

Troubles musculosquelettiques  
**Revue réaliste sur les bases théoriques  
des programmes de réadaptation  
incluant le milieu de travail**

Marie-José Durand  
Chantal Sylvain  
Jean-Baptiste Fassier  
Dominique Tremblay  
William S. Shaw  
Johannes R. Anema  
Patrick Loisel  
Marie-Christine Richard  
Michael Bernier

RAPPORTS  
SCIENTIFIQUES

R-942

## NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

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

### **Mission**

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

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

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

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

### **Pour en savoir plus**

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

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CNESST. Abonnement : [preventionautravail.com](http://preventionautravail.com)

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
2017  
ISBN : 978-2-89631-903-9  
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](mailto:publications@irsst.qc.ca)  
[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)  
© Institut de recherche Robert-Sauvé  
en santé et en sécurité du travail,  
janvier 2017

# Troubles musculosquelettiques

## Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail

Marie-José Durand<sup>1, 6</sup>  
Chantal Sylvain<sup>1, 6</sup>  
Jean-Baptiste Fassier<sup>2</sup>  
Dominique Tremblay<sup>1</sup>  
William S. Shaw<sup>3</sup>  
Johannes R. Anema<sup>4</sup>  
Patrick Loisel<sup>5</sup>  
Marie-Christine Richard<sup>6</sup>  
Michael Bernier<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Université de Sherbrooke  
<sup>2</sup> Hospices Civils de Lyon et  
Université Claude-Bernard-Lyon-1  
<sup>3</sup> Liberty Mutual Research  
Institute for Safety  
<sup>4</sup> VU University Medical Center  
<sup>5</sup> University of Toronto  
<sup>6</sup> Centre de recherche de l'Hôpital  
Charles-Le Moyne

RAPPORTS  
SCIENTIFIQUES

R-942

### 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.

Cliquez recherche



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**

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont alimenté nos réflexions ou guidé nos manières de procéder dans cette aventure complexe et de longue haleine qu'est la réalisation d'une revue réaliste. À cet effet, nous souhaitons tout particulièrement exprimer notre gratitude envers D<sup>r</sup> Justin Jagosh (chercheur à l'Institut de psychologie, santé et société et directeur du Centre pour l'avancement de l'évaluation et de la synthèse réalistes, Université de Liverpool, Royaume-Uni). Nous voulons aussi saluer la contribution de Quan Nha Hong, lors de l'élaboration et de la rédaction du protocole de recherche de cette revue réaliste, alors qu'elle était professionnelle de recherche à l'Université de Sherbrooke.

Nous tenons aussi à remercier chaleureusement les personnes qui ont participé au sondage web sur l'évaluation des recommandations dégagées par l'équipe de travail sur les plans de la clarté, de la pertinence, de la faisabilité et de l'exhaustivité.

Par ailleurs, nous sommes reconnaissants d'avoir bénéficié du soutien financier de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, sans lequel ce projet n'aurait pu être mené à terme.



## SOMMAIRE

Les troubles musculosquelettiques (TMS) constituent une des principales causes d'incapacité au travail. Au cours des dernières décennies, plusieurs programmes de réadaptation au travail ont été démontrés efficaces. Cependant, le niveau de mise en œuvre de ceux-ci reste encore peu élevé. Une raison pouvant expliquer ce faible niveau d'implantation est le fait que ces programmes sont complexes et doivent prendre en compte des contextes sociaux, culturels et légaux très variés. Par conséquent, il n'est pas toujours clair quelles composantes des programmes sont efficaces (phénomène de la boîte noire) et quelles sont les théories sous-jacentes utilisées. Ainsi, il existe un besoin réel de mieux comprendre ce qui fonctionne dans ces programmes, pour qui, dans quels contextes, pourquoi et comment. Les trois objectifs spécifiques de cette étude étaient : 1) expliquer quels sont les éléments de contexte et les composantes de ces programmes qui fonctionnent, pour qui et dans quelles circonstances; 2) définir les théories sous-jacentes aux programmes de réadaptation au travail; et 3) proposer des recommandations pragmatiques pouvant être utilisées par les différents acteurs impliqués dans les programmes de réadaptation de travail.

Une revue réaliste portant sur un ensemble de programmes de réadaptation au travail incluant une intervention en milieu de travail a été réalisée. Selon cette méthode, les programmes se caractérisent par trois éléments principaux : le contexte (C), qui représente les caractéristiques des conditions dans lesquelles les programmes sont mis en place et les composantes de ces derniers; les mécanismes (M), qui décrivent ce qui fait en sorte qu'un programme parvient à atteindre ses résultats; et les résultats (O, pour *outcomes*), soit les effets prévus et imprévus d'un programme, résultant de l'interaction de différents mécanismes, dans différents contextes.

Les études originales retenues pour cette étude (n=8) consistaient en des essais contrôlés inclus dans une revue systématique (van Oostrom et coll., 2009) et sa mise à jour récente (van Vilsteren et coll., 2015). Les articles donnant des informations complémentaires sur les études originales retenues ont complété le corpus (n=16). Au total, 24 articles ont été analysés en profondeur. Une cinquantaine de configurations ont été élaborées afin de cerner les associations probables entre les contextes, mécanismes et résultats. Le logiciel d'analyse qualitative Atlas.ti a été utilisé. Une recherche de demi-régularités, à partir des configurations C-M-O élaborées, a permis de faire ressortir des convergences. Enfin, un sondage web portant sur la clarté, la pertinence, l'utilité, l'exhaustivité et la faisabilité de recommandations découlant des résultats a été réalisé auprès de 31 utilisateurs potentiels.

**En ce qui concerne l'objectif 1**, cinq macrocomposantes d'intervention et leurs composantes spécifiques ont été dégagées pour divers types de travailleurs (manuels ou sédentaires), sans égard au site du TMS (dos ou membre supérieur) et aux diverses phases du TMS (aiguë, subaiguë ou chronique). Il s'agit de : 1) l'évaluation (p. ex. : évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu, inclusion d'un questionnement sur la situation de travail), 2) la temporalité (intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement, suite au début de la réadaptation), 3) la diversité des acteurs (p. ex. : mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes, participation d'un acteur externe à l'entreprise pour rapprocher les intérêts), 4) le partage d'informations (p. ex. : coordination intersectorielle par un responsable des

communications et des actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur, entente générale des acteurs impliqués) et 5) les accommodements (p. ex. : adoption d'une approche de résolution de problèmes, participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions). Certains éléments de contexte apparaissent néanmoins déterminants pour que ces composantes produisent des effets positifs : des compétences en analyse de l'activité de travail chez un professionnel proche de l'équipe clinique ou intégré à celle-ci, des incitations pour les entreprises à collaborer à une intervention précoce en milieu de travail ainsi qu'un responsable de la coordination intersectorielle qui interagit fréquemment et efficacement avec l'ensemble des parties concernées connecté.

**En ce qui concerne l'objectif 2**, six grands groupes de mécanismes, abordant des dimensions psychoaffectives, cognitives et identitaires, ont été définis. Il s'agit de : 1) la rassurance du travailleur, 2) la satisfaction du travailleur, 3) la préservation de l'identité de travailleur, 4) la cohérence entre les besoins du travailleur et les interventions, 5) la proactivité et la mobilisation des acteurs et 6) la perception, par les acteurs de l'environnement, d'une pression sur eux. Les effets proximaux, qui sont les mécanismes se situant le plus près de l'objectif de retour au travail, ont également été regroupés selon leurs affinités en huit grands groupes et concernent des dimensions similaires. Il importe de savoir que tous ces groupes de mécanismes et d'effets proximaux sont dits transversaux, c'est-à-dire qu'ils se déploient dans plus d'une macrocomposante à la fois. **En ce qui concerne l'objectif 3**, les recommandations proposées ont majoritairement été jugées claires, pertinentes, utiles et exhaustives par les participants. Par contre, toutes, à l'exception de celles rattachées à la macrocomposante de l'évaluation, ont été jugées difficiles à mettre en œuvre dans les milieux de pratique.

Pris séparément, les résultats de cette étude sont corroborés par de nombreux écrits scientifiques. Cependant, cette étude est originale en ce qu'elle énonce que ce qui fonctionne repose nécessairement sur une action intersectorielle entre des intervenants de différents secteurs (santé, milieux de travail, assurance), finement coordonnée et nécessitant une forme de leadership partagé entre les acteurs pour atteindre l'objectif de retour au travail. Dans cette perspective, un travail supplémentaire doit être fait pour mieux cerner les conditions permettant le déploiement optimal de cette action intersectorielle. De plus, nos résultats révèlent une imbrication des mécanismes. Ils sont plus intimement associés à l'intervention réalisée en milieu de travail qu'à celle réalisée en clinique. Ainsi, ces mécanismes s'inscrivent résolument dans la perspective où l'expérimentation, par le travailleur, de diverses situations dans son milieu de travail, s'avère primordiale et va influencer directement ses représentations et, par conséquent, ses actions. Ces résultats concordent avec le modèle d'autorégulation de Leventhal et coll. (1980, 2013) et les travaux de Coutu et coll. (2007, 2010, 2011) et s'éloignent d'un modèle purement médical de prise en charge des TMS. Cependant, il demeure impossible d'avancer que, pour produire l'effet désiré, toutes les composantes d'intervention dans certains contextes doivent être présentes simultanément, ni que tous les mécanismes doivent être à l'œuvre de façon concomitante. Toutefois, le retour au travail ne peut être conçu comme un produit d'une mécanique linéaire. Il doit plutôt être conçu comme le résultat de processus dynamiques mobilisant des boucles de rétroaction et des interactions multiples. Cette idée d'« effet d'entraînement » montre l'interdépendance et la synergie des composantes d'intervention et des mécanismes dans certains contextes.



Trois pistes de recherche s'imposent pour le futur : 1) la bonification des composantes d'intervention qui fonctionnent avec leurs éléments de contexte spécifiques, en poursuivant avec la même méthode mais en élargissant les critères d'admissibilité à plus d'un type de devis; 2) l'approfondissement des mécanismes à partir de travaux en psychologie, en sociologie et en anthropologie; 3) l'expérimentation et l'évaluation des composantes d'intervention qui fonctionnent, tout en tenant compte d'éléments de contexte, auprès d'une autre population de travailleurs (p. ex. : celle ayant des troubles mentaux communs). En conclusion – et bien que cela semble poser des défis importants – il est essentiel de reconnaître l'interdépendance des différents secteurs mobilisés par le retour au travail et leurs influences réciproques et, si nécessaire, d'orchestrer leur mobilisation. Cette constatation confirme le caractère éminemment complexe, dynamique et social de toute démarche visant à favoriser le retour au travail des travailleurs ayant un TMS.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>I</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>VII</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>IX</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>XI</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problématique de santé et de sécurité du travail .....	1
1.2 État des connaissances scientifiques.....	2
<b>2. OBJECTIFS</b> .....	<b>7</b>
<b>3. MÉTHODES</b> .....	<b>9</b>
3.1 Cadre théorique .....	9
3.2 Étapes de la revue réaliste.....	9
3.2.1 Clarification de la question et de son étendue .....	9
3.2.2 Recherche d'écrits pertinents .....	10
3.2.3 Évaluation des études et extraction des données .....	10
3.2.4 Synthèse des informations .....	12
3.2.5 Diffusion des résultats.....	14
<b>4. RÉSULTATS</b> .....	<b>15</b>
4.1 Description de la littérature sélectionnée.....	15
4.2 Demi-régularités dans les configurations.....	18
4.2.1 Éléments de contexte, macrocomposantes d'intervention et composantes spécifiques	18
4.2.2 Mécanismes à l'œuvre .....	28
4.2.3 Effets proximaux.....	30
4.3 Consultation auprès des utilisateurs potentiels.....	34
4.3.1 Clarté des recommandations .....	34
4.3.2 Pertinence des recommandations .....	34
4.3.3 Faisabilité de la mise en œuvre des recommandations .....	34

4.3.4	Exhaustivité des recommandations.....	35
4.3.5	Nouveauté et utilité de l’information.....	35
<b>4.4</b>	<b>Schéma récapitulatif .....</b>	<b>35</b>
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>39</b>
5.1	Les éléments de contexte et les composantes de programme.....	39
5.2	Les mécanismes à l’œuvre.....	43
5.3	Les points de vue des utilisateurs potentiels.....	46
5.4	Forces et limites de l’étude.....	47
5.5	Recommandations de recherches futures.....	47
<b>6.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>49</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>51</b>
	<b>ANNEXE A : GRILLE D’EXTRACTION.....</b>	<b>65</b>
	<b>ANNEXE B : ENSEMBLE DES CONFIGURATIONS MÉCANISMES-EFFETS PROXIMAUX .....</b>	<b>71</b>
	<b>ANNEXE C : EXEMPLES DE RÉSEAUX DE CONFIGURATIONS .....</b>	<b>83</b>
	<b>ANNEXE D : QUESTIONNAIRE DU SONDAGE WEB .....</b>	<b>89</b>
	<b>ANNEXE E : RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU SONDAGE WEB.....</b>	<b>115</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Description des articles retenus .....	15
Tableau 2 : Description des programmes de réadaptation au travail incluant une intervention en milieu de travail .....	17
Tableau 3 : Macrocomposantes d'intervention des programmes de réadaptation au travail et composantes spécifiques associées .....	19
Tableau 4 : Grands groupes de mécanismes transversaux.....	29
Tableau 5 : Grands groupes d'effets proximaux transversaux pour le travailleur .....	32
Tableau 6 : Effets proximaux uniques sur les acteurs de l'environnement de travail .....	33
Tableau 7 : Effets proximaux uniques sur les acteurs externes/multiples .....	33



## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Exemple de configuration .....	12
Figure 2 : Éléments révélés par l'analyse des demi-régularités - Macrocomposantes d'intervention et composantes spécifiques .....	19
Figure 3 : Éléments révélés par l'analyse des demi-régularités – Mécanismes à l'œuvre .....	28
Figure 4 : Éléments révélés par l'analyse des demi-régularités - Effets proximaux .....	31
Figure 5 : Schéma récapitulatif .....	37





## 1. INTRODUCTION

### 1.1 Problématique de santé et de sécurité du travail

Chaque année, un nombre considérable de travailleurs sont incapables de reprendre leurs activités professionnelles ou de les maintenir en raison d'une incapacité causée par divers problèmes de santé. Dans les pays industrialisés, les troubles musculosquelettiques (TMS) sont la principale cause d'incapacité au travail. Au cours des dernières décennies, plusieurs programmes de réadaptation au travail ont été développés auprès de travailleurs ayant un TMS. Toutefois, il reste difficile d'établir quelles composantes de ces programmes s'avèrent efficaces (phénomène de la boîte noire) et quelles sont les théories sous-jacentes utilisées. En outre, ces programmes ont été élaborés dans différents pays et sont influencés par divers facteurs contextuels, entre autres sociaux, culturels et légaux. Ce manque de compréhension des théories sous-jacentes des programmes de réadaptation au travail pourrait expliquer, notamment, leurs taux de mise en œuvre peu élevés. Par conséquent, il existe un besoin de mieux comprendre ce qui fonctionne, pour qui et dans quels contextes. Cette étude vise donc à définir et à clarifier les mécanismes d'action et composantes des programmes de réadaptation au travail qui favorisent la reprise du travail en utilisant l'approche réaliste, telle que décrite par Pawson (*realist review*).<sup>1-3</sup>

#### ***Impact socio-économique***

Les TMS causent plus d'absentéisme au travail ou d'incapacité que toute autre catégorie de maladie et représentent, de ce fait, un lourd fardeau qui repose sur les individus, systèmes de santé et systèmes de soins sociaux.<sup>4-6</sup> Ce problème a été reconnu par les Nations Unies et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui ont appuyé une campagne mondiale visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies et de blessures osseuses et articulaires. Cette campagne, appelée *Bone and Joint Decade 2000-2010*, mettait l'accent sur la sensibilisation relative à l'impact de ces conditions et à une meilleure compréhension de celles-ci.<sup>7</sup> Elle a notamment permis de focaliser l'attention des chercheurs, cliniciens et professionnels de la santé et de susciter l'intérêt des gouvernements sur la problématique des TMS.<sup>8,9</sup>

Les personnes aux prises avec des incapacités au travail se retrouvent dans une situation lors de laquelle leur qualité de vie diminue considérablement et leur santé physique et mentale est altérée. En effet, les travailleurs contraints à rester à la maison après avoir subi une blessure rapportent souvent un sentiment d'isolement et de déperdition accrus, de même qu'une baisse de leur autonomie et de leur motivation à retourner au travail.<sup>10,11</sup> Aussi, Baril et coll. (1994)<sup>12</sup> dans une étude réalisée au Québec, ont montré que la complexité des procédures administratives et juridiques en ce qui a trait à l'indemnisation des travailleurs peut contribuer à une dégradation de la qualité de vie, à un sentiment de perte d'autonomie et de dignité ainsi qu'à la démotivation à retourner au travail. De plus, il a été démontré qu'être sans emploi était associé à un taux de mortalité plus élevé, à une faible santé générale, à une consommation plus élevée de médicaments et à un nombre plus élevé de consultations médicales et d'hospitalisations alors que favoriser le retour au travail permettait de diminuer les risques d'incapacité à long terme et les effets physiques et mentaux associés, de réduire la pauvreté et d'améliorer la qualité de vie et le bien-être.<sup>13-17</sup>

De plus, le fardeau financier imposé par l'incapacité de travail en raison de TMS est considérable. Par exemple, aux États-Unis, les coûts associés aux traitements et aux salaires perdus en raison des troubles musculosquelettiques ont été estimés à 874 milliards de dollars américains annuellement (5,7 % du PIB). Plus spécifiquement, les lombalgies engendraient à elles seules des coûts avoisinant les 250 milliards de dollars américains par année.<sup>18,19</sup> Au Royaume-Uni, il a été estimé que 1,01 million de personnes étaient affectées chaque année par les TMS, ce qui résultait en 11,6 millions de journées de travail perdues.<sup>20</sup> Aux Pays-Bas, les coûts annuels de la lombalgie et de la douleur au cou s'élevaient à environ 7,6 milliards d'euros. En outre, les coûts associés à la perte de productivité due à ces troubles représentaient environ neuf fois ceux liés aux soins de santé.<sup>21</sup> En ce qui concerne le Canada, la valeur estimée du temps productif perdu en raison des invalidités de longue durée attribuables aux TMS s'élevait à 12,6 milliards de dollars canadiens. Principale cause d'incapacité, les TMS représentaient environ 39 % des coûts d'invalidité de longue durée. De plus, les TMS venaient au troisième rang en termes d'importance des coûts de morbidité liés à l'invalidité de courte durée, soit 10,3 % du total des coûts.<sup>22</sup> La mise à jour la plus récente de ce rapport ne tient plus compte de l'invalidité attribuable aux TMS et ses coûts, mais positionne les TMS au troisième rang des cinq diagnostics associés aux coûts directs les plus élevés (5,8 milliards de dollars), tout juste derrière les maladies cardiovasculaires et les affections neuropsychiatriques (p. ex. : troubles mentaux, migraine). Les TMS se positionnent également au troisième rang des cinq diagnostics associés aux coûts indirects les plus élevés (1,4 milliard de dollars), derrière les blessures et les infections respiratoires. De plus, la valeur de la production perdue en raison de TMS était la troisième en importance (1,5 milliard de dollars), devancée par celle associée aux blessures (3,2 milliards de dollars) et aux infections respiratoires (2,9 milliards de dollars).<sup>23</sup> Dans la province de Québec, les TMS sont la principale cause d'accidents du travail et représentent près de 40 % des coûts totaux directs et indirects de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), soit plus de 650 millions de dollars annuellement, juste en 2015, 23 630 dossiers ont été ouverts et acceptés en raison de TMS.<sup>24-27</sup>

En somme, le fardeau des TMS n'est pas seulement porté par les travailleurs blessés, mais aussi par leur famille et amis, leurs employeurs et collègues de travail, les décideurs, les compagnies d'assurance, les syndicats et les fournisseurs de soins de santé. Dans le contexte du vieillissement de la population active, cela représente un défi dont l'ampleur ne cesse d'augmenter.<sup>28-31</sup>

## 1.2 État des connaissances scientifiques

### *Les programmes de réadaptation au travail*

La recherche dans le domaine de la réadaptation au travail a évolué principalement depuis le milieu des années 1980, en raison de l'escalade des charges sociales et économiques de l'incapacité de travail. Pour réduire ces charges croissantes, plusieurs options d'intervention ont été étudiées. Il existe maintenant des données probantes qui démontrent que les programmes de réadaptation au travail sont utiles. En effet, plusieurs revues systématiques d'interventions visant à faciliter les processus de retour au travail et à mieux gérer l'incapacité ont montré l'efficacité

<sup>1</sup> Rapport annuel de gestion 2015- C NESST. <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/400/Documents/DC400-2032-9web.pdf>

de ces interventions en termes de réduction du temps hors travail, d'amélioration de la qualité de vie et de réduction des incapacités.<sup>32-42</sup> De plus, une autre revue systématique a établi l'existence de preuves importantes soutenant les avantages financiers de ces interventions, et plus particulièrement de certaines de leurs composantes spécifiques (p. ex. : la disponibilité d'accommodements du travail, la visite d'un ergonome en milieu de travail, la présence d'un coordonnateur de retour au travail).<sup>43</sup>

L'ensemble de ces revues a mis en lumière certains principes directeurs en matière de réadaptation au travail. Ces principes font référence à des interventions qui doivent être considérées 1) au niveau individuel (p. ex. la personne directement concernée), 2) au niveau de l'environnement (le milieu de travail ou l'organisation) et 3) au niveau du système de prestation de services, pour assurer une prise en charge plus conforme aux recommandations de bonnes pratiques et une action concertée entre les différents acteurs impliqués dans les processus de retour au travail.<sup>44-46</sup> Aussi, les preuves montrent l'importance de l'implication du milieu de travail dans le processus de réadaptation, car cela permet d'établir de façon claire les obstacles liés à l'environnement, de renforcer les liens entre le travailleur et son employeur, de réduire les préjugés liés à la maladie ou aux blessures et de mettre en place les conditions nécessaires pour les accommodements du travail et de favoriser un réentraînement spécifique aux tâches de travail.<sup>45,47-51</sup> Les interventions ont habituellement lieu en totalité ou en partie en milieu de travail et nécessitent un contact avec l'employeur ou son représentant (le supérieur de l'employé, les services de santé et sécurité du travail de l'employeur).<sup>52</sup>

### *Un écart entre connaissances et actions*

Malgré des résultats positifs en ce qui a trait à l'efficacité et au coût-efficacité des programmes de réadaptation au travail, leur intégration dans l'offre de soins usuels et leur recours par les professionnels dans leur contexte local demeure globalement faible.<sup>53-56</sup> Une des raisons qui pourrait expliquer l'écart entre connaissances et actions dans le domaine de la réadaptation au travail serait le manque de théories claires et de composantes actives explicitement définies.<sup>54</sup> Ici, l'expression « composantes actives » fait référence à ce qui est offert aux travailleurs dans le cadre des programmes de réadaptation – les activités de ces programmes – et qui permet d'activer des mécanismes et de produire les effets attendus. La plupart des études dans ce domaine sont limitées à l'évaluation des résultats, et considèrent le programme comme une variable indépendante dans laquelle les composantes sont présumées être similaires, avec peu de variations dans l'implantation et peu d'interactions avec les caractéristiques contextuelles.<sup>57-59</sup> En outre, les interventions spécifiques utilisées sont souvent peu ou mal décrites, au point qu'il est difficile de savoir quelles sont les composantes spécifiques efficaces (phénomène de la boîte noire).<sup>41,60,61</sup> En effet, les composantes de programme et les hypothèses causales sur lesquelles elles sont basées sont rarement explicites.<sup>41,54</sup> Ainsi, parce que les études fournissent peu d'informations sur la théorie de programme, sa mise en œuvre et sa réplification dans d'autres contextes sont elles-mêmes limitées.<sup>59,62</sup> De plus, les interactions possibles (positives ou négatives) peuvent se produire entre les composantes de l'intervention, mais ne sont pas toujours identifiables. En bref, la réadaptation au travail exige des interventions complexes, mais la théorie sous-jacente du programme et ses composantes actives restent mal définies.<sup>41,53,54,63</sup> Plus précisément, la théorie de programme consiste en un ensemble d'hypothèses sur la manière dont ce dernier est lié aux bénéfices sociaux qu'il est supposé produire, de même qu'aux stratégies et tactiques à adopter pour en atteindre les buts et objectifs.<sup>64</sup> La définition de la théorie de

programme présente de multiples avantages tels que l'ouverture de la boîte noire, la détermination des processus pouvant expliquer les effets obtenus, la clarification des liens entre les activités et les résultats ainsi que la facilitation du transfert et de l'échange des résultats de recherche permettant l'avancement des connaissances et l'amélioration de la pratique clinique. Aussi, dans un programme complexe et sensible au contexte tel celui de la réadaptation au travail, une implantation inadéquate ou bien incomplète de certaines composantes peut compromettre les résultats attendus.<sup>59,64-66</sup> Cela peut générer des erreurs de type III dans l'évaluation du programme, c'est-à-dire qui mènent à la conclusion que celui-ci est (in)efficace, alors qu'en réalité il n'a pas été mis en œuvre comme prévu. Or, le développement de la théorie de programme peut faciliter sa mise en œuvre ainsi que son évaluation.<sup>59,64-66</sup>

Une deuxième raison de l'écart entre connaissances et actions est attribuable à la complexité du problème de l'incapacité au travail, qui est soumis à de multiples facteurs contextuels (juridiques, administratifs, sociaux, politiques et culturels) dont l'influence peut affecter grandement le succès (ou l'échec) de l'implantation d'un programme.<sup>67-69</sup> Les interventions doivent prendre en compte non seulement le travailleur en situation d'incapacité, mais aussi les composantes de son environnement (milieu de travail, assureur, système de soins de santé, etc.), lesquelles varient d'un système socio-juridique-culturel à l'autre. Les études publiées sont souvent limitées à un contexte spécifique et comparer leurs résultats est souvent difficile. Dans une analyse descriptive de 21 articles sur les interventions en milieu de travail, Durand et coll. (2007) ont mis en lumière la grande hétérogénéité des contenus, des objectifs, des actions menées, des ressources humaines utilisées et des milieux de travail concernés.<sup>32</sup> Par conséquent, la mise en œuvre d'un programme de réadaptation au travail exige une compréhension contextualisée des obstacles et leviers potentiels des systèmes locaux où ils sont conçus et mis en œuvre.<sup>70-73</sup>

À la connaissance des auteurs, seulement deux revues ont exploré les mécanismes sous-jacents des interventions en lien avec les absences pour cause de maladie. La première a examiné le contenu et les concepts sous-jacents aux interventions de retour au travail pour les personnes ayant ou ayant eu une lombalgie.<sup>41</sup> Cette revue détermine quatre catégories générales d'interventions (exercices physiques, éducation, traitements comportementaux et mesures ergonomiques) et rapporte qu'une minorité d'articles décrivent les mécanismes opérants ou alors ne les présentent que partiellement.<sup>41</sup> Cette revue s'est limitée à l'examen des essais contrôlés randomisés (ECR) et n'a pas permis d'établir les mécanismes sous-tendant les interventions impliquant le milieu de travail. Depuis cette revue, il y a pourtant eu une prolifération des études reconnaissant l'importance des interventions impliquant le milieu de travail.<sup>32,33,42,46,74,75</sup>

En effet, van Oostrom et coll. (2009) ont montré, dans une revue systématique, qu'il existait des preuves de qualité modérée pour soutenir l'utilisation des interventions en milieu de travail de préférence aux soins habituels, pour les absences pour cause de maladie chez les travailleurs souffrant de TMS.<sup>42</sup> Une mise à jour récente de cette revue systématique a confirmé ce résultat, en précisant que les interventions en milieu de travail réduisaient significativement la durée d'absence jusqu'au premier retour au travail et jusqu'à un retour durable.<sup>76</sup> La plupart des études sur les interventions en milieu de travail étaient axées sur l'évaluation de l'efficacité/coût-efficacité, et ne s'attardaient pas à élucider leurs mécanismes d'actions. Il importe donc

d'« ouvrir » la boîte noire de ces interventions pour comprendre comment elles fonctionnent et dans quels contextes.

Une autre revue concerne la gestion des absences prolongées.<sup>77</sup> Celle-là a utilisé la revue réaliste et a répertorié quatre théories de programme dominantes : (1) les interventions précoces aident à prévenir ou à réduire la durée des absences maladie prolongées, (2) les procédures organisationnelles proactives sont des facteurs importants d'une gestion efficace, (3) la communication et la coopération entre les parties prenantes sont essentielles à une gestion efficace et (4) une réadaptation au travail multidisciplinaire avec composante en milieu de travail et une offre de tâches allégées/modifiées peuvent faciliter un retour au travail plus rapide.<sup>77</sup> Cette étude a mis en lumière certains facteurs contribuant à la gestion des absences maladie prolongées, ce qui a donc permis de mieux connaître le fonctionnement de leur gestion. Toutefois, cette revue s'est limitée à la perspective de l'organisation des programmes de gestion d'absence maladie. Cependant, les programmes de réadaptation de travail impliquent également d'autres perspectives, telles que celles des travailleurs et du système de santé.<sup>68,69</sup>

À la lumière de cette revue des écrits, il apparaît que les programmes de réadaptation au travail qui mettent à contribution le milieu de travail font partie des solutions clairement efficaces et recommandées pour favoriser le retour au travail et diminuer les coûts associés aux TMS. Il apparaît également que ces programmes ne sont pas suffisamment déployés ni utilisés, et que leurs mécanismes d'action restent peu explorés et compris. C'est la raison pour laquelle il importe de dégager plus clairement les théories et les mécanismes d'action sous-jacents de ces programmes et de les rendre intelligibles pour différents utilisateurs potentiels afin de faciliter leur implantation.



## **2. OBJECTIFS**

L'objectif général de cette revue réaliste est de mieux comprendre ce qui pourrait favoriser la reprise du travail pour les personnes aux prises avec un TMS qui participent à un programme de réadaptation. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- 1) expliquer quels sont les éléments de contexte et les composantes de ces programmes qui fonctionnent, pour qui et dans quelles circonstances;
- 2) définir les théories sous-jacentes aux programmes de réadaptation au travail;
- 3) proposer des recommandations pragmatiques qui pourraient être utilisées par les différents acteurs impliqués dans les programmes de réadaptation de travail.





### 3. MÉTHODES

#### 3.1 Cadre théorique

Le cadre théorique retenu est celui de l'approche réaliste, telle que décrite par Pawson.<sup>1-3</sup> Cette approche vise à explorer et à contextualiser une intervention dite complexe, et ce, dans des contextes variés. Elle marque une nette distinction par rapport à la question habituellement étudiée, soit « Est-ce que cette intervention fonctionne? ». En effet, l'approche réaliste vise à répondre à cette question : « Qu'y a-t-il dans ce genre d'intervention qui fonctionne, pour qui, dans quelles circonstances, comment et pourquoi? ». Par intervention complexe, il est entendu un programme construit à partir d'un certain nombre de composantes pouvant à la fois agir de façon indépendante ou interdépendante. Ce programme doit, entre autres, s'adapter à son environnement, atteindre des buts socialement légitimes et développer des valeurs et des représentations symboliques permettant aux différents acteurs de comprendre les buts de leurs actions et de partager une vision commune de l'intervention.<sup>78</sup>

Un tel programme se caractérise par trois composantes principales, selon l'approche réaliste : (1) le contexte (C), qui représente à la fois les caractéristiques des conditions dans lesquelles les programmes sont déployés et les composantes de ceux-ci, (2) les mécanismes (M), qui décrivent ce qui fait en sorte qu'un programme parvient à produire des résultats et (3) les résultats (O, pour *outcomes*), c'est-à-dire les effets prévus et imprévus d'un programme, résultant de l'interaction de différents mécanismes, dans différents contextes.

La publication d'études originales conduites selon l'approche réaliste a mené au développement d'une méthodologie spécifique appliquée à la littérature scientifique, soit la revue réaliste. Les « mécanismes » constituent le pivot autour duquel s'articule la revue réaliste.<sup>2</sup> Mener une revue réaliste consiste donc à relier les composantes d'intervention afin de développer des configurations C-M-O et, à terme, développer, tester et peaufiner une théorie d'intervention. Celle-là est composée d'une ou plusieurs configurations C-M-O et propose des hypothèses pour expliquer comment et pourquoi l'intervention devrait produire des résultats.<sup>79</sup> En somme, la revue réaliste est nécessairement un processus interprétatif, réflexif et itératif.

#### 3.2 Étapes de la revue réaliste

La revue réaliste comprend cinq étapes : 1) la clarification de la question et de son étendue, 2) la recherche d'écrits pertinents, 3) l'évaluation des études et l'extraction des données, 4) la synthèse des informations et 5) la diffusion des résultats. Les démarches de l'équipe de recherche en lien avec chacune de ces étapes sont explicitées ci-dessous.

##### 3.2.1 Clarification de la question et de son étendue

L'équipe de recherche, composée d'experts internationaux dans le domaine des programmes de réadaptation au travail et en méthodologie, s'est entendue sur la question de recherche suivante : comment les programmes de réadaptation au travail offerts à des personnes absentes du travail en raison de TMS fonctionnent-ils, pour qui et dans quels contextes? L'équipe a fixé

trois critères établissant les bases de la revue réaliste. Le premier était de retenir uniquement les programmes de réadaptation au travail incluant une intervention en milieu de travail réel. Ces programmes incluent deux caractéristiques principales : des modifications au travail et la participation des acteurs du milieu de travail. Les changements dans le milieu de travail peuvent être de l'ordre de l'aménagement physique de l'environnement, de l'équipement ou de l'organisation du travail. La participation du milieu de travail inclut, minimalement, le travailleur et son employeur. Cependant, les collègues de travail et le syndicat, entre autres, peuvent aussi être appelés à jouer un rôle.<sup>33,67</sup> Le deuxième critère était que la mesure des résultats en matière de retour au travail devait reposer sur le nombre de jours ou d'heures d'absence du travail. Le troisième était que seuls les essais contrôlés randomisés étaient considérés. À ce sujet, la décision de se limiter aux essais contrôlés randomisés est justifiée, d'une part, par le fait que ceux-ci ont une validité interne élevée et, d'autre part, parce que des auteurs comme van der Knaap et coll. (2008)<sup>80</sup> ont fait valoir que les résultats d'une revue réaliste sont d'autant plus généralisables que les preuves utilisées présentent une bonne validité interne.<sup>80</sup> Elle est aussi fondée sur la publication d'un nombre suffisant d'ECR en réadaptation au travail pour considérer prioritairement l'inclusion de ce type d'étude.

### **3.2.2 Recherche d'écrits pertinents**

La réalisation d'une revue réaliste exige de répertorier le plus d'écrits pertinents possible, en lien avec les objectifs et les critères d'inclusion ayant été fixés. L'équipe a sélectionné les études incluses dans une revue systématique de Van Oostrom et coll. (2009)<sup>42</sup> pour constituer son corpus, étant donné que les stratégies de recherche employées par ces auteurs ont été jugées suffisamment précises et exhaustives. Les critères d'inclusion englobaient également ceux précisés ci-haut. Cette revue systématique s'intéressant à diverses problématiques de santé (p. ex. : troubles de santé mentale, cancer, TMS), seules les études menées auprès de travailleurs aux prises avec un TMS ont été conservées. Les stratégies de recherche, utilisées dans les bases Cochrane Work Trials Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase et PsycINFO, combinaient des mots-clés et des expressions liés aux interventions visant le retour au travail (p. ex. : *vocational rehabilitation, workplace accommodation*), l'absentéisme et le retour au travail (p. ex. : *sickness absence, return-to-work*) et le type de devis recherché (p. ex. : *clinical trials, random*).

Une mise à jour de cette revue, effectuée par un des membres de l'équipe (Johannes R. Anema), de pair avec quelques collaborateurs des Pays-Bas et du Canada, a été publiée en 2015.<sup>76</sup> Les nouvelles études portant sur les TMS recensées lors de cette mise à jour ont été ajoutées à celles déjà sélectionnées par l'équipe. De plus, pour chacune des études sélectionnées, les articles compagnons ont été identifiés. Ces derniers fournissent des informations supplémentaires ou complémentaires sur les études choisies. À titre d'exemple, ces articles peuvent aider à préciser une intervention sommairement décrite ou à détailler ses conditions d'implantation. Généralement, les articles compagnons étaient cités à même les études choisies, cela facilitant leur repérage.

### **3.2.3 Évaluation des études et extraction des données**

L'équipe de recherche a tenu deux rencontres afin de regrouper et synthétiser les théories et développer les premières configurations C-M-O. Par la suite, une vingtaine de rencontres d'une

durée de 2 à 3 heures chacune ont été organisées afin de poursuivre le développement et la révision des configurations. Ces rencontres réunissaient la chercheuse principale (Marie-José Durand), spécialisée en réadaptation au travail, une chercheuse spécialisée en organisation des soins de santé liés à la réadaptation au travail (Chantal Sylvain), ainsi que deux professionnels de recherche, soit une ergonome et physiothérapeute (Marie-Christine Richard) et un sociologue (Michaël Bernier). Après quelques essais, les membres de ce sous-groupe de travail pluridisciplinaire ont convenu que la meilleure façon de procéder se détaillait ainsi :

- 1) chaque membre fait sa propre lecture attentive de l'article choisi;
- 2) le cas échéant, chaque membre identifie les articles compagnons et prend connaissance de ceux-ci;
- 3) chaque membre développe ses propres configurations C-M-O en lien avec l'article choisi et son ou ses articles compagnons;
- 4) une rencontre réunissant les quatre membres du groupe est tenue dans le but de s'assurer d'une compréhension commune de l'article, du choix des articles compagnons et de dégager un consensus sur les configurations à conserver;
- 5) un membre de l'équipe consigne par écrit les configurations retenues. Des consensus devaient au préalable être obtenus en ce qui concerne la façon de développer les chaînes séquentielles de mécanismes et la façon de nommer les mécanismes en tant que tels;
- 6) dans une rencontre ultérieure, l'équipe revoit et discute des configurations telles qu'elles ont été consignées, cela afin de s'assurer de l'adéquation avec ce qui a été convenu lors de la rencontre précédente.

Pour certains articles, il a été nécessaire de tenir plus d'une rencontre. De plus, deux conférences téléphoniques ont été organisées avec un expert de l'approche réaliste, le chercheur Justin Jagosh (chercheur à l'Institut de psychologie, santé et société et directeur du Centre pour l'avancement de l'évaluation et de la synthèse réalistes, Université de Liverpool, Royaume-Uni), dans le but de valider la démarche. Ces conférences ont favorisé un recentrage de nos mécanismes sur les perspectives des individus, plus particulièrement sur les travailleurs, qui sont les premiers concernés par le retour au travail. Par ailleurs, étant donné l'importance du volume des informations échangées, les rencontres ont été enregistrées sur support audio.

Une cinquantaine de configurations, certaines plus élaborées que d'autres, ont été développées par le sous-groupe de travail. La figure 1 illustre la structure d'une configuration typique. Il est important de noter que lorsque plus d'un mécanisme est présent, la configuration devient une chaîne séquentielle dont les éléments sont intimement imbriqués pour atteindre ultimement un résultat. La proximité d'un mécanisme par rapport à ce résultat est donc plus ou moins grande. Dans cette étude, rappelons que le résultat d'intérêt est celui du retour au travail d'une personne ayant un TMS. À cet égard, le résultat au regard du retour au travail à 12 mois – un moment de suivi commun dans les études - a été jugé 1) positif, lorsqu'une différence statistiquement significative en faveur du groupe expérimental par rapport au groupe témoin a été relevée; 2) neutre, lorsqu'aucune différence statistiquement significative n'a été relevée entre les groupes et 3) négatif, lorsqu'une différence statistiquement significative en faveur du groupe témoin par rapport au groupe expérimental a été relevée. De plus, le seuil de signification utilisé était de 5 %.

Parallèlement au développement des configurations C-M-O, les professionnels de recherche ont procédé à l'extraction des caractéristiques des programmes de réadaptation au travail ainsi que du contexte de chacun. En cas de désaccord par rapport à un aspect précis, ces professionnels ont consulté les deux autres membres du groupe de travail pour parvenir à un accord. Il est à préciser que des éléments d'incertitude sont demeurés, puisque la description des caractéristiques et contextes des programmes variait en précision d'un article à l'autre. Pour pallier ce problème, les auteurs de certains articles ont été contactés afin d'éclaircir quelques éléments. Il est à noter que la grille d'extraction utilisée est présentée à l'annexe A.

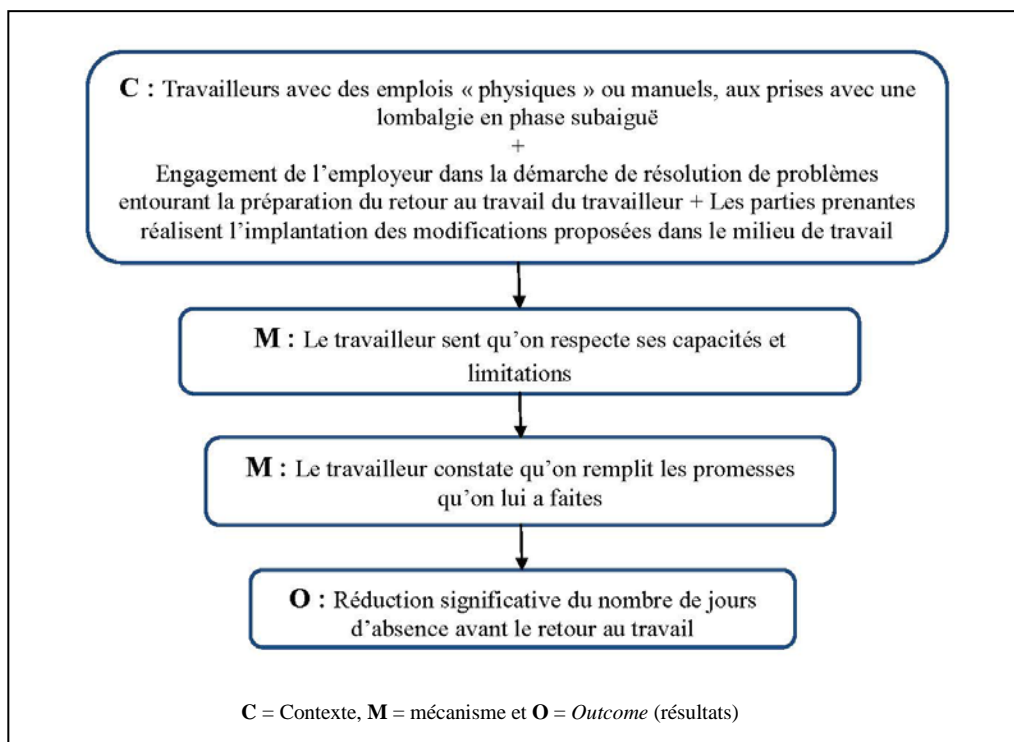


Figure 1 : Exemple de configuration (tirée de Loisel et coll., 1997)<sup>81</sup>

### 3.2.4 Synthèse des informations

L'analyse des configurations a été réalisée en quelques étapes, de manière itérative. Il est à noter qu'il existe un certain chevauchement de ces étapes. Les voici :

**Étape 1 :** Les études ont été regroupées en fonction des résultats en matière de retour au travail (positifs, neutres et négatifs) à un suivi de 12 mois.

**Étape 2 :** Une recherche de demi-régularités a d'abord été réalisée sur les configurations des articles ayant produit des résultats positifs. Une demi-régularité est un modèle, un patron qui émerge. Sa survenue est en quelque sorte régulière, mais non nécessairement permanente et permet d'expliquer le fonctionnement d'un programme.<sup>82,83</sup> Cette recherche de demi-régularités a permis de faire ressortir un certain nombre de convergences en matière d'éléments de contexte.

Ces convergences étaient d'abord recherchées dans les actions réalisées dans le cadre des programmes de réadaptation, désignées comme étant des « macrocomposantes d'intervention ». Les convergences étaient ensuite recherchées dans d'autres éléments de contexte. Il pouvait s'agir, par exemple, d'éléments liés aux populations touchées (exigences d'emploi, site d'atteinte, phase du TMS), aux caractéristiques de certains acteurs, aux pratiques et politiques des différents pays quant aux mesures de retour au travail.

**Étape 3 :** Chaque configuration C-M-O (imprimée sur support papier) a été parcourue puis classée, en fonction de la proximité de son contenu, dans une des macrocomposantes d'intervention identifiées à l'étape précédente. Cette opération, pour laquelle des consensus dans le sous-groupe de travail devaient être obtenus, a permis de dégager des composantes spécifiques et des convergences en ce qui concerne d'autres éléments de contexte. Au terme de cette étape, chaque macrocomposante devait comporter un nombre plus ou moins grand de composantes spécifiques, c'est-à-dire les ingrédients actifs de programmes de réadaptation favorables au retour au travail. En outre, il faut savoir qu'il n'existe pas de barrière étanche entre les macrocomposantes; dans la réalité, elles s'intriquent plus ou moins selon le cas.

**Étape 4 :** Les demi-régularités ont été recherchées au regard des mécanismes identifiés dans les configurations C-M-O. En effet, puisque certains des mécanismes formulés par le sous-groupe de travail se répétaient dans au moins deux macrocomposantes d'intervention ou possédaient des affinités entre eux, il a été possible de les regrouper et d'établir de grands groupes de mécanismes transversaux.

**Étape 5 :** Comme à l'étape précédente et selon la même logique, de grands groupes d'effets transversaux ont été formulés. Dans la chaîne séquentielle d'une configuration, le mécanisme le plus près du résultat en matière de retour au travail a été considéré comme un effet proximal. Il est à noter que les chaînes séquentielles des mécanismes sont présentées en l'annexe B.

En ce qui concerne les études ayant produit des résultats neutres ou négatifs, des configurations ont également été élaborées par l'équipe de travail. Ces configurations ont été utilisées afin de vérifier le bien-fondé d'explications rivales.<sup>84</sup> Plus particulièrement, les demi-régularités trouvées dans les contextes et les mécanismes ont été validées en recherchant tout élément pouvant les réfuter dans les configurations avec un résultat neutre ou négatif.

Le logiciel d'analyse qualitative Atlas.ti (version 7.5.2, 1993-2016) a été utilisé pour traiter les données et soutenir la synthèse des informations. Ce logiciel est utile aux chercheurs voulant découvrir et analyser de façon systématique des phénomènes complexes cachés dans des données non structurées. Il fournit des outils permettant à ses utilisateurs de localiser, de coder et d'annoter les résultats des données primaires, de peser et d'évaluer leur importance, ainsi que de visualiser les relations souvent complexes entre elles.<sup>85</sup> Un exemple de réseaux de configurations développé dans Atlas.ti, qui montre l'émergence de certaines demi-régularités, est disponible en l'annexe C.

### **3.2.5 Diffusion des résultats**

La dernière étape du processus d'une revue réaliste, selon Pawson et coll. (2005)<sup>1</sup>, est de diffuser des recommandations en vue de leur mise en œuvre. Afin d'y parvenir, une étape préalable nécessaire consiste à les évaluer sur les plans de la clarté, de la pertinence, de la faisabilité et de l'exhaustivité. À cette fin, un sondage web, programmé dans la plateforme SurveyMonkey, a été réalisé auprès d'utilisateurs potentiels en lien avec les recommandations formulées par le sous-groupe de travail. Celles-ci ont été dérivées des composantes spécifiques associées aux macrocomposantes précisant ce qui fonctionne dans les programmes de réadaptation au travail.

Les participants ont été recrutés à partir de la liste des partenaires de la Chaire de recherche en réadaptation au travail, dont la chercheuse principale est titulaire. Cette liste est constituée de personnes volontaires, exerçant différentes professions (p. ex. : gestionnaires de l'invalidité, cliniciens, représentants de syndicats et représentants en assurances) et qui s'intéressent à la prévention de l'incapacité au travail. Certaines cumulent également de l'expérience dans le développement ou l'implantation d'interventions en milieu de travail favorisant le retour au travail. Ces personnes ont accepté de participer au sondage. En tout, environ cinquante participants potentiels, aux professions diverses, ont été contactés. Un courriel d'invitation, faisant mention des objectifs du sondage et contenant un lien URL permettant d'y accéder, a été envoyé à chacun. L'engagement à préserver la confidentialité et l'anonymat était clairement indiqué, de même que les coordonnées de la chercheuse principale et du coordonnateur du projet.

Des échelles ordinales ont été utilisées pour documenter la clarté, la pertinence, la faisabilité et l'exhaustivité des recommandations (p. ex. : « 4 » = très clair, « 3 » = assez clair, « 2 » = peu clair et « 1 » = pas du tout clair). Des questions ouvertes ont aussi été prévues afin que les participants puissent formuler commentaires et suggestions. Les questions de nature sociodémographique se sont limitées à établir le type d'organisation pour laquelle travaille le participant (p. ex. : entreprise privée, syndicat, assureur).

Un prétest a été réalisé auprès de 6 participants. Aucun problème majeur n'a été soulevé, hormis l'utilisation d'un vocabulaire parfois trop complexe. Les mots et expressions problématiques ont ainsi été remplacés. Par exemple, « macrocomposante » a été remplacé par « composante » et « composante spécifique » par « aspect-clé ». La collecte de données a eu lieu en février et mars 2016 et s'est tenue sur une période de trois semaines. Une relance a été faite une semaine suivant l'envoi du courriel d'invitation dans le but d'augmenter le taux de participation. Étant donné la petite taille de l'échantillon, seules des analyses descriptives ont été effectuées, sans distinction du profil professionnel des participants. Pour ce faire, le logiciel Microsoft Excel a été employé.

La réalisation du sondage web a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre. En outre, des informations détaillées sur l'étude, qui visaient à amener les participants à exercer un consentement éclairé (p. ex. : objectif général, temps requis pour compléter le sondage, préservation de la confidentialité), étaient fournies dans le courriel d'invitation avec le lien URL permettant d'accéder au sondage web. Le questionnaire complet du sondage web est disponible à l'annexe D.

## 4. RÉSULTATS

La section Résultats est composée de quatre sous-sections. La première fait état de la littérature sélectionnée et en présente les caractéristiques principales. La deuxième, qui constitue le cœur de la revue réaliste, présente les résultats de nos analyses sur les études ayant produit des résultats favorables en ce qui a trait au retour au travail. Il y est traité des macrocomposantes d'intervention et composantes spécifiques des programmes de réadaptation et des éléments de contexte qui permettent leur déploiement, des mécanismes qu'ils activent et des effets proximaux obtenus. Enfin, la troisième section expose les résultats de la consultation menée auprès d'utilisateurs potentiels des recommandations dégagées et la quatrième présente un schéma récapitulatif des grands constats de la revue.

### 4.1 Description de la littérature sélectionnée

Vingt-quatre articles composent notre corpus de données, soit huit articles originaux et seize compagnons. Parmi les huit articles originaux, les Pays-Bas sont le pays le mieux représenté (3 articles) suivi de la Suède (2 articles). Les types de travailleurs inclus sont plutôt variés (p. ex. : travailleurs manuels, cols blancs) et le TMS le mieux représenté est la lombalgie (4 articles). De plus, les travailleurs inclus en étaient à différentes phases de leur TMS au moment de leur inclusion dans les programmes. Enfin, la mesure des résultats en termes de retour au travail a sensiblement varié d'une étude à l'autre, mais globalement il s'agissait du nombre de jours d'absence au travail des personnes. Le tableau 1 présente quelques caractéristiques de ces articles ainsi que de leurs articles compagnons, qui ont permis de mieux comprendre les interventions et de préciser les mécanismes développés par le sous-groupe de travail.

**Tableau 1 : Description des articles retenus**

	Pays	Type de travailleurs	Type de TMS	Phase du TMS, à l'inclusion <sup>1</sup>	Mesure des résultats en termes de retour au travail	Résultats en termes de retour au travail <sup>2</sup> , à 12 mois
<b>Arnetz et coll., 2003</b> <sup>86</sup>	Suède	Cols bleus et cols blancs	TMS divers	Aiguë et possiblement subaiguë	Durée cumulative de l'absence du travail	Positifs
<b>Bültmann et coll., 2009</b> <sup>87</sup>	Danemark	Cols bleus, cols blancs et travailleurs autonomes	TMS divers	Subaiguë	Durée cumulative de l'absence du travail	Positifs
<b>Busch et coll., 2011</b> <sup>3, 88</sup> Compag. (n=2) : Jensen et coll., 2001 <sup>89</sup> et 2005 <sup>90</sup>	Suède	Non spécifié, mais probablement différents types d'employés	TMS divers	Chronique	Durée cumulative de l'absence du travail <sup>1</sup>	Positifs <sup>4</sup> , neutres
<b>Feuerstein et coll., 2003</b> <sup>91</sup>	États-Unis	Emplois au gouvernement fédéral, de divers	Troubles des membres supérieurs	Chronique	Nb de jours d'absence avant un	Positifs

	Pays	Type de travailleurs	Type de TMS	Phase du TMS, à l'inclusion <sup>1</sup>	Mesure des résultats en termes de retour au travail	Résultats en termes de retour au travail <sup>2</sup> , à 12 mois
Compag. (n=4) : Lincoln et coll., 2002 <sup>92</sup> / Shaw et Feuerstein, 2004 <sup>93</sup> / Shaw et coll., 2001 <sup>94</sup> et 2003 <sup>95</sup>		types : gestion, travail de bureau, mécanique, postes, autres			premier RAT	
<b>Lambeek et coll., 2010<sup>96</sup></b>  Compag. (n=2) : Lambeek et coll., 2007 <sup>97</sup> et ND <sup>98</sup>	Pays-Bas	Travailleurs avec emplois exigeants « physiquement » et autres travailleurs avec emploi exigeants « mentalement »	Lombalgie	Chronique	Nb de jours d'absence avant un RAT durable + Durée cumulative de l'absence du travail	Positifs
<b>Loisel et coll., 1997<sup>81</sup></b>  Compag. (n=2) : Loisel et coll., 1994 <sup>99</sup> et 2001 <sup>100</sup>	Canada	Travailleurs d'établissements de santé, d'usines de fabrication et d'entreprises de l'industrie des services	Lombalgie	Subaiguë	N <sup>bre</sup> de jours d'absence avant un premier RAT	Positifs
<b>Steenstra et coll., 2006<sup>101</sup></b>  Compag. (n=3) : Anema et coll., 2003 <sup>102</sup> et 2007 <sup>103</sup> , Staal et coll., 2004 <sup>104</sup>	Pays-Bas	En services et soins de santé, travail de bureau, industrie, transports et autres	Lombalgie	Subaiguë	N <sup>bre</sup> de jours d'absence avant un RAT durable + Durée cumulative de l'absence du travail	Positifs, négatifs <sup>5</sup>
<b>Verbeek et coll., 2002<sup>105</sup></b>  Compag. (n=3) : Van der Weide, 1997 <sup>106</sup> , 1998 <sup>107</sup> et 1999 <sup>108</sup>	Pays-Bas	En milieu hospitalier	Lombalgie	Aiguë	N <sup>bre</sup> de jours d'absence avant un premier RAT + Durée cumulative de l'absence du travail + Récurrences d'absence en % et en rapport de cotes	Neutres

1. Phase aiguë : durée d'absence entre 0 et 4 semaines avant l'inclusion dans l'étude / Phase subaiguë : entre 4 et 12 semaines / Phase chronique : 12 semaines ou plus.<sup>109</sup>

2. Résultats : positifs, lorsqu'une différence statistiquement significative en faveur du groupe expérimental par rapport au groupe témoin a été relevée; neutres, lorsqu'aucune différence statistiquement significative n'a été relevée entre les groupes et 3) négatifs, lorsqu'une différence statistiquement significative en faveur du groupe témoin par rapport au groupe expérimental a été relevée.

3. Les résultats en termes de retour au travail rapportés le plus tôt l'ont été à 18 mois.

4. Les résultats positifs concernent seulement un sous-groupe de femmes.

5. Les résultats sont négatifs pour un sous-groupe de travailleurs ayant bénéficié de l'intervention clinique et dont l'absence persiste plus de 8 semaines.



Le tableau 2 complète l'information en décrivant les programmes de réadaptation au travail incluant une intervention en milieu de travail et les acteurs impliqués dans ceux-ci.

**Tableau 2 : Description des programmes de réadaptation au travail incluant une intervention en milieu de travail**

	Description	Acteurs impliqués
<b>Arnetz et coll., 2003<sup>86</sup></b>	Intervention précoce en milieu de travail consistant en un entretien axé sur la situation sociale et professionnelle du travailleur, les adaptations possibles au travail et les possibilités en matière de formation professionnelle; réunion de tous les acteurs impliqués dans le milieu de travail; évaluation ergonomique du milieu de travail et introduction des améliorations ergonomiques appropriées; formation professionnelle optionnelle et conseils de l'ergonome en milieu de travail; employeur encouragé à mener une enquête de réadaptation.	Gestionnaire de cas de l'assureur, ergonome/ergothérapeute, employeur, travailleur.
<b>Bültmann et coll., 2009<sup>87</sup></b>	Dépistage des incapacités au travail : évaluation systématique et multidisciplinaire de l'incapacité et du fonctionnement et identification des obstacles au retour au travail. Élaboration et mise en œuvre d'un plan de retour au travail coordonné, adapté et orienté vers l'action, développé par une équipe interdisciplinaire en utilisant une approche de rétroaction.	Médecin du travail, chiropraticien, psychologue, travailleur social, gestionnaire de cas municipal, travailleur, autres acteurs du milieu de travail.
<b>Busch et coll., 2011<sup>88</sup></b>	Physiothérapie orientée sur les comportements : établissement d'objectifs individuels, exercices à intensité progressive pour améliorer l'endurance musculaire, de l'aérobic, de l'entraînement en piscine, des techniques de relaxation et une thérapie axées sur la « conscience du corps ». Thérapie cognitivo-comportementale : planification d'activités, établissement d'objectifs, résolution de problèmes, relaxation appliquée, techniques d'adaptation cognitive, activités de stimulation, etc. Visite au poste de travail et invitation faite au superviseur du milieu de travail pour participer à une discussion à la fin de l'intervention avec le professionnel de santé responsable, dans le but de statuer du plan de réadaptation.	Physiothérapeute, psychologue, médecin, travailleur, employeur, assureur, ergonome, conseiller en réadaptation
<b>Feuerstein et coll., 2003<sup>91</sup></b>	Prise en charge médicale de qualité et première entrevue axée sur les aspects pouvant affecter la récupération et le retour au travail; élaboration d'un plan de gestion de cas et résolution active de problèmes afin de surmonter les obstacles potentiels au retour au travail; évaluation ergonomique du milieu de travail afin d'identifier les facteurs pouvant contribuer aux risques de rechute ou à retarder le retour au travail; prévention de nouvelles blessures et augmentation de l'autoefficacité des travailleurs en ce qui concerne la surveillance et la prévention des symptômes futurs.	Gestionnaire de cas (infirmière), travailleur, supérieur, prestataires de soins de santé, spécialiste en santé et sécurité de l'entreprise
<b>Lambeek et coll., 2010<sup>96</sup></b>	Prise en charge coordonnée par un médecin du travail externe et composée d'une intervention en milieu de travail basée sur l'ergonomie participative et un programme d'activité progressive en clinique (fondé sur des principes cognitivo-comportementaux). Visite du milieu de travail avec le travailleur, discussion avec le supérieur, rencontres visant à trouver des solutions afin de favoriser le retour au travail et mise en œuvre de celles-ci, révision des solutions mises en œuvre selon la rétroaction des acteurs impliqués.	Médecin du travail externe, médecin spécialiste, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur, supérieur

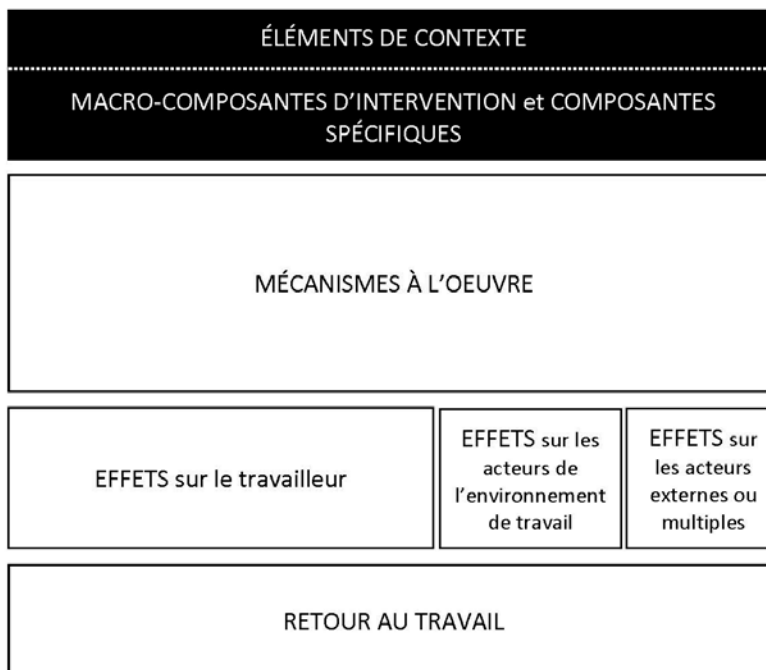
	Description	Acteurs impliqués
Loisel et coll., 1997 <sup>81</sup>	Visite au médecin du travail et évaluation basée sur l'ergonomie participative, menée par un ergonomiste. Possibilité pour le médecin du travail de recommander une évaluation, un traitement ou la mise en place de travaux légers pour faciliter le retour aux tâches habituelles. Intervention ergonomique consistant en l'évaluation du milieu de travail afin de déterminer les besoins en matière de modification des tâches, en l'observation des tâches du travailleur, en la tenue de réunions pour poser un « diagnostic » ergonomique spécifique et en la présentation de solutions précises à l'employeur.	Travailleur, médecin du travail, ergonomiste, représentants syndicaux, représentants de la direction, supérieur/employeur, médecin généraliste.
Steenstra et coll., 2006 <sup>101</sup>	Évaluation du milieu de travail et ajustements basés sur des méthodes utilisées en ergonomie participative; observation des tâches du travailleur par l'ergonomiste; classement des obstacles au retour au travail par le travailleur et le supérieur, de façon indépendante; réunion du groupe d'acteurs impliqués afin de réfléchir et de discuter de toutes les solutions possibles; atteinte d'un consensus au sujet des solutions possibles; communication entre le médecin du travail et le médecin généraliste pour éviter la formulation de conseils contradictoires; entente entre le médecin du travail et le travailleur sur la date de retour au travail.	Ergonomiste, travailleur blessé, supérieur, médecin du travail, médecin généraliste, possiblement d'autres acteurs.
Verbeek et coll., 2002 <sup>105</sup>	Traitement par un médecin du travail, qui devait orienter ses actions en fonction d'un guide de gestion de la lombalgie, et qui consiste en : un diagnostic précoce et des interventions visant à éliminer les obstacles au retour au travail normal, des conseils sur l'exercice et l'éducation du travailleur ainsi que des conseils sur la modification des exigences du travail et leur évaluation. Interventions facultatives consistant à s'entretenir avec le médecin généraliste ou le physiothérapeute et à conseiller ou à consulter l'employeur.	Travailleur, médecin du travail, supérieur, médecin généraliste, physiothérapeute.

## 4.2 Demi-régularités dans les configurations

Dans cette sous-section, il sera d'abord question des macrocomposantes d'intervention avec leurs composantes spécifiques et des éléments de contexte dans lesquels les programmes de réadaptation avec intervention en milieu de travail se déploient et contribuent à l'atteinte de résultats positifs. Ces résultats seront également contrastés avec les études ayant des résultats négatifs ou neutres. Par la suite, les mécanismes à l'œuvre ainsi que les effets proximaux seront abordés.

### 4.2.1 *Éléments de contexte, macrocomposantes d'intervention et composantes spécifiques*

La figure 2 représente les différents éléments révélés par l'analyse des demi-régularités effectuée sur les configurations. La partie en noir met en évidence la portion des résultats dont il sera question ci-dessous.



**Figure 2 : Éléments révélés par l'analyse des demi-régularités - Macrocomposantes d'intervention et composantes spécifiques**

À partir des articles retenus, cinq macrocomposantes d'intervention ont été dégagées par le sous-groupe de travail : 1) l'évaluation, 2) la temporalité, 3) la diversité des acteurs, 4) le partage d'informations et 5) les accommodements. Rappelons que ces macrocomposantes d'intervention constituent des demi-régularités, soit des convergences dans les interventions constituant les programmes de réadaptation associés à des résultats positifs, en présence d'éléments de contexte particuliers. Le tableau 3 résume ces macrocomposantes d'intervention et leurs composantes spécifiques.

**Tableau 3 : Macrocomposantes d'intervention des programmes de réadaptation au travail et composantes spécifiques associées**

Macrocomposante d'intervention	Composante spécifique associée
L'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu (p. ex. : physiques, psychologiques, cognitives et sociales)</li> <li>- L'inclusion d'un questionnaire sur la situation de travail (p. ex. : tâches régulières, obstacles au retour au travail)</li> <li>- Des activités d'évaluation sur une base continue pendant</li> </ul>

<b>Macrocomposante d'intervention</b>	<b>Composante spécifique associée</b>
	la réadaptation (p. ex. modalités d'implantation du plan de retour au travail révisées tout au long du programme, en fonction des résultats des évaluations du travailleur)
La temporalité	- Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, à la suite du début de la prise en charge du travailleur
La diversité des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes (p. ex. : santé, entreprise, indemnisation)</li> <li>- La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels</li> <li>- La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués</li> </ul>
Le partage d'informations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et des actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur</li> <li>- Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail</li> <li>- Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de la progression du travailleur</li> </ul>
Les accommodements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'adoption d'une approche de résolution de problèmes (incluant la connaissance des facteurs de risque de survenue des troubles musculosquelettiques)</li> <li>- La participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions</li> <li>- La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) relatives à la productivité du travailleur</li> <li>- La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques et psychosociales) à la situation de travail</li> </ul>

#### 4.2.1.1 L'évaluation

Des configurations classées sous la macrocomposante d'intervention touchant à l'évaluation, trois composantes spécifiques sont ressorties. La première consiste en une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu (p. ex. : physiques, psychologiques, cognitives et sociales). Par exemple, dans l'étude d'Arnetz et coll. (2003)<sup>86</sup>, l'intervention en milieu de travail se caractérisait notamment par une rencontre précoce d'évaluation des besoins du travailleur. Durant cette rencontre, à laquelle participaient conjointement l'assureur-gestionnaire de cas et l'ergothérapeute/ergonome, le travailleur était interrogé en profondeur au sujet de sa situation sociale (p. ex. : expériences antérieures en réadaptation, scolarité), sa situation professionnelle (p. ex. : horaires de travail, postures, charge de travail, problématiques psychosociales vécues au travail) et même les possibilités de formation professionnelle. Le but de l'entrevue était d'obtenir un portrait clair et détaillé des préférences de l'employé, de son degré de contrôle interne sur le processus de réadaptation, ainsi que son point de vue sur son état de santé actuel, son travail et sa situation sociale. Dans l'étude de Lambeek et coll. (2010)<sup>96</sup>, une évaluation du travailleur était menée par un médecin du travail extérieur à l'entreprise. D'après le protocole d'intervention proposé, celui-là devait établir un diagnostic de la situation médicale ou du problème du travailleur, en se basant sur l'historique de cas et un examen physique. Divers aspects étaient pris en compte : les comportements reliés à la maladie, la présence de problèmes psychosociaux, le milieu de travail ainsi que l'adéquation entre le traitement proposé et les objectifs visés. Cette évaluation servait d'assise à la rédaction d'un plan de réadaptation et précédait l'intervention en milieu de travail.

La deuxième composante spécifique consiste en l'inclusion d'un questionnaire sur la situation de travail. Par exemple, dans l'étude de Bültmann et coll. (2009)<sup>87</sup>, une des composantes de l'intervention consistait en un dépistage des incapacités au travail, incluant la situation de travail. Basé sur un programme développé par Loisel et coll. (1997, 2001)<sup>81,100</sup> ainsi que Durand et coll. (2002)<sup>68</sup>, ce dépistage, d'une durée d'environ deux heures, comprenait une évaluation interdisciplinaire et systématique de l'incapacité et du fonctionnement, de même que la détermination des barrières au retour au poste de travail habituel. Pour ce faire, un médecin du travail, un chiropraticien, un physiothérapeute et un psychologue rencontraient, à tour de rôle, le travailleur. Ensuite, un plan consensuel de retour au travail était établi entre les parties, puis approuvé par le travailleur. Par ailleurs, dans Arnetz et coll. (2003)<sup>86</sup>, l'entrevue en profondeur menée lors de la rencontre précoce d'évaluation des besoins du travailleur tenait compte des exigences et des modifications potentielles à apporter à son poste. Dans Lambeek et coll. (2010)<sup>96</sup>, l'évaluation du travailleur menée par un médecin du travail externe tenait particulièrement compte des obstacles organisationnels à la reprise du travail, de l'aptitude au travail et des limitations perçues au regard du poste de travail.

Enfin, la troisième composante spécifique consiste en des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation. Par exemple, dans l'étude de Bültmann et coll. (2009)<sup>87</sup>, les modalités d'implantation du plan de retour au travail pouvaient être revues à tout moment, en fonction des rétroactions reçues des parties impliquées et des évaluations du travailleur.

En outre, l'analyse des demi-régularités concernant d'autres éléments de contexte indique que cette macrocomposante d'intervention touchant à l'évaluation du travailleur produit des résultats

positifs en matière de retour au travail sans égard au type d'emploi du travailleur (p. ex. : manuel ou sédentaire), au type de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs) ou à la phase du TMS (aiguë, subaiguë ou chronique). Cependant, l'élément-clé de contexte est la présence d'un professionnel de la santé, lors de l'évaluation initiale, qui a une compétence dans l'analyse de l'activité de travail. Selon les pays, il peut s'agir d'un médecin du travail, d'un ergothérapeute ou encore d'un ergonomiste. Dans l'étude de Bush et coll. (2011)<sup>88</sup>, qui a obtenu des résultats négatifs en matière de retour au travail, cet élément de contexte est manquant puisque les professionnels de la santé impliqués sont un médecin généraliste, un orthopédiste et un psychologue. Aussi dans l'étude de Verbeek et coll. (2002)<sup>105</sup>, qui a obtenu des résultats neutres en matière de retour au travail, il est mentionné que l'évaluation initiale est centrée sur l'histoire médicale et l'examen physique des travailleurs. Finalement, pour le sous-groupe de Steenstra et coll. (2006)<sup>101</sup> qui a obtenu des résultats négatifs, les travailleurs ont été suivis par un médecin généraliste.

#### 4.2.1.2 La temporalité

Une seule composante spécifique, soit une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, à la suite du début de la prise en charge du travailleur, a été dégagée. Par exemple, chez Steenstra et coll. (2006)<sup>101</sup> – dont l'étude se voulait une réplique de celle de Loisel et coll. (1997)<sup>81</sup> –, l'intervention en milieu de travail était initiée entre la deuxième et la huitième semaine de la prise en charge. Les travailleurs inclus étaient aux prises avec une lombalgie en phase subaiguë. Chez Arnetz et coll. (2003)<sup>86</sup>, l'intervention en milieu de travail se déployait au plus tard deux semaines après le début de la prise en charge.

En outre, l'analyse des demi-régularités concernant d'autres éléments de contexte indique que cette macrocomposante d'intervention touchant à la temporalité produit des résultats positifs en matière de retour au travail sans égard au type d'emploi (p. ex. : manuel ou sédentaire) ou au type de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs). Cependant, les effets positifs sont notés seulement aux phases aiguë ou subaiguë du TMS. Il apparaît que l'élément majeur du contexte est l'incitation des entreprises à réaliser une intervention précoce en milieu de travail. Plusieurs formes d'incitations sont relevées. Il peut s'agir d'un engagement volontaire par les entreprises et libellé dans une entente écrite multipartite (patronat, syndicat, assureur), comme réalisé au Canada. Il peut aussi s'agir d'un engagement prescrit ou exigé dans des politiques gouvernementales, comme c'est le cas aux Pays-Bas. Les résultats négatifs observés dans deux études réalisées aux Pays-Bas indiquent cependant que de telles politiques sont insuffisantes si, dans les faits, l'intervention en milieu de travail ne s'amorce pas rapidement. Ainsi, les résultats négatifs d'un sous-groupe de travailleurs dans l'étude de Steenstra et coll. (2006)<sup>101</sup> pourraient s'expliquer par l'absence d'une intervention avant huit semaines dans l'environnement de travail et ceux neutres de Verbeek et coll. (2002)<sup>105</sup>, par une intervention plus tardive que prévu au départ.

#### 4.2.1.3 La diversité des acteurs

Des configurations classées sous la macrocomposante d'intervention touchant à la diversité des acteurs, trois composantes spécifiques sont ressorties. La première consiste en la mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes (p. ex. : santé, entreprise, indemnisation). Ainsi, dans

l'étude de Lambeek et coll. (2010)<sup>96</sup>, les acteurs de l'intervention en milieu de travail étaient le médecin du travail externe, le médecin spécialiste, l'ergothérapeute, le physiothérapeute, de même que le travailleur et son supérieur. Dans l'étude de Loisel et coll. (1997)<sup>81</sup>, réalisée au Canada, les principaux acteurs de l'intervention en milieu de travail étaient l'ergonome, les représentants syndicaux et de la direction ainsi que le travailleur et son supérieur. Dans l'étude de Steenstra et coll. (2006)<sup>101</sup>, aussi réalisée aux Pays-Bas, les principaux acteurs impliqués étaient l'ergonome, le travailleur et son supérieur, le médecin du travail et le médecin généraliste. Enfin, dans l'étude de Bültmann et coll. (2009)<sup>87</sup>, réalisée au Danemark, les acteurs impliqués étaient le médecin du travail, le chiropraticien, le travailleur social, le gestionnaire de cas de la municipalité, le psychologue et les acteurs du milieu de travail, y compris le travailleur.

La deuxième composante spécifique consiste en la reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels. Par exemple, dans l'étude d'Arnetz et coll. (2003)<sup>86</sup>, les acteurs impliqués se sont réunis dans le milieu de travail du travailleur blessé, le temps d'une rencontre visant l'évaluation de la situation de travail de ce dernier et la proposition de modifications susceptibles de favoriser le retour à son poste. Dans Lambeek et coll. (2010)<sup>96</sup>, l'objectif premier était de rétablir les capacités de travail et d'assurer un retour durable au travail; il ne s'agissait pas nécessairement de réduire la douleur du travailleur. Pour ce faire, une observation du milieu de travail du travailleur a été faite, puis les obstacles au retour au travail ont été classés de façon indépendante par le travailleur et son supérieur seulement. Après cette étape, l'ensemble des acteurs de l'intervention ont participé à une séance de remue-méninges visant à trouver des solutions pour surmonter les obstacles identifiés. En somme, dans ces deux études, les acteurs ont participé à des efforts d'observation, d'écoute, d'analyse et de négociation ayant conféré une certaine légitimité aux problématiques vécues par le travailleur. En outre, le fait que le travailleur ait participé a certainement contribué à rehausser la crédibilité de cet exercice.

La troisième composante spécifique consiste en la participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués. Par exemple, dans Loisel et coll. (1997)<sup>81</sup>, un ergonome, à la suite des observations en entreprise et des discussions avec les acteurs du milieu incluant le travailleur, avait le mandat de piloter des rencontres multipartites dont le but était l'établissement d'un diagnostic ergonomique. Ces rencontres étaient l'occasion de convenir de solutions pratiques à adopter. Dans le même ordre d'idées, dans Steenstra et coll. (2006)<sup>101</sup>, un ergonome devait organiser une réunion des parties prenantes afin de réfléchir et de discuter de toutes les solutions possibles pour atténuer ou contrer les obstacles au retour au travail jugés les plus importants. Le but, à la fin de l'exercice, était de parvenir à un consensus sur les solutions à mettre de l'avant. Dans Bültmann et coll. (2009)<sup>87</sup>, un travailleur social chapeautait les principales étapes de l'intervention, soit l'évaluation en profondeur du travailleur par différents professionnels de la santé, l'élaboration d'un plan consensuel de retour au travail, la mise en application de ce dernier et la réalisation d'ajustements si requis. Enfin, dans l'étude de Feuerstein et coll. (2003)<sup>91</sup>, des infirmières formées à offrir une approche intégrée de soins devaient favoriser la participation des acteurs comme le travailleur, son supérieur immédiat et d'autres représentants de l'employeur aux discussions et à la résolution de problèmes entourant le retour au travail (p. ex. : achats d'équipements, choix des fournisseurs, échéances d'implantation).

En outre, l'analyse des demi-régularités concernant d'autres éléments de contexte indique que cette macrocomposante d'intervention touchant à la diversité des acteurs produit des résultats positifs en matière de retour au travail sans égard au type d'emploi du travailleur (p. ex. : manuel ou sédentaire), au type de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs) ou à la phase du TMS (aiguë, subaiguë ou chronique). Certaines particularités des contextes ont été notées, mais elles concernent deux composantes spécifiques précises. En ce qui a trait à la première composante spécifique, un élément important apparaît être l'inclusion, dans l'équipe clinique, d'un professionnel spécialisé dans l'évaluation et l'intervention en milieu de travail (p. ex. : ergonome, ergothérapeute, médecin du travail exerçant en clinique). Si ce professionnel n'est pas inclus dans l'équipe, il se doit alors d'être en lien étroit avec celle dernière. Lorsque cette condition n'était pas remplie, les résultats obtenus en matière de retour au travail n'ont pas été positifs. En ce qui a trait à la deuxième composante spécifique, l'analyse des contextes des études associées à des résultats positifs en matière de retour au travail indique que le rattachement administratif de l'acteur externe à l'entreprise pouvait varier. Par exemple, son rattachement administratif était avec le système d'assurance dans l'étude d'Arnetz et coll. (2003)<sup>86</sup> alors que dans l'étude de Loisel et coll. (1997)<sup>81</sup>, il l'était avec le système de santé.

#### **4.2.1.4 Le partage d'informations**

Des configurations classées sous la macrocomposante d'intervention touchant au partage d'informations, trois composantes spécifiques sont ressorties. La première consiste en une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et des actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur. Par exemple, dans Lambeek et coll. (2010)<sup>96</sup>, le médecin du travail externe était la personne désignée non seulement pour favoriser l'atteinte de consensus entre les acteurs impliqués, mais aussi pour chapeauter toutes les opérations importantes (p. ex. : appels au médecin du travail pour fins d'approbation du plan de retour au travail, envoi des informations personnelles du travailleur à l'ergothérapeute afin d'amorcer l'intervention en milieu de travail). Dans Loisel et coll. (1997)<sup>81</sup>, le médecin du travail était en mesure de recommander un traitement ou la mise en place de tâches légères afin de faciliter le retour du travailleur à ses tâches et fonctions habituelles. Ses recommandations étaient communiquées au médecin traitant du travailleur par l'entremise de l'ergonome qui, par ailleurs, était déjà en charge de l'évaluation basée sur les principes de l'ergonomie participative. Dans Bültmann et coll. (2009)<sup>87</sup>, le travailleur social était responsable du maintien du contact entre le milieu de travail et le gestionnaire de cas de la municipalité.

La deuxième composante spécifique consiste en une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail. Par exemple, dans Lambeek et coll. (2010)<sup>96</sup>, le but explicite des visites en milieu de travail était de parvenir à un consensus de toutes les parties prenantes relativement aux ajustements à réaliser en milieu de travail afin de faciliter le retour au travail. Rappelons à ce sujet qu'une observation du milieu de travail du travailleur a été conduite, puis les obstacles au retour au travail ont été classés de façon indépendante par le travailleur et son supérieur. Dans Loisel et coll. (1997)<sup>81</sup>, les buts de la visite en milieu de travail étaient de déterminer les risques ergonomiques, de favoriser un accord à leur sujet entre les acteurs soit le travailleur, son supérieur, l'employeur et le représentant syndical et de recommander à l'employeur la mise en œuvre d'accommodements. Les données recueillies



avaient trait entre autres à l'aménagement du lieu de travail, aux quantités traitées, aux charges manutentionnées, au rythme de travail et aux exigences posturales.

La troisième composante spécifique, à la jonction de différentes macrocomposantes, consiste en une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de la progression du travailleur. Elle a toutefois été classée ici, dans la mesure où elle nécessite une circulation de l'information concernant le travailleur blessé. Par exemple, dans Lambeek et coll. (2010)<sup>96</sup>, l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le travailleur et son supérieur, à la suite de l'observation en milieu de travail, ont participé à une séance de remue-méninges visant à trouver les solutions les plus appropriées pour surmonter les obstacles identifiés. Après environ un mois, le médecin du travail externe devait appeler le travailleur et/ou son supérieur pour établir quelles solutions avaient été mises en œuvre, quand les prochaines le seraient et quels problèmes demeuraient. De plus, après certains intervalles de temps, les effets des accommodements en milieu de travail devaient normalement être évalués, par le médecin du travail externe ou une autre personne jugée compétente. Dans Bültmann et coll. (2009)<sup>87</sup>, une évaluation multidisciplinaire de l'incapacité et du fonctionnement du travailleur, faite par le médecin du travail, le travailleur social, le physiothérapeute, le psychologue, le chiropraticien, ainsi que l'identification d'obstacles au retour au travail, précédaient l'élaboration d'un plan de retour au travail. Ce dernier était présenté au travailleur, qui pouvait formuler des commentaires et suggestions sur son contenu. En outre, l'implantation du plan de retour au travail était considérée comme un processus continu, dans la mesure où il pouvait être adapté en cours de route selon la rétroaction reçue des parties prenantes.

En outre, l'analyse des demi-régularités concernant d'autres éléments de contexte indique que cette macrocomposante d'intervention touchant au partage d'informations produit des résultats positifs en matière de retour au travail sans égard au type d'emploi du travailleur (p. ex. : manuel ou sédentaire), au type de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs) ou à la phase du TMS (aiguë, subaiguë ou chronique). Une particularité du contexte dans lequel cette macrocomposante produit des effets positifs en matière de retour au travail apparaît liée à la position du responsable dans la structure de coordination intersectorielle observée. Il s'agit plus particulièrement de l'importance des connexions qui relie ce responsable aux acteurs clés des autres secteurs. Ainsi, la production d'effets positifs serait associée aux contextes se caractérisant par la présence d'un responsable très connecté, par exemple intégré dans une équipe elle-même intersectorielle - comme dans Arnetz et coll. (2003)<sup>86</sup> -, ou aux contextes dans lesquels les attentes sont explicites relativement aux échanges devant exister entre le responsable et les autres acteurs, et les différentes formes que ces échanges peuvent prendre (p. ex. : réunions équipe, courriels, appels conférence, partage de dossiers). Il est à noter que dans les études n'étant pas associées à des résultats positifs en matière de retour au travail (Busch et coll. (2011)<sup>88</sup>; Verbeek et coll. (2002)<sup>105</sup>, il n'y avait tout simplement pas de responsable chargé d'assurer cette coordination. De plus, dans le sous-groupe de travailleurs de l'étude de Steenstra et coll. (2006)<sup>101</sup> associé à des résultats positifs, un tel responsable était présent, impliqué et bien connecté; tel n'était pas le cas dans le sous-groupe associé à des résultats négatifs.

#### 4.2.1.5 Les accommodements

Des configurations classées sous la macrocomposante d'intervention touchant aux accommodements, quatre composantes spécifiques ont été dégagées. La première consiste en l'adoption d'une approche de résolution de problèmes (incluant la connaissance des facteurs de risque de survenue des troubles musculosquelettiques). Par exemple, dans l'étude de Bültmann et coll. (2009)<sup>87</sup>, une évaluation multidisciplinaire et systématique de l'incapacité et du fonctionnement et une identification des barrières au retour au travail (réalisées par un médecin du travail, un chiropraticien, un physiothérapeute et un psychologue) ont mené à l'adoption d'un plan de retour au travail. Ce dernier pouvait être adapté selon la rétroaction reçue des parties prenantes du milieu du travail, y compris celles du travailleur et de son supérieur immédiat. Ainsi, les propositions de l'équipe de professionnels de la santé inscrites au plan de retour au travail de la personne en congé maladie s'arrimaient aux contraintes du milieu de travail. De plus, près de la moitié des travailleurs du groupe expérimental ont rapporté avoir participé à des tables rondes dans les trois mois suivant leur admission dans l'étude. Ces tables rondes, dont le but consistait à développer un plan de retour au travail plus spécifique et réalisable, réunissaient le travailleur, un professionnel de la santé, le gestionnaire de cas de la municipalité et des représentants du milieu de travail et du syndicat local. Ainsi, il s'agissait de temps alloué à faire le bilan et à élaborer, de concert, une approche gagnante pour le retour au travail. Dans l'étude de Loisel et coll. (1997)<sup>81</sup>, la majorité des représentants de l'employeur, des représentants syndicaux et des travailleurs blessés ont indiqué que leur inclusion dans l'approche d'ergonomie participative, laquelle consistait à analyser les situations de travail des travailleurs blessés et à proposer des solutions qui tenaient compte des intérêts des différents acteurs, les avait amenés à une prise de conscience et à une connaissance accrue des facteurs de risque de la lombalgie dans le milieu de travail. Par conséquent, il était plus facile de cibler des solutions à mettre en œuvre. Dans l'étude de Feuerstein et coll. (2003)<sup>91</sup>, l'approche préconisée était quelque peu différente. La démarche appliquée de résolution de problèmes incluait, dans sa première étape, une redéfinition des problèmes de douleur en termes fonctionnels. Plus d'un problème pouvait être identifié et leur formulation devait éviter de porter un blâme ou de supposer une relation de cause à effet simpliste. Ainsi, à « Mon travail est douloureux » était privilégiée « Je me sens incapable de travailler à mon poste de tri de courrier pendant plus de 2 heures sans ressentir de la douleur modérée à mon poignet droit » (Shaw et coll., 2003).<sup>95</sup> La deuxième étape de la démarche était d'analyser ces problèmes, en identifiant les facteurs ayant pu contribuer à leur émergence ou progression. Par la suite, des démarches étaient entreprises afin de résoudre ces problèmes, entre autres par l'achat d'équipements.

La deuxième composante spécifique consiste en la participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions. Par exemple, dans Bültmann et coll. (2009)<sup>87</sup>, une majorité de travailleurs ont rapporté avoir bénéficié de soutien et d'aide en milieu de travail de la part de leur supérieur, dans les trois mois suivant leur admission dans l'étude. Aussi, dans Steenstra et coll. (2006)<sup>101</sup>, après l'observation des tâches du travailleur par l'ergonome, les obstacles au retour au travail ont été classés indépendamment par le travailleur et son supérieur. Après quoi, l'ergonome organisait une réunion du groupe des parties prenantes, le travailleur et son supérieur étant inclus, pour réfléchir et discuter des solutions possibles pour lever les obstacles posant les plus grands défis. Dans Lambeek et coll. (2010)<sup>96</sup>, il est spécifié que l'intervention en milieu de travail misait sur une participation active et un engagement fort, et ce, à la fois du travailleur et de son supérieur.

De plus, la responsabilité de la mise en œuvre du plan d'action en vue du retour au travail devait, autant que possible, concerner ces deux acteurs.

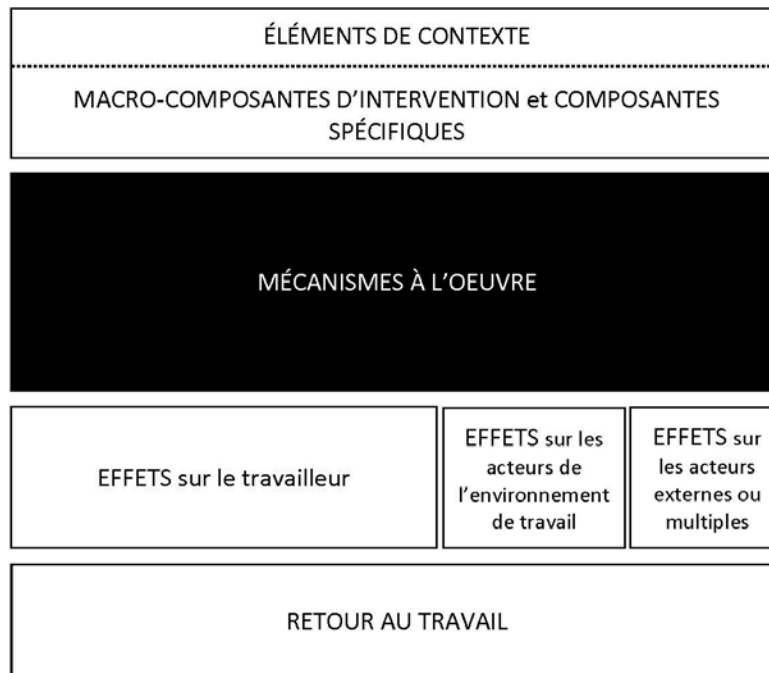
La troisième composante spécifique consiste en la réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) relatives à la productivité du travailleur. Par exemple, dans Arnetz et coll. (2003)<sup>86</sup>, la réunion précoce en milieu de travail incluant le travailleur, l'assureur-gestionnaire de cas, l'employeur et l'ergothérapeute ou l'ergonome est un élément central de l'intervention et vise entre autres à communiquer l'idée selon laquelle il fallait davantage se concentrer sur ce que pouvait toujours faire le travailleur, plutôt que sur ce qu'il ne pouvait pas/plus accomplir.

Enfin, la quatrième composante spécifique consiste en la mise en place de modifications (organisationnelles, physiques et psychosociales) à la situation de travail. Par exemple, dans Bültmann et coll. (2009)<sup>87</sup>, trois domaines d'action pouvaient être distingués dans le plan de retour au travail : les actions visant le travailleur absent; celles visant le travail et celles visant la réduction ou l'élimination des obstacles dans l'environnement de travail. Dans Loisel et coll. (1997)<sup>81</sup>, quoique les accommodements aient été variés et laissés à la discrétion de l'employeur, on sait toutefois qu'une partie notable d'entre eux ont fait l'objet d'une implantation partielle, voire complète.<sup>100</sup> Ces accommodements concernaient surtout l'équipement, l'aménagement du milieu de travail, la nature des tâches, l'organisation du travail, de même que l'éducation ou la formation. Dans Lambeek et coll. (2010)<sup>96</sup>, l'intervention en milieu de travail consistait principalement en des adaptations des tâches et de l'environnement de travail.

En outre, l'analyse des demi-régularités concernant d'autres éléments de contexte indique que cette macrocomposante d'intervention touchant aux accommodements produit des résultats positifs en matière de retour au travail sans égard au type d'emploi du travailleur (p. ex. : manuel ou sédentaire), au type de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs) ou à la phase du TMS (aiguë, subaiguë ou chronique). L'élément du contexte à ne pas négliger reste une visite au poste de travail par le professionnel de la santé, qui prend la forme d'une observation directe du poste de travail pour évaluer et statuer des accommodements. Les études avec résultats négatifs ou neutres en matière de retour au travail (Verbeek et coll. (2002)<sup>105</sup>; sous-groupe de travailleurs dans Steenstra et coll. (2006)<sup>101</sup> n'incluaient pas cette visite spécifiquement, malgré la présence d'un médecin du travail.

## 4.2.2 Mécanismes à l'œuvre

La partie en noir de la figure 3 met en évidence la portion des résultats dont il sera question ci-dessous.



**Figure 3 : Éléments révélés par l'analyse des demi-régularités – Mécanismes à l'œuvre**

Six grands groupes de mécanismes transversaux, c'est-à-dire des mécanismes rattachés à plus d'une macrocomposante d'intervention à la fois, ont été dégagés. Les groupes 1 à 5 agissent sur le travailleur. Parmi eux, les groupes 1 et 2 touchent à des dimensions psychoaffectives du travailleur, alors que le groupe 3 concerne davantage son identité. Les groupes 4 et 5, quant à eux, concernent des interventions en milieu de travail et les éléments de contexte, et interpellent différents acteurs (p. ex. : des professionnels de la santé, l'employeur et l'assureur). Enfin, le groupe 6, qui touche à des dimensions psychoaffectives, est le seul à agir sur les acteurs de l'environnement de travail. Aucun grand groupe de mécanismes transversaux agissant sur les acteurs extérieurs à l'environnement de travail n'a été dégagé. Le tableau 4 présente et décrit les grands groupes de mécanismes transversaux.

Les acteurs autres que le travailleur sont donc peu représentés dans ces grands groupes. Cette situation est surtout attribuable au choix méthodologique de centrage des mécanismes sur le travailleur. Cela n'empêche toutefois pas que les acteurs de l'environnement de travail et extérieurs à celui-là soient mentionnés dans les descriptifs des grands groupes de mécanismes transversaux.

**Tableau 4 : Grands groupes de mécanismes transversaux**

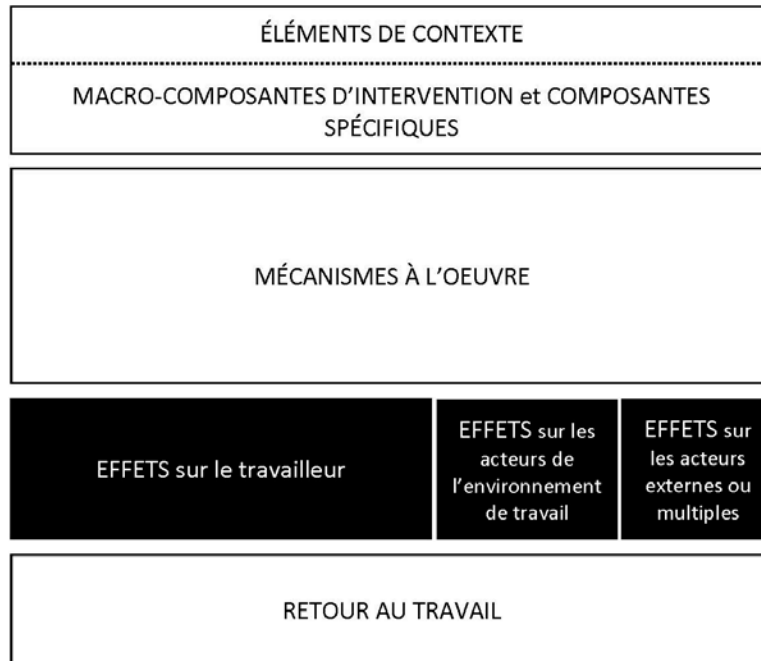
Grand groupe de mécanismes transversaux	Descriptif
<i>AGISSANT SUR LE TRAVAILLEUR</i>	
Groupe 1 : Rassurance du travailleur	<p>La rassurance résulte du fait que le travailleur est confiant que ce qu'on lui propose est réellement adapté à sa situation ou que ses craintes face aux risques de la reprise de ses tâches soient diminuées ou dissipées (p. ex. en raison de la réduction des contraintes de l'environnement de travail, du soutien de la part des collègues de travail, de la légitimation de sa blessure, de la mobilisation et du soutien du supérieur immédiat et de l'implantation de plusieurs solutions ergonomiques). La rassurance peut aussi résulter du fait que les différents acteurs impliqués dans les démarches de retour au travail mettent l'accent sur les capacités du travailleur plutôt que sur ses limitations et lui envoient, à cet égard, des messages positifs de façon convergente et répétée.</p>
Groupe 2 : Satisfaction du travailleur	<p>La satisfaction du travailleur peut être attribuable à l'initiation de la mise en place des modifications suggérées au poste de travail par l'employeur, à son inclusion dans les discussions impliquant son supérieur immédiat et d'autres acteurs, à l'implantation d'un nombre élevé et d'une diversité d'accommodements, à la présence d'un gestionnaire de cas faisant preuve de réactivité relativement à ses besoins et demandes, et à une augmentation du temps passé par les intervenants en sa compagnie.</p>
Groupe 3 : Préservation de l'identité de travailleur	<p>La préservation de l'identité de travailleur est possible si la personne absente en raison de TMS n'a pas le temps de développer le sentiment d'être mise à l'écart de son milieu de travail et d'adopter une représentation d'elle-même comme étant une personne malade. Ainsi, l'accès rapide au travail est favorisé, en dépit de la douleur et des incapacités. La préservation de l'identité est aussi possible si le travailleur, de pair avec différents acteurs, se mobilise autour de l'objectif de retour au travail. Veiller à ce que le travailleur se sente bienvenu lors de son retour au travail peut aussi y contribuer.</p>
Groupe 4 : Cohérence entre besoins du travailleur et interventions	<p>La cohérence entre les besoins du travailleur et les interventions proposées est assurée de diverses manières. Il peut s'agir de lui offrir rapidement des services de réadaptation adéquats, de proposer un entraînement aux tâches de travail et des équipements de travail adaptés ou de prendre le temps requis pour mener une entrevue en profondeur, permettant de ce fait l'individualisation des interventions. Il s'agit de communiquer et démontrer au travailleur que l'on respecte ses capacités et limitations.</p> <p>Pour ce faire, les acteurs impliqués dans les démarches de retour au travail doivent être disposés ou ouverts à collaborer entre eux et prendre des décisions tenant compte de la situation du travailleur. Il doit aussi y avoir une communication continue entre le travailleur et les professionnels de la santé (p. ex. un physiothérapeute) au sujet des facteurs influençant la reprise du travail, afin qu'ils puissent ajuster leurs interventions aux informations reçues ou aux expériences rapportées.</p>

Grand groupe de mécanismes transversaux	Descriptif
Groupe 5 : Proactivité/mobilisation des acteurs	La proactivité/mobilisation des acteurs se traduit de différentes façons. Cela peut être le fait que le travailleur envisage favorablement des solutions en vue de retourner au travail ou qu'il est motivé par la démarche de retour au travail (p. ex. en raison de l'engagement de l'employeur dans la démarche de résolution de problèmes entourant la préparation du retour au travail, du fait qu'on lui fait sentir qu'il compte pour l'organisation). Cela peut aussi être le fait que les acteurs (p. ex. : le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le médecin du travail et le supérieur immédiat) sont tournés vers un objectif commun de retour au travail du travailleur blessé.
<i>AGISSANT SUR LES ACTEURS DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL</i>	
Groupe 6 : Perception d'une pression	La perception d'une pression par l'employeur peut être attribuable au fait qu'une personne (p. ex. : ergonomiste, ergothérapeute ou assureur) est désignée pour le soutenir dans la réalisation des enquêtes d'accidents. La perception d'une pression peut également être attribuable au fait qu'un gestionnaire de cas est chargé d'impliquer les différents acteurs, dans les discussions relatives au retour au travail.

En ce qui concerne la satisfaction du travailleur, il est important de savoir qu'il s'agit des seuls mécanismes découlant de données empiriques disponibles à même les articles analysés.

### **4.2.3 Effets proximaux**

Il a été établi que les mécanismes les plus près des résultats en matière de retour au travail sont considérés comme des effets proximaux. La partie en noir de la figure 4 met en évidence la portion des résultats dont il sera question ci-dessous.



**Figure 4 : Éléments révélés par l'analyse des demi-régularités - Effets proximaux**

Huit grands groupes d'effets proximaux transversaux, c'est-à-dire des effets rattachés à plus d'une macrocomposante à la fois, ont été dégagés. Les groupes 1, 2, 3 et 4 touchent à des dimensions psychoaffectives du travailleur (« être rassuré », « ressentir », « avoir le sentiment »), les groupes 5 et 6 à des dimensions reliées à l'action (« se conformer », « adopter ») et le groupe 7 à des dimensions de l'ordre du cognitif (« constater »). Enfin, le groupe 8 interpelle des dimensions reliées à l'identité.

Le tableau 5 présente les grands groupes d'effets proximaux transversaux chez le travailleur. Il importe de signaler que la rassurance et l'identité peuvent autant tenir lieu de mécanismes que d'effets.

**Tableau 5 : Grands groupes d'effets proximaux transversaux pour le travailleur**

<b>Grand groupe d'effets proximaux transversaux</b>
<b>Groupe 1</b> : Le travailleur se sent rassuré, a confiance de pouvoir revenir au travail de façon sécuritaire.
<b>Groupe 2</b> : Le travailleur ressent une pression sociale importante pour moins s'absenter ou pour revenir au travail plus rapidement.
<b>Groupe 3</b> : Le travailleur a le sentiment qu'il fait partie de la solution, que son opinion compte dans les décisions qui sont prises.
<b>Groupe 4</b> : Le travailleur a le sentiment qu'on se préoccupe de lui, de compter aux yeux des différents acteurs impliqués dans les démarches de retour au travail.
<b>Groupe 5</b> : Le travailleur se conforme aux attentes et demandes des différents acteurs impliqués dans les démarches de retour au travail.
<b>Groupe 6</b> : Le travailleur adopte une posture active : il demeure actif, s'engage activement dans son processus de retour au travail et persiste dans ses efforts.
<b>Groupe 7</b> : Le travailleur considère que l'on répond adéquatement à ses besoins et attentes et que les différents acteurs impliqués remplissent leurs engagements.
<b>Groupe 8</b> : Le travailleur maintient son identité de travailleur.

Aucun grand groupe d'effets proximaux transversaux n'a été dégagé pour les acteurs de l'environnement de travail et les acteurs externes/multiples. Il s'agit plutôt d'effets proximaux uniques, c'est-à-dire des effets rattachés à une seule macrocomposante d'intervention. Les effets proximaux uniques ayant été formulés pour les acteurs de l'environnement de travail (tableau 6) sont surtout de l'ordre de l'action et moins de l'ordre psychoaffectif (effets A, F et H seulement). En ce qui concerne les acteurs externes/multiples (tableau 7), les effets formulés sont essentiellement de l'ordre de l'action.



**Tableau 6 : Effets proximaux uniques sur les acteurs de l’environnement de travail**

Effet proximal unique
A - Le collectif de travail (syndicat, employeur/supérieur, collègues) accueille favorablement le travailleur lors de son retour au travail.
B - Le collectif de travail (travailleur, syndicat, employeur/supérieur, collègues) participe activement à définir le problème et à générer des solutions pour le retour au travail.
C - Le collectif de travail s’engage à apporter les modifications nécessaires pour atténuer les contraintes de travail ou les éliminer.
D - Le collectif de travail (travailleur, syndicat, employeur/supérieur) participe à l’implantation des modifications ergonomiques.
E - L’employeur est porté à effectuer des enquêtes d’accident plus souvent et plus rapidement.
F - Le supérieur ou le gestionnaire se sent soutenu dans le processus de réintégration au travail de son employé.
G - Le supérieur ajuste ses attentes envers la performance au travail du travailleur.
H - Le supérieur manifeste plus d’ouverture (empathie) à offrir au travailleur un accompagnement au retour au travail, parce qu’il perçoit sa motivation.
I - Le supérieur est encouragé par les succès du travailleur lors du retour au travail.

**Tableau 7 : Effets proximaux uniques sur les acteurs externes/multiples**

Effet proximal unique
A - Les parties prenantes (employeur/supérieur, professionnels de la santé, collègues) génèrent des solutions adaptées au travailleur.
B - Le supérieur, l’ergothérapeute et le travailleur s’entendent sur les obstacles au retour au travail et les solutions pour les surmonter.
C - Le médecin du travail externe prend des décisions éclairées pour établir des conditions favorables au retour au travail.
D - Le gestionnaire de cas a une vision complète de la situation du travailleur.
E - La personne responsable s’assure de l’implantation des solutions proposées.

### **4.3 Consultation auprès des utilisateurs potentiels**

En tout, 31 personnes ont répondu au sondage web. De ce nombre, huit sont des cliniciens (p. ex. : des physiothérapeutes, des ergothérapeutes) travaillant principalement en entreprise privée, six des gestionnaires de l'invalidité œuvrant dans une organisation publique (p. ex. : un établissement de santé, une administration municipale), cinq des gestionnaires de l'invalidité œuvrant en entreprise privée, six des représentants de syndicats et cinq des représentants d'assureur. De plus, une personne a déclaré travailler pour une firme spécialisée en services-conseils aux employeurs.

Les résultats de l'évaluation des recommandations sur les plans de la clarté, de la pertinence, de la faisabilité et de l'exhaustivité sont présentés ci-dessous. Des résultats concernant la nouveauté et l'utilité de l'information sont également présentés. Rappelons que les recommandations ont été dérivées des composantes d'intervention.

Les résultats sont décrits en détail en l'annexe E.

#### **4.3.1 Clarté des recommandations**

Toutes les recommandations ont été jugées « Très claire » ou « Assez claire » par 80 % ou plus des participants (25 participants ou plus sur 31).

Les recommandations jugées les plus claires, soit celles pour lesquelles le plus grand nombre de répondants ont opté pour le choix de réponse « Très claire », sont : la participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions (n = 26), la réduction des attentes du collectif relatives à la productivité du travailleur (n = 24), la mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes (n = 24) ainsi que l'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail (n = 24).

#### **4.3.2 Pertinence des recommandations**

Chacune des recommandations a été jugée « Très pertinente » ou « Assez pertinente » par un minimum de 80 % des participants.

Les recommandations jugées les plus pertinentes, soit celles pour lesquelles le plus grand nombre de répondants ont opté pour le choix de réponse « Très pertinente », sont : l'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail (n = 29), la participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions (n = 29), une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu (n = 28) ainsi que l'adoption d'une approche de résolution de problèmes (n = 27).

#### **4.3.3 Faisabilité de la mise en œuvre des recommandations**

Seulement trois recommandations ont été jugées « Très facile » ou « Assez facile » à mettre en œuvre par 80 % ou plus des participants. Il s'agit de l'inclusion d'un questionnement sur la

situation de travail (n = 31), de l'adoption d'une approche de résolution de problèmes (n = 28) et d'une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu (n=26).

Les recommandations les plus difficiles à mettre en œuvre, soit celles pour lesquelles le plus grand nombre de répondants ont opté pour les choix de réponse « Très difficile » et « Assez difficile », sont la réduction des attentes du collectif relatives à la productivité du travailleur (n=19) et la mise en place de modifications à la situation de travail (n=17).

#### **4.3.4 Exhaustivité des recommandations**

Les participants se sont peu exprimés sur l'exhaustivité des recommandations. En fait, des éléments ont émergé uniquement pour la macrocomposante d'intervention de l'évaluation. Les participants ont d'abord précisé que l'évaluation devait tenir compte des sphères de la vie de la personne en dehors du travail, notamment en ce qui a trait aux responsabilités familiales et au soutien de la part des proches. La motivation du travailleur à reprendre son poste devrait aussi, à leur avis, être une partie intégrante de toute évaluation.

Ensuite, les participants ont insisté sur le fait qu'une bonne évaluation devait établir les capacités de l'individu en lien avec les exigences réelles de son poste de travail. Enfin, en ce qui concerne la démarche d'évaluation en tant que telle, il a été précisé qu'il était souhaitable d'y inclure le médecin traitant, de s'assurer de la concertation avec les autres professionnels de la santé et de favoriser des contacts directs avec l'employeur.

#### **4.3.5 Nouveauté et utilité de l'information**

Le sondage web comportait un tableau récapitulatif des recommandations identique à ce qu'on retrouve au tableau 3, cela afin que les participants puissent juger de la nouveauté et de l'utilité de l'information présentée tout au long du sondage.

En ce qui concerne la nouveauté de l'information, deux participants sur 31 ont répondu que plusieurs éléments contenus dans le tableau leur apparaissaient nouveaux, 11/31 que certains des éléments leur apparaissaient nouveaux et 18/31 qu'aucun élément ne leur apparaissait nouveau.

En ce qui concerne l'utilité de l'information, 29/31 ont répondu que l'information contenue dans le tableau pouvait être utile à tous les acteurs concernés par la réadaptation au travail et la gestion des absences. Les deux autres ont soit répondu que l'information était utile pour certains acteurs seulement, soit qu'elle n'était pas vraiment utile.

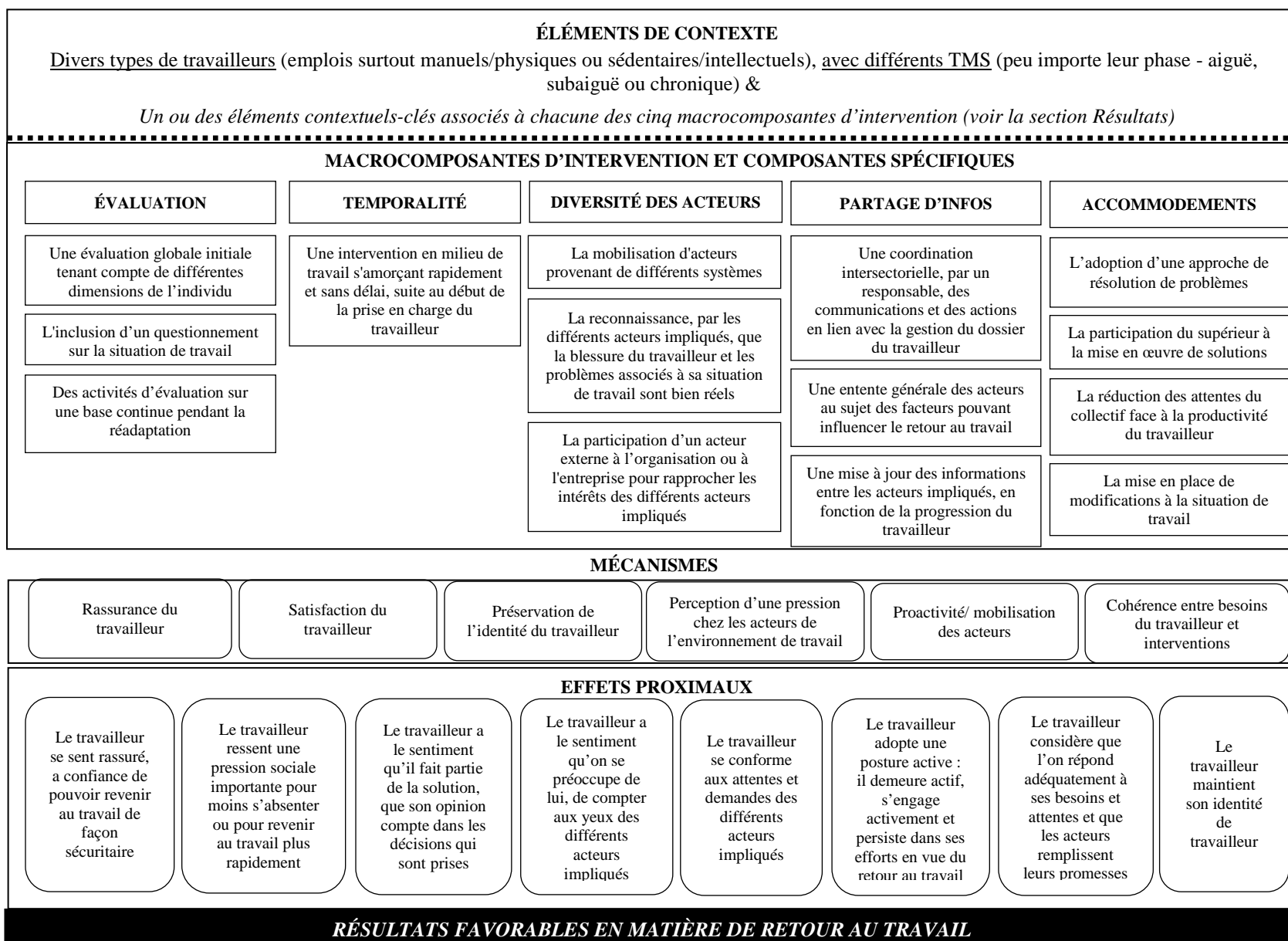
### **4.4 Schéma récapitulatif**

La figure 5 propose un schéma récapitulatif des résultats. Aucune macrocomposante d'intervention ou composante spécifique n'est liée à un grand groupe de mécanismes en particulier. De la même façon, aucun grand groupe de mécanismes n'est lié à un grand groupe d'effets proximaux en particulier. La partie apparaissant en noir, en continuité avec les figures 2

à 4, met en évidence l'atteinte de résultats favorables en termes de retour au travail à 12 mois. Dans la chaîne séquentielle d'une configuration C-M-O, ces résultats correspondent au « O ».

Comme expliqué dans la section Méthodes, la recherche de demi-régularités dans le corpus de données a permis de faire ressortir des convergences en matière d'éléments de contexte. Celles-ci ont été formulées à travers des macrocomposantes d'intervention précisant les composantes spécifiques des programmes de réadaptation au travail et des éléments de contexte qui fonctionnent. En outre, d'autres éléments sont à prendre en compte au regard du contexte. Au début de la section Résultats, il a effectivement été expliqué que les programmes de réadaptation au travail intégrant ces macrocomposantes et composantes spécifiques sont susceptibles de contribuer favorablement au retour au travail de divers types de travailleurs – qu'ils aient des emplois surtout manuels ou physiques ou alors sédentaires ou intellectuels –, sans égard aux TMS qui les affectent et à leur phase (aiguë, subaiguë ou chronique) ou au contexte culturel et légal dans lequel ces programmes se déploient (dans la limite des pays développés, cependant). Dans la chaîne séquentielle d'une configuration C-M-O, ces résultats se rattachent avant tout au « C ».

Enfin, dans la chaîne séquentielle C-M-O, les grands groupes de mécanismes à l'œuvre et les effets obtenus se rattachent au « M ». Rappelons que les effets constituent aussi des mécanismes, leur différence par rapport aux autres mécanismes réside dans le fait qu'ils se situent plus près de l'objectif de retour au travail.



**Figure 5 : Schéma récapitulatif**



## 5. DISCUSSION

L'objectif général de cette revue réaliste consistait à clarifier les éléments de contexte, incluant les composantes actives et les mécanismes sous-jacents des programmes de réadaptation au travail, qui fonctionnent et favorisent ainsi la reprise du travail pour les personnes aux prises avec un TMS. Cette clarification représente une contribution essentielle afin de réduire l'écart entre les connaissances et les actions, et ainsi soutenir l'implantation de ces programmes. En effet, cela permet d'ouvrir la boîte noire des interventions, une étape préalable essentielle à la détermination de recommandations de mesures et stratégies favorables au retour au travail à l'intention de différents acteurs, notamment les employeurs, les assureurs et les cliniciens. Il s'agit d'un argument également avancé par Jarvholm (2016, 2012)<sup>110,111</sup> qui déplore que les méthodologies actuellement utilisées dans les études d'intervention auprès de personnes ayant un TMS sont insuffisantes pour bien comprendre et exposer ce qui fonctionne réellement dans ces interventions. En outre, cet auteur soutient que pour faciliter l'implantation des programmes dans divers pays, la seule solution consiste à dégager les théories permettant de dépasser les contraintes des contextes particuliers, que les chercheurs ne peuvent de toute façon contrôler. À terme, cela doit permettre de cerner un corpus de connaissances transférables.<sup>110</sup>

La première partie de la discussion aborde les éléments de contexte, incluant les composantes d'intervention, et les examine à la lumière de théories renseignant sur les conditions favorables à leur déploiement. La seconde partie traite des mécanismes à l'œuvre pour atteindre des résultats positifs de retour au travail lors d'un suivi à 12 mois. Les points de vue des utilisateurs potentiels des résultats obtenus sont ensuite discutés, de même que les forces et faiblesses de cette revue réaliste. La discussion se conclut par la proposition de pistes de recherche.

### 5.1 Les éléments de contexte et les composantes de programme

#### *Parallèles avec la littérature existante*

Nos résultats suggèrent d'abord que les mêmes macrocomposantes d'intervention peuvent mener à des effets favorables en matière de retour au travail dans une grande variété de contextes, influencés par les caractéristiques des travailleurs atteints de TMS. Nos résultats indiquent que ces contextes peuvent notamment concerner le site de la lésion, la phase de la maladie et les exigences de travail. Ceci est convergent avec un grand ensemble d'écrits, dont ceux de Costa-Black et coll. (2013)<sup>63</sup> et de Nachemson (1999)<sup>112</sup>, qui proposent de considérer l'incapacité au travail en raison des TMS sans distinction particulière à ces caractéristiques, mais dans une vision plus globale moins axée sur la déficience. La présence d'un professionnel de la santé formé sur l'analyse du travail (p. ex. : ergonomes, médecin du travail, ergothérapeute) apparaît un élément du contexte qui introduit une compréhension supplémentaire et nécessaire. Ainsi, il ne s'agit pas simplement de juxtaposer les compétences de diverses personnes, mais bien d'avoir recours à une personne qui peut faire l'intégration des univers de la santé et de l'environnement de travail. Ceci est parfaitement appuyé par différents écrits qui soutiennent fortement l'adoption d'une approche biopsychosociale afin de réduire l'incapacité au travail, dans laquelle le social - dont l'environnement de travail, est trop souvent négligé.<sup>113,114</sup> Nos résultats soulignent aussi toute l'importance qu'il y ait présence d'un responsable de la coordination intersectorielle très connecté dans le contexte où se déploient les macrocomposantes d'intervention. Cet élément est

appuyé par des écrits qui soutiennent le rôle majeur de la coordination du retour au travail dans la facilitation de la reprise du travail des personnes en absence prolongée.<sup>74,115-117</sup> Par exemple, les résultats de la méta-analyse de Schandelmaier et coll. (2012)<sup>115</sup> ont démontré qu'il existe des évidences modérées quant à l'association entre la présence de la coordination du travail, une durée d'incapacité plus courte et à une réduction importante des coûts d'absentéisme. La particularité de nos résultats est aussi de mettre en lumière l'importance, au niveau du contexte, que cette coordination intersectorielle soit portée par un responsable très connecté. Ce dernier élément trouve un écho dans l'abondante littérature portant sur les passeurs de frontières (*boundary spanners*). Il s'agit, selon William (2010)<sup>118</sup>, d'acteurs à qui incombe la responsabilité de s'impliquer au niveau interorganisationnel et intersectoriel, et d'agir comme « connecteurs » entre les différentes parties prenantes. Il existe peu de travaux de recherche sur le sujet qui soient spécifiques au domaine de la santé et aucun, à notre connaissance, en réadaptation au travail. Cependant, l'existence d'organisations et de secteurs isolés les uns des autres, mais ayant besoin d'être mieux articulés, comme ce qui est observé en réadaptation au travail, représente un contexte où cette notion peut être d'intérêt.<sup>119</sup> Finalement, un élément de contexte majeur révélé par nos résultats est la présence d'incitations pour les entreprises à collaborer à une intervention précoce en milieu de travail. Des formes variées d'incitation ont été identifiées, soit légales, financières et humaines. Ces résultats trouvent un appui auprès de Parent et coll. (2016)<sup>120</sup>, pour qui les politiques de retour au travail en entreprise sont le produit de multiples influences tant historiques, économiques que politiques. Plus précisément, les auteurs mentionnent la législation comme un facteur « macro » d'influence, au même titre que la santé financière, la taille, la présence de syndicat, les politiques et les procédures internes, et la culture des entreprises. Enfin, d'autres facteurs au niveau micro sont également nommés dont le soutien du superviseur, la confiance et le respect entre les travailleurs et les gestionnaires, ainsi que le soutien de collègues.

Cinq macrocomposantes d'intervention - l'évaluation, la temporalité, la diversité des acteurs, le partage d'informations et les accommodements - ont été identifiées et un nombre plus ou moins grand de composantes spécifiques a été dégagé. Ces résultats convergent en partie avec ceux de la revue réaliste de Higgins et coll. (2012)<sup>77</sup>. Cette dernière était basée sur des écrits concernant la gestion des absences de longue durée (de plus de 4 semaines) et incluait plusieurs diagnostics, quoique ceux liés aux TMS et au stress y fussent davantage représentés. Aussi, elle englobait un ensemble d'interventions beaucoup plus large que ce qui était ciblé dans la présente étude. Cependant, nos résultats sur la diversité des acteurs, le partage d'informations, la présence d'accommodements au travail et la disposition des entreprises à la gestion des absences et des retours au travail, convergent en grande partie.

Deux autres macrocomposantes d'intervention, soit l'évaluation et la temporalité, ont été identifiées dans la présente revue réaliste. En ce qui concerne l'évaluation, des écrits soutiennent aussi que l'évaluation initiale doit tenir compte des différentes dimensions de l'individu, de même qu'inclure un questionnement sur la situation de travail et des activités d'évaluation réalisées sur une base continue pendant la réadaptation. Pour ce qui est de la temporalité, des écrits soutiennent également qu'une intervention s'amorçant rapidement en milieu de travail, après le début de la prise en charge du travailleur, favorise le retour au travail; à l'inverse, une intervention se mettant en branle plus tardivement nuit au retour au travail.<sup>45,121-124</sup> La prise en compte de la temporalité correspond aux recommandations européennes concernant la gestion des lombalgies<sup>125</sup> et aux recommandations les plus récentes de chercheurs en France et en



Belgique en ce qui a trait à la prise en charge des travailleurs aux prises avec une lombalgie.<sup>123,126</sup>

Un constat majeur, qui se dégage de la lecture de l'ensemble des cinq macrocomposantes d'intervention, est qu'elles sont toutes fortement imprégnées de l'intervention en milieu de travail, qui apparaît ainsi comme un moteur de retour au travail. Par contre, le fait que les aspects cliniques (p. ex. : une consultation avec un médecin ou avec un autre professionnel de la santé) et ceux propres à la réadaptation (p. ex. : exercices, thérapie cognitivo-comportementale, techniques de relaxation) ne ressortent pas aussi fortement ne signifie pas qu'ils n'ont pas d'importance. En fait, les résultats de la présente étude montrent simplement que les interventions impliquant le milieu de travail, inscrites à même des programmes de réadaptation au travail, jouent un rôle capital dans le succès de ces derniers. Cette réflexion sur la contribution centrale de l'intervention en milieu de travail est cohérente avec la revue classique de Krause et coll. (1998)<sup>48</sup>, qui mettaient l'accent sur l'importance d'inclure une forme d'exposition au travail réel dans les programmes de réadaptation afin de favoriser la reprise du travail régulier.

#### *Apports de l'action intersectorielle et du leadership partagé*

Les composantes d'intervention des programmes de réadaptation au travail et les éléments de contexte dans lesquels elles produisent des effets positifs montrent d'importantes similitudes avec les fondements d'une action intersectorielle (AI). Plus précisément, l'AI se définit comme une intervention publique résultant de la structuration des relations entre des organismes de secteurs différents, associés pour collaborer et agir de manière complémentaire et coordonnée afin d'innover de façon à répondre de manière efficace, efficiente et durable à des problèmes sociaux et de santé.<sup>127</sup> Trois des macrocomposantes identifiées – la diversité des acteurs, le partage d'informations, les accommodements – et leurs composantes spécifiques révèlent ce nécessaire arrimage entre des secteurs différents, notamment la santé, le régime d'assurance et l'entreprise. Cela montre la nécessité d'une action intersectorielle finement coordonnée pour atteindre l'objectif ultime de retour au travail des personnes aux prises avec un TMS. Toutefois, une question se pose : dans quelle mesure les conditions nécessaires sont-elles présentes dans les pays potentiellement adopteurs? En effet, l'AI est, par nature, complexe et requiert des ressources substantielles sur les plans humain, financier et temporel, sans compter qu'elle doit reposer sur une volonté politique manifeste. De plus, Clavier et Gagnon (2013)<sup>128</sup> spécifient que des dispositifs institutionnels intersectoriels sont nécessaires pour favoriser la collaboration entre les secteurs et les acteurs, mais qu'ils restent insuffisants pour établir une action conjointe face à un problème à résoudre et aux pratiques à adopter. L'étude de Stahl (2012),<sup>129</sup> qui porte sur l'implantation en Suède d'une législation pour réformer les services de réadaptation au travail par le biais d'une action intersectorielle, va entièrement dans ce sens. En effet, les résultats de cette étude révèlent la grande complexité de l'implantation de la réforme et montrent que son succès découle d'une stratégie interactive entre les acteurs et les organisations et non d'une stratégie linéaire. Cela souligne sans équivoque toute l'importance de s'intéresser à l'engagement des acteurs et des organisations dans le cadre d'une telle démarche. En effet, bien que les acteurs défendent habituellement les intérêts et partagent les valeurs de l'organisation qu'ils représentent, les résultats obtenus par Stahl (2012)<sup>129</sup> indiquent qu'ils peuvent également se distinguer par leurs propres valeurs et motivations.

En somme, les résultats de la présente étude indiquent clairement que la mise en œuvre des composantes d'intervention qui fonctionnent s'apparente à une AI, laquelle apparaît tributaire de l'engagement des acteurs et des organisations. La littérature sur le leadership partagé offre des pistes de réflexion sur cet engagement des acteurs. Selon Pearce et coll. (2014),<sup>130</sup> la notion de leadership partagé est une métathéorie du leadership. Ce dernier est toujours partagé, mais son niveau de distribution va varier; parfois il sera largement réparti, parfois il le sera beaucoup moins. Dans la conception de Yukl (2010)<sup>131</sup> un leadership partagé nécessite un ensemble de leaders formels et informels dans un processus d'influence mutuelle. Cette conception s'éloigne en ce sens d'une vision classique voyant le leadership exercé uniquement du haut vers le bas, de façon hiérarchique. Dans l'optique du leadership partagé, tous les acteurs sociaux d'une organisation ou d'un groupe sont engagés dans le processus de transformation ou de changement afin d'atteindre un objectif.<sup>130</sup> Les résultats liés aux composantes des interventions révèlent le besoin d'un leadership partagé assez également distribué. Ce leadership doit ainsi être partagé entre : 1) des cliniciens, qui balisent la réactivation du travailleur, 2) des acteurs du milieu de travail qui se mobilisent, recherchent des solutions, proposent des accommodements et mettent en œuvre des solutions, et 3) dans certains contextes, des représentants de l'assureur ou d'autres acteurs qui encadrent la démarche de retour au travail. Dans cette optique, les acteurs du milieu de travail ne sont pas neutres ni exclus de la reprise des activités professionnelles d'une personne ayant un TMS, bien au contraire. En fait, ils seraient tout autant essentiels que les intervenants cliniques dédiés à restaurer la santé des travailleurs. Les questions qui se posent alors sont celles-ci : quels sont les facteurs qui peuvent soutenir l'engagement des acteurs du milieu de travail envers un leadership partagé visant la réadaptation au travail ? Est-ce des valeurs et une culture d'entreprise favorisant le déploiement de stratégies visant la rétention des travailleurs? Est-ce une politique générale d'entreprise sur le bien-être et la santé au travail, acceptée par l'ensemble de travailleurs? Est-ce l'inclusion, dans la description de tâches des supérieurs immédiats, d'une mention à l'effet qu'ils se doivent d'accueillir, de préparer et de soutenir un travailleur dans son processus de retour au travail? Ces questions demeurent sans réponse et méritent que des chercheurs s'y attardent davantage. Elles deviennent encore plus importantes à la lumière des résultats de notre sondage web portant sur la faisabilité des recommandations découlant de la présente étude, qui indiquent que ces recommandations apparaissent peu transférables en milieu de travail. Par contre, cette proposition de leadership partagé va exactement dans le sens des écrits d'Ellen MacEachen et coll. (2006),<sup>132</sup> de Tjulin et coll. (2016)<sup>114</sup> et de Baril et coll. (2003)<sup>133</sup> selon lesquels le retour au travail est un processus social fragile et qu'un effort partagé est incontournable.

Par ailleurs, D'Innocenzo et coll. (2014)<sup>134</sup> et Wang et coll. (2014)<sup>135</sup> soulignent qu'ultimement, la présence de leadership partagé aura un effet positif sur le rendement des organisations. Dans le contexte des programmes de réadaptation au travail, cette notion de rendement doit être vue comme englobant les différentes organisations, incluant les entreprises, où se déploie la réadaptation au travail en tant qu'action organisée. Par exemple, en favorisant un meilleur arrimage des différents acteurs autour du travailleur aux prises avec un TMS, une telle action organisée pourrait se traduire par une réduction des absences et, par conséquent, des coûts directs et indirects pour les travailleurs et les entreprises.

## 5.2 Les mécanismes à l'œuvre

### *Parallèles avec la littérature existante*

Comme mentionné, cette revue réaliste a principalement misé sur les mécanismes agissant sur le travailleur lui-même. Au final, cinq des six groupes de mécanismes favorisant le retour au travail à 12 mois le concernent directement. En résumé, ces mécanismes touchent à la rassurance, à la satisfaction et à la préservation de l'identité du travailleur, de même qu'à la cohérence entre ses besoins et les interventions proposées, et à la proactivité/mobilisation des acteurs. Le sixième groupe de mécanismes agit sur les acteurs de l'environnement et concerne la perception d'une pression exercée sur eux.

Ces groupes de mécanismes ne sont pas nouveaux en eux-mêmes, puisque leur importance a déjà été démontrée auparavant, notamment en ce qui a trait à l'importance de la rassurance,<sup>136-138</sup> de la satisfaction<sup>139</sup> et de la préservation de l'identité de travailleur.<sup>140-142</sup> Ce qui est original dans ces résultats apparaît de deux ordres. D'une part, il y a le fait de révéler l'imbrication de ces groupes de mécanismes les uns aux autres. Par exemple, le travailleur peut se sentir rassuré par la mise en place de modifications à sa situation de travail et cela peut contribuer, en même temps, à préserver son identité de travailleur. À l'inverse, il peut préserver son identité de travailleur en raison d'une intervention précoce en milieu de travail, ce qui peut aussi faire en sorte qu'il se sente rassuré par la reprise du travail. D'autre part, il y a le fait de mettre en lumière la proximité des groupes de mécanismes des composantes actives fortement imprégnées de l'intervention réalisée en milieu de travail. En effet, ces éléments du contexte permettent au travailleur d'expérimenter des situations de travail en dépit de la réduction de ses capacités et de la présence de douleur, cela activant les groupes de mécanismes identifiés. Il s'agit d'une logique d'action qui contraste fortement avec celle inhérente à l'approche classique de réadaptation fonctionnelle dans laquelle le but est l'amélioration des capacités des personnes en concordance avec les exigences théoriques d'un poste de travail, mais sans expérimentation réelle en milieu de travail. D'ailleurs, les résultats des études sur le sujet montrent que lorsqu'une amélioration significative des capacités des individus est constatée, elle n'est pas nécessairement associée à la reprise du travail régulier.<sup>143,144</sup>

### *Apports du modèle d'autorégulation ou du sens commun*

Les mécanismes mis en lumière par cette revue réaliste s'inscrivent dans la perspective où il est primordial que le travailleur expérimente diverses situations dans son milieu de travail réel. Le modèle d'autorégulation ou du sens commun proposé par Leventhal et coll. (2003, 1980)<sup>145,146</sup> est cohérent avec cette perspective et soutient les mécanismes identifiés. Ce modèle a fait l'objet de plusieurs travaux de Coutu et coll. (2011, 2010)<sup>147-149</sup> et apparaît adapté à une population en processus de réadaptation de travailleurs aux prises avec un TMS. En résumé, le modèle d'autorégulation de Leventhal et coll. (2003, 1980)<sup>145,146</sup> propose d'abord que l'individu est un agent actif dans la résolution de son problème, en ce sens qu'il cherche à diminuer l'écart entre son état actuel et l'état auquel il aspire. Ensuite, il propose que la représentation que se fait l'individu de son problème guide l'élaboration de son plan d'action et de ses stratégies d'adaptation. Cette représentation se forgerait à partir d'expériences antérieures vécues ou observées chez les autres, de même qu'à partir de facteurs socioculturels et contextuels. Le

parallèle qui peut être fait avec la présente étude est le suivant : le problème de l'individu est l'incapacité au travail en raison de son TMS et l'état recherché est la reprise de ses activités de travailleur. Les composantes actives identifiées (par ex. : réduction des attentes du collectif relatives à la productivité du travailleur, intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai) forment une part significative de l'ensemble des facteurs socioculturels et contextuels susceptibles d'influer directement sur les représentations du travailleur. En fait, les composantes actives deviennent le « bassin » d'expérimentation du travailleur et le travailleur a un rôle charnière et essentiel dans sa démarche de réactivation et de retour au travail régulier. Il n'est nullement observateur, bien au contraire.

Encore une fois, cela se démarque du modèle classique médical qui met l'accent sur la maladie et les symptômes des TMS. Selon Knauf et Schultz (2016),<sup>150</sup> le modèle médical reste encore prédominant, malgré les limitations importantes qu'il présente en regard des personnes éprouvant des douleurs d'origine musculosquelettique et de la reprise de leur travail. Ainsi, la lecture qui est ici proposée des liens entre les composantes actives et les mécanismes s'inscrirait beaucoup plus dans une approche biopsychosociale qui reste, selon Knauf et Schultz (2016),<sup>150</sup> le modèle le plus prometteur pour cette clientèle. En somme, l'exposition du travailleur aux composantes actives des programmes de réadaptation au travail enclencherait des mécanismes favorables au façonnement de représentations à l'effet qu'il se sente rassuré et satisfait, qu'il perçoive que son identité de travailleur est préservée, qu'il reconnaisse la cohérence entre ses besoins et les interventions proposées ainsi que la proactivité et la mobilisation des différents acteurs concernés.

Par ailleurs, Coutu et coll. (2010, 2000)<sup>149,151</sup> ont bien illustré, à la fois à partir de théories et d'une étude menée auprès de travailleurs aux prises avec un TMS et participant à un programme de réadaptation comprenant une intervention en milieu de travail, que le système de régulation des travailleurs peut être stable ou encore désorganisé. Il est stable si le travailleur est en mesure d'intégrer des éléments de rétroaction le rapprochant de son objet visé; dans le contexte de cette étude, cela pourrait être la reprise du travail. À l'opposé, un système de régulation désorganisé amène le travailleur à adopter des comportements l'éloignant de son objectif de retour au travail. Ainsi, les grands groupes de mécanismes mis ici en lumière peuvent être perçus comme concourant à la construction de représentations stables du travailleur en rapport avec son processus de retour au travail et soutenant l'adoption de comportements favorables au succès de cette démarche. Ce constat soulève d'ailleurs de nouvelles questions de recherche sur la façon d'optimiser le développement d'un tel système de régulation stable chez le travailleur.

Enfin, ces éclairages provenant du modèle de Leventhal et coll. (2003, 1980)<sup>145,146</sup> et des travaux de Coutu et coll.<sup>147-149,151</sup> sont cohérents avec les effets rapportés dans la présente étude. Rappelons que ces effets (tableau 5) sont un ensemble de mécanismes très proches de l'objectif ultime de retour au travail. Les liens entre les six groupes de mécanismes et les effets identifiés sont indubitables. À partir des informations contenues dans les articles recensés, il n'a pas été possible de préciser davantage l'arrangement de ces liens. Cependant, il est clair qu'il ne s'agit pas d'une dynamique linéaire; un groupe de mécanismes X ne produira pas uniquement l'effet Y. Au contraire, les six groupes de mécanismes sont susceptibles d'agir entre eux et de produire divers effets. Cet aspect est discuté ci-dessous.

### *Interdépendance et synergie*

Les résultats de cette étude ont permis de dégager des composantes actives et un ensemble de mécanismes et d'effets proches (proximaux) du retour au travail. Cependant, ils ne permettent pas d'avancer que toutes les composantes doivent être présentes en même temps, ni que tous les mécanismes doivent être à l'œuvre de façon simultanée pour produire l'effet escompté. De même, l'existence de configurations plus prometteuses que d'autres n'est pas démontrée. Le même questionnement s'applique aux grands groupes d'effets : sont-ils tous nécessaires? En existe-t-il certains qui sont des catalyseurs ou bien s'accomplissent-ils toujours en synergie? Néanmoins, les analyses réalisées lors de cette étude ont montré qu'en l'absence d'une portion des composantes identifiées ou de certains éléments de contexte, les programmes n'étaient pas associés à des résultats positifs en matière de retour au travail.<sup>88,101,105</sup> Ainsi, ce constat appuie l'existence d'une certaine synergie et interdépendance entre composantes, mécanismes et effets proximaux du retour au travail.

Un certain parallèle peut être tracé avec le concept de *ripple effect*,<sup>152,153</sup> pouvant être traduit par « effet d'entraînement ». Plus précisément, ce concept propose que, pour comprendre certaines interventions qui se déroulent dans des communautés (p. ex. : écoles, milieux de travail), l'attention devrait porter sur les caractéristiques dynamiques des contextes dans lesquels elles se déploient. Dans cette perspective, l'intervention est conçue comme une série d'événements dans l'histoire d'un système, conduisant à l'apparition de nouvelles structures d'interactions et à une nouvelle signification partagée. Les effets sont conçus non pas comme des produits dans une mécanique linéaire, mais comme des processus dynamiques impliquant des multiplications plutôt que des additions, des boucles de rétroaction et des interactions multiples.<sup>152</sup> Cette conception d'effet d'entraînement semble être appropriée au regard de la problématique étudiée.

Dans cette optique, la mise en œuvre d'un programme de réadaptation au travail peut être conçue comme une série d'événements (l'implantation des composantes spécifiques de chaque macrocomposante) dans un système donné (l'entreprise avec ses habitudes, ses contraintes, ses valeurs, etc.), conduisant à l'apparition de nouvelles structures d'interactions (par ex. la participation simultanée de l'assureur, du travailleur et de son supérieur aux rencontres visant à trouver des solutions possibles pour le retour au travail) et à de nouvelles significations partagées (par ex. : la reconnaissance des facteurs de risque par différents acteurs et la nécessité d'accommodements, l'importance d'inclure le travailleur dans l'ensemble des démarches). C'est en ce sens que les composantes actives et les mécanismes sont vus comme agissant ensemble pour favoriser le retour au travail des personnes aux prises avec un TMS. Cela suggère que l'intervention en milieu de travail se mettrait en œuvre de façon dynamique dans le système de l'entreprise, en incluant les acteurs des autres systèmes, tout en se distinguant d'une approche médicale classique qui est résolument plus individuelle.

Aussi, cet éclairage sur la présence d'un effet d'entraînement lors d'interventions en milieu de travail est cohérent avec les approches inspirées de l'ergonomie participative, principalement utilisées en prévention primaire.<sup>154</sup> En effet, dans ces approches, la rétroaction continue entre les personnes œuvrant dans les groupes d'ergonomie participative est identifiée comme un mécanisme majeur qui entraînerait l'évolution des représentations par rapport au travail chez

celles-là.<sup>155</sup> Ces changements de représentations influenceraient directement la mobilisation et l'engagement des personnes. Par ailleurs, Dugué et coll. (2010)<sup>156</sup> parlent d'une dimension pédagogique inhérente au processus participatif en ergonomie, donc d'influences sur de multiples acteurs. De plus, St-Vincent et coll. (2010)<sup>154</sup> déterminent aussi un effet de la participation à l'ergonomie participative sur le sentiment de contrôle des individus sur leur travail et, en retour, un impact sur leur identité de travailleur. Dans plusieurs articles retenus dans le cadre de cette revue réaliste, l'ergonomie participative ou une forme adaptée de celle-là a été utilisée. En somme, l'effet d'entraînement décrit apparaît bien soutenu par les travaux en ergonomie participative.

### 5.3 Les points de vue des utilisateurs potentiels

La dernière étape de cette étude était la consultation des utilisateurs potentiels, considérée ici comme préalable à une diffusion des résultats. On constate que les résultats sont bien cantonnés. Les composantes spécifiques des macrocomposantes, formulées en recommandations, ont toutes été jugées claires, pertinentes et utiles. Ce constat est rassurant, car il répond, du moins en partie, au besoin de plus de clarté et d'opérationnalisation des actions à entreprendre qui est à l'origine des difficultés d'implantation des programmes de réadaptation au travail. À la lumière de ces résultats, il est possible de conclure que cet écueil est maintenant écarté. Cependant, les réponses concernant la mise en œuvre des recommandations font moins consensus et soulèvent certains questionnements. En effet, à l'exception des recommandations liées à l'évaluation du travailleur qui semblent facilement implantables, celles qui se déroulent dans les milieux de travail apparaissent difficiles à implanter, en particulier la réduction des attentes du collectif relatives à la productivité du travailleur et la mise en place de modifications à la situation de travail. Malheureusement, peu d'éléments supplémentaires ont été apportés par les participants à la consultation pour expliquer leurs perceptions. Toutefois, certaines hypothèses peuvent être formulées en s'attardant, par exemple, au marché du travail actuel.

Il est probable que les difficultés économiques actuelles, qui perdurent depuis quelques années déjà, influencent le marché du travail. En effet, dans un contexte de restrictions, il peut y avoir une nette augmentation des exigences de productivité et de polyvalence que les travailleurs doivent satisfaire.<sup>49</sup> L'ouverture des entreprises à consentir à des accommodements devient alors moins probable, car ils peuvent créer des disparités entre les travailleurs, qui sont susceptibles d'affecter les relations de travail et la santé économique des entreprises.<sup>49,157</sup> Par conséquent, il est possible que les contraintes que vivent actuellement les entreprises contribuent à cette résistance à appliquer les recommandations émises, qui nécessitent de l'ouverture et de l'engagement de la part de plusieurs acteurs et la mise en place d'accommodements. Cependant, il faut rester prudent quant à l'interprétation de ces résultats relatifs à la faisabilité des recommandations émises. D'abord, il faut reconnaître qu'il s'agissait d'un échantillon de petite taille avec une diversité d'acteurs, ce qui restreint le caractère généralisable des résultats. De plus, il est possible que ces résultats reflètent simplement la complexité des relations inhérentes à l'action intersectorielle, comme discuté plus tôt. En somme, ces résultats doivent être interprétés avec prudence et ne pas être généralisés tant que de nouvelles données probantes ne viendront pas le permettre.

## 5.4 Forces et limites de l'étude

Cette revue réaliste a été basée sur l'examen d'un ensemble d'articles établi avec des critères de sélection stricts. Ce choix comporte à la fois des forces et limites. Des auteurs tels que van der Knaap et coll. (2008)<sup>80</sup> spécifient que les résultats d'une revue réaliste sont d'autant plus généralisables que les preuves utilisées possèdent une bonne validité interne, ce qui est le cas des essais contrôlés. Néanmoins, le fait que les auteurs des essais contrôlés randomisés donnent peu, voire pas du tout, de détails au sujet des mécanismes sous-jacents et des caractéristiques du contexte où se déploient leurs interventions ou programmes – par exemple dans la discussion des articles scientifiques – limite grandement l'inventaire de mécanismes provenant des auteurs eux-mêmes. Dans le présent projet, ce manque d'information a contraint le sous-groupe de travail à formuler des mécanismes découlant principalement d'hypothèses, celles-ci faisant toutefois consensus entre ses membres. Même si ces hypothèses sont cohérentes avec les programmes de réadaptation étudiés, il n'en demeure pas moins qu'il n'a rarement été possible de présenter des mécanismes reposant sur des données empiriques; les articles compagnons n'ont pas été d'une grande aide à cet égard non plus. Toutefois, la pluridisciplinarité de l'équipe et le nombre élevé de rencontres de travail tenues ont permis de recueillir et partager différents points de vue et perceptions. Selon les auteurs, cela a favorisé la formulation de mécanismes tout à fait plausibles. Ajoutons qu'il a parfois été difficile de départager ce qui relevait du contexte de ce qui appartenait aux mécanismes ou même aux effets. Ces difficultés reliées au caractère des essais contrôlés et à une certaine standardisation dans la façon de les présenter (p. ex. : accent mis sur l'efficacité, intérêt moindre porté aux analyses sur des sous-groupes de participants), ont déjà été soulevés par d'autres auteurs.<sup>158</sup> Par ailleurs, inclure une phase de consultation avant la diffusion des résultats demeure une force de ce projet. Malgré la faible taille de l'échantillon, cela a permis d'établir un premier pont avec les utilisateurs potentiels, qui d'ailleurs ont apprécié pouvoir prendre connaissance d'un « bloc » de recommandations pratiques (et non glanées à partir de différentes sources d'information). Enfin, la méthode utilisée dans le sondage était rigoureuse et pourrait être facilement reproduite.

## 5.5 Recommandations de recherches futures

Outre les questions déjà soulevées dans la discussion, d'autres pistes de recherche peuvent être proposées.

### *Élargissement des types d'études*

À la lumière de ces résultats, une seconde phase, utilisant la même méthode de revue réaliste, pourrait être réalisée, mais en élargissant les critères d'admissibilité à d'autres types de devis que les essais contrôlés randomisés. Cela permettrait, d'une part, la bonification de certaines macrocomposantes identifiées telle la « Temporalité », qui ne compte actuellement qu'une seule composante spécifique. D'autre part, cette étape pourrait favoriser une meilleure couverture des mécanismes et effets agissant sur les acteurs de l'environnement de travail et les acteurs extérieurs à celui-là.

*Approfondissement de la réflexion sur les mécanismes et effets*

Les résultats sur les mécanismes et les effets proximaux du retour au travail ont principalement été mis en relation avec le modèle de Leventhal et coll. (2003, 1980)<sup>145,146</sup> et les travaux de Coutu et coll.<sup>147-149,151</sup> Un approfondissement théorique additionnel pourrait être réalisé en s'appuyant sur les travaux en psychologie et en sociologie (de la santé, du travail) ou encore en anthropologie. Ces nouveaux liens ajouteraient une compréhension plus fine et permettraient sûrement de mieux cerner les comportements à adopter auprès de la clientèle des travailleurs aux prises avec un TMS, qui sont absents du travail.

*Développement et évaluation de programmes de réadaptation au travail*

À partir des composantes actives et mécanismes identifiés dans cette revue, il apparaît nécessaire de tester les mécanismes et leurs effets, et ce, dans différents contextes. Également, l'adaptation de ces interventions à d'autres populations de travailleurs, par exemple à ceux en congé maladie en raison de troubles mentaux courants, devra être faite et également évaluée.

*Consultation élargie aux acteurs-clés*

Comme précisé, les recommandations proposées aux participants du sondage ont majoritairement été jugées claires, pertinentes, utiles et exhaustives. Cependant, toutes, à l'exception de la macrocomposante de l'évaluation et ses composantes spécifiques, ont été jugées difficiles à mettre en œuvre. Devant ce constat, il apparaît de toute évidence essentiel de mener des consultations plus larges, avec des échantillons plus importants et auprès de différents acteurs, afin de confirmer ou non le maintien de cette tendance et de documenter les obstacles à l'implantation. Dans ce cadre, il y aurait lieu d'explorer plus à fond les conditions et les enjeux de l'action intersectorielle ainsi que du leadership partagé dans le contexte des programmes de réadaptation incluant une intervention en milieu de travail.



## **6. CONCLUSION**

Cette étude, qui a utilisé la méthode de la revue réaliste pour dégager ce qui fonctionne, pour qui, dans quels contextes, pourquoi et comment dans les programmes de réadaptation au travail, constituait une première dans le domaine de la réadaptation au travail pour les personnes aux prises avec un TMS. Elle a permis d'exposer clairement les prochains défis auxquels il faut s'attarder, même s'ils apparaissent fort complexes. En effet, favoriser la reprise du travail passe nécessairement par la reconnaissance de l'interdépendance des différents secteurs interpellés (santé, milieux de travail, assurance) et de leurs influences réciproques et, éventuellement, l'orchestration de mesures ou stratégies susceptibles de favoriser leur mobilisation. L'incapacité au travail ne peut plus se cantonner à une perspective médicale, mais doit reposer sur une responsabilité sociale partagée. Cette constatation confirme le caractère éminemment complexe, dynamique et social de toute démarche visant à favoriser le retour au travail des travailleurs aux prises avec un TMS.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. & Walshe, K. (2005). Realist review - A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(SUPPL. 1), 21-34.
2. Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. & Walshe, K. (2004). *Realist synthesis: an introduction. RMP Methods Paper 2/2004*. Manchester, UK: ESRC Research Methods Programme, University of Manchester.
3. Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realist perspective*. London, UK: Sage.
4. Punnett, L. & Wegman, D. H. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: The epidemiologic evidence and the debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14(1), 13-23.
5. Murray, C. J. L., Abraham, J., Ali, M. K., Alvarado, M., Atkinson, C., Baddour, L. M., et al. (2013). The State of US health, 1990-2010: Burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 310(6), 591-608.
6. de Vroome, E. M. M., Uegaki, K., van der Ploeg, C. P. B., Treutlein, D. B., Steenbeek, R., de Weerd, M., et al. (2015). Burden of Sickness Absence Due to Chronic Disease in the Dutch Workforce from 2007 to 2011. *Journal of Occupational Rehabilitation*.
7. WHO scientific group (2003). *The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millenium*. Geneva: World Health Organization.
8. Lidgren, L. (2012). Looking back at the start of the bone and joint decade what have we learnt? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 26(2), 169-171.
9. Choong, P. & Brooks, P. (2012). Achievements during the Bone and Joint Decade 2000–2010. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 26(2), 173-181.
10. Shaw, L., Segal, R., Polatajko, H. & Harburn, K. (2002). Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disabil Rehabil*, 24(4), 185-195.
11. Coutu, M. F., Côté, D. & Baril, R. (2013). The Work-Disabled Patient. In P. Loisel et J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*. New York, US: Springer Science+Business Media.
12. Baril, R., Martin, J. C., Lapointe, C. & Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Montréal: IRSST.
13. Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.

14. OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing.
15. Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and wellbeing?* Norwich, UK: The Stationery Office.
16. Waddell, G. & Aylward, M. (2005). *The scientific and conceptual basis of incapacity benefits*. United Kingdom: The Stationery Office.
17. Black, C. (2003). *Working for a healthier tomorrow*. London: TSO.
18. United States Bone and Joint Initiative (2012a). *By the numbers: Musculoskeletal Conditions - Diseases, disorders, and injuries relating to bones, joints, and muscles*. Rosemont, US-IL. Retrieved August 2015, from <http://www.boneandjointburden.org/docs/By%20The%20Numbers%20-%20Musculoskeletal%20Conditions%20%28Big%20Picture%29.pdf>
19. United States Bone and Joint Initiative (2012b). *By the numbers: Musculoskeletal Back Pain - Back and neck disorders, injuries, and disk disorders*. Rosemont, US-IL. Retrieved August 2015, from <http://www.boneandjointburden.org/docs/By%20The%20Numbers%20-%20Back%20Pain.pdf>
20. Hanson, M., Burton, K., Kendall, N., Lancaster, R. & Pilkington, A. (2006). *The costs and benefits of active case management and rehabilitation for musculoskeletal disorders*. Norwich, UK: Health and Safety Executive.
21. McGee, R., Bevan, S. & Quadrello, T. (2009). *Fit For Work? Musculoskeletal Disorders and the Dutch Labour Market*. London, UK: The Work Foundation.
22. Health Canada (2002). *Economic burden of illness in Canada, 1998*. Ottawa, ON: Health Canada.
23. Public Health Agency of Canada (2014). *Economic Burden of Illness in Canada, 2005-2008*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.
24. CSST (2011a). *Statistiques sur les lésions en "ITE" du système musculo-squelettique 2007-2010*. Montréal, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST).
25. CSST (2011b). *Statistiques sur les affections vertébrales 2007-2010*. Montréal, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST).
26. CSST (2013). *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2010-2013*. Montréal, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

27. Vergara, D. (2012). *Les troubles musculosquelettiques liés au travail : portrait montréalais de surveillance des TMS indemnisés 1998-2007*. Montréal, QC: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
28. Berthelette, D. (2010). Les interventions visant à accroître la rétention des salariés seniors : un bilan des connaissances scientifiques. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 71, 351-355.
29. Gouvernement du Canada (2013). *Older Workers At Risk of Withdrawing from the Labour Force or Becoming Unemployed: Employers' views on how to retain and attract older workers*. Ottawa, ON: The National Seniors Council.
30. Koolhaas, W., van der Klink, J. J., Vervoort, J. P., de Boer, M. R., Brouwer, S. & Groothoff, J. W. (2013). In-depth study of the workers' perspectives to enhance sustainable working life: comparison between workers with and without a chronic health condition. *J Occup Rehabil*, 23(2), 170-179.
31. Robson, S. M., Hansson, R. O., Abalos, A. & Booth, M. (2006). Successful Aging: Criteria for Aging Well in the Workplace. *Journal of Career Development*, 33(2), 156-177.
32. Durand, M. J., Vézina, N., Loisel, P., Baril, R., Richard, M. C. & Diallo, B. (2007). Workplace interventions for workers with musculoskeletal disabilities: A descriptive review of content. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 123-136.
33. Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., et al. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.
34. Hlobil, H., Staal, J. B., Spoelstra, M., Ariëns, G. A. M., Smid, T. & van Mechelen, W. (2005). Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(4), 249-257.
35. Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., et al. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ (Online)*, 350.
36. Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., et al. (2003). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(2).
37. Palmer, K. T., Harris, E. C., Linaker, C., Barker, M., Lawrence, W., Cooper, C., et al. (2012). Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: A systematic review. *Rheumatology*, 51(2), 230-242.

38. Pelletier, K. R. (2005). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: Update VI 2000-2004. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(10), 1051-1058.
39. Schonstein, E., Kenny, D. T., Keating, J. & Koes, B. W. (2003). Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(1).
40. Snodgrass, J. (2011). Effective occupational therapy interventions in the rehabilitation of individuals with work-related low back injuries and illnesses: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 37-43.
41. Staal, J. B., Hlobil, H., Van Tulder, M. W., Köke, A. J. A., Smid, T. & Van Mechelen, W. (2002). Return-to-work interventions for low back pain: A descriptive review of contents and concepts of working mechanisms. *Sports Medicine*, 32(4), 251-267.
42. Van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., De Vet, H. C. W., Franche, R. L., Schonstein, E., Loisel, P., et al. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
43. Tompa, E., De Oliveira, C., Dolinschi, R. & Irvin, E. (2008). A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 16-26.
44. Corbière, M. & Shen, J. (2006). A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 261-288.
45. Durand, M. J., Corbiere, M., Coutu, M. F., Reinharz, D. & Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589.
46. Franche, R. L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M. & Loisel, P. (2005b). Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 525-542.
47. Durand, M. J. & Loisel, P. (2001). Therapeutic Return to Work: Rehabilitation in the workplace. *Work*, 17(1), 57-63.
48. Krause, N., Dasinger, L. K. & Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(2), 113-139.
49. Durand, M.-J., Gaudreault, N. & Nastasia, I. (2015). *Le Québec : bilan des 20 dernières années sur l'incapacité au travail*. L'incapacité au travail au Québec : où en sommes-nous? Recherches, implantations et défis. Colloque organisé dans le cadre du 83e congrès de l'ACFAS. Rimouski, Canada, 26 mai 2015.

50. Durand, M.-J. (2015). *Nouveau guide de planification de retour progressif au travail pour des travailleurs présentant des troubles musculosquelettiques*. Congrès québécois de recherche en adaptation-réadaptation - Rencontre des forces vives et de l'excellence en réadaptation physique. Boucherville, Canada, 22 mai 2015.
51. Durand, M.-J. (2006). *Retour au travail progressif pour des travailleurs atteints de dorso-lombalgie: obstacles et leviers*. Colloque Internationale des Journées annuelles de la santé publique (JASP). Montréal, Canada, 23 octobre 2006.
52. Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J. & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and rehabilitation*, 32(8), 607-621.
53. Fassier, J. B., Durand, M. J., Caillard, J. F., Roquelaure, Y. & Loisel, P. (2015). Results of a feasibility study: Barriers and facilitators in implementing the Sherbrooke model in France. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 41(3), 223-233.
54. Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M., et al. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524.
55. Sylvain, C. (2015). *Évaluation d'implantation : faisons-nous fausse route? L'incapacité au travail au Québec : où en sommes-nous? Recherches, implantations et défis*. Colloque organisé dans le cadre du 83e congrès de l'ACFAS. Rimouski, Canada, 26 mai 2015.
56. Durand, M.-J. (2007). *Le Réseau de réadaptation au travail du Québec : le défi de l'application des connaissances et mise en œuvre d'un programme de retour au travail*. Journée scientifique du REPAR. Québec, Canada, mai 2007.
57. Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A. & Denis, J. (2009). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A. Contandriopoulos et Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal, QC: Les Presses de l'Université de Montréal.
58. Cinq-Mars, M. & Fortin, D. (1999). Perspectives épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 14(2), 57-83.
59. Rossi, P., Lipsey, M. & Freeman, H. (2004). *Evaluation: A systematic approach. 7th ed.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
60. Durand, M. J., Vachon, B., Loisel, P. & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, 21(3), 233-242.

61. Gensby, U., Labriola, M., Irvin, E., Amick Iii, B. C. & Lund, T. (2014). A classification of components of workplace disability management programs: Results from a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 220-241.
62. Porteous, N. (2009). La construction du modèle logique d'un programme. In V. Riddle et C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 87-105). Montréal, QC: Les Presses de l'Université de Montréal.
63. Costa-Black, K., Feuerstein, M. & Loisel, P. (2013). Work Disability Models: Past and Present. In P. Loisel et J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability* (pp. 71-93): Springer New York.
64. Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
65. Patton, M. (2009). *Utilization-focused evaluation. 4th ed.* Beverly Hills, CA: Sage Publications Inc.
66. Wholey, J., Hatry, H. & Newcomer, K. (2004). *Handbook of practical program evaluation. 3rd ed.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.
67. Anema, J. R., Cuelenaere, B., Van Der Beek, A. J., Knol, D. L., De Vet, H. C. W. & Van Mechelen, W. (2004). The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(4), 289-294.
68. Durand, M.-J., Berthelette, D., Loisel, P. & Imbeau, D. (2012). Étude de la fidélité de l'implantation d'un programme de réadaptation au travail auprès de travailleurs de la construction ayant une dorsolombalgie. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (PISTES)*, 14(1).
69. Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., et al. (2001). Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
70. Buijs, P. C., Lambeek, L. C., Koppenrade, V., Hooftman, W. E. & Anema, J. R. (2009). Can workers with chronic back pain shift from pain elimination to function restore at work? Qualitative evaluation of an innovative work related multidisciplinary programme. *J Back Musculoskelet Rehabil*, 22(2), 65-73.
71. Heijbel, B., Josephson, M. & Vingård, E. (2013). Implementation of a rehabilitation model for employees on long-term sick leave in the public sector: Difficulties, counter-measures, and outcomes. *Work*, 45(3), 323-333.
72. Martin, M. H. T., Nielsen, M. B. D., Petersen, S. M. A., Jakobsen, L. M. & Rugulies, R. (2012). Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for



- employees with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 427-436.
73. Tjulin, Å., Edvardsson Stiwne, E. & Ekberg, K. (2009). Experience of the implementation of a multi-stakeholder return-to-work programme. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 409-418.
  74. Shaw, W., Hong, Q. N., Pransky, G. & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 2-15.
  75. Williams, R. M., Westmorland, M. G., Lin, C. A., Schmuck, G. & Creen, M. (2007). Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: A systematic review. *Disability and rehabilitation*, 29(8), 607-624.
  76. van Vilsteren, M., van Oostrom, S. H., de Vet, H. C., Franche, R. L., Boot, C. R. & Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(10).
  77. Higgins, A., O'Halloran, P. & Porter, S. (2012). Management of long term sickness absence: A systematic realist review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 322-332.
  78. Contandriopoulos, A. P., Rey, L., Brousselle, A. & Champagne, F. (2012). Évaluer une intervention complexe: enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 1-16.
  79. Ridde, V., Robert, E., Guichard, A., Blaise, P. & Van Olmen, J. (2012). L'approche Réaliste à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 37-59.
  80. van der Knaap, L. M., Leeuw, F. L., Bogaerts, S. & Nijssen, L. T. J. (2008). Combining Campbell standards and the realist evaluation approach: The best of two worlds? *American Journal of Evaluation*, 29(1), 48-57.
  81. Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., et al. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911-2918.
  82. Jagosh, J., MacAulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., et al. (2012). Uncovering the benefits of participatory research: Implications of a realist review for health research and practice. *Milbank Quarterly*, 90(2), 311-346.
  83. Robert, É. & Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108.

84. Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : fondements et pratiques. 2e édition*. Montréal, Canada: Éditions Nouvelles.
85. Lewins, A. & Silver, C. (2007). *Using software in qualitative research: A step-by-step guide*. London, UK: Sage.
86. Arnetz, B. B., Sjögren, B., Rydén, B. & Meisel, R. (2003). Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(5), 499-506.
87. Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T. & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), 81-93.
88. Busch, H., Bodin, L., Bergström, G. & Jensen, I. B. (2011). Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation. *Pain*, 152(8), 1727-1733.
89. Jensen, I. B., Bergstrom, G., Ljungquist, T., Bodin, L. & Nygren, A. L. (2001). A randomized controlled component analysis of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? *Pain*, 91(1-2), 65-78.
90. Jensen, I. B., Bergstrom, G., Ljungquist, T. & Bodin, L. (2005). A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*, 115(3), 273-283.
91. Feuerstein, M., Huang, G. D., Ortiz, J. M., Shaw, W. S., Miller, V. I. & Wood, P. M. (2003). Integrated case management for work-related upper-extremity disorders: impact of patient satisfaction on health and work status. *J Occup Environ Med*, 45(8), 803-812.
92. Lincoln, A. E., Feuerstein, M., Shaw, W. S. & Miller, V. I. (2002). Impact of case manager training on worksite accommodations in workers' compensation claimants with upper extremity disorders. *J Occup Environ Med*, 44(3), 237-245.
93. Shaw, W. S. & Feuerstein, M. (2004). Generating workplace accommodations: Lessons learned from the integrated case management study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 14(3), 207-216.
94. Shaw, W. S., Feuerstein, M., Miller, V. I. & Lincoln, A. E. (2001). Clinical tools to facilitate workplace accommodation after treatment for an upper extremity disorder. *Assistive Technology*, 13(2), 94-105.
95. Shaw, W. S., Feuerstein, M., Miller, V. I. & Wood, P. M. (2003). Identifying barriers to recovery from work related upper extremity disorders: use of a collaborative problem

- solving technique. *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 51(8), 337-346.
96. Lambeek, L. C., Van Mechelen, W., Knol, D. L., Loisel, P. & Anema, J. R. (2010). Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ (Online)*, 340(7749), 750.
97. Lambeek, L. C., Anema, J. R., Van Royen, B. J., Buijs, P. C., Wuisman, P. I., Van Tulder, M. W., et al. (2007). Multidisciplinary outpatient care program for patients with chronic low back pain: Design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study [ISRCTN28478651]. *BMC Public Health*, 7.
98. Lambeek, L. C., Anema, J. R., van Royen, B. J., Buijs, P. C., Wuisman, P. I., Tulder, M. W., et al. (N/D). *Integrated Care Protocol Produced for use in integrated health care for patients with chronic low back pain*. Amsterdam, The Netherlands: VU University Medical Center.
99. Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., et al. (1994). Management of occupational back pain: The Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, 51(9), 597-602.
100. Loisel, P., Gosselin, L., Durand, P., Lemaire, J., Poitras, S. & Abenhaim, L. (2001). Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Applied Ergonomics*, 32(1), 53-60.
101. Steenstra, I. A., Anema, J. R., van Tulder, M. W., Bongers, P. M., de Vet, H. C. & van Mechelen, W. (2006). Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain. *J Occup Rehabil*, 16(4), 557-578.
102. Anema, J. R., Steenstra, I. A., Urlings, I. J. M., Bongers, P. M., De Vroome, E. M. M. & Van Mechelen, W. (2003). Participatory ergonomics as a return-to-work intervention: A future challenge? *American Journal of Industrial Medicine*, 44(3), 273-281.
103. Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P. M., De Vet, H. C. W., Knol, D. L., Loisel, P., et al. (2007). Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: Graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine*, 32(3), 291-298.
104. Staal, J. B., Hlobil, H., Twisk, J. W. R., Smid, T., Köke, A. J. A. & Van Mechelen, W. (2004). Graded Activity for Low Back Pain in Occupational Health Care: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 140(2), 77-84+I24.
105. Verbeek, J. H., Van Der Weide, W. E. & Van Dijk, F. J. (2002). Early occupational health management of patients with back pain: A randomized controlled trial. *Spine*, 27(17), 1844-1851.

106. Van der Weide, W. E., Verbeek, J. H. A. M., Van Dijk, F. J. H. & Doef, J. (1997). An audit of occupational health care for employees with low-back pain. *Occupational Medicine*, 47(5), 294-300.
107. Van Der Weide, W. E., Verbeek, J. H. A. M., Van Dijk, F. J. H. & Hulshof, C. T. J. (1998). Development and evaluation of a quality assessment instrument for occupational physicians. *Occupational and Environmental Medicine*, 55(6), 375-382.
108. Van Der Weide, W. E., Verbeek, J. H. A. M. & Van Dijk, F. J. H. (1999). Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. *Occupational and Environmental Medicine*, 56(7), 488-493.
109. Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., et al. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope -- if we can just get all the players onside. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 158(12), 1625-1631.
110. Järvholm, B. (2016). Methodological Issues in Return to Work Intervention Research. In Z. I. Schultz et J. R. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work: From Research to Practice* (pp. 155-163). Boston, MA: Springer US.
111. Jarvholm, B. (2012). How should methods for return to work be evaluated? *Scand J Work Environ Health*, 38(2), 89-91.
112. Nachemson, A. (1999). Back pain: Delimiting the problem in the next millennium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(5-6), 473-490.
113. Main, C. J., Shaw, W. S. & Mitchell, J. (2016). Towards an Approach to Return to Work Interventions in Musculoskeletal Disorders. In Z. I. Schultz et J. R. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work: From Research to Practice* (pp. 439-457). Boston, MA: Springer US.
114. Tjulin, Å. & MacEachen, E. (2016). The Importance of Workplace Social Relations in the Return to Work Process: A Missing Piece in the Return to Work Puzzle? In Z. I. Schultz et J. R. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work: From Research to Practice* (pp. 81-97). Boston, MA: Springer US.
115. Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C. A., de Boer, W. E. L., Zimbrunn, T., Guyatt, G. H., et al. (2012). Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE*, 7(11), e49760.
116. Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Hong, Q. N. & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disabil Rehabil*, 32(1), 72-78.

117. Shaw, L. (2016). Working with Stakeholders in Return to Work Processes: Multisystem Interactions. In Z. I. Schultz et J. R. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work: From Research to Practice* (pp. 327-336). Boston, MA: Springer US.
118. Williams, P. (2010). *Special Agents: The Nature and Role of Boundary Spanners*. ESRC Research Seminar Series - Collaborative Futures: New Insights from Intra and Inter-Sectoral Collaborations. University of Birmingham, February 2010.
119. Long, J. C., Cunningham, F. C. & Braithwaite, J. (2013). Bridges, brokers and boundary spanners in collaborative networks: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-13.
120. Parent, S., Lockhart, K., Spiegel, J. & Yassi, A. (2016). Work Organization and Return to Work. In Z. I. Schultz et J. R. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work: From Research to Practice* (pp. 337-352). Boston, MA: Springer US.
121. Durand, M. J., Loisel, P., Hong, Q. N. & Charpentier, N. (2002). Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *J Occup Rehabil*, 12(3), 191-204.
122. Gross, D. P., Bostick, G. P. & Carroll, L. J. (2016). Risk Identification and Prediction of Return to Work in Musculoskeletal Disorders. In Z. I. Schultz et J. R. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work: From Research to Practice* (pp. 207-220). Boston, MA: Springer US.
123. Petit, A., Fassier, J. B., Rousseau, S., Mairiaux, P. & Roquelaure, Y. (2015). French good practice guidelines for medical and occupational surveillance of the low back pain risk among workers exposed to manual handling of loads. *Ann Occup Environ Med*, 27(18), 015-0069.
124. Steenstra, I. A., Knol, D. L., Bongers, P. M., Anema, J. R., van Mechelen, W. & de Vet, H. C. (2009). What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a randomized, controlled trial on the effectiveness of a workplace intervention in low back pain patients on return to work. *Spine*, 34(12), 1243-1249.
125. van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., del Real, M. T., Hutchinson, A., et al. (2006). Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*, 15(2), S169-191.
126. Mairiaux, P. & Mazina, D. (2008). *Prise en charge de la lombalgie en milieu de travail*. Bruxelles: SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.
127. École nationale d'administration publique (Jessica Amiot) (2012). *Comprendre et développer l'innovation par l'action intersectorielle dans les politiques de santé*. 12e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (EIS). Québec, 31 août 2012.

128. Clavier, C. & Gagnon, F. (2013). L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. *La Revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 18(2).
129. Stahl, C. (2012). Implementing interorganizational cooperation in labour market reintegration: a case study. *J Occup Rehabil*, 22(2), 209-219.
130. Pearce, C. L., Wassenaar, C. L. & Manz, C. C. (2014). Is Shared Leadership the Key to Responsible Leadership? *The Academy of Management Perspectives*, 28(3), 275-288.
131. Yukl, G. (2010). *Leadership in Organizations, 7th edition*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
132. MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L. & Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health*, 32(4), 257-269.
133. Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S. & Cole, D. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Soc Sci Med*, 57(11), 2101-2114.
134. D'Innocenzo, L., Mathieu, J. E. & Kukenberger, M. R. (2014). A Meta-Analysis of Different Forms of Shared Leadership-Team Performance Relations. *Journal of Management*, 20(10), 1-28.
135. Wang, D., Waldman, D. A. & Zhang, Z. (2014). A meta-analysis of shared leadership and team effectiveness. *J Appl Psychol*, 99(2), 181-198.
136. Chou, R. (2015). Reassuring patients about low back pain. *JAMA Intern Med*, 175(5), 743-744.
137. Osborn, M. & Smith, J. A. (2015). The Personal Experience of Chronic Benign Lower Back Pain: An Interpretative Phenomenological Analysis. *British Journal of Pain*, 9(1), 65-83.
138. Pincus, T. & McCracken, L. M. (2013). Psychological factors and treatment opportunities in low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 27(5), 625-635.
139. Balagué, F., Mannion, A. F., Pellisé, F. & Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 379(9814), 482-491.
140. Baril, R., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Côté, D., Cadieux, G., Rouleau, A., et al. (2008). *TMS - L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail*. Montréal, Québec: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

141. Brooks, J., McCluskey, S., King, N. & Burton, K. (2013). Illness perceptions in the context of differing work participation outcomes: exploring the influence of significant others in persistent back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1), 1-11.
142. Main, C. J., Foster, N. & Buchbinder, R. (2010). How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 24(2), 205-217.
143. Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *Bmj*, 322(7301), 1511-1516.
144. Hayden, J. A., van Tulder, M. W. & Tomlinson, G. (2005). Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Ann Intern Med*, 142(9), 776-785.
145. Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron et H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). London, England: Routledge.
146. Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. & Rachman, S. (1980). The common sense representation of illness danger. In Anonymous (Ed.), *Contributions to Medical Psychology (Vol. 2, pp. 7-30-37-30)*. Oxford, England: Pergamon Press.
147. Coutu, M. F., Baril, R., Durand, M. J., Cote, D. & Cadieux, G. (2011). Health and illness representations of workers with a musculoskeletal disorder-related work disability during work rehabilitation: a qualitative study. *J Occup Rehabil*, 21(4), 591-600.
148. Coutu, M. F., Baril, R., Durand, M. J., Cote, D. & Rouleau, A. (2007). Representations: an important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process. *J Occup Rehabil*, 17(3), 522-544.
149. Coutu, M. F., Baril, R., Durand, M. J., Cote, D., Rouleau, A. & Cadieux, G. (2010). Transforming the meaning of pain: an important step for the return to work. *Work*, 35(2), 209-219.
150. Knauf, M. T. & Schultz, I. Z. (2016). Current Conceptual Models of Return to Work. In Z. I. Schultz et J. R. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work: From Research to Practice* (pp. 27-51). Boston, MA: Springer US.
151. Coutu, M. F., Dupuis, G., Marchand, A., O'Connor, K., Trudel, G. & Bouthillier, D. (2000). Adoption et maintien des habitudes comportementales saines: recension des modèles explicatifs. *Revue Francophone de Clinique Comportementale Cognitive*, 5(2), 23-35.
152. Hawe, P., Shiell, A. & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol*, 43(3-4), 267-276.

153. Jagosh, J., Bush, P. L., Salsberg, J., Macaulay, A. C., Greenhalgh, T., Wong, G., et al. (2015). A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health*, 15(1), 1-11.
154. St-Vincent, M., Vézina, N., Laberge, M., Gonella, M., Lévesque, J., Petitjean-Roget, T., et al. (2010). *L'intervention ergonomique participative pour prévenir les TMS: Ce qu'en dit la littérature francophone*. Montréal, Québec: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
155. St-Vincent, M., Toulouse, G. & Bellemare, M. (2000). Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (PISTES)*, 2(1).
156. Dugué, B., Petit, J. & Daniellou, F. (2010). L'intervention ergonomique comme acte pédagogique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (PISTES)*, 12(3).
157. Nastasia, I., Collinge, C., Durand, M.-J., Coutu, M.-F. & Cibotaru, A. (2015). *Workplace Practices in Return to Work Employees with Musculoskeletal Disorder*. 19<sup>e</sup> Congrès de l'Association Internationale d'ergonomie (IEA). Melbourne, Australie, 9-15 août 2015.
158. Kane, S. S., Gerretsen, B., Scherpbier, R., Dal Poz, M. & Dieleman, M. (2010). A realist synthesis of randomised control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries. *BMC Health Serv Res*, 10(286), 1472-6963.















## **ANNEXE B : ENSEMBLE DES CONFIGURATIONS MÉCANISMES-EFFETS PROXIMAUX**

### Légende :

(A) = Mécanismes et effets dégagés en lien avec l'article d'Arnetz et coll. (2003)

(B) = Mécanismes et effets dégagés en lien avec l'article de Bültmann et coll. (2009)

(F) = Mécanismes et effets dégagés en lien avec l'article de Feuerstein et coll. (2003) et ses articles compagnons.

(L) = Mécanismes et effets dégagés en lien avec l'article de Lambeek et coll. (2010) et ses articles compagnons.

(Lo) = Mécanismes et effets dégagés en lien avec l'article de Loisel et coll. (2010) et ses articles compagnons.

(S) = Mécanismes et effets dégagés en lien avec l'article de Steenstra et coll. (2010) et ses articles compagnons.

Seuls les mécanismes et les effets sont inclus ici. Ils sont présentés en fonction de la macrocomposante auxquels ils se rattachent.

\*\*\*

### **Macrocomposante d'intervention 1 : L'évaluation du travailleur**

- Une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu
- L'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail
- Des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation

### **Éléments de contexte :**

- Tous types d'emploi (p. ex. : manuel ou sédentaire)
- Divers sites de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs)
- Toutes phases de TMS (aiguë, subaiguë ou chronique)
- La présence d'un professionnel de la santé lors de l'évaluation initiale, qui a une compétence dans l'analyse de l'activité de travail (p. ex. : médecin du travail, ergothérapeute, ergonomiste)

Mécanisme	Le temps passé avec le travailleur lors de l'entrevue en profondeur permet une individualisation des interventions (A)	L'évaluation du problème est menée par un médecin du travail externe, et non pas par le médecin de famille (L)	Le travailleur a une perception favorable du rôle proactif ( <i>more supportive and important</i> ) de l'assureur (A)	Le travailleur bénéficie d'interventions individualisées, ajustées en fonction de l'évolution de ses besoins (B)  Le travailleur a confiance que ce qu'on lui propose est adapté à sa situation (B)	Prise en charge du dossier d'invalidité assurée par une infirmière formée à une approche intégrée de soins (F)  Utilisation d'une grille standardisée pour l'évaluation des postes de travail, le choix et la commande d'équipement et le suivi (F)  L'employeur initie la mise en place des changements recommandés au poste de travail (F)  Satisfaction accrue chez les sujets du groupe d'intervention (F)	Prise en charge du dossier d'invalidité assurée par une infirmière formée à une approche intégrée de soins (F)  Le gestionnaire passe plus de temps avec le travailleur (3-4 heures de plus, approximativement) (F)  Le travailleur constate que le gestionnaire de cas prend le temps de s'occuper de lui (F)  Satisfaction accrue chez les sujets du groupe d'intervention (F)  Le travailleur envisage favorablement des solutions pour retourner au travail (F)
Effet proximal	Le travailleur considère que l'on répond adéquatement à ses besoins et attentes (A)	Le travailleur se sent rassuré quant à l'innocuité de la reprise de ses tâches de travail (L)	Le travailleur a le sentiment que l'assureur se préoccupe réellement de lui en tant qu'individu, au-delà des aspects uniquement économiques (A)	Le travailleur se conforme aux attentes (B)	Le travailleur constate que les partenaires remplissent leurs promesses (F)  Le travailleur a confiance de pouvoir revenir au travail de façon sécuritaire (F)	Le travailleur s'implique dans son traitement (F)



**Macrocomposante d'intervention 2 : La temporalité**

- Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, suite au début de la prise en charge du travailleur

**Éléments de contexte :**

- Tous types d'emploi (p. ex. : manuel ou sédentaire)
- Divers sites de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs)
- Phases aiguë ou subaiguë de TMS
- Des entreprises incitées à réaliser une intervention précoce dans leur milieu (incitatifs pouvant par exemple être des ententes multipartites ou des politiques gouvernementales)

Mécanisme	Le travailleur a le sentiment de ne jamais être complètement mis à l'écart du milieu de travail (A)	Des services de réadaptation précoces et adéquats sont offerts au travailleur (A)	Diagnostic et intervention précoce sur les facteurs psychosociaux ( <i>psychological issues</i> ) en milieu de travail (p. ex. résolution de conflits) (A)  Le travailleurs entretiennent moins de craintes face au retour au travail (A)	La précocité de l'intervention en milieu de travail permet d'intervenir avant que des complications (craintes, déconditionnement, douleur chronique) ne se développent (S)  Le travailleur maintient son identité de travailleur; il ne développe pas une représentation de lui-même ou une identité de malade (S)
Effet proximal	<b>Le travailleur maintient son identité de travailleur (A)</b>	<b>Le travailleur se conforme à ce qui est attendu de lui par les professionnels de la santé (A)</b>	<b>Le travailleur adopte un rôle actif dans son processus de retour au travail (A)</b>	<b>Le travailleur demeure actif (S)</b>

Mécanisme	L'ergothérapeute/ergonome et l'assureur-gestionnaire de cas encouragent l'employeur à effectuer l'enquête de réadaptation ( <i>rehabilitation investigation</i> ) et offrent leur soutien pour ce faire. (A)  L'employeur perçoit une pression pour effectuer rapidement son enquête de réadaptation. (A)
Effet proximal	<b>L'employeur effectue une enquête de réadaptation plus fréquemment et plus rapidement (A)</b>

**Macrocomposante d'intervention 3 : La diversité des acteurs**

- La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes
- La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels
- La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués.

**Éléments de contexte :**

- Tous types d'emploi (p. ex. : manuel ou sédentaire)
- Divers sites de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs)
- Toutes phases de TMS (aiguë, subaiguë ou chronique)
- L'inclusion, dans l'équipe clinique, d'un professionnel spécialisé dans l'évaluation et l'intervention en milieu de travail.

Mécanisme	<p>Engagement de l'employeur dans la démarche de résolution de problèmes entourant la préparation du retour au travail du travailleur (L)</p> <p>Les parties prenantes réalisent l'implantation des modifications proposées dans le milieu de travail (L)</p> <p>Le travailleur sent qu'on respecte ses capacités et limitations (L)</p>	<p>Rôle proactif de l'assureur-gestionnaire de cas (A)</p> <p>Les acteurs se mobilisent autour de l'objectif de retour au travail (A)</p>	<p>La composante professionnelle permet de réduire les contraintes de l'environnement de travail (Lo)</p> <p>Le travailleur perçoit que sa blessure est légitimée à ses yeux et à ceux de ses collègues et de son supérieur immédiat (c.-à-d. considérée comme raisonnable et fondée) (Lo)</p> <p>Le travailleur se sent soutenu par ses collègues et son supérieur immédiat (Lo)</p> <p>Le travailleur se sent rassuré quant à l'innocuité de la reprise de ses tâches (Lo)</p>	<p>Une multiplicité d'acteurs impliqués dans la démarche de retour au travail (B)</p>	<p>Prise en charge du dossier d'invalidité assurée par une infirmière formée à une approche intégrée de soins (F)</p> <p>Le gestionnaire de cas implique différents acteurs dans la résolution de problèmes pour le retour au travail (achats d'équipements, échéanciers d'implantation, fournisseurs, etc.) (F)</p> <p>Le travailleur, le supérieur immédiat, et au besoin, d'autres représentants de l'employeur participent aux discussions. (F)</p> <p>Satisfaction accrue des sujets du groupe d'intervention (F)</p>
Effet proximal	<b>Le travailleur constate qu'on remplit les promesses qu'on</b>	<b>Le travailleur perçoit qu'il fait partie de la solution (A)</b>	<b>Le travailleur a confiance de revenir au travail en toute sécurité</b>	<b>Le travailleur ressent une pression sociale importante pour</b>	<b>Le travailleur s'engage activement dans son processus de</b>

	lui a faites (L)		(Lo)	revenir au travail plus rapidement ou pour moins s'absenter (B)	retour au travail (F)
--	------------------	--	------	---	-----------------------

Mécanisme	<p>Ergonomie participative (incluant OT/ergonome, travailleur, supérieur immédiat et autres au besoin) (S)</p> <p>La composante professionnelle permet d'accélérer le retour au travail, en réduisant les contraintes de l'environnement de travail (Lo)</p> <p>Le travailleur et le supérieur immédiat se mobilisent en milieu de travail (S)</p> <p>Le collectif de travail (travailleur, représentant syndical, représentant de l'employeur, collègues) participe activement à définir le problème et à générer des solutions pour le retour au travail (Lo)</p> <p>Le supérieur immédiat reconnaît le lien entre la situation de travail, la blessure et l'absence du travailleur (S, Lo)</p>	<p>La composante professionnelle permet d'accélérer le retour au travail, en réduisant les contraintes de l'environnement de travail (Lo)</p> <p>Le collectif de travail (travailleur, représentant syndical, représentant de l'employeur, collègues) participe activement à définir le problème et à générer des solutions pour le retour au travail (Lo)</p> <p>Le collectif de travail reconnaît que le problème est collectif plutôt que seulement individuel (Lo)</p>	<p>Les acteurs du milieu de travail (employeur, syndicat, employé) développent une connaissance accrue des facteurs de risque associés aux maux de dos (Lo)</p>	<p>Prise en charge du dossier d'invalidité assurée par une infirmière formée à une approche intégrée de soins (F)</p> <p>Le gestionnaire de cas implique différents acteurs à résoudre les problèmes liés au retour au travail (achats d'équipements, échanciers d'implantation, fournisseurs, etc.) (F)</p> <p>Le travailleur, le supérieur immédiat, et au besoin, d'autres représentants de l'employeur participent aux discussions (F)</p>
Effet proximal	<p><b>Le supérieur immédiat ajuste ses attentes envers la performance au travail du travailleur (S, Lo)</b></p>	<p><b>Le collectif de travail accueille favorablement le travailleur lors de son retour au travail. (Lo)</b></p> <p><b>Le collectif de travail s'engage à apporter les modifications nécessaires pour atténuer les contraintes de travail ou les éliminer. (Lo)</b></p>	<p><b>Les acteurs du milieu de travail (employeur, syndicat, employé) participent à l'implantation des modifications ergonomiques (Lo)</b></p>	<p><b>L'employeur se sent soutenu dans le processus de réintégration au travail de son employé (F)</b></p>

**Macrocomposante d'intervention 4 : Le partage d'informations**

- Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et des actions en lien avec la gestion du dossier du travail
- Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail
- Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de la progression du travailleur

**Éléments de contexte :**

- Tous types d'emploi (p. ex. : manuel ou sédentaire)
- Divers sites de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs)
- Toutes phases de TMS (aiguë, subaiguë ou chronique)
- La présence d'un responsable très connecté avec les acteurs clés des démarches de retour au travail, par exemple intégré à une équipe d'acteurs elle-même intersectorielle.
- Des attentes explicites relativement aux échanges devant exister entre le responsable et les autres acteurs impliqués, et les différentes formes que ces échanges peuvent prendre.

Mécanisme	Les acteurs (physio, ergo, OP, supérieur) sont orientés vers un objectif commun de retour au travail (L)	<p>Une communication claire, coordonnée et régulière est établie entre les différents acteurs impliqués (L)</p> <p>Les professionnels de la santé (ergothérapeutes, physiothérapeutes) ajustent leurs interventions envers le travailleur ou le milieu de travail selon l'information reçue du <i>clinical OP</i> (L)</p>	<p>Effet synergique de la combinaison intervention clinique - intervention en milieu de travail (Lo)</p> <p>Les professionnels de la santé ajustent leur enseignement en fonction de l'expérience en milieu de travail rapportée par le travailleur (Lo)</p>	<p>Les délais entre les interventions sont réduits en raison de la coordination des services (physiothérapeutes, ergothérapeutes, visites médicales) (L)</p> <p>Le caractère participatif de l'intervention (L)</p> <p>L'individu maintient son identité de travailleur; il ne développe pas une représentation/identité de malade (L)</p>
Effet proximal	<b>Le travailleur ressent une pression sociale pour revenir rapidement au travail (L)</b>	<b>Le travailleur se conforme aux attentes des intervenants; il fait ce qui est attendu de lui par les professionnels de la santé (L)</b>	<b>Le travailleur persiste dans ses efforts de retour au travail (Lo)</b>	<b>Le travailleur demeure actif (L)</b>

<p>Mécanisme</p>	<p>Communication continue entre le travailleur et le physiothérapeute au sujet des facteurs influençant la reprise du travail</p>	<p>Il existe une communication entre le <i>clinical occupational physician</i> et le <i>occupational physician</i> (médecin du travail dans le milieu du travailleur), qui ont une formation similaire (L)</p> <p>Le médecin <i>OP</i> a une disposition/ouverture à collaborer avec le <i>clinical OP</i> (L)</p> <p>Le <i>OP</i> prend des décisions cohérentes avec les besoins du travailleur et avec les orientations du <i>clinical OP</i> (L)</p> <p>Le supérieur réalise les accommodements convenus en milieu de travail (L)</p>	<p>Une communication claire, coordonnée et régulière est établie entre les différents acteurs impliqués (L)</p>	<p>Intervention déployant et combinant plusieurs stratégies (entraînement aux tâches de travail + modifications au poste de travail), axées sur le milieu de travail (A)</p> <p>L'assureur-gestionnaire de cas et l'ergothérapeute-ergonome s'entendent pour intervenir en mettant l'accent sur les capacités du travailleur plutôt que sur ses limitations (A)</p> <p>Le travailleur reçoit des messages convergents de leur part (A)</p> <p>Le travailleur reçoit des messages répétés de leur part (A)</p>
<p>Effet proximal</p>	<p><b>Le travailleur se sent soutenu au plan affectif par le physiothérapeute tout au long du processus (L)</b></p>	<p><b>Le travailleur se conforme aux attentes des acteurs au sujet de son retour au travail (OP, clinical OP et supérieur) (L)</b></p>	<p><b>Le travailleur constate la cohérence entre les messages reçus des différents acteurs (L)</b></p>	<p><b>Le travailleur adopte un rôle actif dans son processus de retour au travail (A)</b></p>

<p>Mécanisme</p>	<p>Une communication claire, coordonnée et régulière est établie entre les différents acteurs impliqués (L)</p> <p>Le travailleur constate la cohérence messages de l'ergothérapeute et du clinical OP concernant les modalités du retour au travail (horaire, tâches, etc.) (L)</p> <p>Le travailleur se sent rassuré au sujet des modalités de retour au travail (L)</p> <p>Le travailleur aura confiance de pouvoir réaliser les tâches qu'on lui demande (L)</p> <p>Le travailleur adopte une attitude ouverte envers son retour au travail (L)</p>	<p>La réactivation des capacités de la personne, l'ergonomie participative et la reprise d'activités en milieu de travail sont mises en œuvre de façon intégrée (L)</p> <p>Le travailleur est encouragé par la série de succès vécus tout au long du retour au travail (L)</p> <p>Le travailleur persiste dans ses efforts de retour au travail (L)</p> <p>Le travailleur se représente l'objectif de retour au travail comme étant réaliste/possible/proche (L)</p>
<p>Effet proximal</p>	<p><b>Le supérieur manifeste plus d'ouverture (empathie) à offrir au travailleur un accompagnement au retour au travail, parce qu'il perçoit sa motivation (L)</b></p>	<p><b>Le supérieur est encouragé par les succès du travailleur lors du retour au travail (L)</b></p>

<p>Mécanisme</p>	<p>Une communication claire, coordonnée et régulière entre les différents acteurs impliqués et le <i>clinical OP</i> (L)</p> <p>Le <i>clinical OP</i> a une vision complète des spécificités de chaque cas d'absence, incluant les facteurs liés au travail, au système médical, à la personne et au régime d'indemnisation (L)</p>	<p>Les actions sont concertées (réunions, discussions) entre les différentes parties prenantes (supérieur, collègues, intervenants de la santé) (B)</p> <p>Les parties prenantes (supérieur, collègues, intervenants de santé) ont une meilleure compréhension et un meilleur partage des différents obstacles au retour au travail (B)</p>	<p>Le partage d'informations au sujet du travailleur avec le gestionnaire de cas; le gestionnaire de cas est impliqué dans la discussion de cas de l'équipe clinique (B)</p> <p>Le gestionnaire de cas est mieux en mesure d'assumer son rôle et de susciter la participation de tous les partenaires (B)</p>
<p>Effet proximal</p>	<p><b>Le <i>clinical OP</i> prend des décisions éclairées pour établir des conditions favorables au retour au travail (tenant compte des différents systèmes impliqués). (L)</b></p>	<p><b>Les parties prenantes (employeur/supérieur, collègues, professionnels de la santé) génèrent des solutions adaptées au travailleur (B)</b></p>	<p><b>Le gestionnaire de cas a une vision complète de la situation du travailleur (B)</b></p>

**Macrocomposante d'intervention 5 : Les accommodements**

- L'adoption d'une approche de résolution de problèmes
- La participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions
- La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) relatives à la productivité du travailleur
- La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques et psychosociales) à la situation de travail

**Éléments de contexte :**

- Tous types d'emploi (p. ex. : manuel ou sédentaire)
- Divers sites de TMS (p. ex. : maux de dos ou aux membres supérieurs)
- Toutes phases de TMS (aiguë, subaiguë ou chronique)
- Une visite au poste de travail par le professionnel de la santé, qui prend la forme d'une observation directe du poste de travail pour évaluer et statuer des accommodements.

<p>Mécanisme</p>	<p>Entraînement aux tâches de travail et modifications aux tâches et équipements (A)</p>	<p>Accommodements et modifications du travail plus importants dans le groupe d'intervention (B)</p>	<p>Accommodements et modifications du travail plus importants dans le groupe d'intervention (B)</p> <p>Accès au travail possible malgré la douleur et les incapacités (B)</p>	<p>Accommodements et modifications du travail plus importants dans le groupe d'intervention (B)</p> <p>Ergonomie participative (incluant ergothérapeute/ergonome, travailleur, supérieur immédiat, et autres au besoin) (S)</p> <p>Le travailleur et le supérieur immédiat se mobilisent autour de la situation du travailleur (S)</p> <p>Le travailleur perçoit que sa blessure est légitimée (c.-à-d. considérée comme raisonnable et fondée) à ses yeux et aux yeux de son supérieur immédiat (S)</p> <p>Le travailleur se sent soutenu par la mobilisation de son supérieur immédiat et de ses collègues(S)</p> <p>Le travailleur se sent</p>
------------------	--	---	---	---

				rassuré quant à l'innocuité de la reprise de ses tâches de travail (S)
Effet	<b>Le travailleur se sent en santé ou suffisamment rétabli au moment de reprendre le travail (A)</b>	<b>Le travailleur reprend le travail ou s'y maintient malgré la douleur et les incapacités (B)</b>	<b>Le travailleur maintient son identité de travailleur (B)</b>	<b>Le travailleur se sent plus en confiance pour retourner au travail, sans risque pour sa santé (B, S)</b>
Mécanisme	Ergonomie participative (incluant OT/ergonome, travailleur, supérieur immédiat, et autres au besoin) (S)  Le travailleur et le supérieur immédiat se mobilisent en milieu de travail (S)	Soutien du supérieur plus important dans le groupe d'intervention (B)  Le supérieur immédiat manifeste du soutien au travailleur lors de son retour au travail (B)  Le travailleur se sent bienvenu lors de son retour au travail (B)  Le supérieur immédiat fait preuve de flexibilité quant au travail à réaliser lors de retour au travail. (B)	Les acteurs du milieu de travail (employeur, syndicat, employé) développent une connaissance accrue des facteurs de risque associés aux maux de dos (Lo)  Les modifications ergonomiques ont été implantées à environ 60 % (Lo)  Le travailleur se sent rassuré quant à l'innocuité de la reprise de ses tâches de travail (Lo)  Le travailleur a confiance de revenir au travail en toute sécurité (Lo)	Engagement de l'employeur dans la démarche de résolution de problèmes entourant la préparation du retour au travail du travailleur (L)  Le travailleur sent qu'il compte pour l'organisation (reconnaissance) (L)  Le travailleur est motivé envers la démarche de retour au travail (L)
Effet	<b>Le travailleur ressent une pression sociale pour retourner au travail (S)</b>	<b>Le travailleur sent qu'il compte pour l'organisation (B)</b>  <b>Le travailleur perçoit qu'il aura de la flexibilité dans la réalisation de son travail (B)</b>	<b>Le travailleur reprend son travail malgré ses capacités réduites (Lo)</b>	<b>Le travailleur a le sentiment de faire partie de la solution (L)</b>  <b>Le travailleur s'engage (<i>is committed</i>) dans la démarche de résolution de problèmes (L)</b>
Mécanisme	Prise en charge du dossier d'invalidité assurée par une infirmière formée à une approche ICM (F)  Une démarche de résolution de problèmes est appliquée par les gestionnaires de cas, incluant une étape de redéfinition des problèmes de douleur	Prise en charge du dossier d'invalidité assurée par une infirmière formée à une approche ICM (F)  Nombre moyen plus élevé et diversité plus grande des accommodements du travail recommandés et implantés (F)  Satisfaction accrue des	Prise en charge du dossier d'invalidité assurée par une infirmière formée à une approche ICM (F)  Le gestionnaire de cas fait preuve de <i>responsiveness</i> (réactivité face aux besoins et demandes) (F)  Satisfaction accrue	L'entraînement aux tâches de travail se fait en milieu de travail réel (L)  Le travailleur regagne progressivement des capacités de travail conformes aux exigences réelles de la situation de travail (L)



	<p>en termes fonctionnels (F)</p> <p>Le travailleur comprend mieux la douleur et les impacts de celle-là dans sa vie (F)</p> <p>Satisfaction accrue chez les sujets du groupe d'intervention (F)</p>	<p>sujets du groupe d'intervention (F)</p>	<p>chez les sujets du groupe d'intervention (F)</p>	
Effet	<p><b>Le travailleur sent qu'il a du contrôle sur ce qui lui arrive (F)</b></p>	<p><b>Le travailleur sent que ses besoins sont bien pris en compte par le gestionnaire de cas (F)</b></p> <p><b>Le travailleur sent que son opinion compte dans les décisions qui sont prises (F)</b></p>	<p><b>Le travailleur sent que son gestionnaire de cas réagit rapidement à ses demandes et besoins (F)</b></p> <p><b>Le travailleur considère que l'intervention est utile et pertinente (<i>helpful</i>) (F)</b></p>	<p><b>Le travailleur améliore son sentiment d'efficacité personnelle au travail (L)</b></p>

Mécanisme	<p>La composante professionnelle permet d'accélérer le retour au travail, en réduisant les contraintes de l'environnement de travail (Lo)</p>
Effet	<p><b>Le collectif de travail (travailleur, représentant syndical, représentant de l'employeur, collègues) participe activement à définir le problème et à générer des solutions pour le retour au travail (Lo)</b></p>

Mécanisme	<p>Ergonomie participative (incluant OT/ergonome, travailleur, supérieur immédiat, et autres au besoin) (S)</p> <p>Le travailleur et le supérieur immédiat se mobilisent en milieu de travail (S)</p> <p>Le travailleur et le supérieur immédiat modifient leur perception des capacités du travailleur et des « workplace systems opportunities for return to work » (S)</p>	<p>Engagement de l'employeur dans la démarche de résolution de problèmes entourant la préparation du retour au travail du travailleur (L)</p> <p>Une personne responsable de l'intervention en milieu de travail, qui s'assure de l'implantation des solutions proposées, est désignée dès le début (L)</p>
Effet	<p><b>Le supérieur immédiat, l'ergothérapeute et le travailleur s'entendent sur les obstacles au retour au travail et sur les solutions pour les surmonter (S)</b></p>	<p><b>La personne responsable (<i>clinical OP</i>) s'assure de l'implantation des solutions proposées (L)</b></p>



## **ANNEXE C : EXEMPLES DE RÉSEAUX DE CONFIGURATIONS**

### **Légende :**

CON = Éléments contextuels

MÉC = Mécanismes

OUT = *Outcomes* ou Résultats en termes de retour au travail à un suivi de 12 mois.

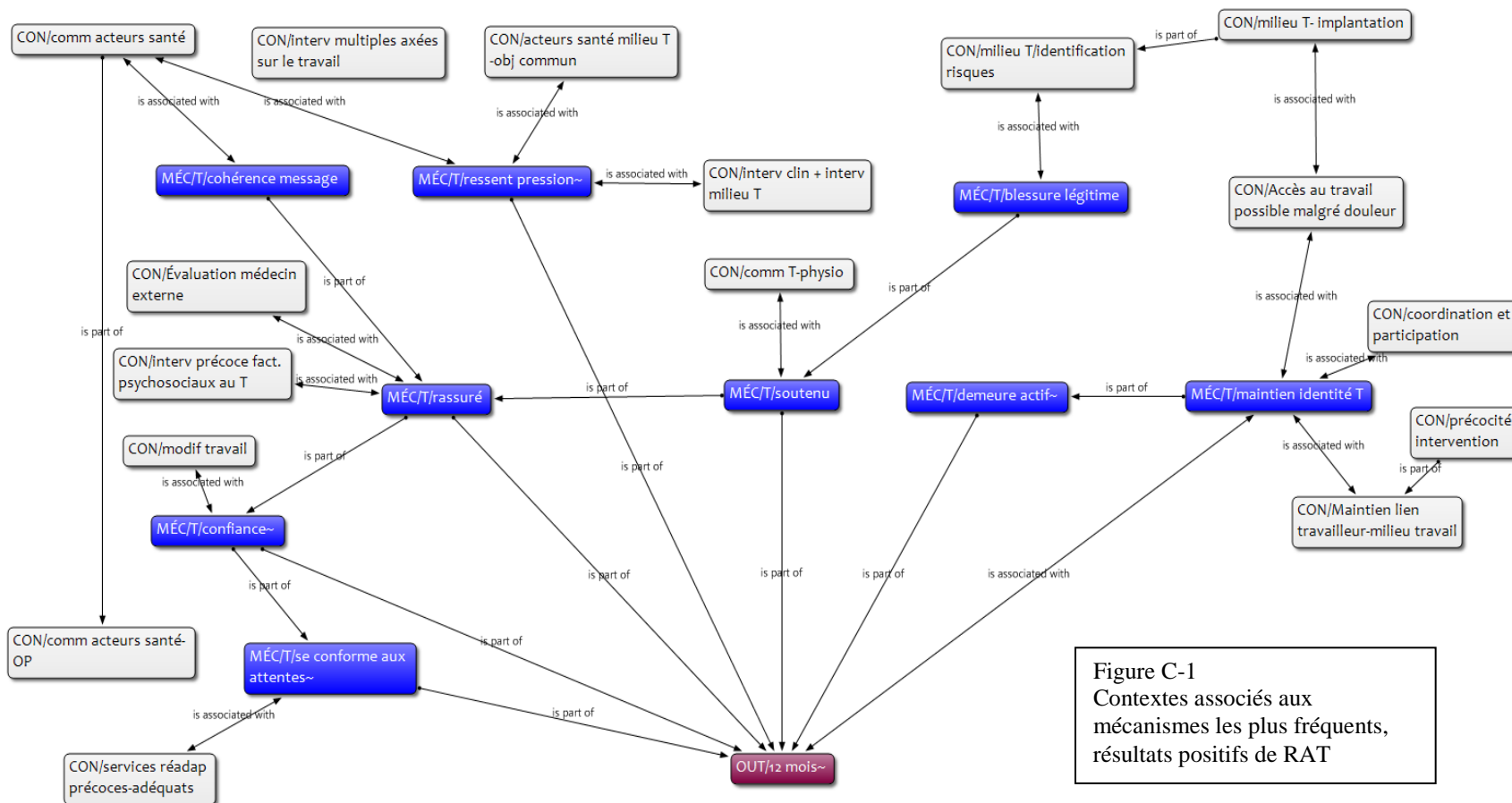


Figure C-1  
Contextes associés aux mécanismes les plus fréquents, résultats positifs de RAT

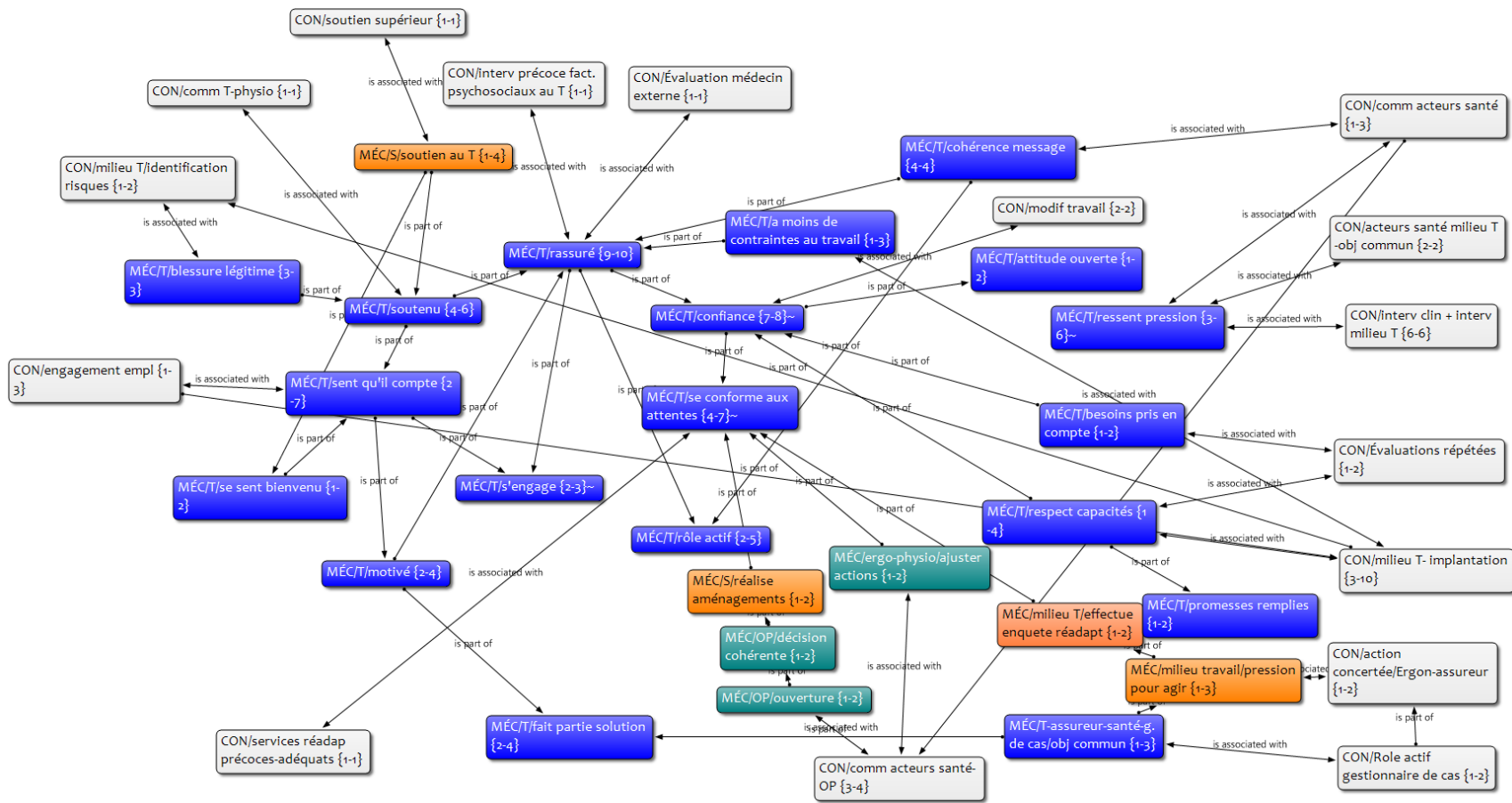
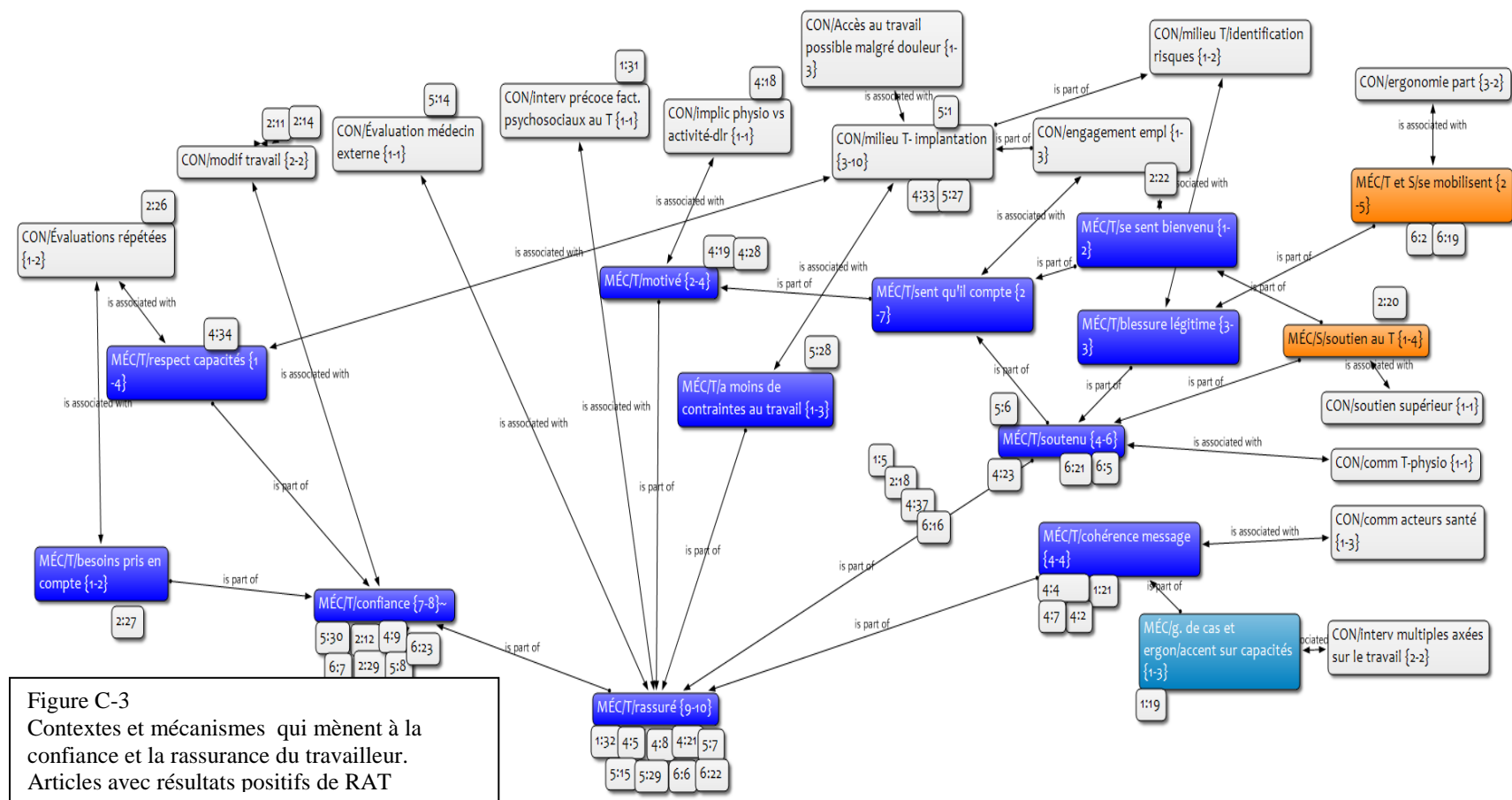


Figure C2  
Contextes et mécanismes associés aux résultats positifs de retour au travail









## ANNEXE D : QUESTIONNAIRE DU SONDAGE WEB

### Sondage web - Volet autres personnes-clés

#### Présentation du sondage web

Bonjour,

Vous êtes invité à participer à un sondage web parce que vous êtes une personne-clé directement concernée par les programmes de réadaptation incluant une intervention en milieu de travail. Ces programmes visent une reprise du travail rapide et en santé pour les personnes aux prises avec des troubles musculosquelettiques (p. ex. lombalgie, tendinite à l'épaule, cervicalgie).

#### OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET PARTICIPATION

L'objectif général de cette étude, dirigée par la professeure Marie-José Durand et financée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), consiste à clarifier les composantes des programmes de réadaptation au travail qui fonctionnent et à proposer des recommandations pouvant être utilisées par des différentes personnes-clés, notamment des gestionnaires de l'invalidité, des professionnels de la santé et des représentants en assurances. Dans le présent sondage, vous serez appelé à évaluer la clarté, la pertinence, la faisabilité et l'exhaustivité de nos recommandations. Votre point de vue est essentiel à notre travail!

Vous ne serez sollicités qu'une seule fois dans le cadre de l'étude, soit pour répondre à l'actuel sondage web. Environ 10 minutes sont nécessaires pour le compléter. Veuillez noter qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; vous répondez au meilleur de votre connaissance. Ainsi, il n'est pas requis de consulter vos collègues ou des sources écrites.

Ce sondage doit idéalement être complété en une seule fois. Si vous devez l'interrompre, par exemple à mi-chemin, veuillez à laisser la fenêtre de votre navigateur web ouverte pour être en mesure de le poursuivre plus tard, sans avoir à recommencer du début. Vos réponses ne seront sauvegardées que si le sondage a entièrement été complété.

#### CONFIDENTIALITÉ

Nous assurons la confidentialité des informations recueillies lors de votre participation à l'étude. Les informations dont vous nous ferez part serviront à des fins scientifiques et la plus stricte confidentialité sera respectée. En ce sens, ni votre identité, ni celle de votre organisation, ne seront dévoilées. Seuls des résultats dénominalisés seront présentés. Ces résultats seront diffusés sous forme de rapports, d'articles scientifiques ou de présentations dans des colloques.

Votre participation à cette étude est volontaire et vous êtes ainsi libre de refuser d'y participer. Toutefois, en y participant, vous nous aiderez à améliorer et bonifier nos résultats ainsi que nos recommandations.

**PERSONNES À CONTACTER**

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Michael Bernier, coordonnateur de l'étude, au (450) 463-1835 poste 61786.

Il est également possible de communiquer avec Marie-José Durand, chercheuse principale, au (450) 463-1835 poste 61466.

**Nous vous remercions de votre précieuse collaboration!**

## Sondage web - Volet autres personnes-clés

### Explications relatives à notre démarche

Nous avons analysé des études internationales portant sur l'efficacité de programmes de réadaptation incluant une intervention en milieu de travail, pour des personnes présentant des troubles musculosquelettiques (p. ex. lombalgie, tendinite à l'épaule, cervicalgie). Seules les études répondant à des critères stricts ont été retenues. Entre autres, les études devaient comparer les résultats des participants bénéficiant d'un programme de réadaptation au travail à ceux recevant des traitements habituels.

Une analyse en profondeur des études ayant favorisé le retour au travail ou la réduction de l'absentéisme a été réalisée. Celle-ci nous a permis de dégager 5 composantes principales. De plus, ces composantes contiennent des aspects-clés qui donnent des indications relativement à des stratégies et actions à considérer en vue de favoriser le retour au travail ou la réduction de l'absentéisme chez les personnes aux prises avec un trouble musculosquelettique.

Ces composantes sont :

- 1) l'évaluation du travailleur
- 2) la temporalité (en lien avec le temps)
- 3) la diversité des acteurs impliqués
- 4) le partage d'informations
- 5) les accommodements

Dans les pages suivantes, les aspects-clés correspondant à chacune de ces composantes vous seront présentés et nous vous questionnerons au sujet de leur clarté, leur pertinence, leur faisabilité ainsi que leur exhaustivité.

**Sondage web - Volet autres personnes-clés****Grande composante 1 : L'ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR**

**Premièrement, pour qu'un programme de réadaptation au travail favorise un retour au travail rapide et réduise l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques, nous avons déterminé qu'il doit inclure une composante ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR prévoyant :**

- Une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu (p. ex. physiques, psychologiques, cognitives et sociales);
- L'inclusion d'un questionnaire sur la situation de travail (p. ex. tâches régulières et obstacles au retour au travail);
- Des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation (p. ex. modalités d'implantation du plan de retour au travail révisées tout au long du programme, en fonction des résultats des évaluations du travailleur).

**Sondage web - Volet autres personnes-clés**

**Grande composante 1 : L'ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR**

\* 1. Dans quelle mesure chacun des aspects-clés de la composante ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR vous apparaît-il clair?

	Très clair	Assez clair	Peu clair	Pas du tout clair
Une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu (p. ex. physiques, psychologiques, cognitives et sociales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail (p. ex. tâches régulières et obstacles au retour au travail)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 2. Dans quelle mesure chacun des aspects-clés de la composante ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR vous semble-t-il pertinent (approprié, justifié) pour favoriser un retour au travail rapide et réduire l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques?

	Très pertinent	Assez pertinent	Peu pertinent	Pas du tout pertinent	Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre
Une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu (p. ex. physiques, psychologiques, cognitives et sociales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail (p. ex. tâches régulières et obstacles au retour au travail)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 3. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en oeuvre chacun des aspects-clés de la composante ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR dans le contexte de votre organisation ou entreprise?

	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre
Une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu (p. ex. physiques, psychologiques, cognitives et sociales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail (p. ex. tâches régulières et obstacles au retour au travail)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

**Sondage web - Volet autres personnes-clés****Grande composante 2 : LA TEMPORALITÉ**

**Deuxièmement, pour qu'un programme de réadaptation au travail favorise un retour au travail rapide et réduise l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques, nous avons déterminé qu'il doit inclure une composante TEMPORALITÉ (en lien avec le temps) prévoyant :**

**- Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, suite au début de la prise en charge du travailleur.**



**Sondage web - Volet autres personnes-clés**

**Grande composante 2 : LA TEMPORALITÉ**

\* 5. Dans quelle mesure cet aspect-clé de la composante TEMPORALITÉ vous apparaît-il clair?

Très clair      Assez clair      Peu clair      Pas du tout clair

Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, suite au début de la prise en charge du travailleur

\* 6. Dans quelle mesure cet aspect-clé de la composante TEMPORALITÉ vous semble-t-il pertinent (approprié, justifié) pour favoriser un retour au travail rapide et réduire l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques?

Très pertinent      Assez pertinent      Peu pertinent      Pas du tout pertinent      Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre

Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, suite au début de la prise en charge du travailleur

\* 7. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en oeuvre cet aspect-clé de la composante TEMPORALITÉ dans le contexte de votre organisation ou entreprise?

Très facile      Assez facile      Assez difficile      Très difficile      Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre

Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, suite au début de la prise en charge du travailleur

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

**Sondage web - Volet autres personnes-clés**

**Grande composante 3 : LA DIVERSITÉ DES ACTEURS**

Troisièmement, pour qu'un programme de réadaptation au travail favorise un retour au travail rapide et réduise l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques, nous avons déterminé qu'il doit inclure une composante **DIVERSITÉ DES ACTEURS** prévoyant :

- La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes (p. ex. santé, entreprise et indemnisation);
- La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels;
- La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués.

**Sondage web - Volet autres personnes-clés**

**Grande composante 3 : LA DIVERSITÉ DES ACTEURS**

\* 9. Dans quelle mesure chacun des aspects-clés de la composante **DIVERSITÉ DES ACTEURS** vous apparaît-il clair?

	Très clair	Assez clair	Peu clair	Pas du tout clair
La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes (p. ex. santé, entreprise, indemnisation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 10. Dans quelle mesure chacun des aspects-clés de la composante **DIVERSITÉ DES ACTEURS** vous semble-t-il pertinent (approprié, justifié) pour favoriser un retour au travail rapide et réduire l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques?

	Très pertinent	Assez pertinent	Peu pertinent	Pas du tout pertinent	Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre
La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes (p. ex. santé, entreprise, indemnisation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 11. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en oeuvre ces aspects-clés de la composante **DIVERSITÉ DES ACTEURS** dans le contexte de votre organisation ou entreprise?

	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre
La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes (p. ex. santé, entreprise, indemnisation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

**Sondage web - Volet autres personnes-clés**

**Grande composante 4 : LE PARTAGE D'INFORMATIONS**

**Quatrièmement, pour qu'un programme de réadaptation au travail favorise un retour au travail rapide et réduise l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques, nous avons déterminé qu'il doit inclure une composante PARTAGE D'INFORMATIONS prévoyant :**

- Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur;**
- Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail;**
- Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de l'évolution des besoins du travailleur.**

**Sondage web - Volet autres personnes-clés**

**Grande composante 4 : LE PARTAGE D'INFORMATIONS**

\* 13. Dans quelle mesure chacun des aspects-clés de la composante PARTAGE D'INFORMATIONS vous apparaît-il clair?

	Très clair	Assez clair	Peu clair	Pas du tout clair
Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de l'évolution des besoins du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



\* 14. Dans quelle mesure chacun des aspects-clés de la composante PARTAGE D'INFORMATIONS vous semble-t-il pertinent (approprié, justifié) pour favoriser un retour au travail rapide et réduire l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques?

	Très pertinent	Assez pertinent	Peu pertinent	Pas du tout pertinent	Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre
Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de l'évolution des besoins du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 15. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en oeuvre ces aspects-clés de la composante PARTAGE D'INFORMATIONS dans le contexte de votre organisation ou entreprise?

	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre
Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de l'évolution des besoins du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

**Sondage web - Volet autres personnes-clés**

**Grande composante 5 : LES ACCOMMODEMENTS**

**Cinquièmement, pour qu'un programme de réadaptation au travail favorise un retour au travail rapide et réduise l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques, nous avons déterminé qu'il doit inclure une composante ACCOMMODEMENTS prévoyant :**

- L'adoption d'une approche de résolution de problèmes (incluant la connaissance des facteurs de risque de survenue des troubles musculosquelettiques);**
- La participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions;**
- La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) face à la productivité du travailleur;**
- La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques et psychosociales) à la situation de travail.**

**Sondage web - Volet autres personnes-clés**

**Grande composante 5 : LES ACCOMMODEMENTS**

\* 17. Dans quelle mesure chacun des aspects-clés de la composante ACCOMMODEMENTS vous apparaît-il clair?

	Très clair	Assez clair	Peu clair	Pas du tout clair
L'adoption d'une approche de résolution de problèmes (p. ex. incluant la connaissance des facteurs de risque de survenue des troubles musculosquelettiques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) face à la productivité du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques, temporelles et psychosociales) à la situation de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 18. Dans quelle mesure chacun des aspects-clés de la composante **ACCOMMODEMENTS** vous semble-t-il pertinent (approprié, justifié) pour favoriser un retour au travail rapide et réduire l'absentéisme en raison de troubles musculosquelettiques?

	Très pertinent	Assez pertinent	Peu pertinent	Pas du tout pertinent	Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre
L'adoption d'une approche de résolution de problèmes (p. ex. incluant la connaissance des facteurs de risque de survenue des troubles musculosquelettiques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) face à la productivité du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques, temporelles et psychosociales) à la situation de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 19. Dans quelle mesure serait-il facile de mettre en oeuvre ces aspects-clés de la composante ACCOMMODEMENTS dans le contexte de votre organisation ou entreprise?

	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	Aspect-clé pas suffisamment clair pour répondre
L'adoption d'une approche de résolution de problèmes (p. ex. incluant la connaissance des facteurs de risque de survenue des troubles musculosquelettiques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La participation du supérieur à la mise en oeuvre de solutions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) face à la productivité du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques, temporelles et psychosociales) à la situation de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Sondage web - Volet autres personnes-clés

TABLEAU DES RECOMMANDATIONS

Voici un tableau regroupant l'information présentée dans les pages précédentes, soit les composantes actives des programmes de réadaptation au travail avec intervention en milieu de travail et les aspects-clés associés (recommandations).

Composantes actives	Aspects-clés associés (recommandations)
L'évaluation du travailleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu (p. ex. physiques, psychologiques, cognitives et sociales)</li> <li>- L'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail (p. ex. tâches régulières, obstacles au retour au travail)</li> <li>- Des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation (p. ex. modalités d'implantation du plan de retour au travail révisées tout au long du programme, en fonction des résultats des évaluations du travailleur)</li> </ul>
La temporalité (en lien avec le temps)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, suite au début de la prise en charge du travailleur</li> </ul>
La diversité des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes (p. ex. santé, entreprise, indemnisation)</li> <li>- La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels</li> <li>- La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués</li> </ul>
Le partage d'informations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur</li> <li>- Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail</li> <li>- Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de la progression du travailleur</li> </ul>
Les accommodements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'adoption d'une approche de résolution de problèmes (incluant la connaissance des facteurs de risque de survenue des troubles musculosquelettiques)</li> <li>- La participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions</li> <li>- La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) face à la productivité du travailleur</li> <li>- La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques et psychosociales) à la situation de travail</li> </ul>

\* 21. Quel énoncé correspond le mieux à ce que vous pensez de la nouveauté de information contenue dans ce tableau?

- Plusieurs éléments contenus dans ce tableau vous apparaissent nouveaux
- Certains éléments contenus dans ce tableau vous apparaissent nouveaux
- Aucun élément contenu dans ce tableau ne vous apparaît nouveau

\* 22. Quel énoncé correspond le mieux à ce que vous pensez de l'utilité de l'information contenue dans ce tableau?

- L'information contenue dans ce tableau peut être utile pour tous les acteurs impliqués dans la réadaptation au travail et la gestion des absences
- L'information contenue dans ce tableau peut être utile pour certains acteurs impliqués dans la réadaptation au travail et la gestion des absences
- L'information contenue dans ce tableau n'est pas vraiment utile pour les acteurs impliqués dans la réadaptation au travail et la gestion des absences

23. Avez-vous des commentaires ou suggestions à faire au sujet de l'information contenue dans ce tableau?



**Sondage web - Volet autres personnes-clés**

Questions de conclusion

**En terminant, nous avons deux questions supplémentaires à vous poser. Une fois que vous aurez répondu à celles-ci, veuillez appuyer sur le bouton "Terminé" afin que le sondage nous soit transmis.**

\* 24. Dans quel type d'organisation travaillez-vous?

- Entreprise privée (excluant les assureurs)
- Organisation publique
- Association professionnelle
- Syndicat
- Assureur
- Autre (veuillez préciser)

25. Si vous avez des suggestions ou commentaires concernant le contenu du sondage, merci de nous en faire part.

**MERCI POUR VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!**

**Les résultats de cette étude seront disponibles sur le site internet de l'IRSST dans quelques mois.**



## ANNEXE E : RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU SONDAGE WEB

### Clarté des recommandations

Composantes spécifiques selon leur macrocomposante de rattachement	Très clair	Assez clair	Peu clair	Pas du tout clair
<i>ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR</i>				
Une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu	23	7	1	0
L'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail	24	7	0	0
Des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation	23	5	3	0
<i>TEMPORALITÉ</i>				
Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, suite au début de la prise en charge du travailleur	21	7	3	0
<i>DIVERSITÉ DES ACTEURS</i>				
La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes	24	5	1	1
La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels	21	7	3	0
La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués	22	6	1	2
<i>PARTAGE D'INFORMATIONS</i>				
Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et des actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur	18	7	5	1
Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail	23	6	2	0
Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de la progression du travailleur	23	7	1	0
<i>ACCOMMODEMENTS</i>				
L'adoption d'une approche de résolution de problèmes	17	14	0	0
La participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions	26	5	0	0
La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) face à la productivité du travailleur	24	3	4	0
La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques et psychosociales) à la situation de travail	20	9	2	0

## Pertinence des recommandations

Composantes spécifiques selon leur macrocomposante de rattachement	Très pertinent	Assez pertinent	Peu pertinent	Pas du tout pertinent	Ne répond pas
<i>ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR</i>					
Une évaluation globale initiale tenant compte de différentes dimensions de l'individu	28	3	0	0	0
L'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail	29	2	0	0	0
Des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation	26	5	0	0	0
<i>TEMPORALITÉ</i>					
Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, suite au début de la prise en charge du travailleur	24	6	0	0	1
<i>DIVERSITÉ DES ACTEURS</i>					
La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes	26	4	0	0	1
La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels	21	10	0	0	0
La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués	16	10	4	0	1
<i>PARTAGE D'INFORMATIONS</i>					
Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et des actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur	22	8	0	0	1
Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail	25	6	0	0	0
Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de la progression du travailleur	25	6	0	0	0
<i>ACCOMMODEMENTS</i>					
L'adoption d'une approche de résolution de problèmes	27	3	1	0	0
La participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions	29	2	0	0	0
La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) face à la productivité du travailleur	23	7	1	0	0

Composantes spécifiques selon leur macrocomposante de rattachement	Très pertinent	Assez pertinent	Peu pertinent	Pas du tout pertinent	Ne répond pas
La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques et psychosociales) à la situation de travail	24	7	0	0	0

### Faisabilité de mise en œuvre des recommandations

Composantes spécifiques selon leur macrocomposante de rattachement	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile	Ne répond pas
<i>ÉVALUATION DU TRAVAILLEUR</i>					
Une évaluation globale initiale tenant compte des différentes dimensions de l'individu	14	12	5	0	0
L'inclusion d'un questionnement sur la situation de travail	17	14	0	0	0
Des activités d'évaluation sur une base continue pendant la réadaptation	11	13	6	0	1
<i>TEMPORALITÉ</i>					
Une intervention en milieu de travail s'amorçant rapidement et sans délai, suite au début de la prise en charge du travailleur	4	16	8	2	1
<i>DIVERSITÉ DES ACTEURS</i>					
La mobilisation d'acteurs provenant de différents systèmes	6	18	5	1	1
La reconnaissance, par les différents acteurs impliqués, que la blessure du travailleur et les problèmes associés à sa situation de travail sont bien réels	4	14	12	1	0
La participation d'un acteur externe à l'organisation ou à l'entreprise pour rapprocher les intérêts des différents acteurs impliqués	2	17	11	1	0
<i>PARTAGE D'INFORMATIONS</i>					
Une coordination intersectorielle, par un responsable, des communications et des actions en lien avec la gestion du dossier du travailleur	6	11	10	2	2
Une entente générale des acteurs impliqués au sujet des facteurs pouvant influencer le retour au travail	4	18	8	1	0
Une mise à jour des informations entre les acteurs impliqués, en fonction de la progression du travailleur	5	18	7	1	0
<i>ACCOMMODEMENT</i>					
L'adoption d'une approche de résolution de problèmes	12	16	3	0	0
La participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions	3	18	10	0	0

<b>Composantes spécifiques selon leur macrocomposante de rattachement</b>	<b>Très facile</b>	<b>Assez facile</b>	<b>Assez difficile</b>	<b>Très difficile</b>	<b>Ne répond pas</b>
La réduction des attentes du collectif (travailleur, supérieur, collègues) face à la productivité du travailleur	0	12	17	2	0
La mise en place de modifications (organisationnelles, physiques et psychosociales) à la situation de travail	1	13	15	2	0



La RECHERCHE  
à L'ÉCOUTE des  
MILIEUX DE TRAVAIL

[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)



Institut de recherche  
Robert-Sauvé en santé  
et en sécurité du travail

Marteau