail (syndicat, gestionnaire, représentant en santé et sécurité du travail). Pour un intervenant en réadaptation au travail, il y a aussi une préoccupation liée à la difficulté d'avoir la collaboration de conseillers en réadaptation ou d'employeurs. Une action pourrait être de sensibiliser ces acteurs sur l'utilité d'une telle démarche. Dans d'autres cas, le manque d'action concertée avec un des acteurs peut en définitive miner la mise en œuvre de ce type d'intervention. Finalement, pour soutenir cette pratique, un clinicien souligne le besoin de former davantage de cliniciens en réadaptation.

Piste d'action 6 : En l'absence de marge de manœuvre au travail et en présence de fortes inquiétudes et d'une intolérance à l'incertitude, l'intervention devrait rapidement s'orienter vers des solutions alternatives au RT au poste prélésionnel.

Il est suggéré de détailler ce qui est entendu par solutions alternatives, à savoir la réorientation à un autre poste chez le même employeur ou un changement d'emploi. Aussi, il a été souligné qu'avant d'envisager des solutions alternatives d'une telle importance, il sera crucial d'avoir fait l'évaluation exhaustive de la MMT; de s'assurer qu'il n'y a pas de possibilités de créer une MMT suffisante et de s'assurer que la condition du travailleur ne progresse plus. L'encadrement de cette piste a été souligné par plusieurs cliniciens, afin qu'elle ne soit pas utilisée trop rapidement, puisque l'orientation vers une solution alternative peut aussi être très anxiogène pour le travailleur. Cela nécessite aussi que l'intervenant dispose de toutes les informations nécessaires pour poser ce jugement. Il a aussi été proposé que cette piste soit balisée à la suite d'une démarche de consultation auprès des divers acteurs puisque les enjeux sont multiples.

6.2.2 Élaborer des pistes d'action à l'intervention en réadaptation au travail – étape finale

Les commentaires des cliniciens consultés font ressortir diverses préoccupations qui portent sur la mise en œuvre des pistes d'action. Par exemple, il a été suggéré de favoriser la collaboration interprofessionnelle, voire intersectorielle (assurance, gestion, santé). Pour favoriser la collaboration, la sensibilisation de tous les acteurs et la clarification des rôles de chacun ont été proposées. Les cliniciens ont aussi fait état d'un besoin de formation. Aux suggestions d'effectuer des consultations et d'offrir de la formation est associée une enveloppe budgétaire qui viendrait reconnaître l'investissement des acteurs de la réadaptation. Les pistes se voulaient aussi suffisamment générales pour inclure différents acteurs ayant des niveaux d'implications variables. En définitive, le libellé des pistes d'action n'a pas changé, sauf pour la piste 2 à laquelle la notion de détection précoce a été ajoutée : détecter précocement les difficultés psychologiques et formaliser un suivi systématique des travailleurs ayant une absence prolongée au travail.

7. DISCUSSION

L'objectif général de cette étude visait à identifier des pistes d'action pertinentes pour l'intervention en réadaptation au travail, en approfondissant les inquiétudes des travailleurs ayant un TMS, en interaction avec l'environnement et leurs effets sur le RT, afin de pouvoir contribuer à un retour rapide et durable au travail. Les résultats ont permis d'observer que les inquiétudes des travailleurs étaient la majorité du temps en lien avec l'épisode d'incapacité. Ces inquiétudes portaient essentiellement sur des situations actuelles et interféraient souvent avec le RT. Ces inquiétudes recoupent d'ailleurs les facteurs associés à l'incapacité au travail qui sont reconnus depuis plusieurs années dans la littérature scientifique, comme les exigences du travail (Krause *et al.*, 2001; Truchon et Fillion, 2000; Wells *et al.*, 1994), l'organisation (Baril et Berthelette, 2000) et les relations de travail (Bigos *et al.*, 1991; Pransky *et al.*, 2001) de même que la gestion de l'invalidité au travail (Baril et Berthelette, 2000; Brooker *et al.*, 2001).

La présente étude favorise une compréhension plus précise des difficultés vécues par les travailleurs. En effet, initialement, l'étude effectuée préalablement à celle-ci (Coutu *et al.*, 2013; Coutu *et al.*, 2011) par l'équipe de chercheurs avait identifié avec le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA) une proportion élevée de participants qui rencontraient les critères liés à un possible TAG. N'ayant pas utilisé une entrevue à cette époque, il n'était pas possible de statuer s'il s'agissait effectivement d'une cooccurrence avec le TMS. Certaines études se sont penchées sur les difficultés psychologiques des travailleurs ayant une douleur musculosquelettique persistante (Gerhardt *et al.*, 2011; Knaster, Karlsson, Estlander et Kalso, 2012; McWilliams *et al.*, 2003) en utilisant une entrevue diagnostique. Moins d'études ont été réalisées auprès de travailleurs ayant également une incapacité au travail. L'étude de Dersh *et al.* (2006) a été réalisée auprès de travailleurs ayant une incapacité, mais seulement auprès de ceux ayant une affection vertébrale. Les auteurs ont utilisé l'entrevue structurée du DSM-III (American Psychiatric Association, 1994), le Structured Clinical Interview Diagnosis (SCID) (First *et al.*, 1996). Ils observent, tous diagnostics confondus, une prévalence de 65 %, ce qui est comparable aux résultats de notre étude. Par contre, ils n'ont pas évalué le trouble de l'adaptation. Ainsi, ils observent une prévalence de 56 % de dépression majeure. La « phobie du travail » introduite par Muschalla et Linden (2009) et évaluée dans le cadre de notre étude n'a cependant pas été rapportée dans les études recensées. Globalement, les études présentent des résultats convergents concernant le fait qu'il y ait des difficultés psychologiques plus importantes chez les personnes ayant une douleur chronique. Par exemple, ils auraient deux fois plus de dépression majeure et d'anxiété généralisée que la population générale et 1,5 fois plus de phobie sociale (McWilliams *et al.*, 2003).

Comparativement à la littérature, les résultats de la présente étude mettent en lumière le risque de surévaluer la présence de dépression majeure ou de TAG, si les difficultés rapportées par le travailleur ne sont pas approfondies. L'utilisation de l'ADIS, plutôt que le SCID a d'ailleurs facilité cet approfondissement, puisque l'ADIS évalue également les niveaux de sévérité des troubles. Nos résultats ont permis d'illustrer la valeur ajoutée d'approfondir l'évaluation pour le TAG. L'évaluation devrait porter plus précisément sur les sujets d'inquiétudes. Dans le contexte de la présente étude, la réelle présence de TAG à un niveau clinique a été identifiée chez cinq participants, soit 7 % de l'échantillon. Cela dit, les participants manifestent tout de même des difficultés. En effet, le taux (65 %) de participants ayant des difficultés psychologiques

interférant avec leur fonctionnement reste comparable à ceux d'études antérieures (Coutu *et al.*, 2013; Coutu *et al.*, 2011). Ainsi, le besoin de soutien des travailleurs est bien réel.

Le contenu détaillé des réponses des travailleurs aux entrevues (ADIS) servant à identifier les difficultés psychologiques a fait l'objet d'un accord de fidélité interjuges. Ce processus a posé un défi supplémentaire en faisant clairement ressortir la présence d'un trouble auprès d'une clientèle ayant une problématique d'incapacité au travail liée à un problème de santé physique. De cette observation découle un constat : l'évaluation des difficultés psychologiques se doit de tenir compte de la particularité du contexte d'incapacité au travail. En effet, un travailleur peut rapporter différentes sources d'inquiétudes sur le plan familial, professionnel, financier et de la santé, comme c'est le cas avec les personnes ayant un TAG. Cependant, lorsque les sources d'inquiétudes sont évaluées plus en profondeur pour en connaître la nature, on voit alors que le travailleur s'inquiète, par exemple, de perdre sa famille à cause de ses changements de caractère (impatience, colère, etc.) liés à la douleur ou qu'il a des préoccupations financières dues à la réduction de son revenu. Il peut aussi rapporter se préoccuper de ses relations avec ses collègues dans un contexte où il ne pourra plus les aider physiquement comme avant. L'écart entre les résultats au QIA et les résultats de l'ADIS appuient également ce constat. Cette observation pourrait aussi expliquer l'écart observé entre les prévalences citées par McWilliam *et al.* (2003) pour la phobie spécifique, la dépression majeure et la phobie sociale. À la lumière de ces résultats, l'utilisation du QIA n'est pas recommandée auprès de cette population. Une entrevue clinique questionnant plus en profondeur la nature des inquiétudes serait plus adaptée.

En ce qui concerne les observations relatives aux facteurs du modèle d'anxiété généralisée (Dugas, M. J. *et al.*, 1998), celles-ci sont relativement convergentes avec la précédente étude de l'équipe de chercheurs qui repose sur un échantillon de travailleurs ayant une incapacité au travail (Coutu *et al.*, 2013; Coutu *et al.*, 2011). Pour les études en psychologie portant sur la conceptualisation du TAG, certaines différences sont notées avec la présente étude. Par exemple, les personnes ayant un TAG manifesteraient davantage d'inquiétudes de type éventuel. Parmi les travailleurs recrutés pour la présente étude, ceux-ci présentaient, pour la majorité, des inquiétudes actuelles. Les études en psychologie dénotent que lorsque les personnes ayant un TAG ont des inquiétudes actuelles, celles-ci seraient aussi accompagnées d'une attitude négative à l'égard des problèmes (Dugas, M. J. *et al.*, 1998; Dugas, M. J. *et al.*, 2003; Gosselin, P. *et al.*, 2005).

Une contribution importante de la présente étude est d'avoir mis en lumière que les inquiétudes rapportées sont actuelles et liées au travail. De plus, ces observations sont corroborées par les ergothérapeutes qui ont identifié une faible MMT. La coexistence de ces deux phénomènes souligne l'aspect multidimensionnel de l'incapacité au travail. Cela renforce la nécessité d'entreprendre des actions à différents niveaux pour favoriser le RT. De plus, les résultats révèlent que le niveau de MMT mesuré durant le programme de réadaptation est le facteur prédictif le plus important du retour ou non au travail. Au regard de la pratique en réadaptation, ce résultat suggère l'utilité d'intégrer l'intervention sur la MMT au cœur même de la réadaptation au travail. De plus, il ne s'agirait pas seulement de l'évaluer, mais de veiller à pouvoir la moduler. Cette pratique a été décrite dans les travaux d'origine sur la MMT qui montraient l'importance que l'ergothérapeute crée des MMT en utilisant le milieu réel de travail (Durand et Hong, 2013; Durand *et al.*, 2009; Durand, Vézina, *et al.*, 2008; Durand, Vézina et Richard, 2016). En effet, il a été démontré que lorsque l'ergothérapeute construit des MMT au fur et à

mesure de la récupération de la personne, cela permet une adaptation constante et maximale du travailleur à ses exigences de travail. Ainsi, l'ergothérapeute peut ajuster et réagir promptement à la progression de la personne. Cette recommandation est parfaitement convergente avec les conclusions de deux revues de la littérature. La première revue réaliste, qui portait sur les composantes efficaces des programmes de réadaptation au travail, conclut que la mise en place d'accommodements de travail apparaît comme étant une stratégie gagnante (Durand *et al.*, 2017). Les auteurs définissent les accommodements de travail comme un RT avec des ajustements des tâches de travail en continu, dans une approche axée sur la résolution de problèmes et avec la participation des parties prenantes. Aussi, dans la revue systématique de Cullen *et al.* (2018), ceux-ci concluent également que les composantes de coordination des actions et des modifications du travail sont essentielles pour favoriser le RT de personnes rapportant de la douleur. Ainsi ces deux revues proposent que des composantes efficaces des programmes comprennent, entre autres, cette adaptation dynamique du travail. Cependant, ces deux revues restent encore assez génériques quant à la façon de faire.

Les résultats de la présente étude recommandent d'utiliser le concept de MMT adapté au contexte de la réadaptation au travail pour soutenir les cliniciens dans l'opérationnalisation du RTT. Il serait aussi pertinent d'étudier la possibilité d'inclure à l'évaluation de la MMT, quelques questions clés en lien avec les inquiétudes des travailleurs. Cette recommandation se base sur l'association observée entre la MMT et les items du QTI-Travailleur. Cette intégration permettrait également de limiter le fardeau du répondant. En effet, puisqu'il y avait eu très peu d'études portant sur les inquiétudes jusqu'à présent, l'utilisation de l'ensemble des mesures reconnues dans le domaine de l'anxiété généralisée était incontournable. Ayant observé des inquiétudes de nature différente de celles typiquement observées auprès d'une clientèle ayant un TAG (inquiétudes éventuelles et liées à différentes sphères générales), l'utilisation telle quelle de ces mesures, à l'exception du QTI, n'est donc pas nécessairement recommandée pour les praticiens en réadaptation au travail.

L'ensemble de ces constats illustre très clairement la nécessité en contexte d'incapacité au travail de tenir compte de l'interaction entre les différents systèmes du paradigme d'incapacité (Costa-Black, K. M., Cheng, Li et Loisel, 2011; Loisel *et al.*, 2001). À défaut de quoi la compréhension en matière de contribution scientifique restera parcellaire et limitée sur le plan de la réadaptation. À titre d'exemple, une récente étude a observé auprès d'une population de travailleurs qu'un niveau élevé de peurs et d'évitement de la douleur est associé à un plus grand risque d'absence du travail. Pour cette étude, Jay *et al.* (2018) recommandent une intervention en milieu de travail. Par contre, celle-ci cible principalement une intervention auprès du travailleur. En effet, il est visé d'améliorer ses capacités physiques d'une part et d'autre part, de réduire ses craintes par une thérapie cognitive et comportementale (Jay *et al.*, 2018). Une autre étude a évalué dans un essai randomisé contrôlé une autre intervention implantée en milieu de travail. Celle-ci portait également sur une intervention de type cognitive et comportementale, ciblant la réduction des peurs, l'amélioration de l'adaptation (coping) et l'augmentation de l'activité physique. Cette intervention n'a pas démontré sa supériorité comparativement au groupe contrôle (Marchand *et al.*, 2015). Pourtant, en 2011, un article soulignait déjà le besoin de contextualiser les facteurs psychologiques liés aux douleurs persistantes (Nicholas, Linton, Watson, Main et Group, 2011). Leurs auteurs proposaient d'ailleurs comme priorité de recherche d'étudier les facteurs psychologiques en relation avec les facteurs liés au travail. Ce qui est important de comprendre ici, est que les craintes et les

inquiétudes sont les manifestations les plus évidentes. Le risque est de rester à ce niveau et faire fi des facteurs alimentant ces craintes et inquiétudes.

Forces et limites

Une des forces de cette étude est d'avoir effectué diverses triangulations. En effet, d'abord une triangulation disciplinaire a permis d'inclure l'ergonomie, l'ergothérapie, la kinésiologie, la psychopathologie et la psychologie de la santé. Ces diverses visions ont contribué à une seconde triangulation, celle des sources d'informations. La perspective du travailleur en incapacité au travail a été centrale dans cette étude.

La perspective clinique, avec comme source les ergothérapeutes, a aussi été incluse. Elle a contribué à intégrer le jugement clinique de ceux-ci sur le plan de l'interaction personne-environnement. La perspective de l'environnement de travail était aussi planifiée. Cependant, du fait que l'étude fut basée sur la réalité de la pratique de la réadaptation au travail, un nombre plus restreint de travailleurs s'est vu offrir un accompagnement supervisé lors du processus de RT, amenant un taux non négligeable de données manquantes. Ainsi, une des limites de l'étude est d'avoir obtenu moins d'information durant le programme de réadaptation et cela inclut le nombre très limité de données concernant l'évaluation selon la perspective du milieu de travail (observation). Ces éléments liés au contexte d'une étude basée sur la réalité de la pratique, jumelés à une évaluation en profondeur des inquiétudes et des facteurs de maintien a contribué au très faible taux de participation des travailleurs au volet complémentaire visant à effectuer une analyse en profondeur des inquiétudes des travailleurs lors du retour au travail (journal de bord). N'ayant pas de données à rapporter pour le journal de bord et le T3 (50 % du temps de travail) ceci a contribué à réduire l'ampleur des données qualitatives et de fait l'ampleur des résultats qualitatifs prévus au devis choisi. Pour les quelques QTI-ergonome complétés, ceux-ci convergeaient cependant avec les autres perspectives. Malgré les données manquantes durant la réadaptation au travail, cette étude a quand même pour force d'être le reflet de la pratique actuelle en réadaptation au travail, auprès de cliniques privées.

Retombées pour la réadaptation et la recherche

Soucieux d'offrir des retombées pour la pratique de la réadaptation, l'équipe de recherche a identifié un objectif spécifique à cet égard. Bien qu'exploratoire, la consultation, auprès des cliniciens a permis de faire ressortir des pistes de recherche intéressantes qui sont directement liées à des problématiques perçues par les acteurs. En lien avec la piste d'action 1, une étude pourrait évaluer les enjeux sous-jacents aux politiques de contestation. Cette évaluation pourrait s'effectuer à l'aide de la consultation d'un groupe d'experts. L'objectif serait de faire émerger un outil pour soutenir la décision. Cet outil pourrait inclure des indicateurs pour bien évaluer les conséquences de la pratique de la contestation. L'adaptation ou le développement d'un questionnaire pour détecter les difficultés psychologiques et les inquiétudes des travailleurs serait également pertinent. Finalement, il serait opportun de faire progresser les connaissances en ce qui a trait au processus de détermination de l'emploi convenable, en contexte où le travailleur disposerait d'une faible marge de manœuvre au travail et vivrait des inquiétudes excessives. Le processus de détermination d'un emploi convenable est balisé au niveau des assurances. Cependant, les résultats du sondage auprès de cliniciens font ressortir des défis et enjeux qui pourraient être étudiés, selon le paradigme d'incapacité au travail.

8. CONCLUSION

Très peu d'études ont porté sur les difficultés psychologiques des travailleurs en tenant compte de leur incapacité au travail due à un TMS. La présente étude apporte une compréhension plus précise des inquiétudes vécues par les travailleurs. Une contribution importante est d'avoir mis en lumière que les inquiétudes rapportées par les travailleurs sont actuelles et liées au travail. De plus, ces observations sont corroborées par les ergothérapeutes qui ont identifié les mêmes enjeux associés à une faible MMT. Des pistes d'action ont été formulées et, de façon exploratoire, elles ont été jugées pertinentes, claires et acceptables par les cliniciens.

BIBLIOGRAPHIE

- Allaire, S., Gosselin, P. et Ladouceur, R. (2003). *Présentation des types d'inquiétudes chez une population non clinique*. Communication présentée à XXVI^e Congrès annuel de la Société Québécoise pour la recherche en psychologie, Montréal, Québec.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anema, J. R., Cuelenaere, B., van der Beek, A. J., Knol, D. L., de Vet, H. C. W. et van Mechelen, W. (2004). 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. *Occupational & Environmental Medicine*, 61(4), 289-294.
- Baril, R. et Berthelette, D. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien d'emploi en entreprises* (Rapport n^o RR-238). Montréal, QC: IRSST.
- Barlow, D. H. et Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York, NY: Guilford Press.
- Bigos, S. J., Battie, M. C., Spengler, D. M., Fisher, L. D., Fordyce, W. E., Hansson, T. H., . . . Wortley, M. D. (1991). A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine*, 16(1), 1-6.
- Blackwell, E., Mendes De Leon, C. F. et Miller, G. E. (2006). Applying mixed regression models to the analysis of repeated-measures data in psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 870-878.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. et Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk et D. S. Mennin (Édit.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (p. 77-108). New York, NY: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Prunzinsky, T. et DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research & Therapy*, 21(1), 9-16.
- Bouvard, M. et Cottraux, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (3^e éd.). Paris, France: Masson.
- Briggs, A. M., Cross, M. J., Hoy, D. G., Sanchez-Riera, L., Blyth, F. M., Woolf, A. D. et March, L. (2016). Musculoskeletal health conditions represent a global threat to healthy aging: A report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. *Gerontologist*, 56(Suppl 2), S243-255. doi: 10.1093/geront/gnw002
- Briggs, A. M., Woolf, A. D., Dreinhofer, K., Homb, N., Hoy, D. G., Kopansky-Giles, D., . . . March, L. (2018). Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bulletin World Health Organization*, 96(5), 366-368. doi: 10.2471/blt.17.204891
- Brooker, A. S., Cole, D. C., Hogg-Johnson, S., Smith, J. et Frank, J. W. (2001). Modified work: Prevalence and characteristics in a sample of workers with soft-tissue injuries. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 43(3), 276-284.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A. et Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorder interview schedule for DSM-IV, adult and lifetime version: Clinician manual*. Oxford, Angleterre: Graywind Publications.
- CNESST. (2018). *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2014-2017*. Québec, QC: CNESST.

- CNESST. (2019). *La CNESST en bref 2018*. Québec, QC: CNESST.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). (2012a). *Statistiques sur les affectations vertébrales 2008-2011*. Québec, QC: CSST.
- Commission de la santé et de la sécurité du Travail (CSST). (2012b). *Statistiques sur les lésions en "ITE" du système musculo-squelettique, 2008-2011*. Québec, QC: CSST.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Ottawa, ON: Commission de la santé mentale du Canada. Tiré de https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE_0.pdf
- Costa-Black, K. M., Cheng, A. S., Li, M. et Loisel, P. (2011). The practical application of theory and research for preventing work disability: A new paradigm for occupational rehabilitation services in China? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(1), S15-27. doi: 10.1007/s10926-011-9296-2
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M. et Loisel, P. (2013). Work disability models: Past and present. Dans P. Loisel et J. R. Anema (Édit.), *Handbook of work disability* (p. 71-93). New York, NY: Springer.
- Coutu, M. F., Durand, M. J., Marchand, A., Labrecque, M. E., Berbiche, D. et Cadieux, G. (2013). Factors associated with generalized anxiety in workers undergoing work rehabilitation for persistent musculoskeletal pain. *Disability & Rehabilitation*, 35(19), 1599-1607. doi: doi:10.3109/09638288.2012.748833
- Coutu, M. F., Durand, M. J., Marchand, A., Labrecque, M. E., Cadieux, G. et Berbiche, D. (2011). *Documenter la présence et la variation dans le temps de l'intolérance à l'incertitude durant le processus de réadaptation interdisciplinaire pour des travailleurs ayant un trouble musculo-squelettique* (Rapport n° R-699). Montréal, QC: IRSST.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cullen, K., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P., . . . Amick, B. (2018). 550 Workplace-and system-based interventions on return-to-work and recovery for musculoskeletal and mental health conditions: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(2), A549-A549. doi: 10.1136/oemed-2018-ICOHabstracts.1555
- Deraspe, R. (2013). *Current issues in mental health in Canada: The economic impact of mental illness*. Ottawa, ON: Library of Parliament.
- Dersh, J., Gatchel, R. J., Mayer, T., Polatin, P. et Temple, O. R. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31(10), 1156-1162.
- Deschênes, S. S. et Dugas, M. J. (2013). Sudden gains in the cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 805-811.
- Dugas, M. J. (2018). Le traitement de l'anxiété généralisée : plus on en sait, moins on en fait. [The treatment of generalized anxiety: The more we know, the less we do.]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59(2), 126-131. doi: 10.1037/cap0000144
- Dugas, M. J. et Freeston, M. H. (2001). Le questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété : validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 11(1), 31-36.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Doucet, C., Lachance, S. et Ladouceur, R. (1995). Structured versus free-recall measures: Effects on report of worry themes. *Personality and Individual Differences*, 18(3), 355-362.

- Dugas, M. J., Freeston, M. H. et Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem-orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 203-215.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rheame, J., Provencher, M. et Boisvert, J. M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 253-261.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R. et Gosselin, P. (2000). *Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété*. Québec, QC: Université Laval.
- Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertain in two types of worry. *Behavior Modification*, 24(5), 635-657.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. et Boivert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(4), 821-825.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H. et Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19(1), 109-120.
- Durand, M. J. (1996). *Étude des effets du retour thérapeutique au travail chez des travailleurs absents du travail suite à une lésion professionnelle au dos*. (Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC).
- Durand, M. J., Baril, R., Loisel, P. et Gervais, J. (2008). Exploratory study on the discourse of an interdisciplinary team on workers: Trajectories during a return-to-work programme. *PISTES: Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 10(2). Tiré de <http://pistes.revues.org/2195>
- Durand, M. J. et Hong, Q. N. (2013). Tools for assessing work disability. Dans P. Loisel. et J. R. Anema (Édit.), *Handbook of Work Disability* (p. 229-254). New York, NY: Springer.
- Durand, M. J., Sylvain, C., Fassier, J. B., Tremblay, D., Shaw, W., Anema, J. R., . . . Bernier, M. (2017). *Troubles musculosquelettiques : revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail* (Rapport n° R-942). Montréal, QC:IRSST.
- Durand, M. J., Vachon, B., Loisel, P. et Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 21(3), 233-242.
- Durand, M. J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C. et Ngomo, S. (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: A qualitative analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 194-202.
- Durand, M. J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C. et Ngomo, S. (2008). *La marge de manoeuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail* (Rapport n° R-566). Montréal, QC:IRSST.
- Durand, M. J., Vézina, N., Loisel, P. et Richard, M. C. (2014). *Guide d'évaluation de la marge de manoeuvre pour le retour au travail suite à un trouble musculosquelettique*. Longueuil, QC: Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail.
- Durand, M. J., Vézina, N. et Richard, M. C. (2016). Concept of margin of manoeuvre in return to work. Dans I. Schultz et R. Gatchel (Édit.), *Handbook of return to work* (p. 53-65). Boston, MA: Springer.
- Eccleston, C. et Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), 233-236.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. et Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV: Axis I: Disorders, clinical trials version (SCID-CT)*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
- Frank, J. W., Brooker, A. S., DeMaio, S. E., Kerr, M. S., Maetzel, A., Shannon, H. S., . . . Wells, R. P. (1996). Disability resulting from occupational low back pain: Part II: What do we know about secondary prevention?: A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. *Spine*, 21(24), 2918-2929.
- Freeston, M. H., Fournier, S., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (1996). Categorization grid for worries. *Manuscrit non publié*.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Gerhardt, A., Hartmann, M., Schuller-Roma, B., Blumenstiel, K., Bieber, C., Eich, W. et Steffen, S. (2011). The prevalence and type of Axis-I and Axis-II mental disorders in subjects with non-specific chronic back pain: Results from a population-based study. *Pain Medicine*, 12(8), 1231-1240.
- Gosselin, P. (2006). Le trouble d'anxiété généralisée Dans E. Retz (Édit.), *Manuel pratique de thérapie cognitivo-comportementale* (p. 301-344). Paris, France: O. Fontaine & P. Fontaine
- Gosselin, P., Cloutier, M., Vaillancourt, L., Lemay, M., Perron, G. et Ladouceur, R. (2006). Différences individuelles au niveau des croyances erronées à l'égard des inquiétudes. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 38(1), 41-49.
- Gosselin, P., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux : le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12(2), 49-58.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R. et Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire [Evaluation of worry: validation of a French translation of the Penn State Worry Questionnaire]. *Encephale*, 27(5), 475-484.
- Gosselin, P. et Loberge, B. (2003). Etiological factors of generalized anxiety disorder. *L'Encephale*, 29(4 Pt 1), 351-361.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S. et Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J. et Bertrand, J. (2003). Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 53(3-4), 199-211.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C., Dugas, M. et Baillargeon, L. (2003). Sevrage des benzodiazépines chez des patients souffrant du trouble d'anxiété généralisée : efficacité d'une intervention comportementale et cognitive. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 59-86. doi: <https://doi.org/10.7202/008617ar>
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J. et Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 908-919. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.908
- Gosselin, P., Ladouceur, R. et Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux problèmes de vie: le questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15(4), 141-153.

- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J. et Pelletier, O. (2002). Le questionnaire d'évitement cognitif (QEC) : développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12(1), 24-37.
- Gosselin, P., Pelletier, O., Bertrand, J. et Ladouceur, R. (2000). *Questionnaire d'attitude face aux problèmes*. Québec, QC: École de psychologie de l'Université Laval.
- Institut de la statistique du Québec. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale 2012*. Québec, QC: Institut de la statistique du Québec. Tiré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>
- Iversen, V. M., Vasseljen, O., Mork, P. J., Gismervik, S., Bertheussen, G. F., Salvesen, O. et Fimland, M. S. (2018). Resistance band training or general exercise in multidisciplinary rehabilitation of low back pain?: A randomized trial. *Scandinavian Journal of Medicine & Sciences in Sports*, 28(9), 2074-2083. doi: 10.1111/sms.13091
- Jay, K., Thorsen, S. V., Sundstrup, E., Aiguadé, R., Casaña, J., Calatayud, J. et Andersen, L. L. (2018). Fear avoidance beliefs and risk of long-term sickness absence: Prospective cohort study among workers with musculoskeletal pain. *Pain Research and Treatment*, 2018. Tiré de <https://www.hindawi.com/journals/prt/2018/8347120/abs/>
- Jensen, I. B., Bergstrom, G., Ljungquist, T. et Bodin, L. (2005). A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*, 115(3), 273-283. doi: 10.1016/j.pain.2005.03.005
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. et Fisher, L. D. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, 83(2), 157-162.
- Joanis-Sirois, C. (2018). *Intolérance à l'incertitude et anxiété sociale auprès de patients anxieux référés en clinique spécialisée*. (Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC).
- Karasek, R. A., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. et Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322
- Karasek, R. A. et Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.
- Knaster, P., Karlsson, H., Estlander, A.-M. et Kalso, E. (2012). Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: The anxiety disorders precede the onset of pain. *General Hospital Psychiatry*, 34(1), 46-52.
- Krause, N., Frank, J., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J. et Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(4), 464-484.
- Ladouceur, R., Gosselin, P. et Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behavior Research and Therapy*, 38(9), 933-941.
- Laisné, F., Lecomte, C. et Corbière, M. (2012). Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: A systematic review of the literature. *Disability & Rehabilitation*, 34(5), 355-382. doi: 10.3109/09638288.2012.729362
- Larocque, B., Brisson, C. et Blanchette, C. (1998). Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique

- et de latitude décisionnelle du « Job Content Questionnaire » de Karasek. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 46(5), 371-381.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., . . . Lemaire, J. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911 - 2918.
- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360. doi: 10.2165/00115677-200109070-00001
- Loisel, P., Lemaire, J., Poitras, S., Durand, M. J., Champagne, F., Stock, S., . . . Tremblay, C. (2002). 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*, 59(12), 807-815.
- Marchand, G. H., Myhre, K., Leivseth, G., Sandvik, L., Lau, B., Bautz-Holter, E. et Røe, C. (2015). Change in pain, disability and influence of fear-avoidance in a work-focused intervention on neck and back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(1), 94.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J. et Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1-2), 127-133.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. et Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.
- Milani, D., Alexandre, N. M. C., Campos, J. A. D. B. et Hogg-Johnson, S. (2017). Psychometric properties of the obstacles to return-to-work questionnaire in a Brazilian context. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(4), 530-546.
- Muschalla, B. et Linden, M. (2009). Workplace phobia: A first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychology Health & Medicine*, 14(5), 591-605. doi: 10.1080/13548500903207398
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., Main, C. J. et Group, D. o. t. F. W. (2011). Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: A reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737-753.
- Ohlsson, K., Hansson, G.-A., Balogh, I., Strömberg, U., Pålsson, B., Nordander, C., . . . Skerfving, S. (1994). Disorders of the neck and upper limbs in women in the fish processing industry. *Occupational and Environmental Medicine*, 51(12), 826-832.
- Page, A. C. (1991). An assessment of structured diagnostic interviews for adult anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 3(2), 265-278.
- Pengel, L. H., Refshauge, K. M. et Maher, C. G. (2004). Responsiveness of pain, disability, and physical impairment outcomes in patients with low back pain. *Spine*, 29(8), 879-883.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S. et Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109 - E120.
- Pransky, G., Shaw, W. et McLellan, R. (2001). Employer attitudes, training, and return-to-work outcomes: A pilot study. *Assistive Technology*, 13(2), 131-138.
- Sloots, M., Scheppers, E. F., van de Weg, F. B., Dekker, J. H., Bartels, E. A., Geertzen, J. H. et Dekker, J. (2009). Higher dropout rate in non-native patients than in native patients in rehabilitation in The Netherlands. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(3), 232-237. doi: 10.1097/MRR.0b013e32832b081c

- Spitzer, W. O. (1987). State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 465-471.
- Stokes, M. E., Davis, C. S. et Koch, G. G. (1995). Advanced topic: The generalized estimating equations (GEE) method. Dans SAS Institute (Édit). *Categorical data analysis: Using the SAS system* (p. 413-423). Cary, NC: SAS Institute.
- Towers Watson. (2010). *2009/2010 Staying@Work : The health and productivity advantage* Tiré de <https://www.towerswatson.com/en-US/Insights/IC-Types/Survey-Research-Results/2009/12/20092010-North-American-StayingWork-Report-The-Health-and-Productivity-Advantage>
- Truchon, M. et Fillion, L. (2000). Biopsychosocial determinants of chronic disability and low-back pain: A review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10(2), 117-142. doi: 10.1023/A:1009452019715
- Truchon, M., Fillion, L. et Gelin, C. (2003). Validation of a French Canadian version of the organizational policies and practices (OPP) questionnaire. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 20(2), 111-119.
- Vézina, N. (2001). *La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture à l'interdisciplinarité*. Communication présentée à Congrès conjoint SELF-ACE Les transformations du travail : enjeux pour l'ergonomie, Montréal, QC.
- Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G. et van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372.
- Vlaeyen, J. W. et Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Vlaeyen, J. W. et Linton, S. J. (2002). Pain-related fear and its consequences in chronic musculoskeletal pain. Dans S. J. Linton (Édit.), *New avenues for the prevention of chronic musculoskeletal and disability pain research and clinical management* (vol. 12, p. 83-103). Amsterdam, Pays-Bas: Elsevier Science.
- Von Korff, M., Jensen, M. P. et Karoly, P. (2000). Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. *Spine*, 25(24), 3140-3151.
- Waddell, G. et Burton, A. K. (2005). Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 19(4), 655-670.
- Wells, R., Moore, A., Potvin, J. et Norman, R. (1994). Assessment of risk factors for development of work-related musculoskeletal disorders (RSI). *Applied Ergonomics*, 25(3), 157-164.
- Wolfinger, R. et Chang, M. (1998). *Comparing the SAS GLM and MIXED procedures for repeated measures*. Cary, NC: SAS Institute Inc.

ANNEXE A : QUESTIONNAIRES ET GUIDES D'ENTREVUE OBJECTIFS 1 ET 2

A.I Questionnaires

Étude des inquiétudes liées à l'environnement de travail chez des travailleurs ayant une incapacité au travail pour un trouble musculosquelettique.

Questionnaire sur l'intolérance à l'incertitude**III – Partie A**

Les gens perçoivent de différentes façons les incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
1. J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain.	1	2	3	4	5
2. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garanties dans la vie.	1	2	3	4	5
3. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi.	1	2	3	4	5
4. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient pas déterminées à l'avance.	1	2	3	4	5
5. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif.	1	2	3	4	5
6. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
7. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles.	1	2	3	4	5
8. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
9. Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi.	1	2	3	4	5
10. Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
11. Je tolère difficilement les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
13. J'aimerais mieux savoir <u>tout</u> et <u>tout de suite</u> plutôt que de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
14. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir.	1	2	3	4	5
15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends.	1	2	3	4	5

III – Partie B

Les gens réagissent de différentes façons aux incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
1. Je préfère éviter les situations incertaines.	1	2	3	4	5
2. Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais.	1	2	3	4	5
3. J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente.	1	2	3	4	5
4. J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive.	1	2	3	4	5
5. J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
6. Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
7. Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine.	1	2	3	4	5
8. La possibilité qu'un événement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités.	1	2	3	4	5
9. Lorsque je suis incertain-e, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres.	1	2	3	4	5
10. Je dois tout contrôler pour essayer d'empêcher les conséquences négatives de survenir.	1	2	3	4	5
11. J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
12. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus.	1	2	3	4	5
13. Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait.	1	2	3	4	5
14. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise.	1	2	3	4	5

Suite page suivante 

	1	2	3	4	5			
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant			
15. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.				1	2	3	4	5
16. Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer.				1	2	3	4	5
17. Les situations incertaines m'inquiètent.				1	2	3	4	5
18. Lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer, j'essaie de tout contrôler.				1	2	3	4	5
19. J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.				1	2	3	4	5
20. Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète.				1	2	3	4	5
21. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à douter de mes capacités.				1	2	3	4	5
22. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude.				1	2	3	4	5
23. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal.				1	2	3	4	5
24. J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose.				1	2	3	4	5
25. Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien.				1	2	3	4	5
26. Je préfère laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude.				1	2	3	4	5
27. Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes.				1	2	3	4	5
28. Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter.				1	2	3	4	5
29. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal.				1	2	3	4	5
30. J'ai souvent tendance à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.				1	2	3	4	5

Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (QIPS)

QIPS

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item).

	1 Pas du tout correspondant	2 Un peu correspondant	3 Assez correspondant	4 Très correspondant	5 Extrêmement correspondant
1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.	1	2	3	4	5
2. Mes inquiétudes me submergent.	1	2	3	4	5
3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.	1	2	3	4	5
4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.	1	2	3	4	5
5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.	1	2	3	4	5
6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.	1	2	3	4	5
7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.	1	2	3	4	5
8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.	1	2	3	4	5
9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.	1	2	3	4	5
10. Je ne m'inquiète jamais.	1	2	3	4	5
11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.	1	2	3	4	5
12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.	1	2	3	4	5
13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.	1	2	3	4	5
14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.	1	2	3	4	5
15. Je m'inquiète tout le temps.	1	2	3	4	5
16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.	1	2	3	4	5

Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA)

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?

- a) _____ c) _____
 b) _____ d) _____

2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées? (Encerclez le chiffre)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement excessives				Modérément excessives				Complètement excessives

3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes excessives?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais				1 jour sur 2				À tous les jours

4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune difficulté				Difficulté modérée				Difficulté extrême

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se?

a) Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

b) Facilement fatigué-e

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

c) Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

d) Irritabilité

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

e) Tensions musculaires

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

f) Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

6. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc. ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

Grille de catégorisation des inquiétudes

Grille de catégorisation des inquiétudes
version 1.3

<i>Cote</i>	<i>Sujet</i>
01	Études
02	Travail
03	Amours
04	Sexualité
05	Famille et amis
06	Relations interpersonnelles en général
07	Futur des autres
08	Futur personnel
09	Santé physique personnelle
10	Performance, succès
11	Santé mentale personnelle (stress, anxiété, estime de soi, confiance en soi, etc.)
12	Santé des autres en général (maladie, mort, santé mentale, etc.)
13	Thème existentiel (vie, mort, religion, suicide, morale, etc.)
14	Drogue et alcool
15	Sécurité personnelle en général (accident, blessures, etc.)
16	Inquiétudes quotidiennes (maison, auto, loisirs, etc.)
17	Finances
18	Temps (manque de temps, être en retard, etc.)
19	Thème socio-politique (société, environnement, situation mondiale, etc.)
20	Autre catégorie

Questionnaire « Pourquoi s'inquiéter? Version 2 » (PSI-II)Pourquoi S'inquiéter?

Vous retrouvez ci-dessous une série d'énoncés qui peuvent se rapporter aux inquiétudes. En vous référant aux moments où vous vous inquiétez, veuillez indiquer jusqu'à quel point les énoncés suivants vous semblent vrais (écrivez le chiffre à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

1. ____ Si je ne m'inquiétais pas, je serais insouciant(e) et irresponsable.
2. ____ Si je m'inquiète, je serai moins ébranlé(e) lorsque des événements imprévus se produiront.
3. ____ Je m'inquiète dans le but de savoir quoi faire.
4. ____ Si je m'inquiète à l'avance, je serai moins déçu(e) si quelque chose de grave se produit.
5. ____ Le fait de m'inquiéter m'aide à planifier mes actions pour résoudre un problème.
6. ____ Le simple fait de m'inquiéter peut empêcher les malheurs d'arriver.
7. ____ Si je ne m'inquiétais pas, cela ferait de moi une personne négligente.
8. ____ C'est en m'inquiétant que je finis par entreprendre le travail que j'ai à faire.
9. ____ Je m'inquiète parce que je pense que cela peut m'aider à trouver une solution à mon problème.
10. ____ Le fait de m'inquiéter prouve que je suis une personne qui voit à ses affaires.
11. ____ Trop penser à des choses positives peut les empêcher de se produire.
12. ____ Le fait de m'inquiéter confirme que je suis une personne prévoyante.
13. ____ Si un malheur arrive, je me sentirai moins responsable si je m'en suis inquiété auparavant.
14. ____ En m'inquiétant, je peux trouver une meilleure façon de faire.

Suite page suivante



1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

15. ____ L'inquiétude me stimule et me rend plus efficace.
16. ____ Le fait de m'inquiéter m'incite à passer à l'action.
17. ____ Le simple fait de m'inquiéter diminue le risque que quelque chose de grave arrive.
18. ____ En m'inquiétant, je fais certaines choses que je ne me déciderais pas à faire autrement.
19. ____ Le fait de m'inquiéter me motive à faire les choses que je dois faire.
20. ____ Mes inquiétudes à elles seules peuvent diminuer les risques de danger.
21. ____ En m'inquiétant, j'augmente mes chances de trouver la meilleure solution.
22. ____ Le fait de m'inquiéter me permettra de me sentir moins coupable si quelque chose de grave se produit.
23. ____ Si je m'inquiète, je serai moins triste lorsqu'un événement négatif se produira.
24. ____ En ne s'inquiétant pas, on peut attirer les malheurs.
25. ____ Le fait de m'inquiéter démontre que je suis une bonne personne.

QTI-entrevue à T1

Date : _____

Participant : _____

Questionnaire sur les types d'inquiétudes (QTI)**Questionnaire des types d'inquiétudes**

Entrevue semi-structurée

PARTIE 1**1. Explication**

Le prochain questionnaire s'intéresse plus particulièrement aux types d'inquiétudes que vous pouvez vivre depuis les 2 dernières semaines. À chacune de nos rencontres, nous essaierons de prendre une photo de vos nouvelles inquiétudes et nous étudierons leur évolution durant votre programme de réadaptation. En plus de les énumérer, nous allons aussi tenter de les quantifier, par exemple sur le plan de l'intensité de l'inquiétude ou de la fréquence à laquelle vous vous en inquiétez.

2. Définition « inquiétude »

Avoir une inquiétude, c'est « Entretenir une chaîne de pensées et d'images négatives et relativement incontrôlables à propos d'événements incertains et pouvant avoir une ou plusieurs conséquences négatives » (Borkovec, 1983). On peut se dire par exemple « Tout d'un coup que ou est-ce qu'il va arriver quelque chose de négatif ». Au départ, il y a une situation ou un problème et de là, on peut commencer à s'inquiéter de quelque chose.

3. Exemples

Prenons un exemple. Comme sujet d'inquiétude relié au travail, on peut se demander : « Est-ce que je serai capable de reprendre mon ancien travail ? » Comme conséquences, on peut se dire : « Si je ne suis pas capable de reprendre mon travail, mon patron va me mettre à la porte, je n'aurai plus de travail et j'aurai des difficultés financières. » L'inquiétude provient d'une situation qui est : « Depuis mon accident, je n'ai plus les mêmes capacités. » Cette inquiétude peut être très intense (intensité) et on peut y penser souvent (fréquence). On peut aussi avoir confiance qu'on sera capable d'y faire face (capacité à surmonter).

Deuxième exemple sur un sujet d'inquiétude plus personnel : « Est-ce que ma fille va retrouver sa santé ? » Comme conséquences, je me demande « si ma fille reste malade, est-ce qu'on va l'hospitaliser ? Est-ce qu'elle va manquer trop de journées d'école et doubler son année scolaire ? » Cette inquiétude provient d'une situation : « J'ai commencé à m'en inquiéter parce que ma fille se plaint de mal de ventre et a raté une semaine d'école. Je connais des gens qui avaient mal au ventre et ils ont été

hospitalisés pour une maladie. » Je suis très inquiète (intensité) et je ne pense pas pouvoir retourner au travail tant que la santé de ma fille ne sera pas réglée (interférence avec le RT). Je n'ai aucune idée de ce qui va se passer (niveau d'incertitude).

4. Maintenant, c'est à vous de faire l'exercice; énumérez les sujets d'inquiétudes qui reviennent le plus souvent à votre esprit depuis les deux dernières semaines.

Banque de questions :

- Qu'est-ce qui vous inquiète dans ... ?
- Qu'est-ce que vous voulez dire?
- En pensant à votre inquiétude, qu'est-ce qui pourrait arriver si...?
- Quelles sont les pires conséquences qui pourraient arriver à court terme ou long terme?
- Parmi toutes les conséquences que vous venez de me dire, quelles sont celles qui sont les plus présentes lorsque vous pensez à votre inquiétude, celles auxquelles vous songez le plus souvent?
- Est-ce que vous pensez à autre chose?
- En quoi cette inquiétude pourrait affecter votre travail ou votre vie personnelle?
- Si on essaie maintenant d'identifier d'où provient cette inquiétude, du moment où vous avez commencé à vous en inquiéter. Quel serait selon vous, la situation ou le problème?

- Déterminez le niveau d'intensité de cette inquiétude à l'aide de l'échelle allant de 0 à 8 où 0 représente « Pas du tout » et 8 « Extrêmement ».

- Établissez à quelle fréquence, au cours des 2 dernières semaines, vous vous êtes inquiétés à l'aide de l'échelle allant de 0 à 8 où 0 représente « Jamais inquiet » et 8 « Constamment ».

- Décrivez jusqu'à quel point cette inquiétude interfère avec votre travail ou votre RT à l'aide de l'échelle allant de 0 à 8 où 0 représente « Pas du tout » et 8 « Extrêmement ».
 - Sous-question si réponse > 0 :
 - Qu'est-ce qui interfère avec votre travail ou votre RT?
 - Quels aspects de votre inquiétude influencent votre travail ou votre RT?
 - Comment votre inquiétude interfère avec votre travail ou votre RT?

- Indiquez à quel point vous vous sentez capable de surmonter cette inquiétude à l'aide de l'échelle allant de 0 à 8 où 0 représente « Pas du tout » et 8 « Extrêmement ».

- Indiquez maintenant jusqu'à quel point cette inquiétude vous amène à être incertain sur la même échelle allant de 0 à 8 où 0 représente « Pas du tout » et 8 « Extrêmement ».

- Utilisez la même échelle pour décrire quel serait votre niveau acceptable d'incertitude à l'égard de cette inquiétude?

QTI-entrevue au T1

Questionnaire des types d'inquiétudes
Entrevue semi-structurée

PARTIE 1 – Feuille de prise de notes

Énumérez les sujets d'inquiétude qui reviennent le plus souvent à votre esprit depuis les deux dernières semaines.

Questionnaire des types d'inquiétudes
Entrevue semi-structurée

PARTIE 1 – Feuille de prise de notes

Énumérez les sujets d'inquiétude qui reviennent le plus souvent à votre esprit depuis les deux dernières semaines.

QTI-entrevue au T1

Sujets d'inquiétudes	Conséquences possibles	Situation
1.	1. 2. 3.	
2.	1. 2. 3.	
3.	1. 2. 3.	
4.	1. 2. 3.	
5.	1. 2. 3.	

Sujets d'inquiétudes	Conséquences possibles	Situation
6.	1. 2. 3.	
7.	1. 2. 3.	
8.	1. 2. 3.	
9.	1. 2. 3.	
10.	1. 2. 3.	

PARTIE 2

Sujet d'inquiétude # _____

D'après vous, est-ce que cette situation est présente actuellement dans votre vie?

- Oui → a) Est-ce que cette situation est liée au travail?
- Non → b) Êtes-vous certain que cette situation va se produire?
 - Non
 - Oui → Précisez le moment (quand, où, dans combien de temps, etc.)

Échelle intensité, interférence, efficacité personnelle, niveau incertitude

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Un peu		Modérément		Beaucoup	Extrêmement	

Échelle fréquence

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais inquiet		Rarement		Parfois		Souvent	Constamment	

Intensité (0 à 8)	Fréquence (0 à 8)	Interférence avec le RT (0 à 8)	Capacité à surmonter l'inquiétude (0 à 8)	Niveau d'incertitude actuel (0 à 8)	Niveau acceptable d'incertitude (0 à 8)

QTI-entrevue à T1
PARTIE 2

Sujet d'inquiétude # _____

D'après vous, est-ce que cette situation est présente actuellement dans votre vie?

- Oui → a) Est-ce que cette situation est liée au travail?
- Non → b) Êtes-vous certain que cette situation va se produire?
- Non
- Oui → Précisez le moment (quand, où, dans combien de temps, etc.)

Échelle intensité, interférence, efficacité personnelle, niveau incertitude

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Un peu		Modérément		Beaucoup		Extrêmement

Échelle fréquence

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais inquiet		Rarement		Parfois		Souvent		Constamment

Intensité (0 à 8)	Fréquence (0 à 8)	Interférence avec le RT (0 à 8)	Capacité à surmonter l'inquiétude (0 à 8)	Niveau d'incertitude actuel (0 à 8)	Niveau acceptable d'incertitude (0 à 8)

PARTIE 2

Sujet d'inquiétude # _____

D'après vous, est-ce que cette situation est présente actuellement dans votre vie?

- Oui → a) Est-ce que cette situation est liée au travail?
- Non → b) Êtes-vous certain que cette situation va se produire?
 - Non
 - Oui → Précisez le moment (quand, où, dans combien de temps, etc.)

Échelle intensité, interférence, efficacité personnelle, niveau incertitude

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Un peu		Modérément		Beaucoup		Extrêmement

Échelle fréquence

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais inquiet		Rarement		Parfois		Souvent		Constamment

Intensité (0 à 8)	Fréquence (0 à 8)	Interférence avec le RT (0 à 8)	Capacité à surmonter l'inquiétude (0 à 8)	Niveau d'incertitude actuel (0 à 8)	Niveau acceptable d'incertitude (0 à 8)

QTI-entrevue à T1

PARTIE 2

Sujet d'inquiétude # _____

D'après vous, est-ce que cette situation est présente actuellement dans votre vie?

- Oui → a) Est-ce que cette situation est liée au travail?
- Non → b) Êtes-vous certain que cette situation va se produire?
- Non
- Oui → Précisez le moment (quand, où, dans combien de temps, etc.)

Échelle intensité, interférence, efficacité personnelle, niveau incertitude

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Un peu		Modérément		Beaucoup		Extrêmement

Échelle fréquence

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais inquiet		Rarement		Parfois		Souvent		Constamment

Intensité (0 à 8)	Fréquence (0 à 8)	Interférence avec le RT (0 à 8)	Capacité à surmonter l'inquiétude (0 à 8)	Niveau d'incertitude actuel (0 à 8)	Niveau acceptable d'incertitude (0 à 8)

Questionnaire d'attitude face au problème (QAP)

Les gens réagissent de différentes façons lorsqu'ils font face à des problèmes de la vie quotidienne (ex : problèmes de santé, disputes, manques de temps, etc.). Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés correspond à votre façon de réagir ou de penser lorsque vous êtes confronté(e) à un problème. Encerchez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item.

		1	2	3	4	5
		Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant
1.	Je perçois les problèmes comme étant menaçants pour mon bien-être.	1	2	3	4	5
2.	Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes.	1	2	3	4	5
3.	Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème.	1	2	3	4	5
4.	Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables.	1	2	3	4	5
5.	Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés.	1	2	3	4	5
6.	Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus.	1	2	3	4	5
7.	Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement.	1	2	3	4	5
8.	J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.	1	2	3	4	5
9.	Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés.	1	2	3	4	5
10.	Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.	1	2	3	4	5
11.	Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace.	1	2	3	4	5
12.	Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement.	1	2	3	4	5

Questionnaire d'évitement cognitif (QEC)Le Questionnaire d'Évitement Cognitif

Les gens réagissent de différentes façons à certains types de pensées. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir à certaines pensées (écrivez le numéro correspondant à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

1. ___ Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser.
2. ___ J'évite certaines situations qui m'amènent à porter attention à des choses auxquelles je ne veux pas penser.
3. ___ Je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur.
4. ___ Je pense à des choses qui me concernent comme si cela arrivait à quelqu'un d'autre que moi.
5. ___ J'ai des pensées que j'essaie d'éviter.
6. ___ J'essaie de ne pas penser aux aspects les plus dérangeants de certaines situations pour ne pas avoir trop peur.
7. ___ J'évite parfois des objets qui peuvent déclencher des idées dérangeantes.
8. ___ Je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants.
9. ___ J'évite des gens qui me font penser à des choses auxquelles je ne veux pas réfléchir.
10. ___ Je fais souvent des choses pour me distraire de mes pensées.
11. ___ Je pense à des détails inutiles pour ne pas penser aux sujets importants qui m'inquiètent.
12. ___ Parfois, je me plonge dans une activité pour ne pas penser à certaines choses.
13. ___ Pour éviter de penser aux sujets qui me dérangent, je m'efforce de penser à autre chose.

Suite page suivante 

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
14.	___				
15.	___				
16.	___				
17.	___				
18.	___				
19.	___				
20.	___				
21.	___				
22.	___				
23.	___				
24.	___				
25.	___				

Journal de bord

Participant : _____

Journal de bord

Consigne : En vous référant à l'exemple ci-dessous, veuillez compléter le tableau des pages suivantes à chaque fois que vous aurez une inquiétude¹ et ce pour **2 semaines consécutives à partir du** _____. Indiquer pour chaque inquiétude la date, l'heure, le thème de l'inquiétude, quelques exemples de conséquences possibles ainsi que la situation problématique². De plus, veuillez indiquer si la situation est présente actuellement dans votre vie. Ensuite, nous vous demandons d'évaluer, à l'aide des échelles ci-dessous (0 à 8), le niveau d'intensité de l'inquiétude, le niveau d'interférence avec le retour au travail, à quel point vous pensez être capable de surmonter cette inquiétude ainsi que votre niveau d'anxiété³.

Échelle intensité, interférence, capacité à surmonter, anxiété

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Un peu		Modérément		Beaucoup		Extrêmement

Échelle fréquence

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais inquiet		Rarement		Parfois		Souvent		Constamment

EXEMPLE – Semaine 1 :

Date et heures	Sujet d'inquiétude	Conséquences possibles	Situation problématique	Est-ce que l'inquiétude provient d'une situation présente actuellement?	Intensité	Interférence avec le RAT	Capacité à surmonter	Anxiété
				(oui ou non)	(0 à 8)	(0 à 8)	(0 à 8)	(0 à 8)
Lundi 6 juin 10h	La santé de ma fille	Elle pourrait finir par être épuisée. Elle pourrait tomber malade. Elle pourrait devoir laisser son emploi.	Si ma fille tombe malade	non	5	2	7	5
Lundi 6 juin 14h30	Est-ce que je pourrai reprendre mon ancien travail?	Je pourrais perdre mon emploi. J'aurais de la difficulté à payer mes factures.	J'ai encore de la douleur et je ne suis pas remis à 100%	oui	7	7	4	4

¹ Une inquiétude est un ensemble de pensées, images qui s'enchaînent au sujet de conséquences négatives. « Tout d'un coup que... », « Est-ce que... »

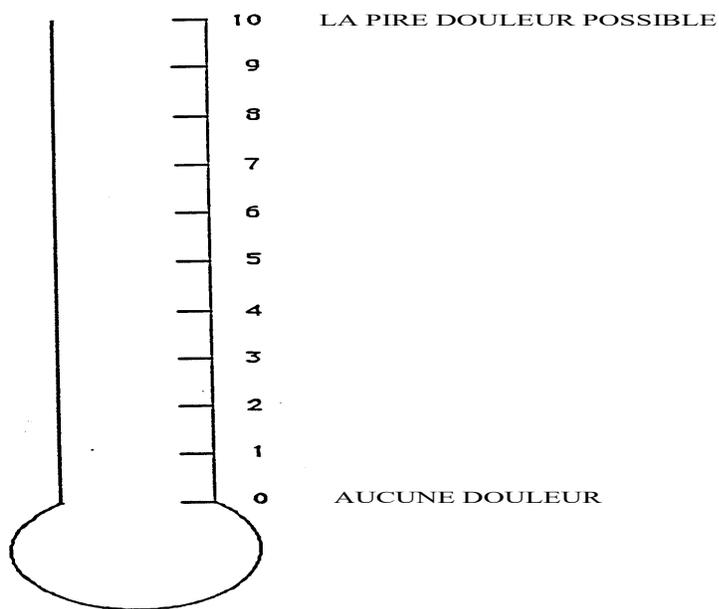
² C'est à partir d'une situation problématique que naît une inquiétude. Au départ, il y a un problème ou une situation, ensuite nous pouvons se poser des questions et s'en inquiéter.

³ L'anxiété (émotion) est définie par une réaction aux inquiétudes ou aux incertitudes.

Intensité de la douleur (*Échelle visuelle analogique de l'intensité de la douleur*)

La question suivante porte sur l'intensité de la douleur que vous ressentez.

Sur une échelle de 0 à 10 où 0 représente « aucune douleur » et 10 la « pire douleur possible », quelle est l'intensité de la douleur la plus fréquente que vous avez ressentie dans la dernière semaine ?



Caractéristiques cliniques des travailleurs (traduction française du *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS)*)

<https://global.oup.com/academic/product/anxiety-disorders-interview-schedule-adult-version-adis-iv-specimen-set-includes-clinican-manual-and-1-adis-iv-client-interview-schedule-9780195186727?lang=en&cc=gh>

Questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles (version québécoise de l'Organizational Policies and Practices (OPP))

VOTRE ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL						
<p><i>Les phrases suivantes décrivent des situations reliées au travail. Chaque énoncé décrit une caractéristique ou un événement qui peut se produire dans votre environnement de travail. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce qui est important, c'est de connaître votre situation actuelle de travail.</i></p> <p><i>Maintenant, en pensant à votre travail, indiquez à quel point vous êtes en accord ou non avec chacun des énoncés. Ne prenez pas trop de temps à répondre, ça n'améliore pas vraiment la qualité des réponses.</i></p>						
Cochez ✓						
	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins d'accord	D'accord	Fortement d'accord	
Les employés sont consultés par l'employeur lors de décisions à prendre ou lors de la planification.						OPP01
Les employés ont confiance en l'employeur.						OPP02
La communication est ouverte et les employés se sentent à l'aise d'exprimer leurs préoccupations et de faire des suggestions.						OPP03
Les relations de travail sont basées sur la coopération.						OPP04
Les employés ont tendance à rester longtemps avec cet employeur.						OPP05
La haute direction s'implique activement dans le ou les programme(s) de sécurité.						OPP06
L'employeur investit du temps et de l'argent pour améliorer la sécurité.						OPP07

VOTRE ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (suite)

Cochez ✓

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins d'accord	D'accord	Fortement d'accord	
L'employeur valorise autant la sécurité des employés que la quantité et la qualité du travail.						OPP08
Les conditions de travail non sécuritaires sont identifiées et corrigées rapidement.						OPP09
Le matériel et les équipements sont bien entretenus.						OPP10
Des mesures sont prises lorsque les règles de sécurité ne sont pas respectées.						OPP11
Les employés reçoivent de la formation en matière de sécurité au travail en relation avec les risques auxquels ils sont exposés.						OPP12
Les tâches sont planifiées de façon à minimiser le déplacement de charges lourdes.						OPP13
Les tâches sont planifiées de façon à minimiser les mouvements répétitifs.						OPP14
À la suite d'une maladie ou d'un accident, quelqu'un de l'établissement contacte rapidement l'employé afin de s'informer de son état et de lui offrir de l'aide.						OPP15

VOTRE ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (suite)

Cochez ✓

	Fortement en désaccord	En désaccord	Plus ou moins d'accord	D'accord	Fortement d'accord	
L'établissement tient un registre des absences et des retours au travail.						OPP16
L'établissement travaille de concert avec le médecin traitant afin de développer un plan de retour au travail.						OPP17
L'établissement fait des arrangements avec l'employé blessé tels que lui fournir des équipements adaptés, des heures flexibles ou des tâches modifiées afin de lui permettre de réintégrer le travail.						OPP18
Lorsque l'employé blessé ne peut retourner au travail, l'employeur fait un suivi et ajuste la situation de travail aux besoins de l'employé.						OPP19
Lorsqu'un employé blessé ne peut retourner à ses fonctions, l'employeur lui offre une nouvelle période de formation.						OPP20
Les employés et l'employeur travaillent en partenariat pour réintégrer les employés blessés au travail.						OPP21
Les employés et l'employeur travaillent en partenariat pour les questions de santé/sécurité.						OPP22

Job content questionnaire (JCQ)**Evaluation du stress au travail
JOB CONTENT QUESTIONNAIRE (Karasek)**

Référence : Karasek R, Brisson C, Kawakami N et al. The Job Content Questionnaire (JCQ) : an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998; 3: 322-55

Les questions ci-dessous concernent votre travail et les relations avec votre entourage professionnel
Cocher une seule case par question

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
1 - Mon travail nécessite que j'apprenne de nouvelles choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 / ___/
2 - Mon travail nécessite un haut niveau de compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 / ___/
3 - Mon travail nécessite de la créativité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 / ___/
4 - Mon travail est répétitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 / ___/
5 - Dans mon travail, j'ai l'opportunité de faire des choses différentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 / ___/
6 - Dans mon travail, j'ai la possibilité de développer mes compétences professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 / ___/
7 - J'ai la liberté de décider comment je vais faire mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 / ___/
8 - Mon travail permet de prendre des décisions de façon autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 / ___/
9 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 / ___/
10 - Mon travail nécessite que je travaille très rapidement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 / ___/
11 - Mon travail nécessite que je travaille durement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 / ___/
12 - Il m'est demandé une quantité de travail excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 / ___/
13 - J'ai assez de temps pour effectuer mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 / ___/
14 - Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 / ___/
15 - Mon travail nécessite de longues périodes de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 / ___/
16 - Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'ai terminée, nécessitant de les reprendre plus tard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 / ___/
17 - Mon travail est très souvent mouvementé /bousculé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 / ___/
18 - Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 / ___/
19 - Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 / ___/
20 - Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 / ___/
21 - Les collègues avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 / ___/
22 - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 / ___/
23 - Les collègues avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 / ___/
24 - Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 / ___/

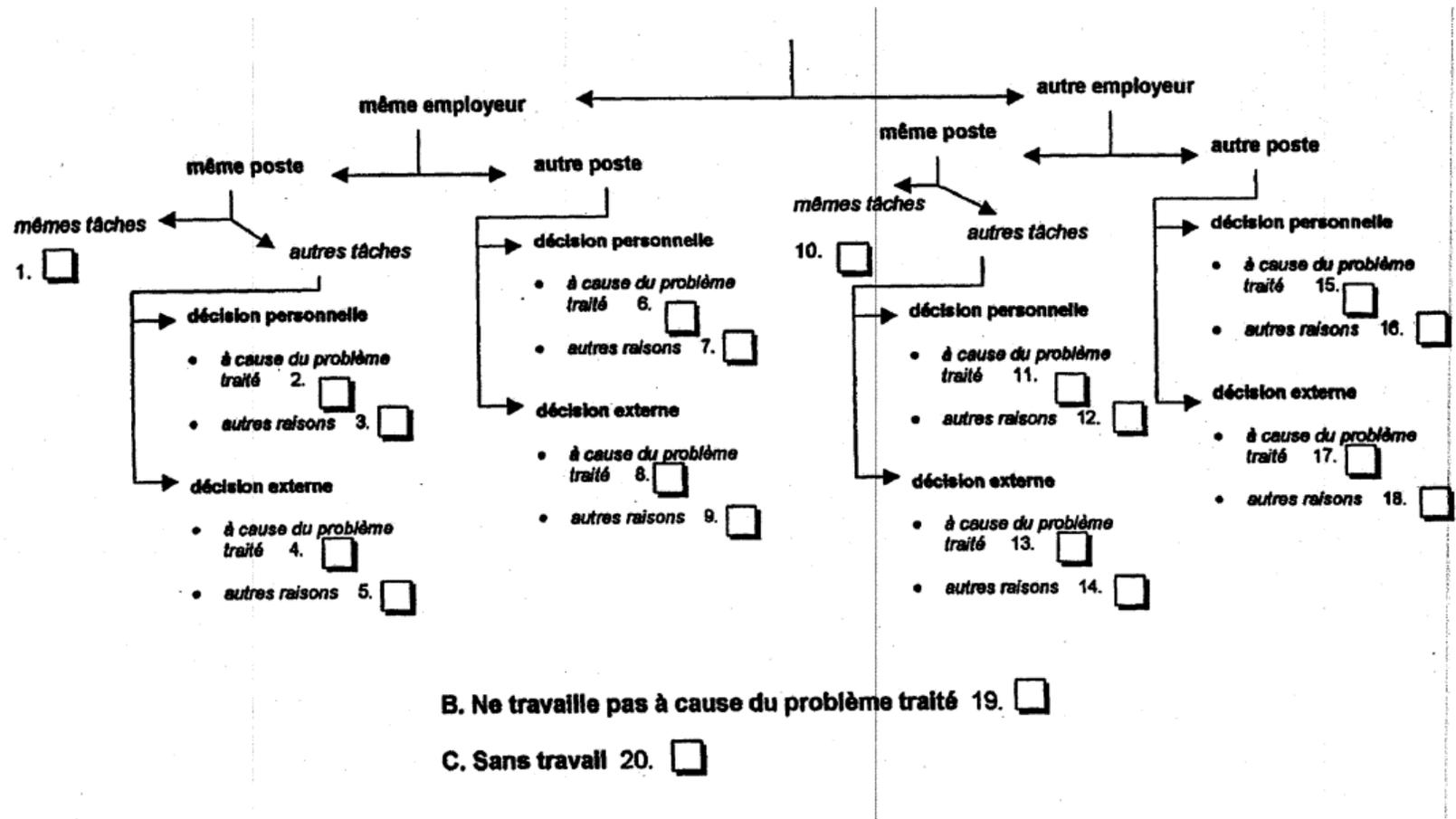
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
25 – Mon chef se soucie du bien être des travailleurs qui sont sous ses ordres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	25/ ___
26 – Mon chef fait attention à ce que je lui dis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	26/ ___
27 – Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle avec moi	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	27/ ___
28 – Mon chef facilite la réalisation du travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	28/ ___
29 – Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	29/ ___

Questionnaire sociodémographique, clinico-administratif

QUESTIONS	RÉPONSES
Date de l'entrevue	
Centre de réadaptation	
Quel âge avez-vous?	
Quel est votre sexe?	Homme Femme
Quel est votre statut civil?	Célibataire Union libre Marié Veuf Séparé Divorcé
Combien d'années de scolarité avez-vous complétées?	
Quelle est la date de l'accident?	
Quelle est la date de l'arrêt de travail?	
Quelle est la date du début de votre programme de réadaptation au travail?	
Quel est votre site de lésion?	Membres supérieurs Membres inférieurs Dos Multisites Autres :
Êtes-vous syndiqué?	
Est-ce que vous contestez une décision?	
Est-ce que votre employeur conteste une décision?	
Avez-vous tenté de retourner au travail depuis le début de votre absence? Si oui, quand et pendant combien de temps?	
Combien d'épisodes de trouble musculosquelettique antérieurs avez-vous?	
Êtes-vous présentement en assignation temporaire (au travail, mais à faire des tâches différentes que celles avant l'accident)?	
Quelle est la grandeur de l'entreprise pour laquelle vous travaillez?	10 employés et moins Entre 11 et 25 employés Entre 26 et 50 employés Entre 51 et 100 employés Plus de 100 employés
Horaire de travail	Temps complet N ^{bre} h/ sem : _____ Temps partiel N ^{bre} h/ sem : _____
Quel est votre statut d'emploi?	Permanent Occasionnel
Combien d'années d'ancienneté avez-vous à votre poste de travail actuel (en années)?	
Quel est votre type de travail? (ex. : répétitif, manutention, travail de bureau, etc.)	
Avez-vous des possibilités d'avancement de carrière chez votre employeur ?	
Recevez-vous actuellement un traitement pour un trouble de l'anxiété ou pour une dépression?	

Questionnaire sur *le statut de travail*

Cochez la situation qui s'applique à vous



QTI-Clinicien

QTI - ergothérapeute

Initiales du travailleur:

Temps de mesure et date de la passation du questionnaire:

Questionnaire des Types d'Inquiétudes (QTI) - ergothérapeute

Voici les sujets d'inquiétude identifiés par le travailleur. Dans ce document, il y a les inquiétudes qui lui sont revenues plus souvent à son esprit depuis les deux dernières semaines ainsi que les inquiétudes du temps précédent.

Vous devez :

- 1- Prendre connaissance des sujets d'inquiétudes identifiés par le travailleur; les nouveaux et ceux du temps précédent (voir pages suivantes);
- 2- Procéder à votre évaluation de la marge de manœuvre;
- 3- Reprendre chacune des inquiétudes et **cocher** si, selon vous,
 - a. l'inquiétude provient d'une situation présente **actuellement** OU non (l'inquiétude qui provient d'une situation **éventuelle**);
 - b. la situation est **problématique en générale dans la vie du travailleur, EXCLUANT le travail** OU non.
 - c. La situation est **problématique par rapport à son retour au travail** OU non.

*Il peut arriver que vous ne soyez pas en mesure de vous positionner sur une inquiétude si elle n'a pas été nommée ou discutée avec le travailleur. Veuillez alors cocher la case **N/A**.*

- 4- Pour les inquiétudes du temps précédent, identifier si vous avez observé une réduction de l'inquiétude depuis la dernière évaluation avec le QTI;
- 5- Toujours pour les inquiétudes du temps précédent, décrire l'intervention que vous avez mise en place pour réduire l'inquiétude, le cas échéant.

Sujets d’inquiétudes	Situation	Est-ce que l’inquiétude provient d’une situation présente actuellement?	Croyez-vous que la situation est problématique en général dans sa vie ¹ ?	Croyez-vous que la situation est problématique par rapport à son RAT?	Justifier au besoin
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	

¹ EXCLUANT le travail.

QTI-Ergonome

QTI au T3 – ergonome

Initiales du travailleur: _____

Date de la passation du questionnaire: _____

Questionnaire des Types d'Inquiétudes (QTI) - ergonome

Voici les sujets d'inquiétude identifiés par le travailleur. Ces inquiétudes lui sont revenues plus souvent à son esprit depuis les deux dernières semaines.

Vous devez :

- 1- Prendre connaissance des inquiétudes identifiées par le travailleur (voir page suivante);
- 2- Procéder à votre évaluation de la marge de manœuvre;
- 3- Reprendre chacune des inquiétudes et **cocher** si, selon vous,
 - a. l'inquiétude provient d'une situation présente **actuellement** OU non (l'inquiétude provient d'une situation **éventuelle**);
 - b. la situation est **problématique en générale dans la vie du travailleur, EXCLUANT le travail** OU non.
 - c. la situation est **problématique par rapport à son retour au travail** OU non.

*Il peut arriver que vous ne soyez pas en mesure de vous positionner sur une inquiétude si elle n'a pas été nommée ou discutée avec le travailleur. Veuillez alors cocher la case **N/A**.*

Sujets d’inquiétudes	Situation	Est-ce que l’inquiétude provient d’une situation présente actuellement?	Croyez-vous que la situation est problématique en général dans sa vie ¹ ?	Croyez-vous que la situation est problématique par rapport à son RAT?	Justifier au besoin
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	

¹ EXCLUANT le travail.

A.II Guides d'entrevue

A.II.1 Exemple de guide d'entrevue pour le volet ergonomie (travailleur)

Guide d'entrevue – travailleur

Date et durée de la rencontre :

Titre d'emploi ou poste occupé avant la survenue de la lésion :

Nous nous intéresserons maintenant plus précisément à votre travail puisque si vous vous souvenez, lors de notre dernière rencontre, vous aviez nommé comme inquiétude :

Inquiétudes en lien avec le travail présentes au T3.

Sujets d'inquiétudes	Conséquences possibles	Situation

Donc, nous souhaitons, avec les questions que je vais vous poser, bien comprendre le travail que vous faisiez avant votre blessure. Et nous allons aussi tenter de déterminer le niveau des difficultés que vous avez eues lorsque vous avez tenté de reprendre ce poste.

A. Description du travail

Q1 : *Pouvez-vous donner une description générale de votre travail?*

Q2 : *Quelles sont vos principales tâches?*

Q3 : *Décrivez un exemple de journée type au travail (de votre arrivée sur les lieux de travail à votre départ).*

Q4 : *Est-ce que vos tâches varient d'une journée à l'autre?
Si oui, comment?*

Q5 : a) *Est-ce qu'il vous arrive de bénéficier de l'aide de collègues pour faire certaines tâches?
Si oui, précisez?*

Q5 : b) *Est-ce que vous aidez certains collègues pour certaines tâches (par exemple, pour soulever un objet lourd, etc.)?
Si oui, précisez?*

Q6 : *Utilisez-vous des équipements ou des outils pour réaliser votre travail?
Si oui, lesquels?*

Q7 : *Parlez-nous des déplacements nécessaires pour réaliser votre travail (exemple : intérieur/extérieur, distances parcourues).*

Q8 : *En général, comment jugez-vous votre environnement de travail en ce qui a trait, par exemple, à la chaleur, au froid, à la présence de vibrations, au revêtement du sol)?*

Q9 : *Il est connu que votre travail demande un certain effort physique. Pouvez-vous décrire en quoi consiste cet effort?*

Q10 : *Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail?*

Q11 : *Qu'est-ce que vous aimez le moins dans votre travail?*

B. Difficultés et adaptations du travail en lien avec l'accident

Pour les prochaines questions, veuillez vous référer à la tentative de RT que vous avez faite sur votre poste prélésionnel.

Q12 : *Quelles ont été les principales difficultés rencontrées au travail depuis votre accident?*

Q13 : *Est-ce qu'il y avait des postures ou des mouvements particuliers au travail que vous avez de la difficulté à prendre ou à maintenir depuis votre accident?*

- a) *Si oui, lesquels?*
- b) *Si oui, avez-vous à les faire souvent?*

Q14 : *Y a-t-il des tâches que vous devez faire différemment à la suite de votre accident?
Si oui, lesquelles?*

Q15 : *Y a-t-il des adaptations qui ont été apportées afin de vous aider à réaliser votre travail depuis votre accident?*

A) *Sur le plan de l'aménagement de votre poste de travail (chaise, hauteur de la surface de travail, achat d'équipement, etc.)?*

- a) *Si oui, lesquelles?*
- b) *Si oui, est-ce votre employeur ou vous-même qui avez fait ces adaptations?*

B) *Sur le plan de certains changements dans l'organisation des tâches (ordre des opérations, opérations éliminées, etc.)?*

- a) *Si oui, lesquelles?*
- b) *Si oui, est-ce votre employeur ou vous-même qui avez fait ces adaptations?*

C) *Sur le plan de certains changements dans l'organisation du travail (aide des collègues, horaire, pauses, etc.)?*

- a) *Si oui, lesquelles?*
- b) *Si oui, est-ce votre employeur ou vous-même qui avez fait ces adaptations?*

Q16 : *Y a-t-il des adaptations qui sont à venir prochainement sur ce poste?*

- a) *Si oui, lesquelles?*
- b) *Si oui, est-ce votre employeur ou vous-même qui ferez ces adaptations?*
- c) *Quand seront-elles faites?*

Q17 : *Est-ce que vous avez utilisé des stratégies pour diminuer votre douleur?
Si oui, lesquelles?*

Q18 : *Si vous pouviez améliorer votre poste afin de vous aider à le reprendre, que feriez-vous?*

Q19 : *En vous référant au moment de la tentative de RT sur le poste prélésionnel, comment étaient vos capacités par rapport au travail qui vous était demandé?*

Q20 : *Y a-t-il autre chose que vous aimeriez mentionner concernant votre travail.*

A.II.II Exemple de guide d'entrevue pour le volet ergonomie (employeur)

Guide d'entrevue auprès de l'employeur

Questions spécifiques liées au poste de travail

Titre d'emploi du TR :

Q1 : Est-ce que vous pouvez donner une description générale du travail de TR?

Q2 : Quelles sont ses principales tâches?

Q3 : Selon vous, quelles sont les exigences physiques de ce poste?

Question spécifique au RT

Q4. Comment s'est passé le RT de TR?

Questions spécifiques liées au travailleur (À ajuster selon le temps disponible)

Q5 : Connaissez-vous les principales difficultés rencontrées au travail de TR depuis son 1^{er} accident?

Q6 : Y a-t-il eu des adaptations qui ont été faites afin d'aider le TR à réaliser son travail depuis son retour?

- a. Sur le plan de certains changements dans l'organisation de ses tâches (ordre des opérations, opérations éliminées, etc.)?
- b. Sur le plan de certains changements dans l'organisation du travail (aide des collègues, horaire, pauses, etc.)?
- c. Sur le plan de l'aménagement de son poste de travail (chaise, hauteur surface de travail, achat d'équipement, etc.)?

Q7 : Y a-t-il des adaptations qui sont à venir prochainement?

- d) Si oui, lesquelles?
- e) Si oui, qui fera ces adaptations?
- f) Quand seront-elles faites?

Q8 : Savez-vous si le TR a utilisé des stratégies pour diminuer sa douleur?

Si oui, lesquelles?

Q9 : Par rapport au travail qui est demandé, est-ce que vous jugez que ses capacités actuelles sont suffisantes ou insuffisantes? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

Q10 : Avez-vous des attentes spécifiques envers le TR :

- A) D'ici les prochaines semaines?
- B) À moyen terme (6 mois)?
- C) Est-ce que ces attentes sont différentes depuis son accident?

Q18 : Y a-t-il autre chose que vous désirez mentionner?

ANNEXE B : SONDAGE POUR L'OBJECTIF 2



Sondage sur les pistes d'action

Présentation du sondage

Étude dirigée par Marie-France Coutu et financée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

BUT DU SONDAGE ET DE VOTRE PARTICIPATION

Ce sondage vise à :

- 1- Identifier des pistes d'action pertinentes à l'intervention en réadaptation au travail. Ces pistes ont été élaborées à partir des résultats d'une étude portant sur les inquiétudes des travailleurs en lien avec leur environnement de travail.
- 2- Recueillir votre avis et vos suggestions pour mieux arrimer les pistes d'action à la pratique clinique. Il s'agira d'évaluer la clarté, la pertinence, la faisabilité et l'exhaustivité des pistes d'action.

Avant de remplir ce sondage, nous vous invitons à visionner une capsule (durée 23 minutes) présentant les résultats de l'étude (voir à la page suivante). Cela vous permettra de mieux comprendre l'origine des constats et des pistes formulées.

Si vous devez interrompre le sondage, assurez-vous de terminer une page en cliquant sur Suivant. Pour y retourner, vous n'aurez qu'à cliquer sur le lien dans le courriel que vous avez reçu.



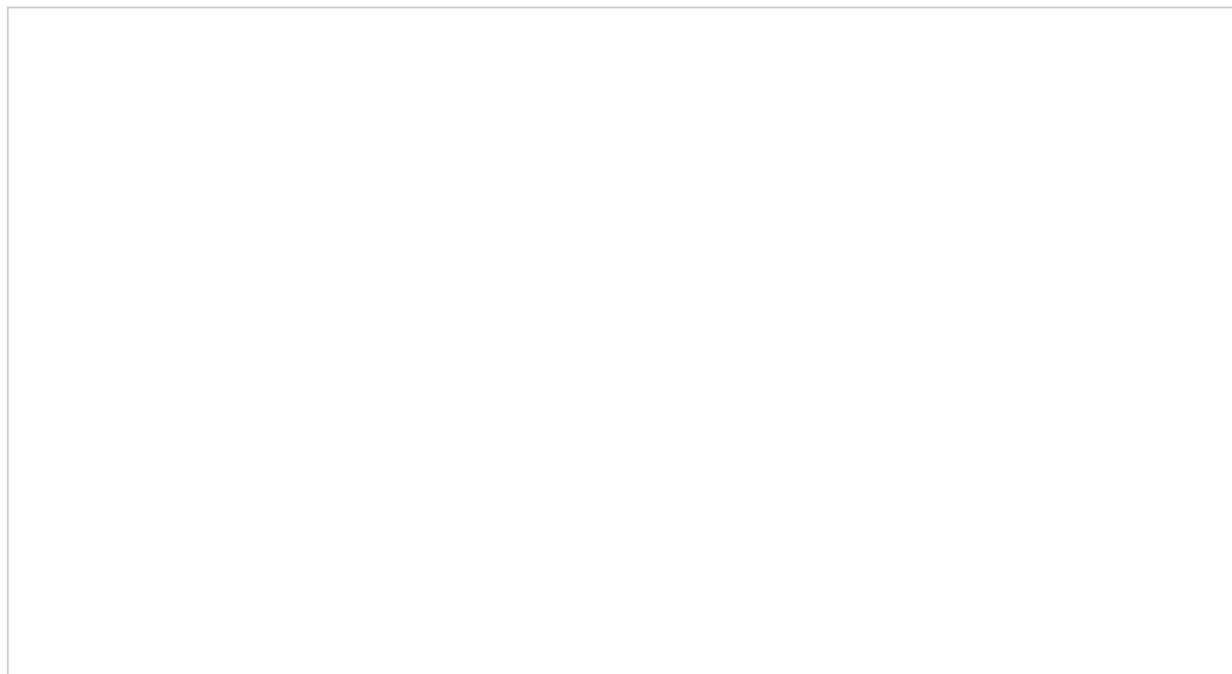
Sondage sur les pistes d'action

Capsule

Voici la capsule présentant les résultats de l'étude.

Si vous éprouvez des difficultés avec cette capsule et que vous avez accès à YouTube, vous pouvez aussi copier ce lien dans votre navigateur : <https://youtu.be/TumyhLPQ2yg>

Bon visionnement!



N'hésitez pas à me rejoindre s'il y a quoi que ce soit :

Sara Pettigrew

Professionnelle de recherche

Tél. : 450 463-1835 poste 61471

Courriel : sara.pettigrew@usherbrooke.ca



Sondage sur les pistes d'action

Explications relatives à notre démarche

Il a été possible de dégager six grands constats concernant les résultats portant sur les inquiétudes et l'environnement de travail. Pour chacun de ces constats, une piste d'action y est associée. Notez que les constats et les pistes d'action sont formulés pour un contexte de travailleurs en incapacité prolongée pour un trouble musculosquelettique (TMS) et ayant été référés à un programme de réadaptation au travail.

Sondage sur les pistes d'action

Constat et piste d'action 1

Constat #1 : La contestation a un effet délétère sur le retour au travail (RT).

Piste d'action #1 : Entamer une réflexion au sein des groupes d'acteurs (travailleurs, syndicats, employeurs et assureurs) portant sur les objectifs visés par cette pratique et ses impacts.

* 1. Dans quelle mesure la piste d'action 1 vous apparaît-elle claire?

Pas du tout claire

Peu claire

Assez claire

Très claire

* 2. Dans quelle mesure la piste d'action 1 vous semble-t-elle pertinente (appropriée, justifiée) pour favoriser un RT rapide et réduire l'absentéisme en raison de TMS?

Pas du tout pertinente

Peu pertinente

Assez pertinente

Très pertinente

* 3. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en œuvre la piste d'action 1 dans le contexte de votre organisation?

Très difficile

Assez difficile

Assez facile

Très facile

4. En fonction de vos connaissances et de votre expérience, y a-t-il des éléments qui sont manquants pour cette piste d'action et qui mériteraient d'être ajoutés? *Veillez les inscrire ci-dessous. Si vous n'en avez pas à suggérer, veuillez simplement passer à la question suivante.*



Sondage sur les pistes d'action

Constat et piste d'action 2

Constat 2 : Une grande majorité de travailleurs rencontre ou est à la limite de rencontrer les critères de troubles dépressifs, anxieux ou d'adaptation et pour lesquels ils perçoivent avoir peu de contrôle ou ressources. Ces troubles sont essentiellement perçus comme liés à l'épisode d'incapacité.

Piste d'action 2 : Détecter les difficultés psychologiques et formaliser un suivi systématique des travailleurs ayant une absence prolongée au travail.

* 5. Dans quelle mesure la piste d'action 2 vous apparaît-elle claire?

Pas du tout claire

Peu claire

Assez claire

Très claire

* 6. Dans quelle mesure la piste d'action 2 vous semble-t-elle pertinente (appropriée, justifiée) pour favoriser un RT rapide et réduire l'absentéisme en raison de TMS?

Pas du tout pertinente

Peu pertinente

Assez pertinente

Très pertinente

* 7. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en œuvre la piste d'action 2 dans le contexte de votre organisation?

Très difficile

Assez difficile

Assez facile

Très facile

8. En fonction de vos connaissances et de votre expérience, y a-t-il des éléments qui sont manquants pour cette piste d'action et qui mériteraient d'être ajoutés? *Veillez les inscrire ci-dessous. Si vous n'en avez pas à suggérer, veuillez simplement passer à la question suivante.*

Sondage sur les pistes d'action

Constat et piste d'action 3

Constat 3 : *L'utilisation d'instruments et de méthodes de classification de troubles psychologiques peut potentiellement suridentifier les troubles chez les travailleurs blessés. Par conséquent, ceci pourrait avoir pour effet d'amener une intervention moins adaptée.*

Piste d'action 3 : Les intervenants en prévention de l'incapacité devraient être formés à la détection des difficultés psychologiques des travailleurs ayant une incapacité au travail.

* 9. Dans quelle mesure la composante 3 vous apparaît-elle claire?

Pas du tout claire

Peu claire

Assez claire

Très claire

* 10. Dans quelle mesure la piste d'action 3 vous semble-t-elle pertinente (appropriée, justifiée) pour favoriser un RT rapide et réduire l'absentéisme en raison de TMS?

Pas du tout pertinente

Peu pertinente

Assez pertinente

Très pertinente

* 11. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en œuvre la piste d'action 3 dans le contexte de votre organisation?

Très difficile

Assez difficile

Assez facile

Très facile

12. En fonction de vos connaissances et de votre expérience, y a-t-il des éléments qui sont manquants pour cette piste d'action et qui mériteraient d'être ajoutés? *Veillez les inscrire ci-dessous. Si vous n'en avez pas à suggérer, veuillez simplement passer à la question suivante.*

Sondage sur les pistes d'action

Constat et piste d'action 4

Constat 4 : *Il existe une convergence entre les travailleurs et les ergothérapeutes qui les suivent sur le fait que les inquiétudes des travailleurs sont essentiellement liées à des situations actuellement présentes et liées au travail.*

Pistes d'action 4 : La nécessité d'évaluer en profondeur les inquiétudes des travailleurs, mais également de collecter des informations pour statuer s'il s'agit d'un problème actuel lié à l'environnement de travail. En fonction de ces deux sources d'informations, établir une résolution de problème pour favoriser le RT.

* 13. Dans quelle mesure la piste d'action 4 vous apparaît-elle claire?

Pas du tout claire

Peu claire

Assez claire

Très claire

* 14. Dans quelle mesure la piste d'action 4 vous semble-t-elle pertinente (appropriée, justifiée) pour favoriser un RT rapide et réduire l'absentéisme en raison de TMS?

Pas du tout pertinente

Peu pertinente

Assez pertinente

Très pertinente

* 15. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en œuvre la piste d'action 4 dans le contexte de votre organisation?

Très difficile

Assez difficile

Assez facile

Très facile

1. En fonction de vos connaissances et de votre expérience, y a-t-il des éléments qui sont manquants pour cette piste d'action et qui mériteraient d'être ajoutés? *Veillez les inscrire ci-dessous. Si vous n'en avez pas à suggérer, veuillez simplement passer à la question suivante.*

Sondage sur les pistes d'action

Constat et piste d'action 5

Constat 5 : *Le manque de marge de manœuvre au travail est significativement associé à la perception des travailleurs que les inquiétudes sont liées à une situation présente actuellement qui est liée au travail ou pour laquelle le niveau d'incertitude actuel est élevé.*

Piste d'action 5 : Intervenir dans l'environnement de travail (ex. : accommodement ou aménagements) pour favoriser la marge de manœuvre au travail.

* 17. Dans quelle mesure la piste d'action #5 vous apparaît-elle claire?

Pas du tout claire

Peu claire

Assez claire

Très claire

* 18. Dans quelle mesure la piste d'action #5 vous semble-t-elle pertinente (appropriée, justifiée) pour favoriser un RT rapide et réduire l'absentéisme en raison de TMS?

Pas du tout pertinente

Peu pertinente

Assez pertinente

Très pertinente

* 19. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en oeuvre la piste d'action #5 dans le contexte de votre organisation?

Très difficile

Assez difficile

Assez facile

Très facile

20. En fonction de vos connaissances et de votre expérience, y a-t-il des éléments qui sont manquants pour cette piste d'action et qui mériteraient d'être ajoutés? *Veillez les inscrire ci-dessous. Si vous n'en avez pas à suggérer, veuillez simplement passer à la question suivante.*

Sondage sur les pistes d'action

Constat et piste d'action 6

Constat 6 : *Les travailleurs qui sont plus à risque de ne pas retourner au travail sont ceux qui ont peu de marge de manœuvre au travail selon les ergothérapeutes. Ces travailleurs manifestent aussi des inquiétudes d'intensité élevée et sont intolérants à l'incertitude. La plausibilité du RT dans ce contexte est compromise.*

Piste d'action 6 : En l'absence de marge de manœuvre au travail et en présence de fortes inquiétudes et d'une intolérance à l'incertitude, l'intervention devrait rapidement s'orienter vers des solutions alternatives au RT au poste prélésionnel.

* 21. Dans quelle mesure la piste d'action 6 vous apparaît-elle claire?

Pas du tout claire

Peu claire

Assez claire

Très claire

* 22. Dans quelle mesure la piste d'action 6 vous semble-t-elle pertinente (appropriée, justifiée) pour favoriser un RT rapide et réduire l'absentéisme en raison de TMS?

Pas du tout pertinente

Peu pertinente

Assez pertinente

Très pertinente

* 23. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en œuvre la piste d'action 6 dans le contexte de votre organisation?

Très difficile

Assez difficile

Assez facile

Très facile

24. En fonction de vos connaissances et de votre expérience, y a-t-il des éléments qui sont manquants pour cette piste d'action et qui mériteraient d'être ajoutés? *Veillez les inscrire ci-dessous. Si vous n'en avez pas à suggérer, veuillez simplement passer à la question suivante.*

Sondage sur les pistes d'action

Conclusion

En terminant, nous aurions quelques questions supplémentaires à vous poser. Une fois que vous aurez répondu à celles-ci, veuillez appuyer sur le bouton « Terminé » afin que le sondage nous soit transmis.

* 26. Quel est votre âge?

* 27. Combien d'années de scolarité avez-vous complétées?

* 28. Combien d'années d'expérience avez-vous en réadaptation au travail?

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!

Suivez nos travaux sur le site du CAPRIT au <http://www.usherbrooke.ca/caprit>