

É

Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-896



Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un trouble musculosquelettique persistant

Perspective des acteurs en réadaptation

*Marie-France Coutu
France Légaré
Marie-José Durand
Marc Corbière
Dawn Stacey
Lesley Bainbridge
Marie-Élise Labrecque*



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

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

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 de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

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

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : <https://abonnement.lacsst.com/prevention>

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2015
ISBN : 978-2-89631-837-7 (PDF)
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,
Novembre 2015



Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-896

Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un trouble musculosquelettique persistant

Perspective des acteurs en réadaptation

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.

*Marie-France Coutu¹, France Légaré², Marie-José Durand¹,
Marc Corbière¹, Dawn Stacey³, Lesley Bainbridge⁴,
Marie-Élise Labrecque¹*

¹Université de Sherbrooke

²Université Laval

³University of Ottawa

⁴University of British Columbia



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 divers acteurs impliqués dans un processus de réadaptation de travailleurs absents du travail en raison d'un trouble musculosquelettique persistant. Nous souhaitons d'abord remercier les travailleurs et les représentants de l'assureur, de l'employeur et du syndicat pour leur participation aux groupes de discussion ou aux entrevues individuelles.

Nous exprimons également notre gratitude aux coordonnateurs cliniques et aux ergothérapeutes participants. Sans leur coopération, le recrutement et le déroulement de l'étude n'auraient pu aller aussi rondement. De plus, un merci tout spécial est adressé aux ergothérapeutes qui ont effectué l'implantation de la prise de décision partagée. Merci pour votre engagement, votre précieuse collaboration et votre confiance à l'égard de l'équipe de recherche.

Les travailleurs absents du travail et engagés dans un programme de retour au travail ont aussi droit à notre vive reconnaissance. Leur engagement au sein de l'étude a été démontré plus d'une fois par leur disponibilité à remplir l'ensemble des questionnaires et à participer aux entrevues individuelles. Ils ont généreusement partagé leurs points de vue et leur expérience, ce qui a permis de documenter l'implantation d'un processus reconnu efficace dans la littérature scientifique, la prise de décision partagée, mais jusqu'à ce jour, non documenté en réadaptation au travail. Merci également à madame Chantal Sylvain, professeure adjointe à l'Université de Sherbrooke, pour son aide précieuse et son soutien dans le cadre méthodologique des objectifs 2 et 3 de l'étude.

L'étude du contexte de l'implantation de la prise de décision partagée 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 l'engagement de cet organisme en ce qui concerne le financement de deux études novatrices, afin de mieux comprendre et prévenir l'incapacité au travail.

REMARQUE : Le genre masculin est utilisé dans ce document sans aucune discrimination, dans le seul but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

SOMMAIRE

Les travailleurs et les autres acteurs qui prennent des décisions en matière d'interventions de retour au travail ont souvent des intérêts et des buts différents. Le processus de prise de décision partagée (PDP) est une approche centrée sur la personne qui permet d'agir sur les écarts entre les travailleurs et les autres acteurs par rapport au but et au plan d'action à mettre de l'avant. À notre connaissance, un programme de PDP n'avait jamais été spécifiquement contextualisé en réadaptation au travail.

Ultimement, cette étude vise l'atteinte d'un but commun entre l'intervenant en santé et le travailleur dans le cadre de programmes de réadaptation au travail, tout en tenant compte des contraintes et intérêts des employeurs, du syndicat et de l'assureur. Pour ce faire, les objectifs suivants sont définis:

1. Documenter l'acceptabilité et la faisabilité d'un programme de prise de décision partagée applicable aux programmes de réadaptation existants, auprès de quatre groupes d'acteurs clés en réadaptation (travailleurs, employeurs, syndicats et assureurs).
2. Évaluer l'effort d'implantation du programme de prise de décision partagée auprès de quatre groupes d'acteurs clés en réadaptation.
3. Explorer, auprès des quatre groupes d'acteurs clés en réadaptation, l'impact du contexte d'implantation sur la satisfaction et le retour au travail.

Cette étude s'inscrit dans le domaine de la recherche évaluative. Pour l'objectif 1, un devis séquentiel mixte combinant des données quantitatives et qualitatives a été retenu. Une adaptation de la technique de recherche de l'information par l'animation d'un groupe d'experts (TRIAGE) a été utilisée. Elle comporte deux phases: 1) des consultations individuelles à l'aide d'un questionnaire autoadministré pour établir le niveau d'accord portant sur l'acceptabilité et la faisabilité des éléments composants le programme (c.-à-d. objectifs du programme, indicateurs, ressources ou activités); 2) une série de discussions de groupes avec chaque partie prenante. Une analyse descriptive des scores d'accord et une analyse de contenu des groupes ont été effectuées. Un échantillon de 10 participants par groupe (employeurs, syndicats, travailleurs et assureurs) était visé pour un total de 40 participants. Les assureurs devaient avoir deux ans d'expérience en réadaptation au travail. Les employeurs et syndicats devaient avoir participé depuis les deux dernières années au processus de réadaptation au travail d'au moins un travailleur ayant vécu une absence du travail de plus de trois mois pour une douleur persistante causée par un trouble musculosquelettique (TMS). Les travailleurs devaient avoir suivi (avec succès ou non) au cours des deux dernières années, un programme de réadaptation au travail pour une douleur persistante à la suite d'un TMS ayant causé une absence du travail de plus de trois mois.

Pour les objectifs 2 et 3, une étude de cas multiples a été retenue. Le cas se définit comme la dyade ergothérapeute et travailleur ayant un TMS persistant causant une incapacité au travail. Le contexte se situe dans des centres de réadaptation avec lesquels différents acteurs (assureurs, employeurs et syndicats) sont appelés à collaborer. Pour chaque cas, différentes sources d'information ont été identifiées : auprès du travailleur et de l'ergothérapeute formant la dyade ainsi que des acteurs intervenant auprès du travailleur de la dyade, c'est-à-dire, l'employeur, le représentant du syndicat et le conseiller en réadaptation. Pour les sources d'information, différentes méthodes (questionnaires, entrevue, observation) ont été utilisées pour mesurer le

niveau d'atteinte de chaque objectif du programme de PDP (un objectif longitudinal, 11 objectifs spécifiques), à partir d'indicateurs déterminés antérieurement au sein du programme de PDP. Préalablement à l'implantation du programme, les ergothérapeutes ont suivi une formation portant sur le programme de PDP.

D'abord, des analyses intracas ont été effectuées. Une matrice d'analyse a été élaborée contenant les objectifs, les indicateurs, leurs mesures et la façon d'interpréter le score pour établir un niveau d'implantation : implantation complète (score de 1), presque complète (score de 0,75), partielle (score de 0,50), minimale (0,25) ou aucune implantation (score de 0). Ensuite, des analyses intercas ont été réalisées pour déterminer des patrons entre les cas, plus précisément des arrangements d'actions ou de résultats qui se regroupent et sont visibles à l'état brut.

Pour l'objectif 1 de l'étude, un total de 39 acteurs clés ont rempli le questionnaire lors de la phase de consultation individuelle et 38 ont assisté aux groupes de discussion. Les consultations individuelles ont permis de générer 37 propositions de modification portant sur les objectifs du programme de PDP, 17 propositions sur les activités et 39 commentaires sur la faisabilité de l'implantation du modèle PDP dans un contexte de réadaptation au travail. Les résultats des groupes de discussion soulignent que le programme de PDP en réadaptation au travail a été bien accepté par les acteurs. Ce sont surtout des nuances dans l'opérationnalisation du programme qui ont été suggérées afin de favoriser la faisabilité de son implantation. Une ressource matérielle (un canevas d'entrevue) a été ajoutée à l'objectif 2 du programme de PDP, afin de respecter les balises liées au contrat d'assurance et les contraintes de l'employeur. Trois indicateurs ont été ajoutés à l'objectif longitudinal du programme de PDP.

Pour les objectifs 2 et 3 de l'étude, 39 cas ont été analysés et permettent d'établir que pour 25 scores d'implantation (45 %) sur 56, un niveau d'implantation de plus de 75 % est observé. À l'inverse, six scores (11 %) ont eu un taux d'implantation inférieur à 25 %. Les indicateurs les moins bien implantés se retrouvent d'abord à l'objectif 1 du programme de PDP concernant l'établissement de l'alliance de travail entre le travailleur et l'ergothérapeute, mais particulièrement liés aux indicateurs mesurés par une grille d'observation de l'entrevue. Ils évaluent si l'ergothérapeute permet au travailleur de poser des questions, de donner son opinion ou s'il vérifie que le travailleur a une compréhension juste de l'information reçue. L'objectif longitudinal du programme de PDP, soit le maintien de l'alliance auprès des autres acteurs, est aussi moins bien implanté. Sur quatre indicateurs, trois font ressortir qu'il y a rarement communauté de pensée des acteurs sur la décision de l'option, l'objectif et le plan d'action.

Les analyses intercas ont permis de générer trois principaux cas types. Le cas type 1 (n = 2) est nommé retour au travail avec progression positive et action concertée où la compréhension, l'objectif, l'option et le plan d'action font consensus entre tous les acteurs. Le cas type 2 (n = 14) fait état d'un retour au travail avec divers écarts mineurs ou quelques modérés liés à la compréhension, la mise en œuvre de l'option ou du plan d'action choisi. Par contre, ces obstacles peuvent être résolus. Le cas type 3, pas de retour au travail, comprend des obstacles importants pour lesquels des solutions ne peuvent être implantées et révèle deux sous-types avec regret (n=3) et sans regret décisionnel (n=11) en lien avec des modifications importantes portant sur l'option initialement choisie ou sur la mise en œuvre du plan d'action.

L'ensemble des résultats qui émanent des deuxième et troisième objectifs de l'étude supporte une approche mixte, quantitative et qualitative pour le développement de l'intervention. Le

programme de PDP en contexte de réadaptation offre aux cliniciens une façon systématique d'aider le travailleur à prendre une décision concernant son retour au travail. Les résultats de cette étude soutiennent un des fondements de l'approche de PDP, à savoir que lorsqu'un travailleur bénéficie d'une réelle prise de décision partagée, même si l'issue de l'intervention n'est pas favorable, il n'y a pas de regret par rapport à la décision prise.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE	9
4. MÉTHODE POUR L'OBJECTIF 1	11
4.1 Approche méthodologique générale.....	11
4.2 Objectif 1 : Documenter l'acceptabilité et la faisabilité d'un programme de prise de décision partagée applicable aux programmes de réadaptation existants, auprès de quatre groupes d'acteurs clés en réadaptation.....	11
4.2.1 Devis	11
4.2.2 Participants.....	11
4.2.3 Procédure de recrutement	12
4.2.4. Collecte de données et analyse des résultats.....	12
5. RÉSULTATS DE L'OBJECTIF 1	15
5.1 Description des participants.....	15
5.2 L'acceptabilité et la faisabilité d'un programme de prise de décision partagée.....	18
5.3 Synthèse des résultats et conclusions pour l'objectif 1	28
6. MÉTHODOLOGIE POUR LES OBJECTIFS 2 ET 3 : ÉVALUER L'EFFORT D'IMPLANTATION ET EXPLORER L'IMPACT DU CONTEXTE SUR LA SATISFACTION ET LE RETOUR AU TRAVAIL.....	31
6.1 Devis	31
6.1.1 Recrutement des cas et contexte	31
6.1.2 Collecte de données	32
6.1.3 Formation des ergothérapeutes au programme de PDP	34
6.1.4 Programme de réadaptation au travail	34
6.1.5 Analyse des résultats.....	34
7. RÉSULTATS POUR LES OBJECTIFS 2 ET 3.....	37
7.1 Description des cas.....	37

7.2 Effort d'implantation du programme de PDP en réadaptation et variation du contexte	40
7.2.1 Synthèse des cas types	46
8. DISCUSSION.....	49
8.1 Forces et limites de l'étude.....	53
8.2 Retombées.....	53
9. CONCLUSION.....	55
10. BIBLIOGRAPHIE.....	57
ANNEXE 1 : OUTILS PERMETTANT DE MESURER LES INDICATEURS D'IMPLANTATION (OBJECTIFS 2 ET 3).....	63
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ACHEMINÉ AUX PARTICIPANTS AVANT LA TENUE DES GROUPE DE DISCUSSION.....	67
ANNEXE 3 : CANEVAS D'ENTREVUE AVEC LES ASSUREURS	75
ANNEXE 4 : GUIDES D'ENTREVUE UTILISÉS À LA FIN DU PROGRAMME	79
ANNEXE 5 : PROGRAMME DE PDP FINAL	85
ANNEXE 6 : MATRICE POUR ANALYSES INTRACAS.....	87

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants	17
Tableau 2 : Niveau d'accord des participants à la consultation individuelle sur les composantes du programme de PDP.....	19
Tableau 3 : Sources et méthodes utilisées pour la collecte.....	33
Tableau 4 : Caractéristiques des 39 cas constitués	38
Tableau 5 : Résultats détaillés pour l'ensemble des objectifs de la PDP, selon 3 phases et pour 4 cas.	42
Tableau 6 : Résultats détaillés pour les cas ayant le dernier temps de mesure manquant selon 3 phases	45
Tableau 7 : Résumé des principales caractéristiques des cas types.....	46

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel de l'étude, selon la perspective du travailleur (traduction de Coutu et coll. [29]).....	4
Figure 2 : Programme de PDP en réadaptation au travail (traduction de Coutu et coll. [29])	6
Figure 3 : Déroulement du recrutement des participants.....	16

Liste des abréviations

B-IPQ	Bref questionnaire sur la représentation de la maladie
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
EQCOTESST	Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail
E.T.	Écart-type
FRQS	Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS)
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PDP	Prise de décision partagée
TMS	Troubles musculosquelettiques
TRIAGE	Technique de recherche de l'information par l'animation d'un groupe d'experts
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec

1. INTRODUCTION

Le travail constitue l'activité principale de 66,2 % de la population du Canada [1]. Celui-ci permet une autonomie financière, un statut social et une qualité de vie [2, 3]. Or, l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) en 2007-2008 montre que près de 238 000 travailleurs ont déclaré être absents du travail au cours de la dernière année en raison d'un trouble musculosquelettique (TMS) perçu comme étant principalement lié au travail [4]. Les TMS sont d'ailleurs parmi les trois principales causes d'incapacité au travail à court et à long termes générant des coûts sociaux et économiques importants [5]. L'incapacité liée à un TMS est reconnue depuis quelques années comme un problème de santé publique et économique majeur [6]. L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) souligne d'ailleurs que « les dépenses au titre des prestations d'invalidité représentent désormais un poids important pour les finances publiques dans la plupart des pays de l'OCDE et freinent la croissance économique en diminuant l'offre effective de main d'œuvre » [7]. Il s'agit donc d'une préoccupation importante non seulement pour les travailleurs et leur entourage, mais aussi pour les employeurs, les assureurs et les professionnels de la santé soucieux d'améliorer la qualité de vie des travailleurs et de réduire la durée de l'incapacité au travail. L'absence du travail pour une douleur persistante liée à un TMS est une problématique sociale coûteuse nécessitant des pistes d'actions, pour offrir un retour au travail favorable pour les travailleurs.

Plusieurs études et revues systématiques de la littérature ont reconnu l'efficacité et la rentabilité d'interventions interdisciplinaires incluant un accompagnement lors du retour au travail en contexte d'incapacité au travail [8-13]. Or, les travailleurs et les autres acteurs qui décident des interventions en matière de retour au travail poursuivent souvent des buts différents. En effet, les travailleurs éprouvant de douleur chronique (> 12 semaines) visent et agissent en fonction de réduire leur souffrance, alors que les autres acteurs veulent plutôt réduire l'incapacité et favoriser le retour au travail [14, 15, 16]. Ces écarts sur les buts et actions à prendre peuvent nuire à l'efficacité du traitement et prolonger les délais du retour au travail [15]. Par conséquent, cette recherche vise à faciliter l'atteinte d'un but commun par l'intervenant et le patient/travailleur au sein de programmes de réadaptation tout en tenant compte des contraintes des employeurs, du syndicat et des assureurs, ceci permettant de favoriser l'amélioration de la qualité de la prise de décision à court terme.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Il est maintenant reconnu que les causes initiales d'un problème de santé vont très peu contribuer à expliquer l'incapacité à retourner au travail après la période habituelle de récupération [17]. L'incapacité au travail due à un problème de santé doit davantage être comprise à travers une perspective biopsychosociale [18, 19]. Il s'agit de comprendre l'individu en fonction de ses interactions avec son environnement [17]. Plus spécifiquement, selon le paradigme d'incapacité [17, 20, 21], pour comprendre l'incapacité au travail, il faut tenir compte des caractéristiques du travailleur, mais aussi de celles de son environnement composé de trois systèmes sociaux : les soins de santé, l'environnement de travail et l'indemnisation [17, 20, 21]. Au sein des quatre systèmes (individuel, soins de santé, environnement de travail et indemnisation) du paradigme d'incapacité au travail, plusieurs acteurs peuvent avoir des intérêts divergents : 1) les employeurs qui visent à maintenir une entreprise économiquement viable en maintenant ou en augmentant la productivité et en favorisant des conditions de travail non délétères pour la santé des travailleurs; 2) les représentants syndicaux qui visent la protection des droits des travailleurs et de leur qualité de vie; 3) les professionnels de la santé qui visent l'amélioration de la santé des travailleurs et leurs intérêts propres (financiers et commerciaux) si les soins sont offerts en milieu privé; 4) les assureurs qui visent un prompt et durable retour au travail pour réduire leurs déboursés; 5) les travailleurs qui visent la protection de leur sécurité financière, de leur intégrité physique et psychologique ainsi que le maintien de leur lien d'emploi [11].

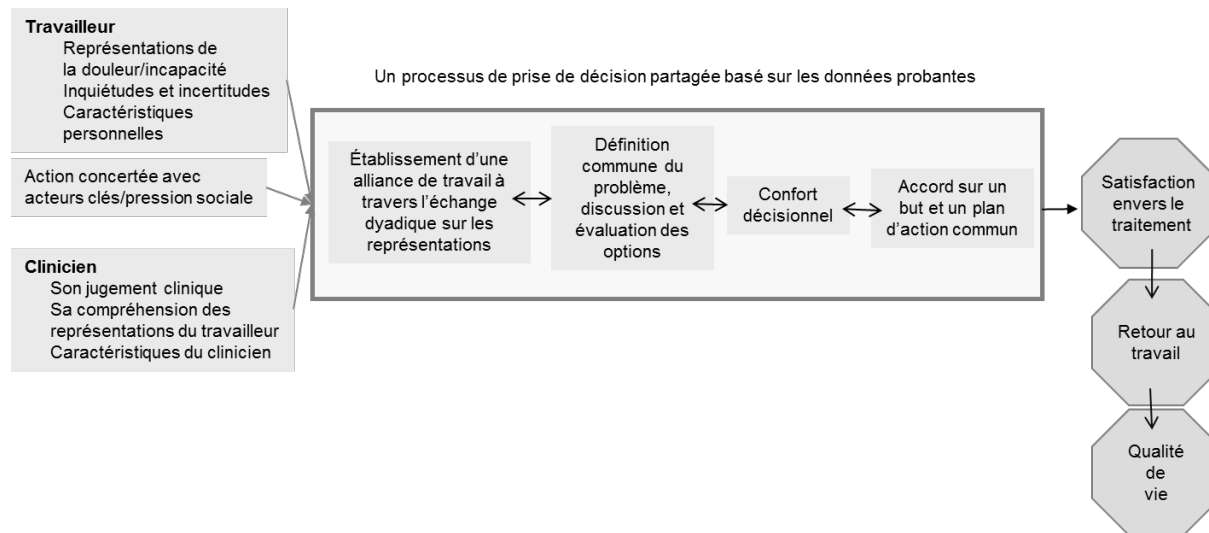
Le processus de prise de décision partagée (PDP) est une approche centrée sur la personne qui permet d'agir sur les écarts entre le patient/travailleur et les intervenants de la santé par rapport au but et au plan d'action à mettre de l'avant [22]. Le processus de PDP est couramment défini par la relation entre le patient et l'intervenant où il y a échange d'information, expression et discussion des préférences ainsi que par un consensus sur les buts et le plan d'action à adopter. Un suivi est également planifié pour effectuer une évaluation et un rajustement, si nécessaire, des modalités mises en place [23]. Les composantes essentielles d'une PDP incluent la définition du problème, la présentation des options, la discussion des avantages et des inconvénients, la considération des valeurs et préférences du patient, ses habiletés et son efficacité personnelle, la recommandation du médecin, la vérification de la compréhension des éléments discutés, le report ou la prise de décision et, finalement, le suivi de la mise en œuvre de la décision [24]. En 2007, une revue systématique de la littérature sur les barrières et les facilitateurs à l'implantation du processus de PDP comprenant les données de 15 pays ne recensait aucune étude en réadaptation, soulignant ainsi une lacune importante dans l'état des connaissances [25]. Depuis, une étude a documenté les barrières et les facilitateurs à son implantation auprès de médecins du travail aux Pays-Bas [26] et une autre [14] recommande la PDP dans ses conclusions à la suite d'une recherche portant sur les croyances liées à la douleur persistante et son impact sur la prise en charge de la douleur par les professionnels de la santé.

La revue systématique effectuée en 2007 fait ressortir trois principales barrières à l'implantation de la PDP, soit la contrainte de temps, les difficultés d'appliquer le processus à cause des caractéristiques du travailleur/patient ou du contexte clinique [25]. En ce qui concerne l'étude de Van Til et de ses collaborateurs [26], ce sont particulièrement les caractéristiques du travailleur (croyances erronées et difficultés d'adaptation) et le manque d'action concertée (information conflictuelle présentée par les intervenants) qui ressortent comme principales barrières. Par

conséquent, ces résultats soulignent l'importance d'inclure les milieux de pratique et les différents acteurs en réadaptation dans les diverses étapes, afin de maximiser le succès de l'implantation du processus de PDP. Une revue systématique des écrits scientifiques portant sur les effets de la PDP lors de différents types de traitements permet d'observer des impacts positifs sur le patient au regard de son adhésion au traitement, sa satisfaction, sa connaissance et son bien-être [27].

En fonction des résultats d'études antérieures en prévention de l'incapacité et des données empiriques en psychologie de la santé et en psychothérapie, le cadre conceptuel général présenté à la figure 1 est proposé comme base à la présente étude [28].

Figure 1 : Cadre conceptuel de l'étude, selon la perspective du travailleur (traduction de Coutu et coll. [29])

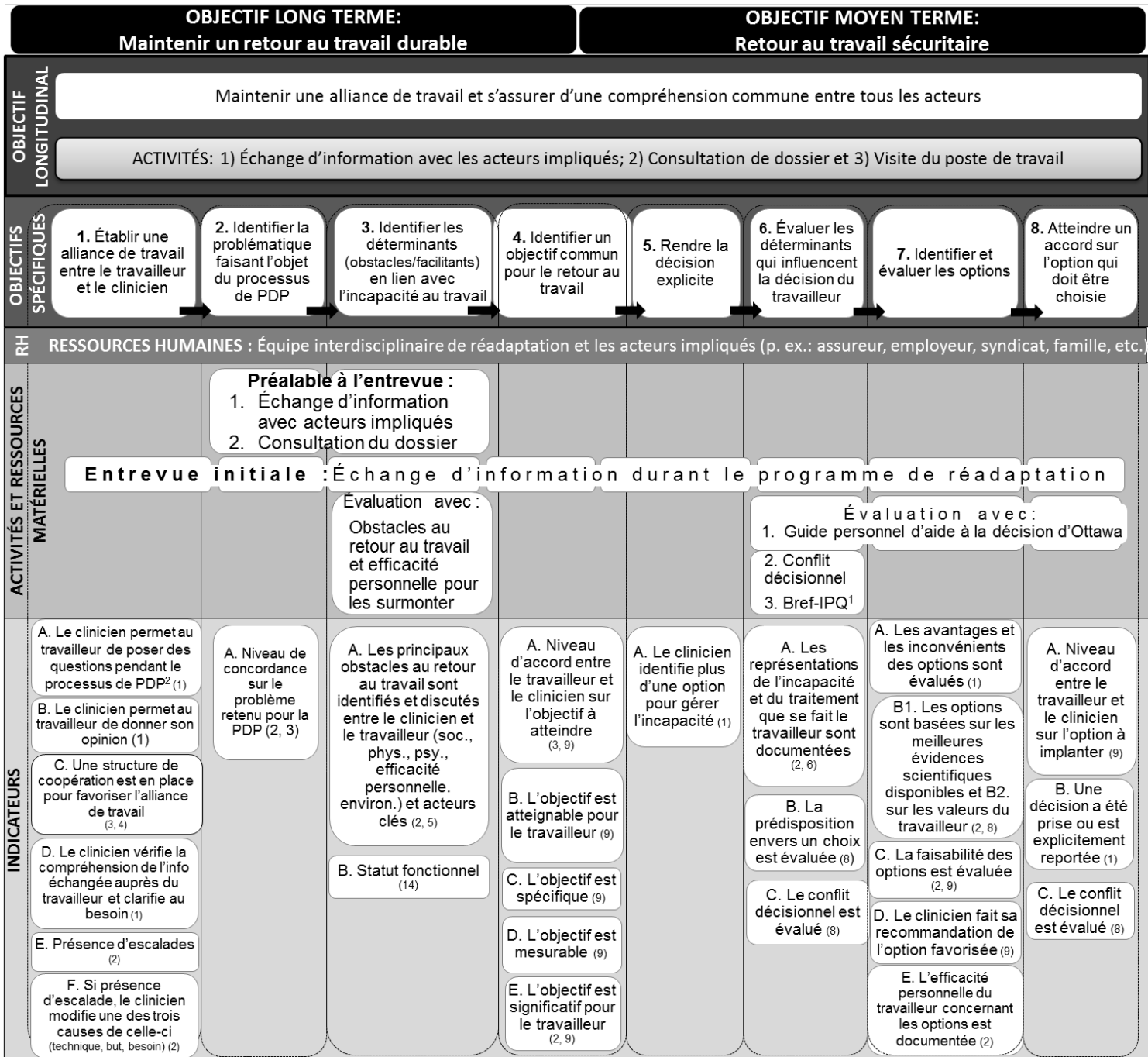


La prise de décision partagée en réadaptation au travail

À notre connaissance, aucun programme de PDP n'a été spécifiquement conçu pour la réadaptation au travail. Un tel programme devrait permettre de fournir une description détaillée des interventions en matière de changement de comportement, ce qui devrait faciliter son implantation dans les milieux cliniques et sa réplique scientifique [30]. D'ailleurs, l'une des premières étapes dans l'étude d'une intervention/programme complexe, comme la PDP, consiste à construire un modèle qui est plausible, tant sur le plan théorique, qu'empirique [31, 32]. Selon Rossi et ses collaborateurs [33], la conceptualisation explicite des objectifs et la manière de les atteindre ne sont généralement pas suffisamment développées lors de la planification de nouveaux programmes. Par conséquent, dans le cadre d'une subvention obtenue du FRQS [34], l'équipe de recherche a effectué, à partir du cadre conceptuel présenté plus haut, de la littérature scientifique et de l'opinion des utilisateurs (cliniciens et coordonnateurs cliniques en réadaptation au travail), une adaptation de la PDP issue des soins de premières lignes à la réadaptation au travail. Ce faisant, un programme détaillé de PDP en contexte de réadaptation au travail a été élaboré. Ce programme, présenté à la figure 2, inclut les objectifs spécifiques, les activités à réaliser, les indicateurs, et cible les outils nécessaires pour évaluer l'atteinte des objectifs [29]. Le programme inclut un objectif à long terme qui est d'assurer un retour au travail

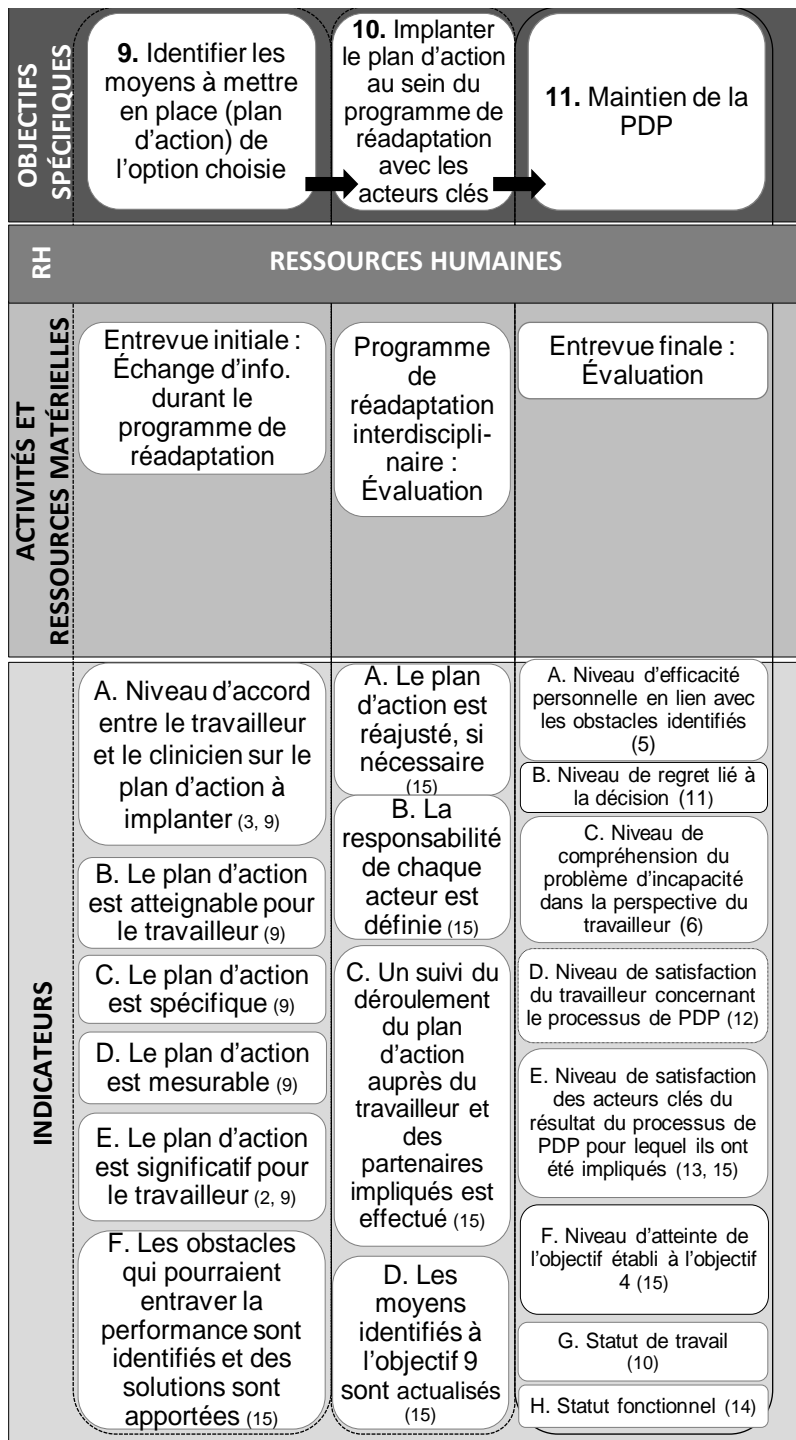
durable; un objectif à moyen terme visant le retour au travail sécuritaire ainsi que 12 objectifs à court terme, soit un longitudinal et 11 spécifiques. Les objectifs spécifiques 2 à 8 représentent la phase de délibération lors du processus de PDP alors que les objectifs spécifiques 9 à 11 représentent la mise en œuvre de la décision. L'ensemble du programme de PDP a été conçu pour s'insérer dans un programme de réadaptation au travail usuel. Ce dernier est en moyenne d'une durée de 12 semaines. Les nombres indiqués entre parenthèses à la suite des indicateurs identifient les outils et questionnaires servant de mesure ou d'évaluation. Les outils et questionnaires sont présentés à l'annexe 1. Par ailleurs, ce programme a été élaboré dans un contexte clinique [29], mais sa faisabilité auprès d'acteurs clés et son implantation restent à être documentées.

Figure 2 : Programme de PDP en réadaptation au travail (traduction de Coutu et coll. [29])



Légende : ¹ Bref questionnaire sur la représentation de la maladie ² Prise de décision partagée

Figure 2 (suite) : Programme de PDP en réadaptation (phase de mise en oeuvre de la décision)



3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Ultimement, cette recherche vise l'atteinte d'un but commun entre l'intervenant et le travailleur au sein de programmes de réadaptation au travail tout en tenant compte des contraintes et intérêts des employeurs, du syndicat et des assureurs. Pour ce faire, les objectifs suivants ont été formulés:

1. Documenter l'acceptabilité et la faisabilité d'un programme de prise de décision partagée applicable aux programmes de réadaptation existants, auprès de quatre groupes d'acteurs clés en réadaptation (travailleurs, employeurs, syndicats et assureurs).
2. Évaluer l'effort d'implantation du programme de prise de décision partagée auprès de quatre groupes d'acteurs clés en réadaptation.
3. Explorer l'impact du contexte d'implantation sur la satisfaction et le retour au travail auprès des quatre groupes d'acteurs clés en réadaptation.

4. MÉTHODE POUR L'OBJECTIF 1

4.1 Approche méthodologique générale

Cette étude s'inscrit dans le domaine de la recherche évaluative [35]. Par souci de clarté, la méthode et les résultats de l'objectif 1 seront présentés de façon distincte des objectifs 2 et 3.

4.2 Objectif 1 : Documenter l'acceptabilité et la faisabilité d'un programme de prise de décision partagée applicable aux programmes de réadaptation existants, auprès de quatre groupes d'acteurs clés en réadaptation

4.2.1 Devis

Pour cet objectif, un devis séquentiel mixte [36], combinant des données quantitatives et qualitatives, a été utilisé. Pour ce faire, l'équipe a eu recours à une adaptation de la technique de recherche de l'information par l'animation d'un groupe d'experts (TRIAGE) [37]. Celle-ci comporte deux phases: 1) des consultations individuelles à l'aide d'un questionnaire autoadministré; 2) une série de discussions de groupes homogènes avec chaque partie prenante, afin de procéder à une analyse de contenu.

4.2.2 Participants

Un échantillon de 10 participants par groupe homogène (employeurs, syndicats, travailleurs et assureurs) était visé pour un total de 40 participants. Ce nombre permet de favoriser à la fois la saturation des données et le bon fonctionnement du groupe [38].

Les critères d'inclusion pour les travailleurs étaient : avoir effectué (avec succès ou non) au cours des deux dernières années un programme de réadaptation au travail pour une douleur persistante à la suite d'un TMS ayant causé une absence du travail de plus de trois mois et pouvoir s'exprimer en français.

Les critères d'inclusion pour les personnes représentant l'employeur étaient: avoir participé au cours des deux dernières années au processus de réadaptation au travail d'au moins un travailleur ayant vécu une absence du travail de plus de trois mois pour une douleur persistante à la suite d'un TMS et pouvoir s'exprimer en français.

Les critères d'inclusion pour les personnes représentant le syndicat étaient : avoir participé au cours des deux dernières années au processus de réadaptation au travail d'au moins un travailleur ayant vécu une absence du travail de plus de trois mois pour une douleur persistante à la suite d'un TMS et pouvoir s'exprimer en français.

Les critères d'inclusion pour les représentants de l'assureur étaient : travailler depuis plus de deux ans dans le domaine de la réadaptation avec des personnes ayant une douleur persistante à la suite d'un TMS, et pouvoir s'exprimer en français.

4.2.3 Procédure de recrutement

Les travailleurs ont été recrutés, par convenance, à partir de listes de travailleurs qui ont reçu des traitements dans deux centres publics de réadaptation. Une employée du centre de réadaptation a contacté, par téléphone, les participants admissibles. Celle-ci a présenté brièvement l'étude, à l'aide d'un script fourni par l'équipe de recherche, a obtenu l'autorisation du travailleur de transmettre ses noms et numéros de téléphone à l'équipe de recherche, laquelle s'est chargée de présenter plus en détail l'étude et d'obtenir son consentement pour participer à l'étude.

Pour les représentants de l'assureur, de l'employeur et des syndicats, une méthode de recrutement boule de neige a été utilisée. Plus précisément, des informateurs clés ont été contactés (haute direction des centrales syndicales, Commission de la santé et de la sécurité du travail [CSST], Société de l'assurance automobile du Québec [SAAQ]), assureurs privés) pour leur demander de transmettre à l'équipe de recherche les noms et numéros de téléphone des représentants et conseillers admissibles à l'étude. L'équipe de recherche a ensuite contacté ces représentants et conseillers pour leur expliquer en détail l'objectif de l'étude et pour obtenir leur consentement à y participer. Pour les représentants de l'employeur, le recrutement a été fait par convenance, auprès de divers employeurs qui avaient participé précédemment à d'autres études et qui ont accepté d'être recontactés à des fins de recherche. Le recrutement a également été réalisé au sein de cours et de formations continues offerts à l'Université de Sherbrooke de la chercheuse principale. Des annonces placées lors de conférences offertes aux employeurs ont également été utilisées.

4.2.4. Collecte de données et analyse des résultats

La première étape de la collecte des données consistait à acheminer par la poste à chaque participant, le programme de PDP préliminaire adapté pour la réadaptation au travail, comprenant les objectifs, les activités et les ressources. Ce modèle était accompagné d'un document explicatif et d'un questionnaire papier (annexe 2). Les participants recevaient le formulaire de consentement, qui avait été préalablement approuvé par les comités d'éthiques à la recherche des centres participants, et devaient le signer.

Le questionnaire utilisé a été prétesté auprès d'experts représentatifs des groupes ciblés (employeurs, syndicats, travailleurs et assureurs). Il comprenait cinq énoncés [39, 40] : 1) Les objectifs sont nécessaires et suffisants pour une PDP en réadaptation au travail; 2) Les objectifs sont clairs et spécifiques; 3) Les activités sont faisables en contexte de réadaptation au travail; 4) les activités sont nécessaires et suffisantes pour atteindre les objectifs; 5) le programme de PDP peut être implanté au sein de la pratique. Le niveau d'accord pour chacun des énoncés pouvait varier de 1 « pas du tout d'accord » à 4 « tout à fait d'accord ». Lorsque les participants formulaient un niveau d'accord inférieur ou égal à 2, ils étaient invités à suggérer des façons d'améliorer l'objectif ou l'activité problématique. En outre, quatre autres questions figuraient au questionnaire: 1- « Quels sont les éléments qui, selon vous, pourraient faire l'objet d'une décision partagée entre le travailleur et le clinicien? »; 2- « Quels sont les éléments qui, selon vous, ne devraient pas faire l'objet d'une décision partagée entre le travailleur et le clinicien? »; 3- « Idéalement, quand devriez-vous être consulté durant le processus de prise de décision partagée? »; 4- « Qui devrait communiquer avec vous pour discuter des options et de leur mise

en place? ». Tous les questionnaires, une fois complétés, devaient être retournés à l'équipe de recherche, et ce, avant même la tenue des groupes de discussion.

Dans un second temps, les réponses aux questions, au sein d'un même groupe, ont été transcrites de façon anonyme dans un document et remises aux participants lors des rencontres de leur groupe afin de stimuler la discussion. L'avantage est de permettre à chaque participant de réfléchir et de donner son opinion de façon individuelle, avant la rencontre, pour limiter les biais associés aux participants qui seraient plus rapides, verbaux ou convaincants. Des groupes de discussion homogènes ont été constitués en fonction du groupe d'acteurs qu'ils représentaient. Ainsi, il n'y avait pas de lien entre les groupes d'acteurs indépendants. Les échanges au sein des groupes ont été enregistrés sur bande audio. Le rôle de l'animatrice était réalisé par la chercheuse principale, qui est également psychologue et possède une expérience en animation de groupe. Elle a dirigé la majorité des groupes d'une durée moyenne de trois heures chacun et une professionnelle de recherche a effectué la prise de notes. Après avoir reçu une formation de la chercheuse principale, la professionnelle de recherche formée en sciences sociales a animé les autres groupes. Le choix des animatrices repose sur les connaissances à la fois du programme de PDP et de la réadaptation au travail ce qui permettait de répondre aux questions des divers participants sur le contenu et le contexte.

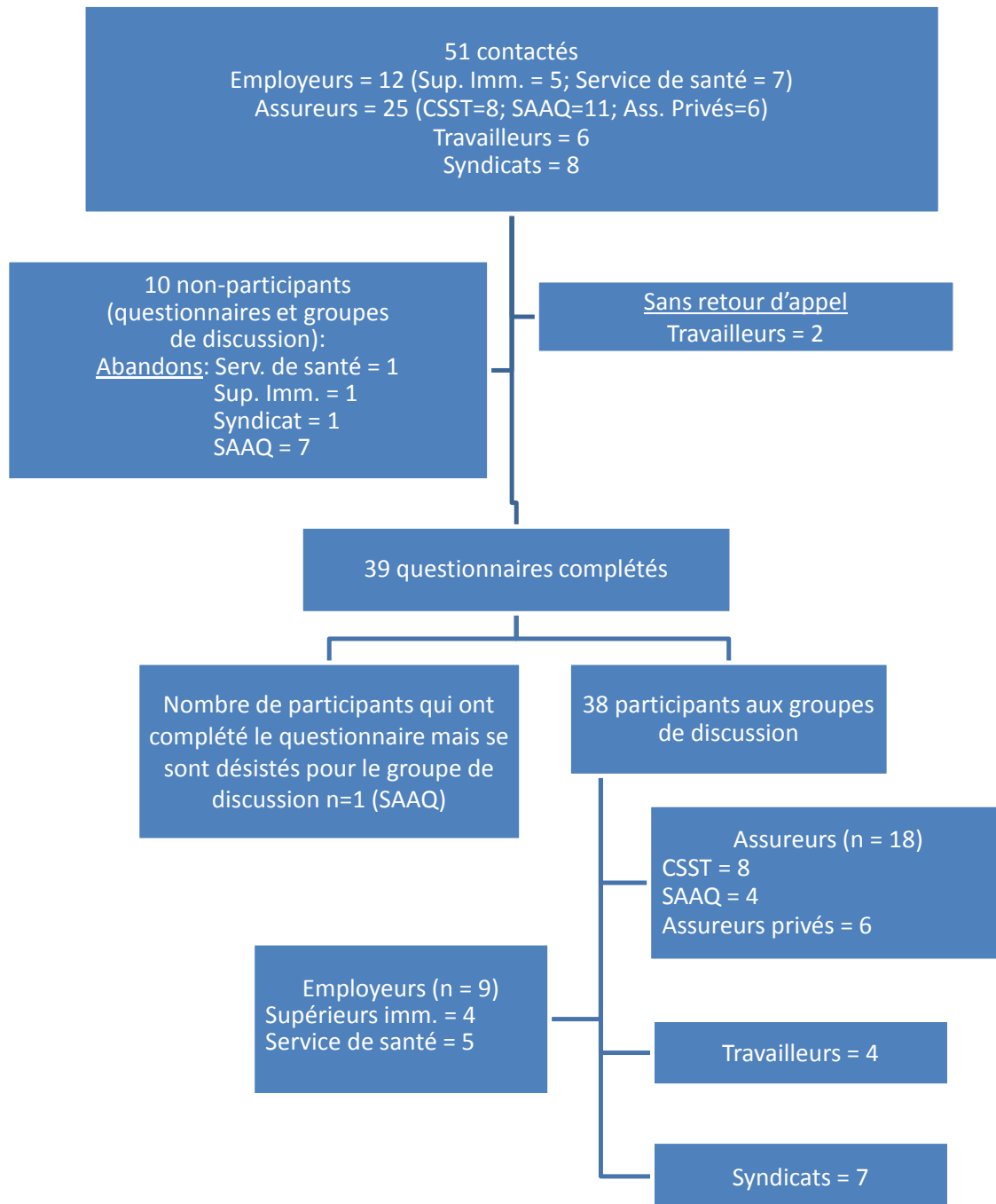
Des questions ouvertes et plus spécifiques ont été posées pour approfondir la discussion et permettre de clarifier les propos des participants ainsi que pour s'assurer d'une compréhension commune. Une compensation financière au montant forfaitaire de 120 \$ était remise aux participants à la fin du groupe de discussion, en guise de dédommagement pour le temps consacré à participer à l'étude, à moins qu'une entente particulière ait été convenue avec leur employeur. L'ensemble de l'étude proposée a été préalablement soumis et approuvé par le comité principal d'éthique et de la recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne et auprès des centres secondaires participants. Pour assurer la confidentialité des participants, les données recueillies ont été dénominalisées. Seuls les membres de l'équipe de recherche pouvaient y avoir accès. Afin d'obtenir un consentement éclairé de la part des participants, le but de l'étude, la raison de leur participation, les risques et les inconvénients, les mécanismes de confidentialité et le droit de se retirer, sans préjudice et en tout temps, ont été expliqués clairement dans le formulaire de consentement écrit.

5. RÉSULTATS DE L'OBJECTIF 1

5.1 Description des participants

Le recrutement s'est échelonné de mai 2011 à novembre 2012. Comme illustré par le diagramme à la figure 3, un total de 51 participants a été contacté pour participer aux groupes de discussion. De ce nombre, 39 ont rempli le questionnaire alors que 38 ont assisté aux groupes de discussion. Des représentants provenant de trois syndicats différents ont été rencontrés. Pour le groupe des travailleurs, des entrevues individuelles ont été effectuées lorsque ceux-ci étaient aux prises avec des difficultés de déplacement ou encore en raison de conflit d'horaire.

Étant donné leurs rôles et contextes de travail différents, le groupe employeur a été scindé en deux, soit un groupe de personnes des ressources humaines, des services ou bureau de santé et un autre comprenant les supérieurs immédiats. De plus, après discussion avec des informateurs clés représentant les assureurs, ceux-ci ont suggéré de former des groupes différents étant donné que les procédures et les régimes d'assurance peuvent varier d'un établissement à l'autre. Par conséquent, trois groupes d'assureurs ont été constitués, le premier avec des représentants de la CSST, le second avec des représentants de la SAAQ et le troisième avec des représentants de différents assureurs privés.

Figure 3 : Déroulement du recrutement des participants.

Le tableau 1 présente les données sociodémographiques des participants. L'âge moyen des participants était de 42 ans et la majorité était représentée par des femmes (64 %). Près de la moitié (49 %) détenait un diplôme universitaire (baccalauréat) et la moyenne d'ancienneté au

poste de travail actuel était d'environ 9 ans. Les domaines d'études variaient d'un groupe à l'autre. Pour le groupe des représentants de l'assureur, les domaines d'études étaient les sciences humaines (psychologie, psychoéducation, counseling et travail social), les communications, la kinésiologie, la nutrition et l'ergonomie. Les représentants de l'employeur provenaient de la gestion des ressources humaines et industrielles, de l'ingénierie, des soins infirmiers et de la santé et sécurité au travail. Les représentants syndicaux provenaient des domaines juridiques, administratifs et de l'ingénierie alors que les travailleurs provenaient du domaine de l'administration, du secrétariat et des soins infirmiers. Chez les travailleurs, la durée d'absence moyenne du travail était de 28,25 mois.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants

Variables sociodémographiques	Total N=39 (%)	Représentants de l'assureur n=19 ¹ (%)	Représentants de l'employeur n=9 (%)	Représentants syndicaux n=7 (%)	Travailleurs n=4 (%)
Âge					
Moyenne (é. t.)	42,28 (9,6)	41,72 (9)	38,00 (11,5)	45,33 (9,2)	45,50 (13,5)
Sexe (%)					
Hommes	14 (36)	6 (32)	4 (44)	3 (43)	2 (50)
Femmes	25 (64)	13 (68)	5 (56)	4 (57)	2 (50)
Niveau de scolarité					
Secondaire	6 (15)	0 (0)	1 (11)	4 (57)	1 (25)
Collégial	5 (13)	2 (10)	0 (0)	2 (29)	1 (25)
Univ. - Bac	19 (49)	10 (53)	7 (78)	1 (14)	1 (25)
Univ. - Maîtrise	9 (23)	7 (37)	1 (11)	0 (0)	1 (25)
Ancienneté emploi					
Moyenne (é. t.)	8,98 (5,71)	7,26 (2,80)	8,90 (4,38)	11,57 (7,74)	12,75 (12,53)
Durée d'absence du travail en mois					
Moyenne (é. t.) (travailleurs seulement)	-	-	-	-	28,25 (21,82)

¹ Le nombre de 19 participants pour les représentants de l'assureur regroupe les 18 qui ont participé aux groupes de discussion et celui qui a complété les questionnaires sans participer aux groupes de discussion.

5.2 L'acceptabilité et la faisabilité d'un programme de prise de décision partagée

Le tableau 2 présente les scores moyens obtenus sur une échelle de 0 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord), pour les cinq énoncés du questionnaire. Rappelons que ce questionnaire a été rempli par les participants (N= 39) lors de leur consultation sur une base individuelle, soit avant les rencontres de groupes qui elles ont été effectuée avec 38 participants.

Globalement, les employeurs étaient en accord avec les énoncés, bien qu'individuellement certains aient émis des suggestions. Les travailleurs étaient aussi favorables, bien qu'ils remettent en question la clarté de certains objectifs ou leur faisabilité. À l'inverse, les représentants des syndicats étaient en moyenne moins favorables que les autres groupes avec l'ensemble des énoncés. Les assureurs ont remis en question la nécessité et la faisabilité des objectifs, de même que la nécessité de certaines activités. Cette consultation a permis de générer un total de 37 propositions portant sur les objectifs, 17 propositions sur les activités et 39 commentaires sur la faisabilité de l'implantation du modèle PDP dans un contexte de réadaptation au travail. Pour chaque groupe homogène, lorsque les réponses des participants du groupe étaient similaires, celles-ci étaient alors regroupées, dans le but de faciliter le déroulement de la rencontre.

Tableau 2 : Niveau d'accord des participants à la consultation individuelle sur les composantes du programme de PDP

<i>Énoncés</i>	Total N=39	Représentants de l'assureur n=19			Représentants de l'employeur n=9		Représentants syndicaux n=7	Travailleurs n=4
		SAAQ	CSST	Privé	Service santé	Sup. imm.		
Niveaux d'accords moyens (é. t.)								
<i>Énoncé 1</i> : Les objectifs présentés dans le schéma sont tous nécessaires et suffisants pour effectuer une prise de décision partagée en réadaptation au travail.	2,91 (0,51)	2,50 (0,58)	3,13 (0,64)	3,00 (0,63)	3,00 (0,00)	3,00 (0,00)	2,50 (0,58)	3,00 (0,00)
<i>Énoncé 2</i> : La formulation des objectifs est claire et concrète.	3,03 (0,58)	3,00 (0,82)	3,13 (0,64)	3,17 (0,41)	3,17 (0,41)	3,33 (0,58)	2,50 (0,58)	2,67 (0,58)
<i>Énoncé 3</i> : Les objectifs sont réalistes pour un contexte de prise de décision partagée en réadaptation au travail.	2,97 (0,59)	3,00 (0,82)	2,88 (0,64)	3,00 (0,63)	3,33 (0,52)	3,00 (0,00)	2,75 (0,50)	2,50 (0,71)
<i>Énoncé 4</i> : Les activités énoncées et présentées sont nécessaires et suffisantes pour atteindre les objectifs.	2,82 (0,68)	2,25 (0,96)	2,88 (0,64)	3,00 (1,10)	3,00 (0,00)	3,00 (0,00)	2,50 (0,58)	3,00 (0,00)

20 Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une - IRSST
 incapacité due à un trouble musculosquelettique persistant - Perspective des acteurs en
 réadaptation

Énoncé 5 : Le programme de prise de décision partagée tel que proposé peut s'intégrer aux pratiques actuelles en gestion d'invalidité.	3,09 (0,77)	3,00 (0,82)	3,00 (0,53)	3,17 (0,98)	3,33 (0,82)	3,33 (0,58)	2,50 (1,00)	3,50 (0,71)
---	------------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

La prochaine section expose les résultats qualitatifs qui ont émergé des discussions pour l'ensemble des acteurs. Ils seront présentés en fonction des objectifs énoncés dans le programme de PDP. Tous les objectifs n'ont pas systématiquement été discutés par tous les groupes, puisque la consultation individuelle préalable à celle des groupes suggérait de formuler des propositions en fonction des éléments identifiés comme problématiques. Par conséquent, un objectif jugé pertinent et clair peut ne pas avoir été discuté par un groupe. Si des convergences ou des divergences étaient exprimées par les différents acteurs, elles étaient exposées et discutées.

- Objectif 1 : Établir une alliance de travail entre le travailleur et le clinicien

Tous les acteurs s'accordent sur la nécessité d'établir une alliance de travail et sur la clarté de la formulation de cet objectif. L'activité est aussi jugée suffisante. L'alliance de travail est définie comme « l'expérience du patient d'un traitement ou d'une relation avec un thérapeute qui est aidante, ou potentiellement aidante, pour atteindre les buts du patient » [41]. Celle-ci se documente à partir d'un accord sur le but commun à atteindre, l'assignation d'une tâche ou d'une série de tâches pour atteindre le but et l'élaboration d'un lien émotif entre le travailleur et l'intervenant [42].

Plus précisément, pour tous les travailleurs, leur alliance avec l'ergothérapeute est primordiale puisque celui-ci est la personne qui leur consacre le plus de temps. Selon les travailleurs, l'ergothérapeute est le professionnel qui les connaît le mieux. Les représentants de l'assureur confirment que cette alliance doit être instaurée entre l'ergothérapeute et le travailleur. De leur côté, les représentants syndicaux considèrent que l'alliance entre l'ergothérapeute et le travailleur est d'autant plus importante qu'elle permet d'atténuer les doutes et les peurs du travailleur concernant sa condition. Selon eux, l'ergothérapeute est la personne la mieux placée pour aider le travailleur à prendre les bonnes décisions en vue de sa réadaptation. Les représentants des assureurs privés sont également d'accord avec ce dernier point, puisqu'ils se considèrent comme menaçants pour le travailleur (en tant qu'organisme payeur). Cette perception est appuyée par les travailleurs qui rapportent avoir plus de difficultés à nouer une alliance avec les représentants de l'assureur en raison, entre autres, de problèmes associés à la communication. Les travailleurs ont spécifié que l'alliance n'est pas acquise; elle doit se développer. Sans elle, la PDP pourrait, selon eux, se révéler difficile à implanter.

- Objectif 2 : Identifier la problématique faisant l'objet du processus de PDP

L'objectif a été jugé essentiel et formulé clairement par tous les acteurs lors de la consultation individuelle. Rappelons que tous les participants devaient également répondre à une question relative à ce qui devrait ou non faire l'objet d'un processus de PDP. Les points de vue de tous les acteurs convergent dans la même direction lorsque les décisions doivent porter sur des éléments problématiques liés au travailleur et sur lesquels il y aurait des actions à prendre (p. ex. : craintes, limitations). De plus, les représentants d'assureurs privés ont mentionné être aussi ouverts à ce que d'autres conditions de santé en comorbidité soient discutées, si celles-ci sont couvertes par le contrat d'assurance. Toujours en lien avec les types de décisions qui devraient être discutées, les modalités de retour au travail et le choix du traitement se sont révélés comme des thèmes convergents entre tous les acteurs. Les travailleurs y ont clairement vu une occasion d'établir, avec l'ergothérapeute, le programme de retour au travail dans le respect de leurs capacités et de leurs préférences. Les représentants syndicaux ont souligné l'importance de tenir compte des

exigences du poste et d'envisager des adaptations, si celles-ci pouvaient prévenir les rechutes. Pour les représentants des assureurs, il était cependant essentiel, pour la faisabilité, que les problèmes identifiés respectent les clauses contractuelles. Selon eux, discuter avec le travailleur de problèmes qui ne respectent pas les clauses contractuelles (p. ex. : difficulté du travailleur à surmonter un deuil) ou qui causent une ingérence chez l'employeur (p. ex. : conflits de travail) pourrait créer des attentes irréalistes de solutions chez le travailleur. Ces acteurs craignent alors un impact négatif sur l'établissement ou le maintien de l'alliance de travail entre le travailleur, l'ergothérapeute et les autres acteurs.

Les représentants syndicaux souhaitent aussi que la réalité et les contraintes du travail soient vérifiées préalablement auprès de l'assureur, par l'ergothérapeute. En ce sens, les assureurs privés ont suggéré d'ajouter une activité pour les ergothérapeutes, qui consiste en un contact systématique auprès du conseiller en réadaptation, dès le début d'une prise en charge, et ce, avant d'effectuer la PDP avec le travailleur. Pour systématiser ce contact, une ressource matérielle est suggérée. Le canevas d'entrevue (annexe 3) comporte plusieurs questions qui permettent de noter les composantes essentielles du contrat d'assurance, de la réalité ou des contraintes de l'employeur ou concernant la problématique entourant l'invalidité du travailleur et son retour au travail. Les représentants d'assureurs privés ont suggéré les questions à insérer au canevas d'entrevue. Par la suite, ces questions ont été présentées aux groupes d'assureurs publics subséquents. Le principe d'un canevas d'entrevue pour systématiser la collecte d'information de l'ergothérapeute auprès des assureurs a été jugé pertinent. Le contenu a cependant été adapté à la réalité des assureurs publics.

- **Objectif 3 :** Identifier les déterminants (obstacles/facilitants) de l'incapacité au travail

Les résultats des différents groupes confirment la pertinence, la clarté de l'objectif 3 et la suffisance des activités proposées. L'ensemble des acteurs est d'accord avec certains facteurs liés au travailleur ou à son travail qui pourraient influencer le processus décisionnel et, ultimement, le retour au travail. Par conséquent, cette reconnaissance soutient la pertinence d'évaluer ces déterminants. Certains déterminants importants ont d'ailleurs été soulignés, comme les pertes reliées à l'emploi ou aux capacités (assureurs), les inquiétudes des travailleurs quant aux regards des collègues par rapport à leur limitation (travailleurs) ou encore à la perte de revenu (travailleurs). En effet, pour les assureurs publics, il est important d'étudier et de considérer les pertes ressenties par le travailleur, car celles-ci pourraient influencer son désir de retour au travail. Ces pertes peuvent résulter de la présence d'importantes limitations physiques ou psychologiques ou encore des modifications importantes apportées à son poste de travail pendant l'absence du travailleur. Les travailleurs reconnaissent en partie l'influence des limitations sur le retour au travail en mentionnant leurs inquiétudes par rapport aux regards que les autres portent sur eux. Ils disent subir beaucoup de pression et voient ces inquiétudes comme un obstacle à leur retour au travail. De plus, certains travailleurs mentionnent le stress causé par le fait de ne plus pouvoir faire des heures supplémentaires, lorsqu'ils ne peuvent travailler qu'à temps partiel, alors qu'ils sont le seul soutien de famille. Pour les travailleurs, l'absence de possibilité d'accommodements au travail, par exemple le fait de modifier les horaires pour faciliter le voyage ou encore la gestion du sommeil, s'est avérée particulièrement difficile lors de leur retour au travail.

Des représentants de l'employeur ont aussi observé que certains travailleurs peuvent sous-estimer leur condition, en voulant absolument revenir au travail à temps plein, ce qui peut en définitive influencer le processus décisionnel. Ainsi, la majorité des acteurs souligne la pertinence de l'activité qui consiste à échanger des informations avec les acteurs clés impliqués, afin d'effectuer une triangulation de l'information fournie par le travailleur auprès d'autres acteurs. Par exemple, les représentants syndicaux ont souligné l'importance de documenter plus en profondeur les perceptions du travailleur en lien avec la douleur, afin de cibler et de discuter d'éléments modifiables :

Faut être à l'écoute, quelque part, puis vérifier. Pas juste dire, ah, bien, regarde, c'est une perception que t'as. Va falloir que tu changes ça, tu sais, tu vas vivre avec ta douleur. Moi, j'ai souvent entendu, dans le cadre des visites de réadaptation, un travailleur qui dit, bien moi, je pense que je ne serai pas capable de faire celle-là [tâche]. Non, non, mais... parce que ça me fait vraiment mal. Non, mais là, le conseiller, dire, mais oui, mais, euh, la douleur, vous allez toujours en avoir, monsieur. Non, soyez à l'écoute, là. Essayez de comprendre pourquoi cette tâche-là, y en a peur. Comment elle se fait, cette tâche-là, qu'est-ce que ça implique? Non, à la place, on dit : bien monsieur, vous allez vivre avec vos douleurs. Tu sais. Non. C'est pas ça. S'il y a une perception, c'est qu'y a quelque chose derrière la perception (...) Pas juste penser que c'est une perception puis qu'on va changer sa perception (...) Y faut changer la cause de sa perception. Aller chercher les causes puis tenter de les éliminer. (Représentant syndical, groupe 2).

- **Objectif 4 :** Identifier un objectif commun pour le retour au travail

Cet objectif est perçu essentiel et pertinent par tous les acteurs. Un travailleur mentionne très clairement son utilité de la façon suivante :

... y avait aussi, également, des documents qu'on avait préparés ensemble, qui expliquaient vraiment c'était quoi mes objectifs, puis qu'est-ce que je visais. Puis je... j'aimais beaucoup ça, parce que ça... vraiment, ça permettait de voir qu'est-ce qui se passait sur papier. (Travailleur, T25).

Par ailleurs, les assureurs publics ont l'impression de n'apparaître dans le processus qu'à partir de ce moment étant donné que ce n'est qu'au regard de cet objectif qu'un rôle leur est attribué. De plus, le groupe d'assureurs privés dit ne pas se reconnaître dans cet objectif, se sentant « en périphérie » du processus de prise de décision partagée. D'après eux, il est important de s'assurer que ce n'est pas juste un objectif entre l'ergothérapeute et le travailleur, mais bien un objectif commun à tous les acteurs. Ils ajoutent qu'ils devraient être considérés comme l'intervenant pivot pour l'ensemble de la démarche. Les représentants syndicaux éprouvent une inquiétude à l'égard de l'objectif commun soit que celui-ci risque d'être teinté par le mandataire (ex. assureur), ce qui pourrait biaiser le processus de PDP. Ces acteurs pensent qu'il est illusoire que le mandat (ex. retour au travail précoce) ne se reflète pas dans la formulation de l'objectif.

Les travailleurs préfèrent établir leurs objectifs avec l'ergothérapeute uniquement. À cet égard, leur point de vue diverge de celui des autres acteurs. En effet, les représentants de l'assureur souhaitent ajouter les mots *entre tous les acteurs* dans la formulation de cet objectif. Les représentants syndicaux sont en accord avec cette idée et souhaiteraient intervenir à cette étape-ci

du processus si la personne est syndiquée. Pour les représentants de l'employeur, il est important que tous s'entendent sur un objectif commun même si chacun a un rôle ou des enjeux différents et prend des moyens distincts pour y arriver. Cela permettrait aussi de soutenir, selon eux, l'atteinte ou le maintien d'un objectif commun. Pour les assureurs, cet ajout leur permettrait de participer à ce processus puisque, dans leur perspective, la décision finale leur appartient. Toutefois, d'autres représentants d'assureurs publics et privés reconnaissent que l'établissement de cet objectif doit aussi être fait dans une démarche collaborative. Pour ces deux groupes d'acteurs, l'adhésion du travailleur à l'objectif commun est essentielle pour obtenir des résultats. Il est donc souhaitable, au besoin, de fournir davantage d'explication au travailleur lorsque celui-ci exprime certaines réticences. Même si les assureurs vivent différentes contraintes qui peuvent limiter le choix des options, ils tiennent à ce que le travailleur fasse partie du processus qui vise à déterminer un objectif particulier.

Lors des discussions sur les objectifs communs, il existe une certaine divergence des acteurs sur ce qu'ils doivent contenir. Par exemple, pour le travailleur, ses capacités à pouvoir soulever une charge précise, à accomplir une journée de travail complète, à faire des tâches à la maison ou encore simplement à pouvoir dormir normalement doivent être abordées avant même de penser à un retour au travail. Les acteurs sont en fait tous unanimes sur l'importance de ce type d'objectif lié au développement des capacités, même s'ils craignent qu'il contribue à dévier ou à retarder le retour au travail, si leur contenu n'est pas clairement en lien avec le travail. Ce qui peut nuire à l'identification d'un objectif commun, pour des assureurs publics, est la croyance, dans certains cas, que le but visé par un travailleur n'est pas toujours de retourner promptement au travail.

- Objectif 5 : Rendre la décision explicite

L'ensemble des acteurs a perçu la nécessité de déterminer un objectif qui consiste à faire comprendre au travailleur qu'il a une décision à prendre à ce moment-ci. Les acteurs ne proposaient pas toutefois d'activités à ajouter à l'objectif. Pour leur part, les travailleurs et les représentants des assureurs ont trouvé que l'objectif était difficile à comprendre. À cet effet, il a été proposé de remplacer le mot « explicite » par le mot « claire ». Initialement, lors de la consultation individuelle, certains assureurs publics confondaient « explicite » avec « exécutoire », ce qui laissait peu de marge de manœuvre pour modifier l'objectif, comme l'indique la prochaine citation :

Mais c'est peut-être là que ça bogue aussi, entre les ergos puis nous autres. Parce que nous, là, la décision, quand est explicite, bien, est exécutoire, puis des fois les ergos, y changent en cours de route, là. Il y a plein de petites affaires qui changent, là, qui nous agacent, là. Mais c'est parce que nous, c'est exécutoire (...) Quand la décision est explicite, là, c'est là que j'établis mon contrat. Tu comprends que le lendemain, si y a des choses qui affectent, puis qu'on se rend compte que... Bien, nous on modifie pas » (Assureur public, groupe 2, participant 3).

- Objectif 6 : Évaluer les déterminants qui influencent la décision du travailleur

Les acteurs, à l'exception des représentants syndicaux, ont alimenté une discussion sur la nécessité et la clarté de cet objectif. La discussion portait sur certaines incompréhensions qui étaient ressorties lors de la consultation individuelle. Après clarification de l'objectif pendant les

groupes, les travailleurs et les employeurs n'ont pas suggéré d'ajout ou de modifications. Par contre, les représentants de l'assureur proposent de le fusionner avec d'autres objectifs (p. ex. : 6, 7 et 8 ou 3 et 6) pour limiter le nombre d'objectifs. Cependant, la pertinence de l'objectif a été perçue comme étant importante par tous les acteurs.

- Objectif 7: Identifier et évaluer les options

L'à-propos de cet objectif fait clairement l'unanimité auprès des acteurs. Par contre, certains assureurs publics aimeraient qu'on y ajoute les mots *avec tous les acteurs impliqués* » dans les activités pour s'assurer que tout le monde puisse partager cette information et non seulement l'ergothérapeute. Dans les faits, tous les acteurs souhaitent être consultés dès le début du processus pour s'assurer qu'il n'y ait pas de barrières, tant administrative que financière ou contractuelle dans le choix des options. Par contre, les travailleurs ne souhaitent pas impliquer tous les acteurs lors d'une rencontre destinée à une prise de décision partagée. Pour les représentants du syndicat, bien souvent, le travailleur peut avoir de la difficulté à s'exprimer. Cette discussion pourrait alors avoir lieu entre le travailleur et l'ergothérapeute. Toutefois, les assureurs et employeurs souhaitent qu'un contact préalable à la rencontre soit établi avec les acteurs. En effet, selon les assureurs publics représentés, lorsque ceux-ci se réfèrent au programme de réadaptation, ils ont déjà en tête certaines options à présenter en fonction des balises assurantielles ou des contraintes de l'employeur. Pour les représentants du syndicat, la convention collective doit aussi être prise en considération lorsque l'on détermine une option. Dans plusieurs établissements, les représentants syndicaux sont automatiquement prévenus par l'employeur lors d'un accident, comme le prévoit le libellé de la convention collective. Par contre, ceci n'est pas représentatif de toutes les entreprises. Selon eux, l'expérience montre qu'une intervention dès le début est bénéfique pour tous et évite de créer des attentes irréalistes chez le travailleur. De surcroît, l'obtention de certains postes est souvent conditionnelle au suivi d'une formation obligatoire ou à l'ancienneté, par exemple. Pour les représentants syndicaux, il devrait donc y avoir un consensus sur la détermination des options et leur évaluation. À cet égard, les acteurs proposent qu'il y ait une personne qui rallie les acteurs pour s'assurer que ceux-ci sont au courant des éventuelles options.

Tu sais, c'est sûr qu'y a des échanges d'information. L'ergo va m'appeler en cours de route pour me dire telle, telle affaire. Moi, je vais parler à ma personne accidentée en cours de programme, je vais parler à l'employeur, la personne accidentée va appeler son employeur. Tu sais, l'équipe elle-même, toute seule, là, l'équipe interdisciplinaire de la clinique va se faire à l'interne, à toutes les semaines ou de temps en temps, des discussions de cas, y vont échanger sur le patient, tous les acteurs impliqués, ou en tout cas, le plus possible, là, on n'a peut-être pas toujours le syndicat, puis la famille, puis l'employeur, mais tu sais, une fois de temps en temps, comme on disait, nous, en tout cas, y a au moins une fois dans le programme, une rencontre où est-ce qu'on s'assoit, tout le monde, puis qu'on... on revoit, là... Non, c'était plus dans ce sens-là que je retrouvais pas la notion de... euh... tous les acteurs impliqués, là » (Assureur public, groupe 2, participant 2).

Les représentants syndicaux soulignent l'importance de prendre en compte les valeurs du travailleur dans le choix et l'évaluation des options. Ceux-ci craignent que les décisions soient

uniquement basées sur les limitations fonctionnelles du travailleur. La prochaine citation origine d'un représentant qui relate les propos d'un travailleur.

Je suis Témoin de Jéhovah, je peux pas travailler sur des pièces militaires (...) si j'ai un département, bon, on fait des moteurs d'avion, c'est militaire, bien, faut je le sorte de là, parce qu'y pourrait être localisé là, mais si la personne, l'intervenant le sait pas, y a beau être...l'ergothérapeute a beau dire, non, non, tu fitterais bien là, tu comprends, c'est tout ça » (Représentant syndical, groupe 1).

- **Objectif 8 :** Atteindre un accord sur l'option qui doit être choisie

La nécessité de cet objectif est reconnue par l'ensemble des participants. Par contre, les assureurs ajouteraient la mention « entre tous les acteurs » pour s'assurer d'une action concertée, comme mentionné précédemment.

- **Objectif 9 :** Identifier les moyens à mettre en place (plan d'action) pour l'option choisie

Travailleurs et employeurs jugent pertinent et essentiel cet objectif puisqu'il permettra d'établir une entente commune sur les actions à poser, surtout s'il y a un document écrit illustrant les moyens recommandés. La citation d'un travailleur illustre cet aspect.

C'est vraiment ce rôle-là, c'est de préparer, dans le fond, un papier ou un document, vraiment, rendant le programme explicite. Fait que comme ça, une fois qu'y est sur papier, des fois, pour les gens, ça rend ça vraiment plus clair, puis ça permet aussi de voir qu'est-ce qui se passe, puis de faire oui, c'est ça que je veux » (Travailleur, T25).

Pour les représentants de l'employeur, l'ajout d'une ressource matérielle, comme un document écrit, pourrait également permettre de préciser les rôles de chacun lors de la détermination des moyens à mettre en place. Ils souhaiteraient même que ce document soit la base d'un contrat thérapeutique. Ce contrat thérapeutique a aussi été discuté par les assureurs publics. Pour ces acteurs, le contrat thérapeutique servait à définir les rôles et responsabilités, de même que les sanctions advenant un non-respect de celui-ci.

Bien qu'il juge l'objectif essentiel, un groupe d'assureurs publics estime qu'ils devraient être la personne-ressource pour mettre en place les moyens, comme indiqué par la citation suivante.

La journée où est-ce qu'y va y avoir un plan... Je regarde, par exemple, plan d'action avec partage des responsabilités. C'est sûr que le conseiller devrait être là avec le clinicien et le travailleur, pour encadrer, ne serait-ce que le cadre légal de tout ce qui s'en vient, de voir si y comprend bien les objectifs, pourquoi on est là, et tout. Alors que si on regarde votre modèle, ça semble entre le travailleur ou même le clinicien, moi, dans votre programme, ça pourrait quasiment être nous, finalement, à la longue, là. Ça pourrait quasiment être nous, les conseillers en réadaptation. C'est un peu... Donc, c'est un petit peu ça qui me dérangeait aussi, un petit peu, dans le processus. » (Assureur public, groupe 1, participant 1)

Une précision quant à la mise en place des moyens s'imposait selon les représentants de l'employeur. La préparation du retour au travail devrait s'effectuer à l'avance et le plan nécessiterait d'être explicite pour permettre à l'employeur d'être bien au fait de la situation du travailleur. Selon leur expérience, l'employeur apprend souvent au dernier moment le retour au

travail du travailleur, ce qui peut perturber l'organisation du travail. Dans le même sens, les représentants syndicaux considèrent essentiel d'informer l'équipe avant le retour ou la reprise du travail que le travailleur n'aura pas les mêmes capacités qu'avant sa lésion professionnelle. Conséquemment, la répartition du travail devra être planifiée. Il est donc suggéré spécifiquement par les supérieurs immédiats que tous les éléments concernant le retour au travail mentionnés dans les prochains paragraphes soient discutés au préalable entre le travailleur et l'ergothérapeute, et que les autres acteurs soient informés des décisions. Seuls les supérieurs immédiats du travailleur soulignent avoir besoin d'un plan de retour précis pour connaître au préalable les limitations du travailleur et les éventuelles modifications à apporter à son poste de travail.

- Retour progressif : permettre la possibilité d'alterner les périodes de réadaptation (3 jours par semaine) et activités de travail (2 jours par semaine). Cela permettrait au travailleur de faire un retour avec l'ergothérapeute sur ce qui est vécu au travail et de pouvoir s'y adapter. Notons que certains supérieurs immédiats refusent un retour au travail si celui-ci comporte moins de trois jours par semaine et demandent que l'état de santé de l'employé soit stabilisé. Cette attitude s'expliquerait par le fait que les supérieurs immédiats doivent planifier l'organisation du travail, surtout lorsque les tâches de la personne absente doivent être réparties entre les autres collègues.
- Intégrer graduellement les tâches de travail durant la réadaptation pour anticiper une réaction éventuelle du travailleur.
- Déterminer les possibilités d'aménager le poste de travail pour rendre la tâche ou le poste mieux adapté aux limitations du travailleur (par ex. : hauteur des tablettes, des chaises...). Les aménagements, si minimes soient-ils, s'avèrent souvent profitables en ayant un impact positif sur la faisabilité d'une option.

Différents obstacles à l'implantation de l'objectif 9 ont été mentionnés. Par exemple, les représentants de l'employeur mentionnent que certaines relations interpersonnelles au travail peuvent se détériorer durant la réadaptation et engendrer des inquiétudes chez le travailleur. Ce point est appuyé par les assureurs publics, qui savent que le retour peut s'avérer difficile lorsqu'un travailleur apprend, par exemple, que son employeur y est réfractaire. Les représentants syndicaux mentionnent à cet effet que le travailleur n'est pas toujours apprécié par ses collègues; il arrive souvent qu'il soit critiqué durant son absence. Par conséquent, les représentants syndicaux mentionnent l'importance de sensibiliser l'employeur à cet égard afin qu'il se préoccupe de l'état du travailleur et qu'il lui offre un accueil adéquat. Un autre obstacle ou une crainte perçue par les représentants de l'employeur est une potentielle ingérence de l'ergothérapeute, lorsqu'il y a un conflit de travail.

- Objectif 10 : Implanter le plan d'action au sein du programme de réadaptation avec les acteurs clés

L'objectif est considéré par l'ensemble des acteurs comme essentiel et pertinent pour une prise de décision partagée. Les représentants de l'employeur apportent cependant comme nuance qu'ils préfèrent plutôt qu'une activité de suivi du plan d'action soit effectuée tout au long du processus (au début, au milieu et à la fin), pour s'assurer que les informations circulent entre tous les acteurs. Dans le cas des supérieurs immédiats, ceux-ci préféreraient être contactés par le Service des ressources humaines pour s'assurer de l'aspect légal des options à mettre en place. Ils perçoivent donc que le contact à ce moment avec l'ergothérapeute n'est pas essentiel. Il

suffirait de lui envoyer un courriel pour qu'il puisse vérifier les moyens à mettre en place, puisqu'il n'aura plus qu'à confirmer son accord par la suite. Pour les représentants des assurances, les modalités préférées de suivis variaient d'une personne à l'autre. En ce sens, il a été recommandé et soutenu par la majorité des acteurs, que l'ergothérapeute vérifie *a priori* auprès du conseiller en réadaptation le type de suivi souhaité par celui-ci et avec quelle personne-ressource (p. ex. : coordonnateur clinique, ergothérapeute, etc.).

- Objectif 11 : Maintien de la PDP

Le maintien dans le temps de la décision qui a été prise a été jugé pertinent par tous les acteurs.

- Objectif longitudinal : Maintenir une alliance de travail et s'assurer d'une compréhension commune entre tous les acteurs

Les représentants de l'assureur (assureurs publics) perçoivent que le maintien de l'alliance peut être fragile et pour ne pas la mettre en péril, l'ergothérapeute devrait œuvrer auprès du travailleur dans une certaine limite, sans le brusquer :

Elle a un lien de confiance avec le client que... au-delà d'une certaine limite, elle ne peut pas brusquer... aller au-delà, parce que sinon, elle risque de mettre en péril son alliance thérapeutique, elle est un peu limitée par ça.
(Assureur public, groupe 2, participant 1).

Les représentants de l'assureur et de l'employeur (bureau ou service de santé) insistent sur la nécessité d'établir une alliance, mais surtout de la maintenir tout au long du programme. Les représentants de l'employeur (bureau ou service de santé) soutiennent spécifiquement l'obligation de s'assurer d'une compréhension commune et d'une action concertée de tous les acteurs. La prochaine citation évoque les propos d'un représentant d'un assureur public sur l'importance de la compréhension commune.

Au moins qu'on parle tous la même affaire. Puis moi je trouve que c'est la transparence (...) c'est toi qui a eu un accident, mais on va tous parler ensemble de qu'est-ce qui se passe pour pas que ce soit biaisé, déformé, ou quoi que ce soit. (Assureur public, groupe 1, participant 2)

5.3 Synthèse des résultats et conclusions pour l'objectif 1

En fonction des résultats obtenus et des suggestions émises, l'équipe de chercheurs a dû se positionner sur les modifications à apporter au programme de PDP. Deux éléments importants ont guidé ses choix. Le premier étant un principe de parcimonie pour éviter de surcharger le programme. Le deuxième est le fait que, dans la pratique clinique de la réadaptation au travail, les acteurs autres que les ergothérapeutes ne se feraient pas remettre une copie du programme de PDP. Les autres acteurs sont certes appelés à participer aux activités effectuées par les ergothérapeutes, mais ils ne sont pas les instigateurs du volet clinique de la réadaptation. Il faut cependant que les acteurs puissent être à même d'observer l'atteinte des objectifs. À titre d'exemple, l'assureur devrait être en mesure d'évaluer si un objectif ou un plan d'action commun a été établi et si les mécanismes de suivis et de communication sont satisfaisants.

Globalement, le programme de PDP en réadaptation au travail a été bien accepté par les acteurs. Ce sont surtout des nuances dans l'opérationnalisation du programme qui ont été apportées, afin de favoriser la faisabilité de son implantation. En ce qui concerne l'ajout de la mention « entre tous les acteurs » la modification n'a pas été effectuée pour les objectifs 4 et 7. À la base, ce que les acteurs demandaient était d'atteindre un objectif et un plan d'action communs. Dans cette perspective, l'objectif longitudinal actuel inclut de maintenir une alliance de travail entre tous les acteurs. L'alliance de travail comprend entre autres l'atteinte d'un but et l'application d'un plan d'action communs. Par conséquent, deux indicateurs ont été ajoutés à l'objectif longitudinal, soit le niveau d'accord sur le but et sur le plan d'action entre tous les acteurs. Ces nouveaux indicateurs apparaissent dans la nouvelle version du programme de PDP à l'annexe 5. L'activité demandée par les assureurs, qui souhaitaient que tous les acteurs participent à la rencontre de PDP, n'a pas été retenue. Premièrement, les travailleurs ont clairement exprimé leur désaccord concernant l'inclusion de tous les acteurs à une rencontre de prise de décision partagée. À cet égard, les représentants du syndicat ont fait valoir que le travailleur pourrait avoir du mal à s'exprimer devant tous les acteurs. Afin d'éviter d'intimider le travailleur par la présence de plusieurs personnes, le choix a été fait de limiter l'accès à la rencontre à la dyade ergothérapeute/travailleur et ainsi miser sur l'établissement de l'alliance de travail (jugée essentielle par tous) pour soutenir le travailleur dans son processus décisionnel. Néanmoins, pour s'assurer que la prise de décision partagée respecte les balises liées au contrat d'assurance et les contraintes de l'employeur, la suggestion du canevas d'entrevue a été retenue. Cette ressource matérielle apparaît à l'objectif 2, à l'annexe 5.

Une suggestion de quelques participants de remplacer les termes « rendre la décision explicite » par « rendre la décision claire » a été formulée, mais non retenue. Dans l'esprit de la prise de décision partagée, une des composantes essentielles est de mentionner qu'il y a une décision à prendre et d'identifier plusieurs options, car sans ce choix, il n'y a pas lieu de faire une PDP. Par conséquent, les termes « rendre la décision claire », changerait le sens de l'objectif. La suggestion de quelques participants de fusionner les objectifs 6, 7 et 8 ou 3 et 6 a également été rejetée, puisque chacun des objectifs a été jugé essentiel, et ce, par tous les acteurs. Le regroupement ferait en sorte que la mesure des objectifs serait plus complexe à réaliser. Finalement, il a été suggéré par une minorité de participants d'ajouter un contrat thérapeutique à l'objectif 9. Cette idée, bien que très intéressante, n'a finalement pas été retenue. Lors des discussions, il est ressorti que la représentation de ce qu'est un contrat thérapeutique variait selon les acteurs et la portée pouvait aller aussi loin que de sanctionner les cas de non-respect. Les sanctions iraient à l'encontre de l'approche de prise de décision partagée. Soulignons que la clarification des rôles de chacun et la mise en place du plan d'action étaient déjà prévues au programme au chapitre des indicateurs et respectent donc la suggestion des acteurs de l'intégrer. Une nouvelle version du programme de PDP, qui tient compte de ces ajouts, est présentée à l'annexe 5.

Avec l'évaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité de l'implantation effectuée, la prochaine étape est de mettre en œuvre la PDP pour en évaluer l'effort d'implantation et l'impact du contexte sur la satisfaction et le retour au travail. Au préalable, une formation était prévue dans laquelle les nuances de même que l'importance de préparer le retour au travail à l'avance pour l'employeur ont été intégrées.

6. MÉTHODOLOGIE POUR LES OBJECTIFS 2 ET 3 : ÉVALUER L'EFFORT D'IMPLANTATION ET EXPLORER L'IMPACT DU CONTEXTE SUR LA SATISFACTION ET LE RETOUR AU TRAVAIL

6.1 Devis

L'effort d'implantation correspond à l'écart entre ce qui est prévu et ce qui est réellement réalisé [43]. Cet écart est étudié, non pas dans une perspective d'observance des lignes directrices, mais dans le but de comprendre et de déterminer les éléments qui nécessiteront d'être traités à l'avenir pour favoriser une implantation optimale à une plus grande échelle [44]. Il s'agit donc de connaître le degré d'implantation du programme et ses déterminants contextuels. L'étude de cas multiples [45] a été retenue, car elle permet d'étudier la complexité de chaque cas et l'interaction entre les acteurs concernés [46]. Le cas où l'unité d'analyse se définit comme la dyade ergothérapeute et travailleur ayant un TMS persistant causant une incapacité au travail. Le contexte se situe dans des centres de réadaptation avec lesquels différents acteurs (assureurs, employeurs et syndicats) sont appelés à collaborer. Selon les différentes typologies d'approches de recherche en implantation de programme, cette étude se situe dans la catégorie qui est centrée sur le contenu du programme et qui a une visée explicative [47]. Cette approche permet d'utiliser un nombre appréciable de données colligées dans le temps pour faire ressortir les principaux facteurs liés à l'implantation. Ces derniers sont ensuite mis en relation avec les résultats recherchés, c'est-à-dire la satisfaction et le retour au travail [47]. Pour chaque cas, différentes sources d'information ont été identifiées : auprès du travailleur et de l'ergothérapeute formant la dyade, et des acteurs intervenant auprès du travailleur de la dyade, c'est-à-dire l'employeur, le représentant du syndicat et le conseiller en réadaptation.

Il est à noter qu'avant d'implanter le programme de PDP au sein des programmes de réadaptation des centres participants, une formation sur la PDP a été offerte aux ergothérapeutes dans le cadre du volet financé par le FRQS [48]. Les détails de celle-ci ne seront donc pas présentés dans le présent rapport.

6.1.1 Recrutement des cas et contexte

Les cas proviennent des centres de réadaptation de la grande région de Montréal et de l'Estrie pour lesquels les coordonnateurs de programme ont accepté de participer. Ces centres ont été choisis puisqu'ils offrent des programmes de réadaptation au travail similaires, mais aussi pour bénéficier de l'expertise variée des différents référents (assureurs publics et privés). Ces centres ont d'ailleurs participé à l'objectif 1 de l'étude, dans le cadre de l'étude financée par le FRQS [34]. Le point de départ de la constitution des cas était des ergothérapeutes qui ont répondu à une invitation. Huit d'entre eux ont accepté; ils présentaient les caractéristiques recherchées, soit : avoir minimalement deux ans d'expérience en réadaptation au travail avec une clientèle présentant des TMS. Ils devaient aussi accepter de suivre une formation de 20 heures en lien avec le programme de PDP, sur leurs heures de travail, tel que convenu avec leur employeur.

Selon les centres, les coordonnateurs cliniques ou les ergothérapeutes identifiaient directement les travailleurs potentiels pour former la dyade et ainsi constituer le cas. Les travailleurs devaient être âgés de 18 à 64 ans, être en arrêt de travail depuis plus de 12 semaines en raison d'une douleur associée à un TMS et commencer un programme de réadaptation au travail. Pour favoriser la validité externe, seuls les travailleurs souffrant d'un TMS spécifique (maladie métabolique, néoplasie, inflammation ou infection de la colonne) ont été exclus.

Les coordonnateurs ou les ergothérapeutes demandaient l'autorisation du travailleur pour qu'un agent de recherche communique avec lui, pour lui présenter l'étude. Advenant l'intérêt du travailleur à y participer, l'agent de recherche avait comme tâche de rencontrer la personne afin de répondre à ses questions, de lui faire signer le formulaire de consentement, qui avait été préalablement approuvé par les comités d'éthique de la recherche des centres participants, et de remplir les questionnaires. Cette façon de procéder permettait de distinguer clairement le processus de la recherche des interventions cliniques habituelles.

Avec l'accord du travailleur, les acteurs ayant une influence sur sa démarche de réadaptation au travail ont été sollicités par la suite. Pour ne pas priver un travailleur du processus de PDP et maximiser la validité externe, l'accord pour la participation des autres acteurs ne constituait pas un critère d'inclusion à l'étude. Dans le cas où un même acteur était engagé dans plus d'une démarche de réadaptation au travail, celui-ci devait à chaque fois signer un nouveau formulaire de consentement.

Pour déterminer le nombre de cas et disposer d'un éventail diversifié, trois centres de réadaptation et une clinique privée ont été choisis. Deux centres étaient situés en région urbaine et un en région plus rurale. L'ensemble de ces centres permettait de recruter environ huit ergothérapeutes. Il était souhaité de permettre à chaque ergothérapeute de se familiariser avec le programme et d'avoir environ cinq entretiens de prise de décision partagée. Un nombre plus élevé aurait généré une trop grande quantité d'information ce qui aurait eu pour effet de limiter la profondeur de la compréhension [49]. En dernier lieu en fonction de ces éléments, 40 cas ont été visés.

6.1.2 Collecte de données

Pour les sources d'information, différentes méthodes ont été utilisées pour mesurer le niveau d'atteinte de l'objectif du programme de PDP en fonction des indicateurs choisis. Un total de 49 indicateurs fait partie du nouveau programme de PDP. À l'annexe 5, un outil identifié par un chiffre entre parenthèses est accolé à chaque indicateur. Un même outil peut servir à plusieurs indicateurs. Par conséquent, afin d'alléger la présentation de la collecte de données, les numéros associés aux outils sont illustrés dans le tableau 3. L'annexe 1 présente chaque outil et ses propriétés métrologiques, selon le numéro attribué.

Tableau 3 : Sources et méthodes utilisées pour la collecte

Source	Méthode	Moment de mesure	No. de l'outil (annexe 1)
Travailleur	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaires auto-administrés • Observation de l'entretien de PDP enregistré sur bande audio • Entrevue individuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la PDP • Après la PDP • À la fin du programme de réadaptation • Lors de l'entretien de PDP • À la fin du programme de réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> • 5, 6, 7 • 3, 4, 7, 9 • 3,5, 6, 10, 11, 12 • 1, 2, 8 • 14, 15
Ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaires auto-administrés • Observation de l'entretien de PDP enregistré sur bande audio • Entrevue individuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Après la PDP • À la fin du programme de réadaptation • Lors de l'entretien de PDP • À la fin des prises en charge de tous ses travailleurs 	<ul style="list-style-type: none"> • 3, 7, 9 • 3, 13 • 1,2, 8 • 15
Employeur	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue individuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • À la fin du programme de réadaptation du travailleur concerné 	<ul style="list-style-type: none"> • 15
Syndicat	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue individuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • À la fin du programme de réadaptation du travailleur concerné 	<ul style="list-style-type: none"> • 15
Assureur	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue individuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • À la fin du programme de réadaptation du travailleur concerné 	<ul style="list-style-type: none"> • 15

6.1.3 Formation des ergothérapeutes au programme de PDP

Dans le cadre des travaux financés par le FRQS, une approche théorique basée sur le programme de PDP en réadaptation a été utilisée pour développer la formation. [50]. Les objectifs de la formation ont été déterminés et confirmés à l'aide d'experts dans chacun des domaines couverts par l'alliance de travail, la prise de décision partagée et la gestion de conflits. La formation s'est déroulée durant les heures de travail. Deux vagues de formation ont été effectuées. Des ateliers interactifs de trois blocs de trois heures chacun avec lectures préalables (11 heures) ont eu lieu aux printemps 2010 et 2011. Les trois blocs ont porté respectivement sur l'alliance de travail, la prise de décision partagée et la résolution de conflits en contexte de prise de décision. Les deux premiers blocs ont été animés par une psychologue et le dernier par un consultant psychologue et conseiller en ressources humaines agréé et spécialisé dans la gestion de conflits. Finalement, un cadre conceptuel a été déterminé pour guider l'élaboration et l'évaluation de la formation interprofessionnelle [51, 52].

6.1.4 Programme de réadaptation au travail

Le programme de PDP a été implanté au sein des centres participants qui offraient un programme de réadaptation au travail similaire, basé sur les données probantes. Les programmes interdisciplinaires de réadaptation qui ont été offerts sont centrés sur le traitement de l'incapacité, plutôt que sur la douleur. Une approche centrée sur le client est préconisée. Les activités du programme de réadaptation reposent, entre autres, sur le modèle des peurs et de l'évitement [53, 54]. Parmi les composantes du programme, on retrouve : 1) la technique d'éducation et la rassurance du travailleur qui visent à modifier les interprétations dramatiques; 2) la remise en forme qui permet de réduire le déconditionnement physique; 3) la réactivation qui vise à diminuer les peurs et les comportements d'évitement de la douleur; 4) la gestion de la douleur et du stress qui permet de favoriser l'adoption de comportements adaptatifs. Des stratégies de résolution de problèmes sont également mises de l'avant pour réduire l'impact des facteurs biopsychosociaux influençant négativement le retour au travail. Une particularité de ces programmes est d'inclure un retour thérapeutique au travail, c'est-à-dire un retour progressif et supervisé au travail par une équipe ou minimalement par un ergothérapeute [55]. Ces programmes sont basés sur le modèle de Sherbrooke [56] et durent en moyenne 12 semaines. Une autre spécificité de ces programmes est l'étroite collaboration visée entre les professionnels de santé (ergothérapeute ou équipe clinique), le travailleur, le conseiller en réadaptation, l'employeur, le médecin traitant et l'environnement social du travailleur, incluant les représentants syndicaux s'il y a lieu. Les principales étapes des programmes de réadaptation sont : l'évaluation diagnostique initiale, la phase clinique et le retour thérapeutique au travail, qui inclut l'exposition graduée au travail. La PDP devait être réalisée lors de la première semaine de la réadaptation au travail, à la suite de l'évaluation diagnostique initiale.

6.1.5 Analyse des résultats

6.1.5.1 Analyses intracas

D'abord des analyses intracas ont été effectuées afin d'établir pour chaque cas, le niveau d'implantation de chaque objectif du programme de PDP comme mesuré par les indicateurs définis en fonction des différentes sources d'information. Au sein du programme de PDP, 49

indicateurs ont été définis, mais dans certains cas, plus d'une mesure est utilisée pour un indicateur, de telle sorte que le programme totalise 56 scores d'implantation. Selon la technique décrite par Yin [45], une matrice d'analyse a été élaborée contenant les objectifs, les indicateurs, leurs mesures et la façon d'interpréter le score pour établir un niveau d'implantation, soit une implantation complète (score de 1), presque complète (score de 0,75), partielle (score de 0,50), minimale (0,25) ou aucune implantation (score de 0). Cette matrice, présentée à l'annexe 6, a fait consensus auprès des six chercheurs de l'étude.

Peu détaillée à l'annexe 6, l'analyse de la grille d'observation OPTION [57] pour les sources d'information provenant du travailleur et de l'ergothérapeute sera explicitée ci-dessous. L'analyse avec cette grille s'effectue à partir du verbatim transcrit et de l'écoute de l'entrevue audio. Deux professionnelles de recherche et la chercheuse principale ont d'abord consulté le guide de formation de la grille [58] et ont ensuite été supervisées par le coordonnateur d'une équipe de recherche d'une des cochercheuses ayant une vaste expérience avec la grille. Les deux évaluatrices indépendantes ont écouté les bandes audio des entretiens, pour ensuite lire les verbatim retranscrits et remplir la grille. Pour les premières entrevues (environ dix), les deux évaluatrices, la chercheuse principale et la personne effectuant la supervision ont discuté des points de mésentente et sont arrivées à un consensus avant de poursuivre avec la codification des autres entrevues. L'accord interjuge a été calculé sur le codage indépendant, avant l'établissement du consensus. Lorsque les codeurs ont obtenu un accord jugé presque parfait (Kappa 0,80) [59], une seule personne a poursuivi le codage et un accord interjuge a ensuite été calculé sur 25 % des entrevues restantes, pour s'assurer du maintien de l'accord.

Lorsque dans certains cas des données étaient incomplètes, la convergence des propos entre les sources obtenues était alors considérée pour déterminer le niveau d'implantation concernant la compréhension commune entre les acteurs (objectif longitudinal). Ainsi, advenant l'absence de la source provenant de l'employeur, mais que le travailleur, l'ergothérapeute et l'assureur mentionnent que l'employeur avait une compréhension différente, le score de 0,5 était alors accordé.

Pour toutes les sources d'information, après transcription des verbatim des entrevues en fin de programme, une analyse de contenu simple a été effectuée à partir d'une liste de codes définie *a priori*. Ces codes provenaient à la fois d'une taxonomie de barrières et de facilitants à l'implantation de la PDP [25] et d'une revue de 15 modèles conceptuels en PDP [60]. À cette liste se sont ajoutés de nouveaux codes émergents du matériel obtenu. Les analyses qualitatives ont été effectuées à partir du logiciel Atlas Ti [61]. Les premières entrevues ont été codées par une professionnelle de recherche et la chercheuse principale selon la méthode de Landry [62]. De cette façon, les codes assignés aux extraits ont été comparés et les divergences discutées dans le but de clarifier les ambiguïtés. Ce processus a été effectué jusqu'à l'obtention d'un accord de 80 % [63].

6.1.5.2 Analyses intercas

Après avoir complété la matrice pour chaque cas, des analyses intercas ont été effectuées pour déterminer des patrons entre les cas [45]. Un patron est un arrangement d'actions ou de résultats qui sont visibles sans recourir à des analyses statistiques [64]. Il s'agit ensuite d'établir et de comparer les patrons. Pour cela, un tableau résumé a été rédigé pour chaque cas faisant état des indicateurs et des caractéristiques des cas qui semblaient constituer des patrons. Advenant qu'un cas ne concordait pas avec les patrons, une explication ou un patron alternatif devait être recherché.

7. RÉSULTATS POUR LES OBJECTIFS 2 ET 3

7.1 Description des cas

Le tableau 4 présente les caractéristiques des 39 cas constitués. Ce tableau inclut les différentes sources d'information, c'est-à-dire le travailleur, l'ergothérapeute, les représentants de l'employeur et du syndicat ainsi que le conseiller en réadaptation. Comme le travailleur ne devait pas obligatoirement accepter qu'un acteur participe, des données de certains cas sont incomplètes. L'identification de l'ergothérapeute a été incluse afin de pouvoir établir les cas où le même ergothérapeute est intervenu.

Tableau 4 : Caractéristiques des 39 cas constitués

Cas	Travailleur		Ergothérapeute				Représentant de l'employeur			Conseiller en réadaptation			Représentant du syndicat		
	Âge	Sexe	ID	Âge	Sexe	# Années	Âge	Sexe	Domaine d'étude	Type d'assureur	Âge	Sexe	Âge	Sexe	Domaine d'étude
Cas A	41	F	1	36	F	13	N/A			N/A			N/A		
Cas B	49	H	2	46	F	5	Travailleur autonome								
Cas C	45	H	2	46	F	5	N/A			N/A			N/A		
Cas D	45	F	5	40	F	15	•	F	Admin.	CSST	45	F	Ø		
Cas E	38	H	7	27	F	2	Ø			CSST	34	F	N/A		
Cas F	53	F	7	27	F	2	42	H	Admin.	SAAQ	Ø		N/A		
Cas G	37	F	7	27	F	2	N/A			CSST	Ø		N/A		
Cas H	34	H	5	40	F	15	42	F	Admin.	CSST	50	H	N/A		
Cas I	47	F	5	40	F	15	X			X			X		
Cas J	41	H	1	36	F	13	Travailleur autonome								
Cas K	48	F	1	36	F	13	Ø			CSST	Ø		Ø		
Cas L	29	H	4	26	F	1	Ø			SAAQ	23	H	N/A		
Cas M	48	H	2	46	F	5	X			X			X		
Cas N	54	H	1	36	F	13	45	F	Admin.	SAAQ	29	H	Ø		
Cas O	47	F	1	36	F	13	Travailleur autonome								
Cas P	54	F	13	39	F	2	55	H	Médecine	SAAQ	53	F	Ø		
Cas Q	59	F	4	26	F	1	29	F	Admin.	SAAQ	Refuse de participer		Ø		
Cas R	41	H	2	46	F	5	Travailleur refuse le contact								
Cas S	50	F	2	46	F	5	N/A			N/A			N/A		
Cas T	29	F	5	40	F	15	Ø			CSST	Ø		Ø		
Cas U	18	H	13	39	F	2	28	F	Admin.	SAAQ	52	F	Ø		
Cas V	53	H	5	40	F	15	Ø			SAAQ	Ø		N/A		
Cas W	57	H	12	35	H	12	Ø			SAAQ	42	F	Ø		
Cas X	58	H	13	39	F	2	•	•	•	SAAQ	28	F	Ø		

Cas Y	59	F	12	35	H	12	52	H	Comm.	SAAQ	28	F	N/A					
Cas Z	45	H	5	40	F	15	Ø			CSST	41	F	39	F	Éducation			
Cas AA	51	F	13	39	F	2	•	•	•	SAAQ	Refuse de participer		Ø					
Cas BB	43	F	10	33	F	3	X			X		X						
Cas CC	48	H	11	35	F	6	X			X		N/A						
Cas DD	29	H	8	31	F	7	Ø			X		N/A						
Cas EE	48	H	8	31	F	7	Ø			CSST	Ø		N/A					
Cas FF	23	H	9	41	F	17	X			X		X						
Cas GG	32	F	9	41	F	17	X			SAAQ	X		X					
Cas HH	46	H	11	35	F	6	Ø			SAAQ	Ø		N/A					
Cas II	56	H	9	41	F	17	Ø			Ø		Ø						
Cas JJ	39	F	11	35	F	6	N/A			N/A		N/A						
Cas KK	44	H	9	41	F	17	Travailleur autonome											
Cas LL	48	H	8	31	F	7	Ø			Ø		Ø						
Cas MM	45	H	11	35	F	6	N/A			N/A		N/A						

Légende :	
N/A	Pas d'acteur associé
X	Le travailleur refuse le contact
Ø	Pas de retour d'appel de l'acteur
•	Données incomplètes

Six centres de réadaptation et cliniques privées ont accepté de participer à la constitution des cas. Chaque centre pouvait inclure de 1 à 5 ergothérapeutes. Pour construire les cas, 16 ergothérapeutes ont été recrutés et formés au programme de PDP. Une première période de recrutement, en septembre 2011, a permis de recruter huit ergothérapeutes. De ce nombre, trois ont abandonné l'étude en cours de route; deux pour des raisons indépendantes de l'étude (changement d'emploi ou retrait préventif pour une grossesse à risque) et un ergothérapeute en raison d'une surcharge de travail et d'un trop grand stress ressenti à l'idée d'implanter le programme de PDP. Pour pallier l'attrition des ergothérapeutes, une deuxième période de formation a été effectuée (mai-juin 2012). Un nouveau centre de réadaptation de la région de Québec a été ajouté et ainsi huit nouveaux ergothérapeutes ont été recrutés. À la suite de la deuxième formation, trois autres ergothérapeutes ont abandonné, deux pour des raisons indépendantes de l'étude (changement d'emploi ou affectation à un autre poste de travail à cause d'une grossesse) alors que le troisième pour des motifs inconnus. C'est donc 11 ergothérapeutes qui ont contribué à la constitution de base des cas.

De façon globale, le tableau 4 permet d'observer que pour cinq cas, il a été possible d'obtenir les données pour quatre sources d'information. Pour huit cas, trois sources d'information ont été colligées : la majorité du temps, avec l'assureur. Il n'y a pas eu de cas avec des assureurs privés. Pour la presque totalité des cas (à l'exception d'un), lorsque le travailleur refusait que l'équipe contacte une autre source d'information, il opposait un refus à toutes les sources (assureur, employeur et syndicat). Pour seulement un cas, il a été possible d'obtenir la source syndicale, alors que 50 % des cas comprenaient des travailleurs syndiqués.

7.2 Effort d'implantation du programme de PDP en réadaptation et variation du contexte

Tout d'abord, parmi les centres participants, des différences par rapport aux services offerts ont été notées en ce qui concerne le contexte d'implantation. Pour certains centres, le programme de retour au travail constituait une entité distincte permettant de bien établir la date de début du programme de réadaptation au travail. D'autres centres offraient une prise en charge intégrée ayant pour effet de suivre un travailleur dès le début de sa réadaptation fonctionnelle. L'objectif de retour au travail pouvait donc émerger six à douze mois plus tard, dans le cas de blessés orthopédiques graves ayant développé des douleurs persistantes d'origine musculosquelettique. De plus, la phase de délibération de la prise de décision partagée (objectifs 2 à 8) était prévue dans le programme de PDP initial à la suite de l'évaluation de l'ergothérapeute afin de commencer la réadaptation au travail. Dans les faits, étant donné le contexte de recherche nécessitant le recrutement, la passation des questionnaires et l'obtention de l'autorisation d'enregistrer l'entretien, la période a été fixée à 14 jours, pour éviter de brusquer le travailleur. Les résultats concernant l'effort d'implantation montrent une médiane de 11 jours entre le début du programme de retour au travail et la PDP avec le travailleur. Lors des entretiens, les ergothérapeutes ont mentionné l'importance de se laisser suffisamment de temps afin de déterminer sur quoi la décision devrait porter (objectif 2 du programme de PDP). La durée moyenne de la phase de délibération avec le travailleur (la rencontre PDP) a été initialement estimée à 20 minutes. Dans les faits, la moyenne a été de 45 minutes (E. T. = 22,5; étendue 6-112 minutes).

En ce qui concerne l'effort d'implantation du programme de PDP, à partir des résultats de chaque cas (intracas), une matrice illustrant les résultats pour tous les cas a été complétée. L'observation de l'ensemble des cas pour lesquels des données ont été obtenues permet d'établir que pour 25 scores d'implantation (45 %) sur 56, un niveau d'implantation de plus de 75 % est observé. À l'inverse, six scores (11 %) ont eu un taux d'implantation inférieur à 25 %. Les indicateurs les moins bien implantés concernent d'abord l'objectif 1, avec l'établissement de l'alliance de travail entre le travailleur et l'ergothérapeute, mesuré lors de la rencontre de PDP avec la grille OPTION [57]. Il s'agit des indicateurs qui mesurent si l'ergothérapeute permet au travailleur de poser des questions (75 % des cas scorent 0), de donner son opinion (45 % des cas scorent 0) ou de vérifier sa compréhension de l'information auprès du travailleur (60 % des cas scorent 0). Pour les autres indicateurs de l'objectif 1 du programme, la structure de coopération, évaluée par les questionnaires sur la perception d'appréciation et d'alliance, identifie une implantation à 100 % pour la source provenant des travailleurs et à 91 % pour celle des ergothérapeutes. Pour l'objectif longitudinal, le maintien de l'alliance auprès des autres acteurs est l'objectif le moins bien implanté. Sur quatre indicateurs, celui ayant obtenu le score d'implantation le plus élevé porte sur la compréhension commune (58 % des cas scorent 1). Les trois autres indicateurs font ressortir que l'accord sur l'objectif (19,5 % des cas scorent 1), la décision liée à l'option choisie (17,5 % des cas scorent 1) et le plan d'action (27,5 % des cas scorent 1) font rarement l'unanimité entre les acteurs.

Le tableau 5 présente les résultats détaillés de l'implantation pour l'ensemble des objectifs pour quatre cas qui sont représentatifs d'un certain nombre de cas types qui seront discutés dans la prochaine section. Le tableau 5 illustre l'implantation par un code de couleur, plutôt que par les scores de 0 à 1, pour une plus grande facilité de consultation et selon trois phases; l'alliance, la délibération et la mise en œuvre de la décision. Les indicateurs sont présentés sous forme de lettre. Le programme de PDP présenté à la figure 2 permet de savoir à quel indicateur réfère la lettre sous l'objectif. Le chiffre associé à la lettre de l'indicateur représente l'outil utilisé pour la mesure d'implantation.

L'analyse du phénomène, soit la dyade, ne permet pas d'expliquer la variation de la satisfaction et du retour au travail. Par contre, l'analyse du contexte qui inclut les employeurs et les assureurs le permet. Le contexte a eu une influence sur l'objectif longitudinal et les objectifs 9 à 11 qui portent sur l'implantation du plan d'action.

Tableau 5 : Résultats détaillés pour l'ensemble des objectifs de la PDP, selon 3 phases et pour 4 cas.**Phase d'alliance**

Objectif	Obj. Long. Trav. / Ergo.	Obj. long. avec les autres acteurs				Obj. 1						
	Indicateurs											
	A	B15	C15	D15	E15	A1	B1	C3	C4	D1	E2	F2
Cas H												
Cas D												
Cas X												
Cas M												

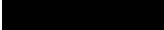




Phase de délibération

Objectif	Obj. 2		Obj.3		Obj.4						Obj. 5	Obj. 6			Obj. 7					Obj. 8					
	Indicateurs																								
	A2	A3	A2	B14	A3	A9	B9	C9	D9	E2	A1	A2	B8	C8	A1	B2	B8	C2	C9	D9	E2	A9	B1	C8	
Cas H																									
Cas D																									
Cas X																									
Cas M																									

Phase de mise en œuvre de la décision

Objectif	Obj. 9							Obj. 10				Obj. 11								
	Indicateurs																			
	A3	A9	B9	C9	D9	E2	F15	A15	B15	C15	D15	A5	B11	C6	D12	E13	E15	F15	G10	H14
Cas H																				
Cas D																				
Cas X																				
Cas M																				

Légende:

	Atteint
	Atteint partiellement
	Atteint minimalement
	Non atteint
	Données incomplètes

Trois niveaux de variation sont observés principalement en regard des objectifs 9 à 11 et ensuite de l'objectif longitudinal portant sur l'alliance avec les autres acteurs. Il s'agit de : très peu ou pas implanté (0-25 %), implantation variable (25-75 %) et pleine implantation (75 %-100 %). Ces trois niveaux d'implantation permettent de déterminer trois grands regroupements nommés « cas types », le dernier cas type comprenant deux sous-types. Des quatre cas présentés au tableau 5, le premier illustre une pleine implantation, le second une implantation variable et les

deux derniers une faible implantation pour la phase de la mise en œuvre de la décision. Pour cinq cas, le dernier temps de mesure est manquant pour l'ensemble des sources d'information qui touchent l'objectif longitudinal et les objectifs 9 à 11. Ces cas seront traités à la fin de cette section.

L'analyse du contexte qui inclut les employeurs et les assureurs permet d'expliquer la variation de la satisfaction et du retour au travail. Plus spécifiquement, les différences portent sur la compréhension commune du problème, de l'alliance entre les acteurs qui a généré des obstacles mineurs dans certains cas, mais majeurs dans d'autres. En fonction de ces différences, il a été observé dans un second temps; que les statuts de travail se regroupaient naturellement au sein des cas types.

- **Cas type 1 - Retour au travail : progression positive et action concertée (n = 2)**

Ce premier cas illustre la compréhension commune de la problématique par les acteurs, c'est-à-dire, le travailleur, l'ergothérapeute, l'employeur et l'assureur. En effet, comme facilitateurs, les acteurs sont d'accord avec la décision concernant l'option choisie, l'objectif à atteindre et le plan d'action à mettre en place. Les rôles et responsabilités sont également définis et respectés. De plus, tous reconnaissent qu'il y a eu, à leur satisfaction, des suivis et des communications durant le programme de réadaptation au travail. Aucun obstacle significatif durant le programme n'est rapporté. Les deux travailleurs sont de retour au travail pour le même employeur. Ils sont satisfaits et ne formulent aucun regret à l'égard des décisions.

- **Cas type 2 - Retour au travail : divers écarts, mais résolution créative (n = 14)**

Pour ce cas type, il y a des écarts relatifs à différents objectifs, dont ceux concernant la compréhension commune, le plan d'action ou les modalités de suivis. Pour chaque cas, les écarts sont résolus ou contournés par diverses stratégies permettant de rallier les différents acteurs. Les écarts concernent l'un ou l'autre des acteurs. À la fin du programme de réadaptation, tous les travailleurs pour ce cas type sont de retour au travail à leur emploi prélésionnel, donc pour le même employeur et en assumant les mêmes tâches (79 %) mais trois d'entre eux (21 %) verront leurs tâches modifiées. Les travailleurs sont satisfaits et n'indiquent pas de regret décisionnel.

Voici quelques exemples de résolutions qui ont été observées au sein de ces cas. Un représentant de l'employeur a refusé l'option de retour au travail progressif en alléguant qu'il ne pouvait se permettre d'avoir un travailleur de retour à temps partiel. L'option d'un stage a donc été retenue. Pour un autre cas, le fait d'être en attente de l'autorisation du médecin pour reprendre le travail a eu un effet négatif sur la gestion du dossier pour le conseiller en réadaptation car l'assureur ne pouvait plus indemniser le travailleur au-delà d'une certaine date. La stratégie a été de préparer le travailleur en clinique et de réduire de deux semaines le retour progressif qui devrait se faire sur une période de deux mois, et ce, sans effet défavorable sur la santé du travailleur. Pour une autre, le représentant de l'employeur n'a pas informé le milieu de travail du retour au travail de la travailleuse. Aidée par l'ergothérapeute, la travailleuse a alors fait les démarches pour informer ses collègues, pour pallier cette absence de communication.

- **Cas type 3 - Absents du travail (n = 14)**

Ce cas type se caractérise par l'absence ou l'insatisfaction concernant l'interaction entre le travailleur et les acteurs clés. Cette faible interaction peut se manifester de différentes façons. Par

exemple, par l'absence de réponses aux communications ou encore par de la contestation. D'ailleurs, les cas pour lesquels les travailleurs ont refusé que les autres acteurs participent à l'étude ou pour lesquels l'équipe de recherche n'a pas obtenu de retour d'appels se situent principalement au sein de ce cas type.

Il n'y a pas de compréhension commune ou de suivis systématiques avec les acteurs. La présence de plusieurs obstacles modérés voire majeurs n'a pas été aplanie, malgré des tentatives de résolution de problèmes. À la fin du programme de réadaptation, tous ces travailleurs ne sont pas de retour au travail.

○ **Sous-type sans regret (n = 11)**

Dans onze cas, les travailleurs n'expriment pas de regret décisionnel, malgré qu'ils ne soient pas arrivés à retourner au travail. Dans ces cas, il n'y a pas eu de modification majeure de l'option ou du plan d'action qui aurait pu amener le travailleur à croire que ce qu'on lui proposait était dépourvu de sens.

○ **Sous-type avec regret décisionnel (n = 3)**

Pour trois cas, les travailleurs mentionnent avoir du regret lié à la décision. Pour ce sous-type, il est possible d'observer des modifications importantes par rapport à l'option ou le plan d'action, sans qu'une nouvelle prise de décision partagée soit effectuée. Pour un cas, le plan d'action a été modifié par l'ergothérapeute, mais le travailleur ne percevait pas la pertinence du changement et était en partie en désaccord. Le programme a été interrompu à cause d'un nouvel épisode de TMS lié aux nouveaux exercices du plan d'action. Le travailleur ne rapporte pas de regret pour sa décision initiale, mais mentionne en entrevue avoir regretté le changement de plan d'action. Pour les deux autres cas, l'option initialement choisie par le travailleur a été changée en cours de programme de réadaptation, soit par l'assureur soit par le médecin. Dans les deux cas, les travailleurs mentionnent un regret décisionnel.

● **Cas pour lesquels le dernier temps de mesure est manquant (n = 5)**

Pour cinq cas, le dernier temps de mesure n'a pas été possible. Les résultats détaillés pour ces cas sont présentés au tableau 6, selon les trois phases. Pour quatre cas, les travailleurs sont de retour au travail. Pour un cas, la personne n'a pas repris son travail. Les données par rapport à la phase de délibération sont disponibles, mais celles par rapport à la phase d'implantation sont manquantes. Comme pour les autres cas, sans l'analyse de la phase de la mise en œuvre de la décision, il n'est pas possible de ressortir des cas types.

Tableau 6 : Résultats détaillés pour les cas ayant le dernier temps de mesure manquant selon 3 phases

Objectif	Obj. long. trav./ergo.	Obj. long. avec les autres acteurs				Obj. 1						
		Indicateurs										
	A	B15	C15	D15	E15	A1	B1	C3	C4	D1	E2	F2
Cas CC (pas RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas L (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas V (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas EE (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas MM (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Phase de délibération

Objectif	Obj. 2		Obj.3		Obj.4						Obj. 5		Obj. 6			Obj. 7					Obj. 8				
	Indicateurs																								
	A2	A3	A2	B14	A3	A9	B9	C9	D9	E2	A1	A2	B8	C8	A1	B2	B8	C2	C9	D9	E2	A9	B1	C8	
Cas CC (pas RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas L (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas V (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas EE (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas MM (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Phase de la mise en œuvre de la décision

Objectif	Obj. 9							Obj. 10				Obj. 11								
	Indicateurs																			
	A3	A9	B9	C9	D9	E2	F15	A15	B15	C15	D15	A5	B11	C6	D12	E13	E15	F15	G10	H14
Cas CC (pas RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas L (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas V (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas EE (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cas MM (RAT)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Légende :

■	Atteint
■	Atteint partiellement

	Atteint minimalement
	Non atteint
■■■	Données manquantes
RAT	Retour au travail

7.2.1 Synthèse des cas types

Globalement, le niveau d'implantation est satisfaisant. Plusieurs indicateurs révèlent un niveau très élevé d'implantation et seulement une minorité démontre un très faible niveau d'implantation. Lorsque les ergothérapeutes réussissent à atteindre l'objectif relatif à l'alliance entre le travailleur et les autres acteurs lors de la phase de la mise en œuvre de la décision, tous ces cas mènent à un retour au travail, à une satisfaction et à une absence de regret décisionnel. Le tableau 7 est un résumé des principales caractéristiques des trois cas types. Par conséquent, les résultats soutiennent le cadre théorique proposé à la figure 1 [29] à la section « État des connaissances ».

Conformément au postulat de la PDP, même si l'issue de l'intervention est négative (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de retour au travail), il n'y a pas de regret décisionnel. À l'inverse, en l'absence d'une décision partagée, avec une issue négative, il pourrait y avoir expression de regret, ce qui a d'ailleurs été observé au sein du sous-cas type 3, avec regret décisionnel.

Tableau 7 : Résumé des principales caractéristiques des cas types

	Cas type 1 n = 2	Cas type 2 n = 14	Cas type 3 n = 14	
			Sans regret n = 11	Avec regret n = 3
Compréhension commune de tous les acteurs	Oui	Partielle	Non	Partielle
Alliance entre les acteurs	Oui	Partielle	Non	Non
Obstacle	Non	Oui, mineur à modéré	Majeur	Majeur
Modification obstacle	N/A	Oui	Non	Oui, mais la décision est non partagée
Statut de travail	RAT	RAT	Pas de RAT	Pas de RAT

En définitive, en excluant les cinq cas qui ne répondaient pas complètement aux objectifs 9 à 11, deux cas n'ont pu être classés au sein d'un des cas types. Ces deux cas s'apparentent au cas type 2. Il y a eu une compréhension commune du travailleur (autonome) et de l'ergothérapeute. Un accord est aussi observé concernant l'objectif et le plan d'action à mettre en place. Quelques obstacles mineurs sont notés et il n'y a pas de regret à l'égard des décisions. Contrairement au

cas type 2 où tous les travailleurs ont repris leurs activités professionnelles, l'objectif dans ce cas n'était pas le retour au travail. N'ayant pas cet objectif, ce travailleur n'était en définitive pas de retour au travail à la fin du programme.

Pour le deuxième cas, qui n'avait plus de lien d'emploi avec l'établissement où était survenue sa lésion professionnelle, mais qui avait un nouvel emploi en perspective, la travailleuse a cessé le programme de retour au travail à cause d'un événement stressant majeur dans sa vie personnelle, qui n'était pas lié à son TMS. Elle n'a pas mentionné qu'elle éprouvait des regrets décisionnels.

8. DISCUSSION

Cette étude comportait trois objectifs. Il s'agissait premièrement de documenter l'acceptabilité et la faisabilité d'un programme de prise de décision partagée applicable aux programmes existants de réadaptation au travail, et ce, auprès de groupes d'acteurs clés en réadaptation, dans un contexte québécois. Deuxièmement, il s'agissait d'évaluer l'effort d'implantation du programme de prise de décision et, troisièmement, d'explorer l'impact du contexte d'implantation auprès d'acteurs clés en réadaptation sur la satisfaction et le retour au travail des travailleurs. Rappelons que cette étude comportait également deux volets, liés aux conditions d'obtention du financement de l'étude : le premier portait sur la dyade ergothérapeute/travailleur tandis que le second mettait la dyade en lien avec le contexte de la réadaptation au travail, qui inclut l'assureur, l'employeur et le syndicat. Une variation de contexte assurantiel liée à l'indemnisation du problème de santé a permis d'enrichir la compréhension du phénomène à l'étude. Bien que les assureurs privés aient participé à l'objectif 1, lors de la phase d'implantation, aucun cas n'a pu être constitué avec ce type d'acteur.

En fonction des résultats obtenus à l'objectif 1 de la présente étude, le programme de PDP en réadaptation au travail a été bien accepté par les acteurs puisqu'il a obtenu des scores moyens au-dessus de 2,82/4 pour les cinq énoncés. Ce sont surtout des nuances dans l'opérationnalisation du programme qui ont été apportées lors des groupes de discussion, afin de favoriser la faisabilité de son implantation [24]. La version amendée du programme de PDP en réadaptation (annexe 5) intègre trois nouveaux indicateurs et une ressource matérielle additionnelle (canevas d'entrevue auprès de l'assureur). Une retombée concrète a été la création d'un canevas d'entrevue que l'ergothérapeute peut utiliser auprès de l'assureur. Ce canevas a été bien perçu par la majorité des ergothérapeutes. La réceptivité des assureurs semble cependant supérieure pour ceux qui œuvrent dans le secteur privé. La suggestion de ce canevas d'entrevue émanait d'ailleurs d'eux. Ce canevas d'entrevue pourrait donc devenir un outil pour les ergothérapeutes pour faciliter la communication et l'identification d'options pour le retour au travail. Ce programme de PDP en réadaptation est, à notre connaissance, le premier programme du genre détaillant les objectifs, les ressources (matérielles et humaines), les activités, les indicateurs et leurs outils. Il s'agit de la première étape en vue d'étudier une intervention complexe [31, 32]. À cet effet, Rossi et ses collaborateurs [33] déplorent le faible niveau de développement de nouveaux programmes, faisant en sorte qu'il est difficile de relier les objectifs avec les activités permettant de les atteindre. Le programme, comme explicité, représente également un produit de la recherche intéressant tant pour les chercheurs, qui pourront l'étudier dans une autre étape, que pour les cliniciens qui désirent s'approprier une telle démarche qui restait encore trop théorique et peu appliquée.

En ce qui concerne l'objectif 2 de la présente étude, soit l'effort d'implantation du programme de PDP, un grand nombre d'objectifs en fonction des indicateurs choisis démontrent un haut niveau d'implantation. En effet, 45 % des scores d'implantation ont atteint un niveau d'implantation de plus de 75 % et à l'inverse, 11 % ont eu un taux d'implantation inférieur à 25 %. Ces résultats restent originaux et peuvent être difficilement discutés en fonction d'autres études. Par ailleurs, une revue systématique d'études, utilisant la même grille d'observation OPTION que celle de la présente étude, mais en contexte de soins de première ligne, a permis d'analyser 29 études [65].

En général, les études ont démontré un faible niveau d'implication du patient, avec des scores moyens rapportés sur 100, de 23 ± 14 . Les scores rapportés sur 100 pour les ergothérapeutes de la présente étude sont de $53,94 \pm 9,68$ [66]. Seulement une étude présente des résultats semblables ($M = 68$; $SD = 18,3$) en contexte de traitement pour le cancer [67]. Par contre, ces auteurs ont privilégié la présence d'une troisième personne qui observait directement l'entretien et cotait simultanément la grille. En plus de modifier les comportements des médecins, cette méthode a été reconnue pour donner des scores plus élevés que la cotation sur la base de verbatim [68, 69]. La méthode retenue dans la présente étude, avec l'enregistrement audio, l'analyse de la transcription et l'écoute des entretiens, est davantage reconnue sur le plan de la validité des résultats. Un accord interjuges a également été réalisé pour établir la fiabilité des résultats. En lien avec ces résultats, trois des indicateurs au sein de l'établissement de l'alliance de travail dénotaient un faible niveau d'implantation. Par contre, les questionnaires portant sur l'alliance de travail perçue et sur la perception d'appréciation font ressortir un haut niveau de satisfaction. Il faut s'avoir que la grille OPTION prévoit l'observation d'un moment très précis dans le temps qui ne fait peut-être pas ressortir ceux où l'ergothérapeute demande explicitement au travailleur s'il a des questions ou un avis à formuler. Par contre, dans plusieurs cas, la décision a été reportée à un autre moment et ces enregistrements ne sont pas nécessairement disponibles dans tous les cas. Il se peut que l'ergothérapeute ait plus spécifiquement répondu aux questions et écouté l'opinion du travailleur à cette étape de prise de décision. Les résultats aux questionnaires mesurant la perception d'appréciation et l'alliance de travail, comme perçue à la fois par le travailleur et l'ergothérapeute dénotent des niveaux élevés d'alliance et d'appréciation sur une période de temps plus longue dans la grande majorité de cas. D'un côté, les résultats aux questionnaires sur l'alliance pourraient démontrer un effet de plafond [70] et, d'un autre, les résultats de la grille OPTION pourraient s'avérer plus sévères, puisque l'analyse y est très détaillée et effectuée à un moment précis.

Les analyses d'effort d'implantation, portant strictement sur la dyade et surtout lors de la phase de délibération (objectifs 2 à 8 du programme de PDP), n'ont pas fait ressortir de cas types. Actuellement, dans la littérature scientifique, les études portent surtout sur cette phase. Pour ce volet, des analyses en fonction, par exemple, du conflit ou du niveau de détresse préalable à la PDP, de même que du regret à l'égard des décisions, de la satisfaction ou du statut de travail n'ont pas permis de faire ressortir des cas types. Ainsi, nos résultats vont à l'encontre de ceux de Van Til et ses collaborateurs [26] où les intervenants déterminaient, lors de groupes de discussion, les caractéristiques des patients comme une barrière à l'implantation de la PDP. Cette dernière étude porte sur la perception des intervenants et non sur l'impact réel des caractéristiques des patients. Plusieurs études ont observé que la majorité des patients souhaitent faire partie du processus décisionnel [71, 72]. Malgré cela, une revue systématique de la littérature scientifique [25] sur l'implantation de la PDP amène à poser l'hypothèse que les cliniciens identifient probablement *a priori* quels patients pourraient bénéficier d'un processus de prise de décision partagée, faisant en sorte qu'il ne soit pas offert à tous les patients. Ainsi, même si dans la pratique en réadaptation, l'approche centrée sur le client est préconisée, dans la réalité de la pratique, il n'y a pas toujours place à la consultation et à l'implication du travailleur et des différents acteurs clés. La loi d'Agryis et Schön [73] portant sur l'écart entre la théorie de référence et la théorie d'usage pourrait expliquer cet écart. Un clinicien peut donc affirmer vouloir centrer sa pratique sur le client, mais dans les faits et sans qu'il ne s'en rende compte, ses comportements ne cadrent pas avec l'approche.

Rappelons qu'au-delà de la dyade, ce n'est qu'au moment où le contexte avec les acteurs a été intégré que les cas types ont émergé. Dans la littérature actuelle du domaine de la PDP, très peu d'études portent sur des professionnels de la santé autres que des médecins et des infirmières. Encore moins d'études documentent le contexte d'implantation avec la perspective d'autres acteurs impliqués auprès du patient/travailleur. L'ajout des autres acteurs dans la présente étude s'est avéré essentiel pour mieux comprendre ce qui peut faire varier l'implantation de la PDP en réadaptation au travail. Par ailleurs, parmi les acteurs, les représentants syndicaux ont été très peu représentés, malgré qu'il y ait eu 19 cas où le travailleur était syndiqué. Le seul qui a été rencontré avait très peu à dire, puisqu'il ne savait pas que le travailleur était absent du travail. Dans six cas (32 %), les travailleurs ne voyaient pas la pertinence d'inclure le représentant. Une hypothèse serait que les travailleurs n'aient pas une idée claire du rôle proactif que peut jouer le représentant syndical, lorsqu'un dossier n'est pas litigieux. L'étude de Corbière et coll. [74] soutient cette hypothèse. De plus, le taux de non-retour d'appels pour ces acteurs est préoccupant, sachant qu'ils étaient directement contactés par téléphone à propos d'un de leurs membres. Il se peut que les représentants syndicaux, pour lesquels il n'y a pas eu de retour d'appels, ne savaient pas que le travailleur était absent du travail. Il se pourrait aussi que le travailleur n'ait pas indiqué le bon représentant syndical à cause d'une méconnaissance de son syndicat. À l'objectif 1, les représentants syndicaux avaient clairement fait ressortir le souhait d'être impliqués tôt dans le processus de réadaptation au travail pour faciliter le retour au travail. Les résultats de l'implantation font ressortir le besoin de clarifier le rôle ou les procédures afin que ceux-ci puissent effectivement faire partie du processus de réadaptation des travailleurs qu'ils représentent.

Par ailleurs, la couverture d'assurance publique dont bénéficie ou pas le travailleur n'a pas été une donnée qui, en soi, a fait une différence dans le processus de PDP. Le fait d'avoir un lien d'emploi ou non, parce qu'il a été perdu ou du fait d'être travailleur autonome n'a pas non plus été un facteur significatif, pourvu qu'il y ait une opportunité de stage, de nouvel emploi ou de contrat dans le cas d'un travailleur autonome. Par conséquent, ces constats renforcent l'aspect complexe des cas et leur imbrication avec les acteurs du contexte. Les cas types qui ont émergé dans cette étude convergent également vers un modèle dynamique de relations. En effet, c'est à l'étape de la mise en œuvre de l'option (objectifs 8 à 11) que les difficultés d'implantation ont particulièrement émergé, et ce, avec les autres acteurs. Bien que plusieurs difficultés se soient manifestées avec l'employeur, ce sont tous les acteurs, à un moment ou à un autre, qui ont fait surgir un obstacle majeur pour lequel aucune solution efficace n'a pu être implantée par l'ergothérapeute. En somme, les résultats permettent de comprendre que la seule implantation de la phase de délibération n'est pas suffisante pour atteindre les résultats par rapport à l'absence de regret en matière décisionnelle, au statut de travail ou à la satisfaction des acteurs clés. Les obstacles qui pourraient entraver la mise en œuvre de la décision doivent être établis et des solutions doivent être apportées. Effectuer un suivi du déroulement du plan d'action auprès du travailleur et des acteurs clés est aussi essentiel. Ceci étant dit, en aucun cas, les observations ont permis de croire que l'ergothérapeute n'avait pas identifié les obstacles ou fait un suivi. Le défi se situait plutôt au chapitre de l'établissement de la collaboration avec les autres acteurs. À cet effet, Van Til et ses collaborateurs [26] identifiaient le manque d'action concertée entre les intervenants de la santé comme une des trois principales barrières à l'implantation. Les résultats de la présente étude nuancent cet aspect en soulignant que ce sont les obstacles majeurs à l'action concertée et pour lesquels il n'est pas possible de trouver des solutions créatives pour les

contourner qui empêche la pleine implantation de la prise de décision partagée. Les difficultés ne surgissent pas non plus seulement auprès des intervenants de la santé, mais aussi auprès des employeurs et assureurs.

Les solutions créatives préconisées par les ergothérapeutes nécessitent par ailleurs du temps à mettre en place. Selon l'organisation du travail de l'ergothérapeute, si ce temps n'est pas rémunéré, ceci pourrait constituer une barrière importante à l'implantation du programme de PDP, ce qui soutient les résultats de Mitchie et ses collaborateurs [30]. À cet effet, les ergothérapeutes du secteur public n'ont pas mentionné la contrainte de temps au fait d'effectuer la PDP. Le milieu privé pourrait différer d'avis sur cet aspect.

En ce qui concerne les obstacles majeurs à la coopération, Gouin [75] a identifié dans son étude sur l'exploration du processus de prise de décisions entre les parties prenantes (p. ex. : travailleur, ergothérapeute, représentants de l'employeur et du syndicat) en contexte de réadaptation au travail le besoin d'explorer la collaboration et la coopération entre les acteurs clés, afin de faciliter le retour au travail à la suite d'une d'incapacité [75] et, particulièrement, entre le représentant de l'employeur et le travailleur [70, 76-79].

Finalement, un des défis de cette étude a été la mesure d'un processus dynamique. La phase de délibération reste relativement simple à mesurer puisqu'elle se déroule essentiellement lors d'une seule rencontre. Par contre, la mise en œuvre du plan d'action issu de l'option choisie s'effectue tout au long du programme de réadaptation au travail. Or, seule l'utilisation d'un journal de bord qui demanderait à l'ergothérapeute et aux acteurs de documenter chaque activité réalisée permettrait de rendre compte de ce processus évolutif. Cette méthode représente un fardeau important qui, dans une pratique clinique déjà chargée, est peu recevable au point de vue faisabilité, ce qui provoquerait probablement une faible réponse ainsi que des données manquantes ou peu fiables. En fonction des difficultés de recrutement rencontrées auprès des autres acteurs, cette méthode aurait possiblement augmenté le taux de refus de participation. L'alternative reste donc une entrevue rétrospective en fin de programme, mais qui est sujette au biais de rappel.

L'ensemble des résultats émanant des trois objectifs de cette étude permettent de supporter une approche mixte, soit qualitative et quantitative, pour soutenir le développement de programme permettant ainsi de fournir une description suffisamment détaillée des interventions en matière de changement de comportement. Cette façon de procéder a d'ailleurs été soulignée par Mitchie et collaborateur [30] comme facilitant l'implantation dans les milieux cliniques et la réplique scientifique. De plus, l'avantage de l'ensemble de la méthode utilisée, de l'adaptation du programme jusqu'à l'évaluation de son acceptabilité auprès des acteurs, est d'avoir combiné à la fois les données probantes et la perspective des utilisateurs. À partir des données probantes, il a été possible d'intégrer les composantes essentielles d'une PDP [24]. La méthode pallie donc les critiques effectuées aux programmes strictement basés sur les données probantes qui s'arriment peu à la réalité terrain et, à l'inverse, aux programmes basés seulement sur les utilisateurs qui peuvent faire fi de l'état des connaissances dans les écrits scientifiques.

8.1 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs forces. Elle inclut d'abord des cas intégrant différents régimes d'indemnisation, offrant ainsi une meilleure représentativité des contextes dans lesquels évoluent les travailleurs en réadaptation au Québec. La diversité des sources d'information représentée par différents acteurs clés a contribué à la richesse des données obtenues. Par contre, la perspective des représentants syndicaux se reflète peu dans les résultats des objectifs 2 et 3. La perspective manquante des assureurs privés constitue aussi une limite à la généralisation des résultats pour l'implantation. Bien qu'il y ait eu un souci d'inclure des cliniques privées, très peu de cas sont issus de celles-ci qui devaient faire face à attrition de leurs ergothérapeutes. Par conséquent, les résultats traduisent possiblement davantage la réalité de centre de réadaptation public.

Il y a eu un souci d'inclure dans l'étude les travailleurs qui ont refusé que les autres acteurs soient contactés et participent au processus, afin d'augmenter la représentativité des dyades. D'ailleurs, ces cas sont particulièrement regroupés au sein du cas type 3. Les cas recrutés ne sont donc pas seulement liés à des acteurs volontaires et possiblement déjà favorables à la PDP, mais aussi à des travailleurs qui ne perçoivent pas d'interactions positives avec leur milieu de travail. Sans cette variation, il est très probable que les seuls des cas types 1 et 2 aient été identifiés.

Une des limites de cette étude est de ne pas avoir évalué *a priori* la pratique usuelle. Ainsi, il n'est pas possible d'établir que la formation ou le modèle ait changé les pratiques. Ceci n'était de toute façon pas le but de l'étude. Finalement, l'enregistrement audio de l'entretien de PDP a été préconisé plutôt que la présence d'une troisième personne ou d'une caméra vidéo, pour éviter de modifier la dynamique au sein de la dyade.

8.2 Retombées

Le programme de prise de décision partagée en contexte de réadaptation au travail offre aux cliniciens une façon systématique d'aider le travailleur à prendre une décision en lien avec son retour au travail. Les résultats de cette étude soutiennent un des fondements de l'approche de PDP, à savoir que lorsqu'un travailleur bénéficie d'une réelle prise de décision partagée, même si l'issue de l'intervention n'est pas favorable, il n'y a pas de regret lié à la décision. Cet aspect est crucial, car la manifestation de regrets pourrait augmenter la détresse des travailleurs qui se retrouvent à la fin de leur réadaptation toujours hors du marché du travail. Les résultats font aussi ressortir l'importance de faire, au besoin, une nouvelle prise de décision partagée, si l'option ou le plan d'action change significativement, et ce, afin de prévenir l'expression de regrets à l'égard des décisions.

9. CONCLUSION

Le programme de PDP en réadaptation au travail initialement proposé aux acteurs a été jugé acceptable. Ce sont surtout des nuances dans l'opérationnalisation du programme qui ont été apportées, afin de favoriser sa faisabilité. Une retombée concrète a été la création d'un canevas d'entrevue que l'ergothérapeute peut utiliser auprès de l'assureur, afin de favoriser la collaboration. Ce programme serait un des premiers à opérationnaliser la PDP et à permettre d'évaluer l'atteinte de tous ses objectifs. Ce programme de PDP en contexte de réadaptation a été relativement bien implanté. C'est le contexte, soit l'interaction avec les autres acteurs, qui a fait varier à la 3^e phase, le niveau de mise en œuvre de l'option ou du plan d'action choisis. Ceci fait ressortir l'importance d'aller au-delà de la phase de délibération qui porte sur le choix d'une option. Très peu d'études sur des changements de comportements/habitudes ont documenté cette phase.

Pour les travailleurs, ce programme leur offre la possibilité d'avoir un mot à dire à l'égard de leur trajectoire de réadaptation. Pour l'ensemble des acteurs, l'identification du cas type 3 fait ressortir l'importance de la collaboration et de la coopération de tous. Malheureusement, au sein de ces cas, des solutions n'ont pu être apportées. Dans ces cas, les ergothérapeutes et les travailleurs semblent bénéficier de peu de ressources pour les aider. Dans cette perspective, il serait intéressant de développer et d'offrir aux intervenants un outil pour les soutenir dans la négociation relative à la mise en œuvre de la décision. En terminant, le programme de PDP s'étant révélé prometteur dans le contexte d'une incapacité due à un trouble musculosquelettique, il serait réaliste de croire qu'en l'adaptant légèrement, celui-ci pourrait être appliqué à diverses problématiques liées à l'incapacité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Statistique Canada. *Caractéristiques de la population active, données désaisonnalisées, par province (mensuel)* 2014 [cited 2014 April]; [tableau]. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/I02/cst01/lfss01a-fra.htm>.
2. Godelier, M., « Travail », in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, P. Bonte and M. Izard, Editors. 2000, Quadrige / Presses universitaires de France: Paris. p. 717-720.
3. Leufstadius, C., M. Eklund et L.K. Erlandsson, « Meaningfulness in work - experiences among employed individuals with persistent mental illness ». *Work*, 2009. **34**(1): p. 21-32.
4. Vézina, M. et coll., *Enquête québécoise sur des conditions de travail d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) (Quebec survey on working and employment conditions and occupational health and safety)* 2011, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail Montréal, Quebec, Canada.
5. Watson Wyatt Worldwide, *Staying at work: The health productivity advantage 2009-2010 North American*. 2010: Toronto, Canada.
6. Henderson, M., N. Glozier et K.H. Elliott, « Long term sickness absence ». *British Medical Journal*, 2005. **330**: p. 802-803.
7. OCDE, *Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles - Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*. 2010, OCDE. . p. 189 pages.
8. Hlobil, H. et coll., « Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2005. **31**(4): p. 249-57.
9. Karjalainen, K. et coll., *WITHDRAWN: Biopsychosocial rehabilitation for upper limb repetitive strain injuries in working age adults*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009(1): p. CD002269.
10. Schonstein, E. et D.T. Kenny, « The value of functional and work place assessments in achieving a timely return to work for workers with back pain ». *Work*, 2001. **16**(1): p. 31-38.
11. Franche, R.-L. et coll., « Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2005. **15**(4): p. 607-631.
12. Yassi, A. et coll., « Early Intervention For Back-Injured Nurses At a Large Canadian Tertiary Care Hospital - an Evaluation of the Effectiveness and Cost Benefits of a Two-Year Pilot Project ». *Occupational Medicine Oxford*, 1995. **45**(4): p. 209-214.
13. Loisel, P. et coll., « Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of the Sherbrooke model of back pain management : a six-year follow-up study ». *Occupational and Environmental Medicine*, 2002. **59**: p. 807-815.
14. Parsons, A. et coll., « Will shared decision making between patients with chronic musculoskeletal pain and physiotherapists, osteopaths and chiropractors improve patient care? » *Family Practice*, 2012. **29**(29): p. 203-212.
15. Coutu, M.F. et coll., « Clinician-patient agreement about the work disability problem of patients having persistent pain: Why it matters ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2013. **23**(1): p. 82-92.

16. MacEachen, E. et coll., « The "Toxic Dose" of System Problems: Why Some Injured Workers Don't Return to Work as Expected ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2010. **20**: p. 349-366.
17. Loisel, P. et coll., « Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain ». *Disease Management & Health Outcomes*, 2001. **9**(7): p. 351-360.
18. Waddell, G. et A.K. Burton, « Concepts of rehabilitation for the management of low back pain ». *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2005. **19**(4): p. 655-670.
19. Turk, D.C., « Cognitive factors in chronic pain and disability », in *Advances in Cognitive-Behavioral Therapy*, K.S. Dobson and K.D. Craig, Editors. 1996, Sage: Thousand Oaks, CA. p. 83-115.
20. Loisel, P. et J.R. Anema, « The Work Disability Paradigm and Its Public Health Implications », in *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*. 2013, Springer. p. 59-67.
21. Loisel, P. et coll., « Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2005. **15**(4): p. 507-24.
22. Towle, A. et W. Godolphin, « Framework for teaching and learning informed shared decision making ». *British Medical Journal*, 1999. **319**: p. 766-771.
23. Charles, C., T. Whelan et A. Gafni, « What do we mean by partnership in making decisions about treatment? » *British Medical Journal*, 1999. **319**(7212): p. 780-782.
24. Makoul, G. et M.L. Clayman, « An integrative model of shared decision making in medical encounters ». *Patient Education & Counseling*, 2006. **60**(3): p. 301-312.
25. Legare, F. et coll., « Instruments to assess the perception of physicians in the decision-making process of specific clinical encounters: a systematic review ». *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2007. **7**(30): p. 1-16.
26. van Til, J.A. et coll., « The Potential for Shared Decision-Making and Decision Aids in Rehabilitation Medicine ». *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2010. **42**(6): p. 598-604.
27. Joosten, E.A.G. et coll., « Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status ». *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2008. **77**(4): p. 219-226.
28. Coutu, M.-F. et coll., « Fostering shared decision making by occupational therapists and workers involved in accidents resulting in persistent musculoskeletal disorders: A study protocol ». *Implementation Science*, 2011. **6**(1): p. 1-8.
29. Coutu, M.-F. et coll., « Operationalizing a Shared Decision Making Model for Work Rehabilitation Programs: A Consensus Process ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2014: p. 1-12.
30. Michie, S. et coll., « Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method ». *Implementation Science*, 2009. **4**(40): p. 1-6.
31. Chen, H.T., « Issues in constructing program theory ». *New directions for program evaluation.*, 1990. **47**: p. 7-18.
32. Champagne, F. et coll., « Modéliser les interventions », in *L'évaluation: concepts et méthodes*, A. Brousselle et coll., Editors. 2009, Les Presses de l'Université de Montréal: Montréal, Québec, Canada. p. 57-70.
33. Rossi, P.H., M.W. Lipsey et H.E. Freeman, « Expressing and assessing program theory », in *Evaluation: A systematic approach*. 2004, Sage Publications. p. 133-168.

34. Coutu, M.F. et coll., *Développement d'un programme de prise de décision partagée entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant subi un accident causant un trouble musculosquelettique persistant*. 2009, FRQ-S.
35. Contandriopoulos, A.P. et coll., *L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes*, in *GRIS*. 1992.
36. Creswell, J.W., *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Second ed. 2003, Thousand Oaks, CA: Sage.
37. Gervais, M., G. Pépin et M. Carrière, « Triage ou comment adapter une technique de recherche à l'intervention clinique en ergothérapie ». *Revue Québécoise d'Ergothérapie*, 2000. **9**: p. 11-15.
38. Geoffrion, P., « Le groupe de discussion », in *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données*, B. Gauthier, Editor. 1997, Presses de l'Université du Québec: Sainte-Foy, Québec, Canada. p. 303-328.
39. Rossi, P.H. et H.E. Freeman, « Monitoring program process and performance », in *Evaluation- A systematic approach.*, P.H. Rossi, H.E. Freeman, and M.W. Lipsey, Editors. 1999, Sage Publications. p. 191-232.
40. McLaughlin, J.A. et G.B. Jordan, « Using logic models », in *Handbook of practical program evaluation*, J.S. Wholey, H.P. Hatry, and K.E. Newcomer, Editors. 2004, Jossey-Bass: San Francisco, CA. p. 7-32.
41. Luborsky, L. et coll., « Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1983. **171**(8): p. 480-491.
42. Bordin, E.S., « The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance ». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1979. **16**(3): p. 252-260.
43. Patton, M.Q., *Utilization-focused evaluation*. Second edition ed. 1986, Beverly Hills, CA: Sage.
44. Patton, M.Q., *Utilization focused evaluation*. Fourth edition ed. 2008, Beverly Hills, California: Sage Publications.
45. Yin, R.K., « Case study research: Design and methods ». 3rd ed. *Applied social research methods*. Vol. Volume 5. 2003, Thousand Oaks (CA): Sage Publications.
46. Stake, R.E., *The art of case study research*. 1995: Sage.
47. Sylvain, C. et L. Lamothe, « Studying Implementation of Dual Diagnosis Services: A Review ». *Journal of Dual Diagnosis*, 2013. **2**(9): p. 195-207.
48. Coutu, M.F. et coll., *Training in shared decision making for occupational therapists in work rehabilitation: development and evaluation*, in 7th International Shared Decision Making Conference - *Globalizing SDM: Pacientes*. 2013: Lima, Peru. .
49. Gagnon, Y.-C., *L'étude de cas comme méthode de recherche*. 2012, Québec, Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
50. Coutu, M.F. et coll. *Shared decision making involving key stakeholders in work disability: Reality or Fiction?* in 3rd conference on Work Disability Prevention and Integration of the International Committee on Occupational Health. 2014. Toronto, Canada.
51. Hammick, M. et coll., *A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9*. *Med Teach*, 2007. **29**(8): p. 735-51.
52. Kirkpatrick, D.L., *Evaluation of training*, in *Training and Development Handbook*, R.C.I. Mittel, Editor. 1967: New York. p. 87-112.

53. Vlaeyen, J.W. et coll., « Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance ». *Pain*, 1995. **62**(3): p. 363-72.
54. Vlaeyen, J.W. et S.J. Linton, *Pain-related fear and its consequences in chronic musculoskeletal pain*, in *New avenues for the prevention of chronic musculoskeletal and disability pain research and clinical management*, S.J. Linton, Editor. 2002, Elsevier Science: Amsterdam, The Netherlands. p. 83-103.
55. Durand, M.J. et coll., « 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*, 2003. **21**(3): p. 233-242.
56. Loisel, P. et coll., « A population-based, randomized clinical trial on back pain management ». *Spine*, 1997. **22**(24): p. 2911 - 2918.
57. Elwyn, G. et coll., « The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks ». *Health Expectations*, 2005. **8**: p. 34-42.
58. Elwyn, G. et coll., *Shared Decision Making: Measurement using the OPTION instrument*. 2005, Wales, UK: Cardiff University.
59. Landis, J.R. et G.G. Koch, « The measurement of observer agreement for categorical data ». *Biometrics*, 1977: p. 159-174.
60. Stacey, D. et coll., « Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: A theory analysis ». *Patient Education and Counseling*, 2010. **80**(2): p. 164-172.
61. Muhr, T., *ATLAS/ti--« A prototype for the Support of Text Interpretation »*. *Qualitative Sociology*, 1991. **14**(4): p. 349-371.
62. Landry, R., « L'analyse de contenu », in *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données*, B. Gauthier, Editor. 1997, Presses de l'Université du Québec: Québec, Canada. p. 329-356.
63. Laperrière, A. « Les critères de scientificité des méthodologies qualitatives ». in *Les méthodes qualitatives en recherche sociale: problématique et enjeux*. 1993. Rimouski.
64. Mills, A.J., G. Durepos et E. Wiebe, *Encyclopedia of case study research*. Vol. 2. 2009: Sage Publications.
65. Couët, N. et coll., « Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument ». *Health Expectations*, 2013: p. Online first.
66. Coutu, M.F. et coll., « Occupational therapists' shared decision-making behaviors with patients having persistent pain in a work rehabilitation context: A cross-sectional study ». *Patient Education and Counseling*, In press.
67. Politi, M.C. et coll., « Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? » *Health Expectations*, 2011. **14**(1): p. 84-91.
68. Nicolai, J. et coll., *The OPTION scale for the assessment of shared decision making (SDM): methodological issues*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2012. **106**(4): p. 264-271.
69. Pellerin, M.A. et coll., « Toward shared decision making: using the OPTION scale to analyze resident-patient consultations in family medicine ». *Academic Medicine*, 2011. **86**(8): p. 1010-1018.
70. Hall, A.M. et coll., « Assessment of the therapeutic alliance in physical rehabilitation: a RASCH analysis ». *Disability & Rehabilitation*, 2012. **34**(3): p. 257-266.

71. Edwards, A. et G. Elwyn, « Inside the black box of shared decision making: distinguishing between the process of involvement and who makes the decision ». *Health Expectations*, 2006. **9**(4): p. 307-320.
72. Makoul, G., P. Arntson et T. Schofield, « Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications ». *Social sciences and medicine*, 1995. **41**(9): p. 1241-1254.
73. Argyris, C. et D.A. Schön, eds. *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. 1974, Jossey-Bass: San Francisco.
74. Corbière, M. et coll., *Les facteurs influençant le retour au travail après une dépression - Le point de vue et le rôle des acteurs syndicaux*. 2014, IRSST: Montreal, Québec, Canada.
75. Gouin, M.M., M. Truchon et J. Bélanger, *Prise de décisions en contexte de réadaptation au travail: un processus concerté? Étude de cas de travailleurs atteints de troubles musculosquelettiques*. 2014, Université Laval p. 242.
76. Franche, R.-L. et coll., « Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2005. **15**(4): p. 525-542.
77. Frank, J.W. et coll., « Preventing Disability From Work-Related Low-Back Pain - New Evidence Gives New Hope - If We Can Just Get All the Players Onside ». *Canadian Medical Association Journal*, 1998. **158**(12): p. 1625-1631.
78. Tjulin, Å. et coll., « The social interaction of return to work explored from co-workers experiences ». *Disability & Rehabilitation*, 2011. **33**(21-22): p. 1979-1989.
79. Young, A.E., « Return to work stakeholders' perspectives on work disability », in *Handbook of work disability*. 2013, Springer. p. 409-423.
80. Elwyn, G. et coll., « Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement ». *Quality & Safety in Health Care*, 2003. **12**: p. 93-99.
81. Corbière, M. et coll., « Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory ». *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2006. **15**(1): p. 36-45.
82. Amundson, N.E., « Mattering: A foundation for employment counseling and training ». *Journal of Employment Counseling*, 1993. **30**: p. 146-152.
83. Corbière, M. et N.E. Amundson, « Perceptions of The Ways of Mattering by People with Mental Illness Registered in Supported Employment Programs ». *Career Development Quarterly*, 2007. **56**(2): p. 141-149.
84. Corbière, M. et coll., *Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter- Troubles musculosquelettiques (ORTESES-TMS) (Return to Work Obstacles and Coping Efficacy Scale - Musculoskeletal Disorders [ROCES-MSD])*. 2009, Université de Sherbrooke: Longueuil (Québec) CANADA.
85. Corbière, M. et coll., *Validation du questionnaire 'Obstacles au Retour au Travail et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter' (ORTESES) auprès de travailleurs avec un trouble musculosquelettique ou un trouble mental courant - Validation of the Return to Work Obstacles and Coping Efficacy Scale (ROCES) for people with musculoskeletal disorders and common mental disorders*. 2011-2013, Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail: Quebec, Canada.
86. Broadbent, E. et coll., « The Brief Illness Perception Questionnaire ». *Journal of Psychosomatic Research*, 2006. **60**(6): p. 631-637.

87. O'Connor, A.M., « Validation of a decisional conflict scale ». *Medical Decision Making*, 1995. **15**: p. 25-30.
88. O'Connor, A.M., D. Stacey et M.J. Jacobsen, *The Ottawa Personal Decision Guide for People Facing Tough Health or Social Decisions*. 2012, Ottawa, Ontario, Canada: Ottawa Hospital Research Institute and University of Ottawa.
89. O'Connor, A.M., M.J. Jacobsen et D. Stacey, « An evidence-based approach to managing women's decisional conflict ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2002. **31**: p. 570-581.
90. Durand, M.J., *Étude des effets du retour thérapeutique au travail chez des travailleurs absents du travail suite à une lésion professionnelle au dos*, in Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département des sciences de la santé communautaire. 1996, Université de Sherbrooke: Sherbrooke, Québec, Canada.
91. Brehaut, J.C. et coll., « Validation of a decision regret scale ». *Medical Decision Making*, 2003. **23**(4): p. 281-292.
92. Tercyak, K.P. et coll., « Psychological response to prenatal genetic counseling and amniocentesis ». *Patient Education And Counseling*, 2001. **43**(1): p. 73-84.
93. Durand, M.J. et coll., *Travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie: Évaluation de l'implantation de la théorie d'un programme de collaboration précoce en réadaptation au travail*. 2007, Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail: Montréal, Québec, Canada.
94. Love, A., « Implementation evaluation », in *Handbook of practical program evaluation*, J.S. Wholey, H.P. Hatry, and K.E. Newcomer, Editors. 2004, Jossey-Bass: San Francisco, CA. p. 63-97.

ANNEXE 1 : OUTILS PERMETTANT DE MESURER LES INDICATEURS D'IMPLANTATION (OBJECTIFS 2 ET 3)

Instrument	Auteur	Concept mesuré	Validation
1. OPTION Observer l'implication du patient	[57]	Évaluation des 12 comportements nécessaires à la PDP sur une échelle de 5 points (0 = le comportement n'est pas observé; à 4 = le comportement est observé et est démontré avec un très haut niveau).	Une bonne validité de construit [80] et très bon accord interjuges avec un coefficient intraclasse 0,77 [57]. Une très bonne consistance interne a aussi été observée [80].
2. Grille d'observation	Développée pour l'étude	22 énoncés évalués avec des échelles catégorielles (c.-à-d.: oui, non et observation minimale) ou qui documentent les aspects de l'alliance de travail (coopération, autorégulation du clinicien); la problématique qui nécessite une PDP; l'établissement d'un objectif et plan d'action commun.	Prétesté pour cette étude sur la clarté des énoncés.
3. Questionnaire sur l'alliance de travail (mesure dyadique: travailleur et l'ergothérapeute)	[81]	12 énoncés variant de 1 à 7 sur une échelle de Likert (1 = jamais à 7 = toujours) qui mesure la perception de la relation établie entre le travailleur et le clinicien sur 1) les tâches réalisées; 2) les buts à atteindre; 3) les aspects affectifs.	Alphas de Cronbach élevés obtenus pour chacun des trois construits variant de 0,83 à 0,98.
4. Questionnaire sur les perceptions d'appréciation	[82, 83]	24 énoncés sur une échelle de Likert (1 = très rarement à 5 = très souvent) qui mesure l'attention et l'importance données au patient par le clinicien, le sentiment que le clinicien est intéressé par le patient et la dépendance (la contribution du patient est considérée comme essentielle).	Alphas de Cronbach variant de 0,82 à 0,91
5. Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter – TMS (ORTESES)	[84]	97 énoncés sur une échelle de Likert variant de 1 à 7 (Partie A : 1 = pas du tout un obstacle, 7 = un gros obstacle; Partie B : 1= pas du tout capable à 7= tout à fait capable) qui mesure 8 dimensions (état de santé général, la motivation, le soutien social, le milieu de travail, le	Étude de validation en cours [85]

		poste de travail, les relations interpersonnelles avec les collègues et le superviseur immédiat, les relations avec l'assureur et le milieu de vie personnelle) qui pourraient représenter des obstacles au retour au travail et le niveau d'autoefficacité pour surmonter chaque obstacle.	
6. Le Bref questionnaire sur la représentation de la maladie (Bref-IPQ)	[86]	8 énoncés sur une échelle de Likert variant de 0 à 10 avec la description d'ancrage adaptée à l'énoncé. Ce questionnaire mesure les composantes de la représentation de la maladie (conséquences, durée, contrôle personnel, efficacité du traitement, identité, préoccupation, cohérence, représentation émotionnelle et causes). Le dernier énoncé permet au travailleur d'établir, en ordre d'importance, les trois raisons qui ont provoqué la maladie.	Des corrélations modérées à élevées ($r = 0,46-0,63$) ont été obtenues entre les scores du Bref-IPQ et la version du IPQ-R, à l'exception des composantes suivantes : identité ($r = 0,33$) et du contrôle sur le traitement ($r = 0,32$) [86]. Des coefficients de validité test-retest à 3 et 6 semaines d'intervalle variant de 0,42 à 0,75 ont été obtenus. La validité prédictive à 3 mois est satisfaisante sur le statut fonctionnel et la qualité de vie.
7. Échelle du conflit décisionnel	[87]	16 énoncés sur une échelle de Likert (1 = tout à fait d'accord à 5 = pas du tout d'accord) mesurant le niveau d'incertitude sur le choix des options et sur les facteurs modifiables qui peuvent contribuer à l'incertitude (information, valeurs et soutien social).	Coefficient de validité test-retest à 2 semaines d'intervalle = 0,81. Coefficients de consistance interne variant de 0,78 à 0,92. Validité discriminante satisfaisante. Une faible corrélation inversée ($r = -0,16$ $p < 0,05$) est observée entre l'échelle du conflit décisionnel et les scores à un test de connaissance.
8. Guide personnel d'aide à la décision	[88]	Une entrevue structurée basée sur 4 composantes évaluant les besoins décisionnels tels que les connaissances, les valeurs, le niveau de certitude et le soutien ou la pression sociale.	Validité de construit satisfaisante [89]

9. Questionnaire sur l'accord (mesure dyadique pour le travailleur et l'ergothérapeute)	Développé pour l'étude	7 énoncés sur une échelle de Likert (1 = fortement en désaccord à 7 = fortement d'accord) qui mesure le niveau d'accord sur la faisabilité et sur le niveau significatif de l'objectif, l'option et le plan d'action convenus entre le travailleur et l'ergothérapeute. Trois autres questions ouvertes documentent l'objectif, l'option et le plan d'action convenus entre les deux membres de la dyade. Si l'ergothérapeute a fait une recommandation, elle est aussi documentée. Cette mesure dyadique aide à déterminer le niveau d'accord entre le travailleur et l'ergothérapeute sur l'objectif, l'option et le plan d'action.	Non disponible
10. Questionnaire sur le statut de travail	[90]	À l'aide d'un arbre décisionnel, trois catégories de statut de retour au travail sont déterminées: (1) retour au travail (même employeur ou autre; mêmes tâches ou autres); (2) ne travaille pas à cause du problème traité; (3) absent du travail à cause d'une autre raison.	Non disponible.
11. Échelle de regret décisionnel	[91]	5 énoncés sur une échelle de Likert (1 = fortement en accord à 5 = fortement en désaccord) qui mesure le niveau de regret face à la décision qui a été prise.	Alphas de Cronbach variant de 0,81 à 0,92.
12. Échelle de satisfaction du travailleur envers le clinicien	[92]	Adaptation de 6 énoncés sur une échelle de Likert (1 = fortement en désaccord à 5 = fortement en accord) qui mesure le niveau de satisfaction du travailleur face au clinicien dans le cadre de la PDP.	Alphas de Cronbach variant de 0,8 à 0,9.

13. Échelle de satisfaction du clinicien	[92]	Une échelle adaptée composée de 11 énoncés avec une échelle de Likert (1 = pas du tout à 5 = énormément) qui mesure le niveau de satisfaction du clinicien par rapport à la rencontre PDP avec le travailleur.	Alphas de Cronbach variant de 0,8 à 0,9.
14. Statut fonctionnel	[93]	2 énoncés sur une échelle de 0 à 100 % documentent le pourcentage d'activités de travail et de la vie quotidienne reprises par le travailleur comparativement à avant son TMS.	Non disponible.
15. Guides d'entrevues individuelles semi-structurées (voir annexe 4)	Développés pour l'étude	Guides d'entrevues individuelles semi-structurées pour documenter la perception du travailleur et des acteurs impliqués sur les facteurs qui facilitent ou créent un obstacle à l'implantation de la PDP. Les questions sont issues de Love [94] dans le cadre de l'évaluation de l'implantation et en fonction des indicateurs établis au sein du programme de PDP.	Prétesté auprès des clientèles cibles pour la pertinence et la clarté des questions.

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ACHEMINÉ AUX PARTICIPANTS AVANT LA TENUE DES GROUPES DE DISCUSSION

Voici une série de questions et d'énoncés. Ceux-ci seront rediscutés plus en profondeur lors du groupe de discussion. Nous vous invitons donc à remplir le questionnaire en fonction de votre compréhension et de votre expérience en lien avec la prise de décision partagée en contexte de réadaptation au travail. Nous vous demanderons à la fin de nous retourner ce questionnaire complété avant la tenue du groupe.

Question 1 : Quels sont les éléments qui, selon vous, pourraient faire l'objet d'une décision partagée entre le travailleur et le clinicien?

Question 2 : Quels sont les éléments qui, selon vous, ne devraient pas faire l'objet d'une décision partagée entre le travailleur et le clinicien?

Question 3 : *Idéalement, quand devriez-vous être consulté durant le processus de prise de décision partagée?*

Question 4 : *Qui devrait communiquer avec vous pour discuter des options et de leur mise en place?*

Dans les pages suivantes, vous trouverez cinq énoncés reliés au schéma présentant la théorie du programme de prise de décision partagée. Pour chaque énoncé, vous devrez donner votre niveau d'accord. Par la suite, des questions de précisions vous seront posées.

Énoncé 1 : Les objectifs présentés dans le schéma sont tous nécessaires et suffisants pour effectuer une prise de décision partagée en réadaptation au travail.

Veillez cocher la case qui correspond à votre niveau d'accord avec l'énoncé précédent.

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Si vous avez répondu d'accord et tout à fait d'accord, veuillez passer à l'énoncé 2. Sinon, veuillez répondre aux deux sous-questions suivantes.

- a) *Si vous trouvez qu'il manque des objectifs, inscrire votre/vos proposition(s) de nouveaux objectifs que vous jugez essentiels pour effectuer une prise de décision partagée en réadaptation au travail.*

Notez que les objectifs doivent toucher des facteurs/éléments modifiables. Ceux-ci devraient aussi être selon vous clairs, concrets, mesurables et atteignables dans un contexte de prise de décision partagée en réadaptation au travail.

Exemple : Ajouter l'objectif suivant : « Établir un but commun »

b) *Si vous trouvez que certains objectifs ne sont pas essentiels dans un contexte de prise de décision partagée en réadaptation au travail, veuillez indiquer lesquels (exemple : « L'objectif 3 n'est pas essentiel »).*

Énoncé 2 : La formulation des objectifs est claire et concrète.

Veuillez cocher la case qui correspond à votre niveau d'accord avec l'énoncé précédent.

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Si vous avez répondu d'accord et tout à fait d'accord, veuillez passer à l'énoncé 3. Sinon, veuillez répondre à la sous-question suivante.

a) *Veuillez apporter les modifications requises aux objectifs problématiques (exemple : « L'objectif longitudinal devrait se lire ainsi : Maintenir une alliance de travail et s'assurer d'une compréhension commune des modalités de réadaptation au travail »).*

Énoncé 3 : Les objectifs sont réalistes pour un contexte de prise de décision partagée en réadaptation au travail.

Veillez cocher la case qui correspond à votre niveau d'accord avec l'énoncé précédent.

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Si vous avez répondu d'accord et tout à fait d'accord, veuillez passer à l'énoncé 4. Sinon, veuillez répondre à la sous-question suivante.

a) *Veillez apporter les modifications requises aux objectifs jugés problématiques.*

Énoncé 4 : Les activités énoncées et présentées sont nécessaires et suffisantes pour atteindre les objectifs.

Veillez cocher la case qui correspond à votre niveau d'accord avec l'énoncé précédent.

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

b) Qu'est-ce qui faciliterait, de façon réaliste, l'intégration aux pratiques actuelles?

Merci d'avoir rempli le questionnaire. Vous pouvez maintenant nous le retourner par la poste avec votre formulaire de consentement dans l'enveloppe-réponse affranchie qui a été transmise. **Pouvez-vous aussi faxer (450) 674-5237 ou numériser (marie-elise.labrecque@usherbrooke.ca) les réponses au questionnaire seulement pour s'assurer que nous recevions vos réponses à temps pour le groupe?** Vos réponses seront discutées lors de la rencontre de groupe.

ANNEXE 3 : CANEVAS D'ENTREVUE AVEC LES ASSUREURS

CANEVAS D'ENTREVUE AVEC LE CONSEILLER EN RÉADAPTATION (ASSUREUR)

Pour favoriser l'alliance entre l'assureur et le clinicien, voici quelques éléments que le clinicien devrait documenter auprès de l'assureur (autre que la CSST) lors du premier contact téléphonique.

Volet emploi :

1. Quelles sont les possibilités chez l'employeur pour le retour au travail?

2. Globalement, quelles sont les exigences du poste de travail?

3. Est-ce qu'il y a une cote de sécurité au poste? _____

4. Est-ce qu'il y a un bureau de santé chez l'employeur? _____

5. Quel est le délai requis, pour l'employeur, pour mettre en place le retour au travail?

6. Quels sont les mécanismes de concertation et de communication prévus avec l'employeur?

Volet système de santé :

7. Est-ce qu'il y a actuellement d'autres intervenants dans le dossier de l'assuré?
(ex. : psychologue, travailleur social, infirmière, PAE)

8. Quels sont les obstacles et facilitateurs déjà établis pour le retour au travail?

Volet assurance :

9. Quelle est la date de changement de définition entre l'invalidité de courte durée et celle de longue durée (inapte à son emploi par rapport à inapte à tout emploi)?

10. Est-ce qu'il y a des changements anticipés dans la fréquence des paiements d'assurance?

11. Quel est le nombre de semaines pouvant être attribuées au programme de réadaptation?

12. Quelles sont les attentes relatives aux services à offrir?

13. Est-ce qu'il y a une clause de rechute? _____

14. Quelles sont les attentes du conseiller en ce qui concerne la concertation et la communication?

CANEVAS D'ENTREVUE AVEC LE CONSEILLER EN RÉADAPTATION DE LA CSST

Pour favoriser l'alliance entre l'assureur et le clinicien, voici quelques éléments que le clinicien devrait documenter auprès de l'assureur lors du premier contact téléphonique.

*****Avant d'établir le 1^{er} contact avec l'assureur, consulter le contrat de service de la CSST. Plusieurs réponses aux questions ci-dessous pourraient s'y trouver.**

Volet emploi :

1. Quelles sont les possibilités chez l'employeur pour le retour au travail?

2. Globalement, quelles sont les exigences du poste de travail?

3. Est-ce qu'il y a une cote de sécurité au poste? _____

4. Quel est le délai requis, pour l'employeur, pour mettre en place le retour au travail?

5. Quels sont les mécanismes de concertation et de communication prévus avec l'employeur?

Volet système de santé :

6. Quels sont les obstacles et facilitateurs déjà établis pour le retour au travail?

Volet assurance :

7. Quelles sont les attentes relatives aux services à offrir?

8. Quelles sont les attentes du conseiller en ce qui concerne la concertation et la communication?

ANNEXE 4 : GUIDES D'ENTREVUE UTILISÉS À LA FIN DU PROGRAMME

Guide d'entrevue pour les ergothérapeutes

Objectif 2 : Évaluer l'effort d'implantation du programme de prise de décision partagée auprès de quatre centres de réadaptation.

Participants : Ergothérapeutes

Questionnaire sur la perception des ergothérapeutes concernant les barrières et les facilitateurs à l'implantation de la PDP.

- 1- Est-ce qu'il y a des cas typiques pour lesquels la PDP a particulièrement bien fonctionné?
- 2- Quelles étaient les caractéristiques de ces cas (ex. : liées aux patients, contexte légal, administratif, etc.)?
- 3- Est-ce qu'il y a des cas typiques pour lesquels la PDP n'a pas particulièrement bien fonctionné?
- 4- Quelles étaient les caractéristiques de ces cas (ex. : liées aux patients, contexte légal, administratif, etc.)?
- 5- Quelles activités prescrites dans la théorie du programme de la PDP vous êtes-vous senti(e) le plus confortable à utiliser?
- 6- Avec lesquelles étiez-vous moins à l'aise?
 - a. Pourquoi?
- 7- Questions à la suite du codage des entrevues (à déterminer selon OPTION, à quel score [0-1] on en parle à l'ergo?)
- 8- Auriez-vous des suggestions pour améliorer la théorie du programme?

Guide d'entrevue pour les acteurs (assureur, employeur, syndicat) Fin du programme de réadaptation au travail

Au début du programme de réadaptation au travail, le travailleur X et l'ergothérapeute X ont accepté de participer à une étude. Cette étude vise à évaluer un processus de prise de décision partagée entre l'ergothérapeute et le travailleur dans un contexte de réadaptation au travail. De façon plus spécifique, ce processus de prise de décision vise à :

- 1) Favoriser une compréhension commune entre (nommer les acteurs impliqués) de la problématique, des objectifs et de leur mise en œuvre entre le travailleur, l'ergothérapeute et les acteurs qui peuvent être impliqués dans la démarche de retour au travail;
- 2) Améliorer les mécanismes de communication entre les acteurs. (Rappel : cette entrevue n'est pas une évaluation des compétences de l'ergo mais une évaluation du processus de la PDP.)

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions afin d'obtenir votre perception sur la décision qui a été prise et sur le suivi qui a été fait avec vous.

COMPRÉHENSION COMMUNE

1. Selon vous, est-ce que tout le monde avait une compréhension commune de la situation du travailleur?

DÉCISION

2. Selon vous, est-ce que tous s'entendaient sur la décision? Oui/Non
 - a. Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
 - b. Si non, qu'est-ce qui aurait été nécessaire pour que vous vous entendiez sur la décision?
3. Est-ce que la décision qui a été prise répondait à vos besoins? Oui/Non
 - a. Pourquoi?

OBJECTIFS

4. Selon vous, quel était l'objectif du traitement?
5. Selon vous, est-ce que tous s'entendaient sur les objectifs à atteindre? Oui/Non
 - a. Si non, qu'est-ce qui aurait été nécessaire pour que vous vous entendiez sur les objectifs à atteindre?
6. Est-ce que les objectifs du traitement ont dû être modifiés? Oui/Non
 - a. Pourquoi?
7. À votre avis, est-ce que l'objectif fixé a été atteint?
 - a. À quel niveau ? (cotation 0-10 atteinte) ?
 - b. À quoi attribuez-vous ce niveau d'atteinte?

PLAN D'ACTION

8. Selon vous, est-ce que tous s'entendaient sur ce qui devait être fait pour... (nommer l'option retenue dans le guide d'aide à la décision)? Oui/Non
 - a. Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
 - b. Si non, qu'est-ce qui aurait été nécessaire pour que vous vous entendiez sur ce qui devait être fait?

9. Est-ce que ce que vous aviez convenu a été fait? Oui/non
 - a. Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

10. Est-ce que des choses à faire ont dû être modifiées pour atteindre l'option choisie (la nommer)? Oui/Non
 - a. Pourquoi?

MODALITÉS DE SUIVI

11. Est-ce qu'il y a eu un suivi de l'ergothérapeute sur ce qui devait être fait ? (communication entre les acteurs, rencontre bilan, réévaluation ou rencontre bilan)

12. Est-ce que cela répondait à vos attentes?

ENSEMBLE DU PROCESSUS

13. Est-ce que vous sentez que chacune des personnes impliquées savait ce qu'elle devait faire? Oui/ Non
 - a. Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

14. Si la décision était à reprendre, feriez-vous les choses différemment? Oui/ Non
 - a. Que changeriez-vous?

Guide d'entrevue pour les travailleurs

Fin du programme de réadaptation

Il y a plusieurs semaines, lors d'une rencontre avec votre ergothérapeute, qui a été enregistrée sur bande audio, vous avez pris une décision à propos de *(nommer la décision qui figure sur le Guide d'aide à la décision d'Ottawaⁱ)* _____. À ce moment, vous aviez envisagé les options suivantes : *(nommer les options sur le GADO)* pour mettre en place votre décision. Vous avez retenu l'option : _____ *(nommer l'option retenue. Si pas d'option retenue au moment de la PDP, clarifier avec le travailleur l'option retenue)*. J'aimerais discuter avec vous de cette rencontre et de ce qui est arrivé depuis.

(Rappel : cette entrevue n'est pas une évaluation des compétences de l'ergo mais une évaluation de la mise en place du processus de la PDP.)

RENCONTRE PDP

1. D'abord, que pensez-vous de la rencontre qui s'est déroulée avec votre ergothérapeute?
Comment l'avez-vous trouvé?

COMPRÉHENSION COMMUNE

2. Selon vous, est-ce que tout le monde avait une compréhension commune de votre situation personnelle?

DÉCISION

3. Selon vous, est-ce que tous s'entendaient sur la décision? Oui/Non
 - a. Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
 - b. Si non, qu'est-ce qui aurait été nécessaire pour que vous vous entendiez sur la décision?
4. Consulter le questionnaire du regret décisionnel. Si pas de regret, passez à la question 5. Si présence de regret, poser les questions suivantes :
5. Est-ce que la décision qui a été prise répondait à vos besoins? Oui/Non
 - a. Pourquoi?
6. Aussi, documenter les réponses obtenues dans le questionnaire du regret décisionnel (ex. : pourquoi dites-vous que la décision que vous avez prise vous a causé du tort?).

OBJECTIFS

Après la rencontre enregistrée avec votre ergothérapeute, vous avez complété un questionnaire et établi les objectifs suivants : _____ *(nommer les objectifs convenus dans le questionnaire sur l'accord des objectifs et stratégies)*.

7. Selon vous, est-ce que tous s'entendaient sur les objectifs à atteindre? Oui/Non
 - a. Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

- b. Sinon, qu'est-ce qui aurait été nécessaire pour que vous vous entendiez sur les objectifs à atteindre?
8. Est-ce que les objectifs de traitement ont dû être modifiés? Oui/Non
- a. Pourquoi?
9. À votre avis, est-ce que l'objectif fixé a été atteint (se référer au questionnaire accord objectifs)?
- a. À quel niveau ? Cotation 0-10 atteinte?
- b. À quoi attribuez-vous ce niveau d'atteinte?

PLAN D'ACTION

Lors de la rencontre enregistrée avec votre ergothérapeute, vous avez choisi l'option suivante :
_____ (nommer l'option retenue du GADO).

10. Selon vous, est-ce que tous s'entendaient sur ce qui devait être fait pour atteindre l'option choisie (la nommer)? Oui/Non
- a. Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
- b. Sinon, qu'est-ce qui aurait été nécessaire pour que vous vous entendiez sur ce qui devait être fait?
11. Est-ce que ce que vous aviez convenu a été fait? Oui/non
- a. Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
12. Est-ce que des choses à faire ont dû être modifiées pour atteindre l'option choisie (la nommer)? Oui/Non
- a. Pourquoi?

MODALITÉS DE SUIVI

13. Est-ce qu'il y a eu un suivi de l'ergothérapeute sur ce qui devait être fait ? (communication entre les acteurs, rencontre bilan, réévaluation ou rencontre bilan)
14. Est-ce que ce qui a été fait comme suivi répondait à vos attentes?

ENSEMBLE DU PROCESSUS

15. Est-ce que vous sentez que chacune des personnes impliquées savait ce qu'elle devait faire? Oui/ Non
- a. Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
16. Si la décision était à reprendre, feriez-vous les choses différemment? Oui/ Non
- c. Que changeriez-vous?

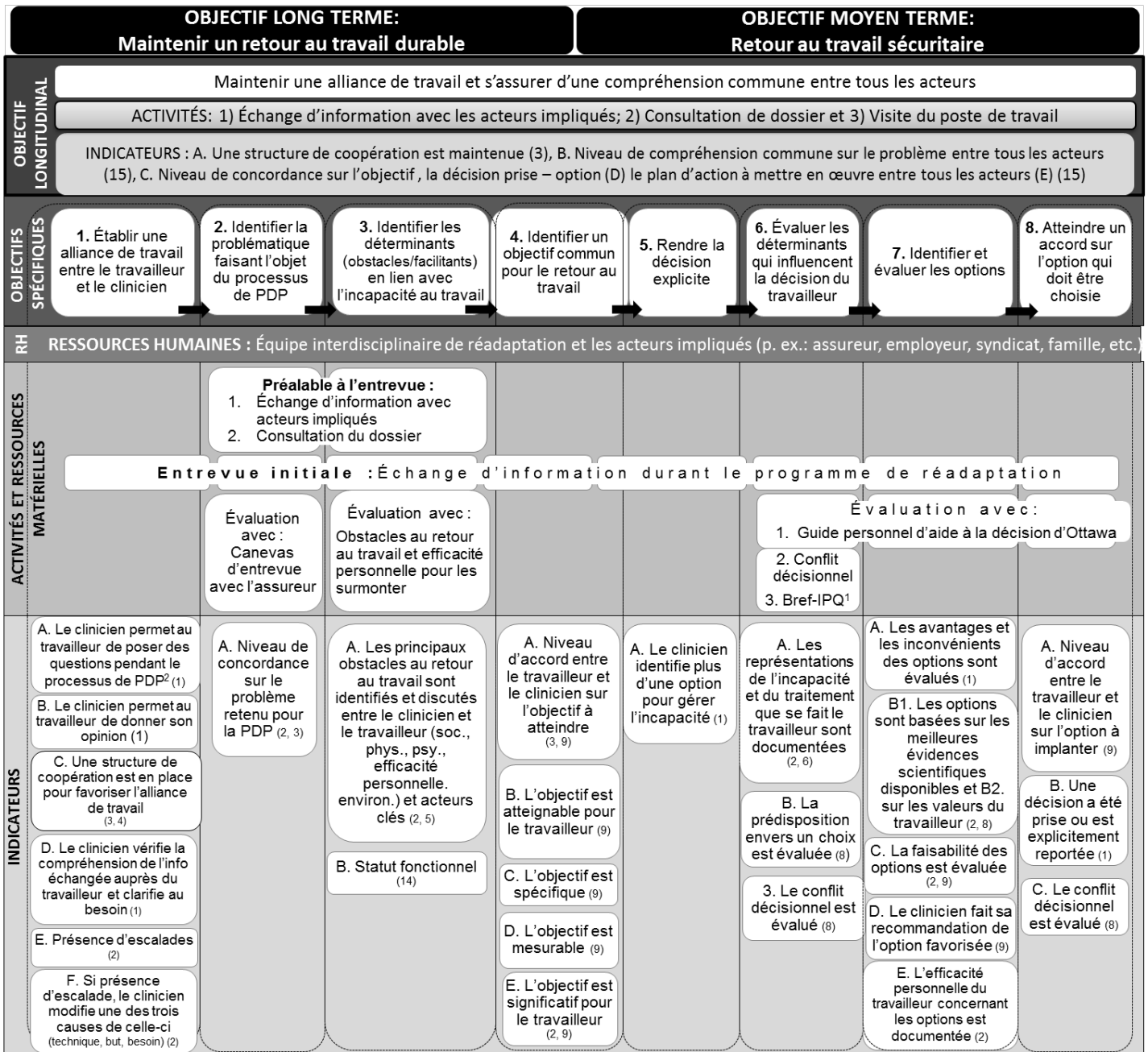
Question sur le pourcentage d'activités

En montrant l'échelle visuelle analogue de pourcentage:

1- Ici, vous avez le 100 % de vos activités régulières. Vous vous situez où actuellement par rapport à ce 100 % ?

2- Ici, vous avez le 100 % de vos tâches régulières au travail. Vous vous situez où actuellement par rapport à ce 100 % ?

ANNEXE 5 : PROGRAMME DE PDP FINAL



Légende : ¹ Bref questionnaire sur la représentation de la maladie ² Prise de décision partagée

Programme de PDP en réadaptation (phase de mise en œuvre de la décision)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	9. Identifier les moyens à mettre en place (plan d'action) de l'option choisie	10. Implanter le plan d'action au sein du programme de réadaptation avec les acteurs clés	11. Maintien de la PDP
RH	RESSOURCES HUMAINES		
ACTIVITÉS ET RESSOURCES MATÉRIELLES	Entrevue initiale : Échange d'info. durant le programme de réadaptation	Programme de réadaptation interdisciplinaire : Évaluation	Entrevue finale : Évaluation
INDICATEURS	<p>A. Niveau d'accord entre le travailleur et le clinicien sur le plan d'action à implanter (3, 9)</p> <p>B. Le plan d'action est atteignable pour le travailleur (9)</p> <p>C. Le plan d'action est spécifique (9)</p> <p>D. Le plan d'action est mesurable (9)</p> <p>E. Le plan d'action est significatif pour le travailleur (2, 9)</p> <p>F. Les obstacles qui pourraient entraver la performance sont identifiés et des solutions sont apportées (15)</p>	<p>A. Le plan d'action est réajusté, si nécessaire (15)</p> <p>B. La responsabilité de chaque acteur est définie (15)</p> <p>C. Un suivi du déroulement du plan d'action auprès du travailleur et des partenaires impliqués est effectué (15)</p> <p>D. Les moyens identifiés à l'objectif 9 sont actualisés (15)</p>	<p>A. Niveau d'efficacité personnelle en lien avec les obstacles identifiés (5)</p> <p>B. Niveau de regret lié à la décision (11)</p> <p>C. Niveau de compréhension du problème d'incapacité dans la perspective du travailleur (6)</p> <p>D. Niveau de satisfaction du travailleur concernant le processus de PDP (12)</p> <p>E. Niveau de satisfaction des acteurs clés du résultat du processus de PDP pour lequel ils ont été impliqués (13, 15)</p> <p>F. Niveau d'atteinte de l'objectif établi à l'objectif 4 (15)</p> <p>G. Statut de travail (10)</p> <p>H. Statut fonctionnel (14)</p>

ANNEXE 6 : MATRICE POUR ANALYSES INTRACAS

Objectif	Indicateur	Mesure	Critère	Cote implantation
Objectif longitudinal Maintenir une alliance de travail et s'assurer d'une compréhension commune entre tous les acteurs	Travailleur : A. Une structure de coopération est maintenue	<u>Questionnaire sur l'alliance de travail (3):</u> Travailleur et clinicien: Score moyen calculé à 2 moments : • après la PDP • à la fin du programme.	Si score moyen = 1 à 1,9 = 0 2 à 4,9 = 0,5 ≥ 5 = 1 Différence des scores aux 2 moments, entre travailleur et ergothérapeute Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie sur l'échelle = 0,5 Écart de deux catégories sur l'échelle = 0	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
	Autres acteurs : B. Niveau de compréhension commune sur le problème entre tous les acteurs	Entrevues individuelles (15):	Analyses qualitatives termes recherchés dans le texte comme « Compréhension commune » et « Accord »	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
	C. Niveau de concordance sur l'objectif entre tous les acteurs		Objectif et accord	
	D. Niveau de concordance sur la décision (option) entre tous les acteurs		Décision et accord	
	E. Niveau de concordance sur le plan d'action		Plan d'action et	

	entre tous les acteurs		accord	
1-Établir une alliance de travail entre le travailleur et le clinicien	a) Le clinicien permet au travailleur de poser des questions pendant le processus de PDP	<u>OPTION (1):</u> score pour l'énoncé 9: <i>Le clinicien attire l'attention sur un problème identifié nécessitant un processus de prise de décision.</i>	Si score de 0 à 1 = 0 2 = 0,25 3 à 4 = 1 NOTE : Un score de 0,25 est accordé au lieu de 0,5 puisque le niveau central sur l'échelle de réponse indique que le comportement est observé minimalement	0 = non 0,25 = minimal 1 = oui
	b) Le clinicien permet au travailleur de donner son opinion	<u>OPTION (1):</u> Score moyen aux énoncés 3, 6 et 7 (3 – évaluer les préférences; 6 – explorer les attentes ; 7 – explorer les inquiétudes)	Si score moyen est : 0 à 1 = 0 2 = 0,25 3 à 4 = 1	0 = non 0,25 = minimal 1 = oui
	c) Une structure de coopération est en place pour favoriser l'alliance de travail	<u>Questionnaire sur l'alliance de travail (3):</u> Travailleur et clinicien Score moyen à l'énoncé <u>Questionnaire sur les perceptions d'appréciation (4):</u> Travailleur et clinicien Score moyen à l'énoncé	C3 Si score moyen = 1 à 1,9 = 0 2 à 4,9 = 0,5 ≥ 5 = 1 C4 Si score moyen = 1 à 1,9 = 0 2 à 3 = 0,5 4 à 5 = 1	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui

	d) Le clinicien vérifie la compréhension de l'information échangée auprès du travailleur et clarifie au besoin.	<u>OPTION (1):</u> score pour l'énoncé 8: <i>Le clinicien vérifie que le patient a compris l'information.</i>	Un score de 0 à 1 = 0 2 = 0,25 3 à 4 = 1	0 = non 0,25 = minimal 1 = oui
	e) En présence d'escalade	<u>Grille d'observation (2):</u> 1- Présence d'escalade;	Présence d'escalade : Non = 0 Oui = 1	0 = non 1 = oui -0,25 = N/A
	f) Le clinicien modifie une des trois causes de celles-ci (technique, but, besoin).	2- Si présence, est-ce que le clinicien modifie une des causes?	Modifie les causes: Non = 0 Oui = 1 N/A = - 0,25 (pas d'escalade)	
2- Identifier la problématique faisant l'objet du processus de PDP	a) Niveau de concordance sur le problème retenu pour la PDP	<u>Questionnaire sur l'alliance de travail (3):</u> Travailleur et clinicien Score moyen à l'énoncé 10	A3 3 scores moyens obtenus à l'énoncé, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien Si scores moyens 1 et 2 = 1 à 1,9 = 0 2 à 4,9 = 0,5 ≥ 5 = 1 Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui

		<p><u>Grille d'observation (2)</u> : Travailleur clinicien</p>	<p>A2 A2 <u>Grille d'observation</u>: 3 réponses sont obtenues: 1) <i>Problème mentionné par le travailleur</i>; 2) <i>Problème mentionné par le clinicien</i>; 3) <i>Niveau de concordance sur le problème retenu pour la PDP.</i></p>	
<p>3- Identifier les déterminants (obstacles/facilitants) en lien avec l'incapacité au travail.</p>	<p>a) Les principaux obstacles au retour au travail sont identifiés et discutés entre le clinicien, le travailleur et acteurs clés.</p>	<p><u>ORTESES (5)</u>: Les principaux obstacles identifiés au questionnaire ORTESES durant la PDP.</p> <p><u>Grille d'observation (2)</u>: Est-ce que les obstacles sont reconnus et discutés entre le travailleur et le clinicien durant la PDP?</p>	<p>A5 <u>ORTESES</u>: Pour qu'un énoncé au questionnaire ORTESES soit considéré comme un obstacle, il doit être coté ≥ 4 à la partie A : obstacle et ≤ 4 à la partie B; efficacité personnelle. Les obstacles sont ensuite recherchés dans les verbatim des rencontres PDP à l'aide de la grille d'observation</p> <p>A2 Un pourcentage est généré à partir du nombre d'obstacles reconnus sur le nombre d'obstacles discutés pendant la PDP.</p>	<p>0-24% = 0 25-49% = 0,25 50-74% = 0,5 75-100% = 1</p>

	b) <u>Statut fonctionnel</u>	Évaluation du statut pour établir les déterminants (14)	Évalué = 1 Pas évalué = 0	1 = évalué 0 = pas évalué
4- Identifier un objectif commun pour le retour au travail	a) Niveau d'accord entre le travailleur et le clinicien sur l'objectif à atteindre	<p><u>Questionnaire sur l'alliance de travail (3):</u> Travailleur et clinicien Score moyen à l'énoncé pour la sous-échelle BUT (énoncés 4, 6, 10 et 11)</p> <p><u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Énoncé 1 pour le travailleur</p>	<p>A3 3 scores moyens obtenus à l'énoncé, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien</p> <p>Si scores moyens 1 et 2 = 1 à 1,9 = 0 2 à 4,9 = 0,5 ≥ 5 = 1</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) A3 Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0</p> <p>A9 Score obtenu à l'énoncé: Accord = 1 accord partiel = 0,5 pas d'accord = 0</p>	<p>0 = non 0,5 = partiel 1 = oui</p>
	b) L'objectif est atteignable pour le travailleur	<p><u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Énoncé 2 pour le travailleur et le clinicien après la PDP.</p>	<p>3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien</p> <p>Si score =</p>	<p>0 = non 0,5 = partiel 1 = oui</p>

			<p>1 à 3 = 0 4 = 0,5 5 à 7 = 1</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0</p>	
c) L'objectif est spécifique	<p><u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Réponses obtenues à l'énoncé 1 pour le travailleur et le clinicien.</p>	<p>3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien <p>Si score de 0 = but non spécifique 0,5 = partiellement 1 = but spécifique</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0</p>	<p>0 = non 0,5 = partiel 1 = oui</p>	
d) L'objectif est mesurable	<p><u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Réponses obtenues à l'énoncé 1 pour le travailleur et le clinicien.</p>	<p>3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien <p>Si score de 0 = but non mesurable 0,5 = partiellement mesurable 1 = pas mesurable</p>	<p>0 = non 0,5 = partiel 1 = oui</p>	

			<p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0</p>	
	e) L'objectif est significatif pour le travailleur	<p><u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Énoncé 3 travailleur et clinicien</p> <p><u>Grille d'observation (2) :</u> L'objectif est significatif pour le travailleur basé sur le contenu de la rencontre PDP (recherche des termes : a du sens, est important).</p>	<p>E9 3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien</p> <p>Si score de 0 = Non 1 = Oui</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart = 0</p> <p>E2 Rechercher des termes comme : a du sens, est important. Observation partielle : le clinicien ne questionne pas directement si l'objectif est significatif. On peut par contre l'inférer à partir de l'entrevue. Si l'objectif est significatif pour le travailleur = 1, sinon =0.</p>	<p>0 = non 1 = oui</p> <p>0 = non 0,5 = partiel 1 = oui</p>

5 - Rendre la décision explicite	Le clinicien identifie plus d'une option pour gérer l'incapacité.	<u>OPTION (1):</u> score pour l'énoncé 4: Le clinicien présente les différentes options possibles incluant le choix de « ne rien faire ».	Un score de 0 à 1 = 0 2 = 0,25 3 à 4 = 1	0 = non 0,25 = minimal 1 = oui
6- Évaluer les déterminants qui influencent la décision du travailleur	a) Les représentations de l'incapacité et du traitement que se fait le travailleur sont documentées	<u>Bref-IPQ (6):</u> Utilisé pour établir les représentations problématiques à observer. <u>Grille d'observation (2):</u> Les représentations problématiques reconnues dans le Bref-IPQ sont discutées durant la PDP entre le travailleur et le clinicien.	A6 Pour qu'un énoncé au questionnaire Bref-IPQ soit considéré comme problématique, il doit être coté ≥ 7 (après avoir inversé les énoncés 3, 4 et 7). A2 Un pourcentage est généré à partir du nombre de représentations problématiques reconnues sur le nombre de représentations problématiques identifiées au verbatim.	0-24% = 0 25-49% = 0,25 50-74% = 0,5 75-100% = 1
	b) La prédisposition envers un choix est évaluée	<u>Guide personnel d'aide à la décision d'Ottawa (8) :</u> <i>Quelle option préférez-vous? (section 2)</i>	S'il y a présence d'une réponse à cet énoncé = 1, sinon = 0	0 = non 1 = oui
	c) Le conflit décisionnel est évalué	<u>Guide personnel d'aide à la décision d'Ottawa (8) :</u> <i>Où en êtes-vous dans vos</i>	S'il y a présence d'une réponse à cet énoncé = 1, sinon = 0	0 = non 1 = oui

		<i>réflexions sur cette décision?</i> (section 1- question 4)		
7- Identifier et évaluer les options	a) Les avantages et les inconvénients des options sont évalués	<u>OPTION (1):</u> score pour l'énoncé 5: <i>Le clinicien explique les avantages (le pour) et les inconvénients (le contre) associés aux différentes options (incluant celle de « ne rien faire »).</i>	Un score de 0 à 1 = 0 2 = 0,25 3 à 4 = 1	0 = non 0,25 = minimal 1 = oui
	b) Les options sont basées sur les meilleures évidences scientifiques disponibles	<u>Grille d'observation (2)</u> : Déterminer combien d'options sont basées sur les meilleures évidences scientifiques et sur les valeurs du travailleur	B2 Un pourcentage est généré à partir du nombre d'options basées sur les meilleures évidences scientifiques sur le nombre total d'options.	0-24% = 0 25-49% = 0,25 50-74% = 0,5 75-100% = 1
	c) Sur les valeurs du travailleur	<u>Guide personnel d'aide à la décision d'Ottawa (8):</u> Utilisation des étoiles pour indiquer l'importance accordée par le travailleur à chaque avantage et risque.	B8 Si la section 2 contient des étoiles représentant l'importance accordée aux avantages et risques = 1 sinon = 0	0 = non 1 = oui

	c) La faisabilité des options est évaluée	<p><u>Grille d'observation (2)</u> : établir si la faisabilité des options est évaluée. Rechercher des termes comme : possible, faisable, réaliste.</p> <p><u>Questionnaire sur l'accord (9)</u>: Énoncé 5 pour le travailleur et le clinicien après la PDP.</p>	<p>C2 Un pourcentage est généré à partir du nombre d'options dont la faisabilité est évaluée sur le nombre total d'options.</p> <p>C9 3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien</p> <p>Si score de 0 = Non 1 = Oui</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) A1 Pas d'écart = 1 Écart = 0</p>	<p>0-24% = 0 25-49% = 0,25 50-74% = 0,5 75-100% = 1</p> <p>0 = non 1 = oui</p>
	d) Le clinicien fait sa recommandation de l'option favorisée	<p><u>Questionnaire sur l'accord (9)</u>: Énoncé 7 pour le travailleur et le clinicien après la PDP</p>	<p>3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 4) travailleur 5) clinicien 6) travailleur - clinicien</p> <p>Si score de 0 = Non 1 = Oui</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation)</p>	<p>0 = non 1 = oui</p>

			Pas d'écart = 1 Écart = 0	
	e) L'efficacité du travailleur concernant les options est documentée	<u>Grille d'observation (2)</u> : Rechercher des termes comme : êtes-vous capable?	Un score de 1 est accordé lorsque l'efficacité est explicitement documentée par le clinicien. Lorsque le contenu de l'entrevue permet de l'inférer = 0,5. Lorsqu'elle n'est pas documentée = 0.	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
8- Atteindre un accord sur l'option qui doit être choisie	a) Niveau d'accord entre le travailleur et le clinicien sur l'option à implanter	<u>Questionnaire sur l'accord (9)</u> : Énoncé 4 pour le travailleur et le clinicien après la PDP.	Établir s'il y a un accord entre le travailleur et le clinicien sur l'option choisie. Accord = 1 Accord partiel = 0,5 Pas d'accord = 0	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
	b) Une décision a été prise ou est explicitement reportée	<u>OPTION (1)</u> : Score pour l'énoncé 11: <i>Le clinicien indique le besoin de prendre une décision (ou de la reporter).</i>	Un score de 0 à 1 = 0 2 = 0,25 3 à 4 = 1	0 = non 0,25 = minimal 1 = oui
	c) Le conflit décisionnel est évalué	<u>Guide personnel d'aide à la décision d'Ottawa (8)</u> , <u>section 3</u> : Déterminer vos besoins en vue de prendre une décision (<i>connaissances, valeurs, soutien, certitudes</i>).	Un score rapporté sur 100 est accordé selon le nombre de réponses obtenues aux 4 énoncés.	0 = 0/4 0,25 = 1/4 0,5 = 2/4 0,75 = 3/4 1 = 4/4

<p>9- Identifier les moyens à mettre en place (plan d'action) de l'option choisie</p>	<p>a) Niveau d'accord entre le travailleur et le clinicien sur le plan d'action à implanter</p>	<p><u>Questionnaire sur l'alliance de travail (3):</u> Travailleur et clinicien Score moyen à l'énoncé pour la sous-échelle TÂCHE (énoncés 1, 2, 8, 12) est calculé après la PDP.</p> <p><u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Énoncé 8 travailleur et clinicien</p>	<p>A3 3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien</p> <p>Si score moyen = 1 à 1,9 = 0 2 à 4,9 = 0,5 ≥ 5 = 1</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0</p> <p>A9 3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien</p> <p>Si score de 0 = pas d'accord 0,5 = accord partiel 1 = accord.</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0</p>	<p>0 = non 0,5 = partiel 1 = oui</p>
--	---	---	--	--

	<p>b) Le plan d'action est atteignable pour le travailleur</p>	<p><u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Énoncé 9 travailleur et clinicien</p>	<p>3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien</p> <p>Si score de 1 à 3 = 0 4 = 0,5 5 à 7 = 1</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0</p>	<p>Catégorique 0 = non 0,5 = partiel 1 = oui</p>
	<p>c) Le plan d'action est spécifique</p>	<p><u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Énoncé 8 travailleur et clinicien</p>	<p>3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien</p> <p>Si score de 0 = pas spécifique 0,5 = partiellement spécifique 1 = spécifique</p> <p>Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0</p>	<p>0 = non 0,5 = partiel 1 = oui</p>

	d) Le plan d'action est mesurable	<u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Énoncé 8 travailleur et clinicien	3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien Si score de 0 = pas mesurable 0,5 = partiellement mesurable 1 = mesurable Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart d'une catégorie = 0,5 Écart de deux catégories = 0	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
	e) Le plan d'action est significatif pour le travailleur	<u>Questionnaire sur l'accord (9):</u> Item 10 travailleur et clinicien <u>Grille d'observation (2):</u> le plan d'action est	E9 3 scores obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) travailleur 2) clinicien 3) travailleur - clinicien Si score de 0 = Non 1 = Oui Pour score 3 (le niveau d'implantation) Pas d'écart = 1 Écart = 0 E2 Rechercher des termes comme : a du sens, est important.	0 = non 1 = oui 0 = non 0,5 = partiel 1 = oui

		significatif pour le travailleur selon le contenu de la rencontre PDP.	Observation partielle : le clinicien ne questionne pas directement pour savoir si le plan d'action est significatif. On peut par contre l'inférer à partir de l'entrevue.	
	f) Les obstacles qui pourraient entraver la performance sont identifiés et des solutions sont apportées	<u>Entrevue finale (15)</u> : Travailleur et acteurs	Code analyses qualitatives : Obstacles reconnus	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
10- Implanter le plan d'action au sein du programme de réadaptation avec les acteurs clés	a) Le plan d'action est réajusté, si nécessaire.	<u>Entrevue finale (15)</u> : Travailleur et acteurs	Code analyses qualitatives : Modifications	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
	b) La responsabilité de chaque acteur est définie.	<u>Entrevue finale (15)</u> : Travailleur et acteurs	Code analyses qualitatives : Responsabilité	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
	c) Un suivi du déroulement du plan d'action auprès du travailleur et des acteurs est effectué.	<u>Entrevue finale (15)</u> : Travailleur et acteurs	Codes analyses qualitatives : Suivi/communication	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
	d) Les moyens identifiés à l'objectif 9 sont actualisés.	<u>Entrevue finale (15)</u> : Travailleur et acteurs	Code analyses qualitatives : Modifications	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui
11- Maintien de la PDP	a) Niveau d'efficacité personnelle en lien avec les obstacles identifiés	<u>ORTESES (5)</u> : Travailleur 2 moments : • avant la PDP • après le programme de	3 scores moyens à l'énoncé obtenus, le troisième est seulement retenu pour l'implantation: 1) le niveau moyen de	0 = non 0,5 = partiel 1 = oui