

**Étude des qualités psychométriques
de l’Outil d’identification de la situation
de handicap au travail (OISHT) utilisé
auprès de travailleurs ayant un trouble
musculosquelettique ou un trouble
mental courant**

Marie-José Durand
Marie-France Coutu
Éric Vaillancourt
Djamal Berbiche

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1028

NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

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

Mission

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

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

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

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

Pour en savoir plus

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

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement :

- au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CNESST (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique InfoIRSST

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2018
ISBN : 978-2-89797-023-9
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
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
septembre 2018

Étude des qualités psychométriques de l'Outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT) utilisé auprès de travailleurs ayant un trouble musculosquelettique ou un trouble mental courant

Marie-José Durand^{1, 2}, Marie-France Coutu^{1, 2},
Éric Vaillancourt^{1, 2}, Djamal Berbiche²

¹Université de Sherbrooke

²Centre de recherche - Hôpital Charles-Le Moyne (CR-HCLM)

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1028



Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document.

En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

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



ÉVALUATION PAR DES PAIRS

Conformément aux politiques de l'IRSST, les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement les responsables des milieux de santé privés et publics qui ont été des partenaires essentiels de cette étude d'évaluation des qualités psychométriques de l'outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT). Ils expriment aussi leur reconnaissance à l'égard des nombreux ergothérapeutes et autres professionnels de ces mêmes milieux de santé qui ont recruté et évalué les travailleurs atteints d'un trouble musculosquelettique ou d'un trouble mental courant. Enfin, il faut bien entendu souligner la contribution cruciale des travailleurs qui ont accepté de participer à l'étude et également le soutien financier de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) qui a permis la réalisation de cette étude.

SOMMAIRE

L'outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT) consiste en une entrevue structurée qui a été développée pour aider les cliniciens à identifier de façon systématique les facteurs liés à l'incapacité au travail. L'OISHT est un des rares outils disponibles en réadaptation pour la clientèle en phase chronique d'incapacité au travail. Il tient compte de l'influence de différents systèmes (personnel, santé, travail, indemnisation) et a été élaboré pour les deux principales problématiques de santé associées à l'incapacité au travail, soit les troubles musculosquelettiques (TMS) et les troubles mentaux courants (TMC).

L'objectif de cette étude visait la validation de l'OISHT auprès de personnes absentes du travail, en raison de TMS ou de TMC. Plus précisément, il s'agissait de décrire les qualités psychométriques suivantes de l'OISHT : 1) la validité de construit, 2) la cohérence interne, 3) la fidélité interjuges et 4) la validité convergente.

Un devis corrélationnel transversal a été utilisé avec un échantillonnage non probabiliste. Les critères d'inclusion des ergothérapeutes pour participer étaient : 1) être membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec; 2) avoir au moins une année d'expérience en réadaptation au travail; 3) avoir suivi la formation spécifique pour utiliser l'OISHT (durée moyenne de 4 heures). Quant aux travailleurs ayant participé, ils devaient : 1) être absent du travail en raison d'un TMS ou TMC depuis au moins trois mois, mais moins de deux ans; 2) avoir un lien d'emploi et 3) être admis dans un programme de réadaptation. L'administration de l'OISHT durait entre 90 et 120 minutes. De plus, pour l'évaluation de la validité convergente, les participants ont rempli des questionnaires autoadministrés mesurant différents concepts associés. Aussi, pour un sous-groupe de participants de chaque population, des ergothérapeutes ont complété, entre 24 et 72 heures après l'utilisation de l'OISHT, un Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail (n = 72 pour la version TMS et n = 65 pour TMC). Finalement, six ergothérapeutes ont coté l'OISHT à partir d'histoires de cas standardisés afin d'évaluer la fidélité interjuges pour chaque population à l'étude.

Au total, 35 ergothérapeutes ont participé à l'évaluation de 290 participants, soit 140 personnes avec TMS et 150 avec TMC. Pour la validité de construit, une analyse factorielle exploratoire (AFE) a permis de dégager des dimensions semblables au sein des deux versions, c'est-à-dire la représentation de la maladie, le jugement clinique en regard de la sévérité de la condition médicale et le niveau d'exigences élevées du travail. Cette analyse a permis de réduire d'environ 20 à 40 % le nombre d'items, selon les versions. Cependant, les résultats variables pour la cohérence interne de certaines dimensions, issues de l'AFE, suggèrent certaines réserves, principalement pour la version pour la population présentant des TMC. Quant à la fidélité interjuges, elle est satisfaisante en regard de la nature de l'outil, qui est une entrevue structurée. Enfin, en l'absence de mesure étalon, la validité convergente reste à confirmer.

En somme, malgré les limites rapportées, il s'avère que le contenu de l'OISHT, en réduisant le nombre d'items proposés, correspond bien aux écrits scientifiques actuels sur les populations à l'étude et s'inscrit dans une compréhension biopsychosociale de la personne en incapacité de travail. Toutefois, la version pour la population de personnes présentant des TMC demande à être révisée et testée à nouveau.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	IX
1. INTRODUCTION ET ÉTAT DES CONNAISSANCES	1
1.1 Importance du problème	1
1.2 État des connaissances scientifiques.....	2
1.2.1 Questionnaires autoadministrés	2
1.2.2 Évaluations des capacités fonctionnelles.....	3
1.2.3 Observations	4
1.2.4 Entrevues structurées.....	4
1.3 Outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT)	5
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE	9
3. MÉTHODOLOGIE.....	11
3.1 Devis et population à l'étude	11
3.2 Variables sociodémographiques	12
3.2.1 Variables sociodémographiques des évaluateurs.....	12
3.2.2 Variables sociodémographiques et sur l'état de santé des participants	12
3.3 Variables et outils pour étudier la validité convergente.....	13
3.3.1 Situation de handicap au travail.....	13
3.3.2 Stress au travail.....	13
3.3.3 Détresse psychologique	14
3.3.4 Perception d'incapacité (dos).....	14
3.3.5 Perception d'incapacité (membres supérieurs et cou)	14
3.3.6 Kinésiophobie	15
3.3.7 Causes du maintien de l'incapacité au travail	15
3.4 Recrutement et collecte de données	16
3.5 Analyses statistiques	16
3.5.1 Analyse factorielle de la validité de construit.....	16
3.5.2 Analyse de la cohérence interne.....	17
3.5.3 Analyse de la fidélité interjuges	17
3.5.4 Analyse de la validité convergente	17
3.6 Considérations éthiques	20

4.	RÉSULTATS.....	21
4.1	Descriptions des caractéristiques des évaluateurs et des participants	21
4.1.1	Description des évaluateurs	21
4.1.2	Description des participants.....	22
4.2	OISHT-TMS.....	24
4.2.1	Données descriptives issues de l'évaluation des travailleurs	24
4.2.2	Questionnaires autoadministrés	29
4.2.3	Qualités psychométriques de l'OISHT-TMS.....	29
4.3	OISHT-TMC.....	37
4.3.1	Données descriptives issues de l'évaluation des travailleurs	37
4.3.2	Questionnaires autoadministrés	41
4.3.3	Qualités psychométriques de l'OISHT-TMC	41
5.	DISCUSSION	51
5.1	Validité de construit factorielle	51
5.2	Validité de la cohérence interne.....	52
5.3	Fidélité interjuges.....	58
5.4	Validité convergente	58
5.5	Forces et limites.....	60
5.6	Retombées et implications pour les cliniciens	60
6.	CONCLUSION.....	61
7.	BIBLIOGRAPHIE	63
	ANNEXE A :	75
	A.I ISHT-TMS	75
	Les indicateurs de situation de handicap au travail « personnel » (P)	75
	Les indicateurs de situation de handicap au travail « administratif » (A).....	78
	Les indicateurs de situation de handicap au travail « environnement » (E)	79
	A.II ISHT-TMC	82
	Les indicateurs de la situation de handicap au travail « sociodémographique» (S)	82
	Les indicateurs de la situation de handicap au travail « clinique » (C).....	82
	Les indicateurs de situation de handicap au travail « administratif » (A).....	84
	Les indicateurs de situation de handicap au travail « occupationnel » (O)	84
	ANNEXE B.....	87
	B.I Correspondance entre les ISHT-TMS et les dimensions de l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail	87
	B.II Correspondance entre les ISHT-TMC et les dimensions de l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail	89

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Synthèse des variables et outils de mesure utilisés pour la validité convergente (OISHT-TMS).....	19
Tableau 2 – Synthèse des variables et outils de mesure utilisés pour la validité de convergence (OISHT-TMC).....	20
Tableau 3 – Caractéristiques sociodémographiques des évaluateurs	22
Tableau 4 – Caractéristiques sociodémographiques des participants	23
Tableau 5 – Distribution des fréquences des ISHT (TMS).....	26
Tableau 6 – Score moyen aux questionnaires autoadministrés (TMS).....	29
Tableau 7 – ISHT retirés des analyses de validité de construit factorielle (TMS).....	30
Tableau 8 – Analyse factorielle exploratoire pour la famille d'ISHT « personnel » (TMS) .	31
Tableau 9 – Analyse factorielle exploratoire pour la famille d'ISHT « environnement » (TMS).....	32
Tableau 10 – Alpha de Cronbach par familles d'ISHT et dimensions (TMS).....	32
Tableau 11 – Kappa de Cohen pour les différentes familles d'ISHT (TMS).....	33
Tableau 12 – Coefficient de Spearman entre des ISHT et les questionnaires autoadministrés aux travailleurs (TMS).....	34
Tableau 13 – Coefficient de Spearman entre des ISHT et l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail (TMS)	35
Tableau 14 – Distribution des fréquences des ISHT (TMC).....	38
Tableau 15 – Score moyen aux questionnaires autoadministrés (TMC).....	41
Tableau 16 – ISHT retirés des analyses de validité de construit factorielle (TMC).....	42
Tableau 17 – Analyse factorielle exploratoire pour la famille d'ISHT « clinique » (TMC)...	43
Tableau 18 – Analyse factorielle exploratoire pour la famille d'ISHT « occupationnel » (TMC)	44
Tableau 19 – Alpha de Cronbach par familles d'ISHT et dimensions (TMC).....	45
Tableau 20 – Kappa de Cohen pour les différentes familles d'ISHT (TMC).....	46
Tableau 21 – Coefficient de Spearman entre des ISHT et les questionnaires autoadministrés aux travailleurs (TMC)	46
Tableau 22 – Coefficient de Spearman entre des ISHT et l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail (TMC)	49
Tableau 23 – Contenu à conserver et à approfondir de l'OISHT-TMS	56
Tableau 24 – Contenu à conserver et à approfondir de l'OISHT-TMC.....	57

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ÉCF :	Évaluation des capacités fonctionnelles
ISHT :	Indicateurs de situation de handicap au travail
OISHT :	Outil d'identification de la situation de handicap au travail
TMC :	Trouble mental courant
TMS :	Trouble musculosquelettique
RAT :	Retour au travail

1. INTRODUCTION ET ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1 Importance du problème

L'incapacité au travail affecte une importante proportion de la population. Au Canada, entre 2001 et 2011, le taux d'absence des employés canadiens à temps plein s'est constamment accru. Il est passé de 5,3 % à 5,9 % en une décennie. Au Québec, en 2011, ce taux était légèrement supérieur puisqu'il atteignait 6,5 % (Dabboussy et Uppal, 2012). À ce jour, les problèmes de santé les plus associés à l'incapacité au travail sont les troubles musculosquelettiques (TMS) (par exemple : dorsolombalgie, syndrome du tunnel carpien, cervicalgie) et les troubles mentaux courants (TMC) (par exemple : dépression, anxiété généralisée, trouble d'adaptation) (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2013; Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2015; Deraspe, 2013; Towers Watson, 2010).

D'un point de vue strictement économique, l'incapacité au travail est associée à des coûts directs considérables. En combinant accidents de travail et maladies professionnelles, la perte annuelle estimée équivaut à 4 % du PIB mondial (Organisation internationale du travail, 2013). Mais l'incapacité au travail est également liée à d'importants coûts indirects, notamment pour le remplacement des travailleurs absents. Par exemple, les coûts indirects des TMS représenteraient annuellement plus que le double des coûts directs aux États-Unis (Institute of Medicine [IOM] and National Research Council [NRC], 2001). De même, en France, une étude du cas de trois entreprises de plus de 500 employés rapportait même que les coûts indirects des TMS seraient 10 à 30 fois plus élevés que les coûts directs (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], 2010). Dans une autre étude sur les coûts des TMC des employés d'une entreprise américaine de plus de 4 000 employés, les déboursés indirects représentaient plus de la moitié (53 %) de l'ensemble des coûts (Johnston, Westerfield, Momin, Phillippi et Naidoo, 2009).

Une étude canadienne a estimé le coût annuel des pertes de productivité associées aux TMC à 17,7 milliards de dollars (Lim, Jacobs, Ohinmaa, Schopflocher et Dewa, 2008). Par ailleurs, bien que l'incidence de l'absentéisme au travail semble avoir légèrement diminué au cours des dernières années, les coûts indirects ne cessent d'augmenter. Au Québec, en 2010, la Commission de la santé et de la sécurité du travail¹ (CSST) avait accepté 92 112 cas d'accidents et de maladies professionnelles. Les prestations d'indemnisation versées avaient totalisé 1,78 milliard de dollars. Cinq ans plus tard, même si la CSST a accepté moins de cas, soit 87 618, les prestations ont augmenté de plus de 8 % pour atteindre 1,93 milliard de dollars. Ainsi, il apparaît que les lésions professionnelles sont de moins en moins nombreuses, mais de plus en plus coûteuses (Commission de la santé et de la sécurité du travail [CSST], 2011; Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST], 2016; Duguay, Busque, Boucher, Lebeau et Prud'homme, 2017).

Par ailleurs, comme l'indique un rapport du Department for Work and Pensions du Royaume-Uni, améliorer la santé de la main-d'œuvre serait essentiel pour sécuriser une croissance économique et accroître la justice sociale (Black, 2008). En effet, lorsqu'un travailleur s'absente au travail, il y a de nombreuses répercussions sur un vaste système interrelié. En plus d'affecter

¹ Depuis le 1^{er} janvier 2016, la CSST est devenue la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

le travailleur et sa famille, cela touche également son employeur, qui a des contraintes de productivité et de rentabilité. Souvent l'absence d'un travailleur crée des surcharges de travail pour ses collègues, ce qui les expose à leur tour à des facteurs de risque pouvant entraîner le développement de problèmes de santé (MacPhee, Dahinten et Havaei, 2017; Bowling, Alarcon, Bragg et Hartman, 2015). Par conséquent, l'incapacité au travail ne concerne pas seulement une personne, mais toute une collectivité.

Depuis le Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs, communément appelé rapport Spitzer, qui a mis en évidence le fait que 7 % des dorsolombalgies professionnelles évoluaient vers une absence du travail d'une durée supérieure à six mois, et que ces cas dits chroniques étaient responsables de 75 % des coûts reliés à l'indemnisation des dorsolombalgies (Spitzer, Leblanc et Dupuis, 1987), plusieurs études sur l'efficacité de programmes de réadaptation au travail ont été publiées. Une revue systématique récente de Van Vilsteren *et al.* (2015) a montré que des programmes de réadaptation au travail, incluant une intervention précoce au travail, raccourcissaient la durée d'absence au travail de façon significative, en comparaison avec un traitement usuel, et ce, tant pour les TMS que pour les TMC. Une revue réaliste réalisée en 2017 par Durand *et al.* a permis de dégager les composantes efficaces de programmes de réadaptation au travail. Une de ces composantes est l'évaluation multidimensionnelle du travailleur au début de sa prise en charge. Plus précisément, il est mentionné que, pour favoriser le retour au travail (RAT), il est essentiel que les dimensions affectives, cognitives et physiques de l'individu soient évaluées, mais également que les aspects de l'activité de travail de la personne soient explorés et approfondis (exigences, conditions de travail, obstacles). Par conséquent, la recherche d'outils de mesure qui répondent à cette vision holistique du travailleur est d'actualité.

1.2 État des connaissances scientifiques

Au cours des dernières décennies, plusieurs outils de mesure associés à l'incapacité au travail ont été développés, afin notamment d'aider les cliniciens à mieux comprendre la condition et les besoins des personnes. Il est possible de les regrouper en quatre grandes classes : 1) les questionnaires autoadministrés, 2) les évaluations des capacités fonctionnelles, 3) les outils d'observation et 4) les entrevues structurées.

1.2.1 Questionnaires autoadministrés

Il existe une grande variété de questionnaires autoadministrés qui mesurent la perception des personnes en fonction de concepts précis. Les questionnaires sont généralement rapides à administrer, utiles pour dépister un grand nombre de cas et ne requièrent aucune formation préalable. Toutefois, ils ne sont pas toujours applicables à une grande population, en particulier en raison de barrières culturelles et langagières. Aussi, différentes études ont démontré que les résultats des questionnaires sur différents concepts mesurés ne correspondaient pas toujours à la mesure objective des phénomènes (Innes et Hardwick, 2010; Jakobsen, Sundstrup, Persson, Andersen et Andersen, 2014; Liu, Eaton, Driban, McAlindon et Lapane, 2016). Par exemple, les exigences de travail, telles que perçues par un travailleur, peuvent être plus élevées qu'en réalité.

Ces questionnaires ont comme principal objectif de décrire un phénomène relié à des facteurs personnels, tels que l'incapacité (à titre indicatif, Questionnaire Roland-Morris, Questionnaire

DASH, Questionnaire Oswestry), les craintes, la détresse psychologique (Questionnaire sur les croyances et les peurs, Inventaire de détresse psychologique), la douleur (Questionnaire McGill sur la douleur) ou encore la qualité de vie (World Health Organization Quality of Life, Inventaire de la qualité de vie au travail, Questionnaire court d'étude de la santé (SF-36)). Aussi, d'autres questionnaires ont été développés pour évaluer la perception des facteurs environnementaux, tels que les caractéristiques physiques du travail (Risk Factor Questionnaire), les risques psychosociaux au travail (Évaluation du stress au travail, Occupational Stress Inventory – Revised), la performance au travail (Occupational Role Questionnaire) et les facteurs organisationnels (Questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles). Récemment, Corbière *et al.* (2016) a conçu et validé ORTESES, un questionnaire qui combine l'évaluation des obstacles au RAT et le sentiment d'efficacité de la personne pour les surmonter. Ce questionnaire est particulièrement original, étant donné qu'il associe deux dimensions centrales au RAT.

Il existe aussi des questionnaires qui visent principalement à dépister de façon précoce les travailleurs à risque de développer une incapacité à long terme. Ils sont généralement utilisés dans la phase aiguë ou subaiguë de la problématique de santé. Ces questionnaires décrivent principalement les facteurs psychosociaux reconnus pour influencer la durée de l'incapacité au travail. Ils ont surtout été développés pour une population de travailleurs souffrant de douleur au dos et aux membres supérieurs. (Truchon *et al.*, 2012; Truchon *et al.*, 2010).

Il y a donc un grand nombre de questionnaires autoadministrés dans la littérature scientifique qui documentent différentes facettes, généralement une seule à la fois, de la perception du travailleur de son état de santé et de son environnement.

1.2.2 Évaluations des capacités fonctionnelles

Les évaluations des capacités fonctionnelles (ÉCF) consistent la plupart du temps en une batterie de tests mesurant les capacités maximales du travailleur, selon certaines exigences physiques de travail : la manutention de charges, la tolérance assise, debout et/ou à la marche, la dextérité manuelle, la capacité à maintenir des positions contraignantes (penché, accroupi), etc. (James, Reneman et Gross 2016; Schonstein et Kenny, 2001; Hart, Isernhagen et Matheson, 1993; Innes et Straker, 1998). Ces évaluations se déroulent généralement dans un milieu clinique et peuvent durer de quelques heures à quelques jours. Les ÉCF se composent de différentes méthodes de collecte de données, comme des tests standardisés et des mises en situation par simulation de tâches de travail. Il existe des ÉCF spécifiques à un emploi et des ÉCF générales (James *et al.*, 2016; Bieniek et Bethge, 2014; Innes et Straker, 2002).

L'ÉCF spécifique mesure les capacités de la personne en fonction des tâches et des exigences particulières d'un emploi déterminé (par exemple, un emploi de bureau). Une ÉCF générale mesure les capacités de la personne selon des exigences générales de travail. Également, certaines ÉCF sont élaborées en fonction du site de douleur, par exemple, pour les personnes présentant des douleurs au dos (Van Der Meer, Trippolini, Van Der Palen, Verhoeven et Reneman, 2013) au cou (Trippolini, Reneman, Jansen, Dijkstra et Geertzen, 2013), ou encore des atteintes au bassin à la suite d'un accident de la route (Ratzon, Shevil, Fromm, Friedman et Amit, 2013). Les ÉCF requièrent de l'équipement spécialisé et une formation des évaluateurs. Il existe plusieurs études sur les qualités psychométriques des ÉCF. Cependant, étant donné la grande variété d'outils disponibles, il reste difficile de dresser un bilan clair de ces qualités

(Bieniek et Bethge, 2014; Gouttebauge, Wind, Kuijer et Frings-Dresen, 2004). Par ailleurs, les résultats des ÉCF sont utilisés pour atteindre des objectifs très variés allant de l'évaluation préemploi, de la détermination des besoins de réadaptation ou encore de l'estimation de la compatibilité avec le poste prélésionnel (James *et al.*, 2016)

En somme, il existe une très grande variété d'ÉCF lesquelles évaluent principalement les capacités physiques. Elles sont donc centrées sur les individus et considèrent peu les facteurs psychosociaux qui peuvent influencer le RAT. Cependant, les ÉCF demeurent une classe d'outils largement utilisés par les professionnels de la santé auprès de personnes ayant un TMS.

1.2.3 Observations

Les outils d'observation sont principalement utilisés en réadaptation dans un objectif évaluatif. Il s'agit habituellement de protocole suggérant des éléments à observer par l'intervenant lors de l'exécution de tâches réelles de travail par un individu dans son milieu de travail. La force principale de cette classe d'outils réside en sa validité écologique. Toutefois, ils sont en général moins facilement utilisables que les autres classes, en raison des coûts plus élevés pour les administrer (temps et ressources) et de l'exigence d'obtenir l'accord des différentes parties prenantes du milieu de travail. Il existe très peu d'outils d'observation qui ont fait l'objet d'une publication scientifique. Par exemple, un des plus connus est le Assessment of Work Performance (AWP) (Sandqvist, Tornquist et Henriksson, 2006). Cet outil est générique et disponible dans les langues suédoises, anglaise et néerlandaise. Il a fait l'objet de quelques études sur ses qualités psychométriques. (Karlsson, Liedberg et Sandqvist, 2017; Fan, Taylor, Ekbladh, Hemmingsson et Sandqvist, 2013; Sandqvist, Björk, Gullberg, Henriksson et Gerdle, 2009; Sandqvist, Gullberg, Henriksson et Gerdle, 2008). Selon Karlsson *et al.* (2017), les ergothérapeutes rapportent que cette classe d'outils est celle qui permet le mieux d'évaluer le potentiel d'un individu en regard de son travail, mais elle reste parfois difficile à réaliser.

En bref, bien que l'observation permette une analyse en profondeur et directement en lien avec les tâches réelles de travail, il existe très peu d'outils standardisés de cette classe et les coûts associés à son utilisation sont importants. De plus, leur utilisation repose sur des ententes conclues avec les milieux de travail.

1.2.4 Entrevues structurées

Les entrevues structurées sont principalement utilisées dans un objectif évaluatif pour : mieux comprendre la condition et les besoins des travailleurs, identifier les obstacles dans le milieu de travail, déterminer les besoins de réadaptation, élaborer les objectifs d'intervention et suivre la progression du travailleur. Comparativement aux questionnaires autoadministrés, les entrevues requièrent plus de temps et de ressources humaines. En réadaptation, ces outils sont généralement utilisés lorsque l'incapacité au travail se prolonge au-delà de la durée habituelle de guérison. Les entrevues permettent de formuler un jugement clinique qui intègre l'interaction des différentes dimensions évaluées. Ainsi, comparativement aux autres classes d'outils, ils permettent une évaluation en profondeur des déterminants de l'incapacité au travail.

Toutefois, comparativement aux trois classes précédentes, beaucoup moins d'outils peuvent être recensés dans la littérature. Un premier outil est le Worker Role Interview (WRI), qui est un guide d'entrevue structurée permettant d'identifier la perception des travailleurs sur les facteurs

psychosociaux et environnementaux influençant leur habileté à retourner au travail (Velozo *et al.*, 1999). Ce guide a été traduit dans plusieurs langues, possède de bonnes qualités psychométriques et est un outil générique c'est-à-dire qu'il peut être utilisé auprès de différents problèmes de santé (Yngve et Ekbladh, 2011, 2015; Egan *et al.*, 2015; Forsyth *et al.*, 2006). Cet outil n'évalue toutefois pas les facteurs cliniques et ne considère pas l'interaction entre les variables associées à la personne et à celles de l'environnement. Un second outil est le Dialogue About Ability Related to Work (DOA) qui vise à déterminer les facteurs influençant la capacité à travailler (Linddahl, Norrby et Bellner, 2003; Norrby et Linddahl, 2006). Il s'agit d'un questionnaire autoadministré, ainsi qu'une entrevue structurée portant sur les habiletés du client à effectuer les activités au travail. Cet outil a été développé pour une population atteinte de problème de santé mentale. Il existe en versions anglaise et suédoise et possède de bonnes qualités psychométriques (Linddahl *et al.*, 2003; Norrby *et al.*, 2006).

Finalement, il y a l'outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT), élaboré en français par une équipe québécoise pour aider les intervenants à identifier de façon systématique l'ensemble des facteurs contribuant au maintien de l'incapacité au travail et à formuler un plan d'intervention individualisé (Durand, Loisel, Hong et Charpentier, 2002). À la connaissance des auteurs, l'OISHT est un des rares outils conçus pour s'inscrire directement au cœur du processus de planification de programmes de réadaptation au travail pour des personnes qui se caractérisent par une absence prolongée (phase chronique) du travail. Il permet d'identifier l'ensemble des facteurs de maintien de l'incapacité et des obstacles qui expliquent les raisons de l'absence prolongée du travail. Ces facteurs sont non seulement en lien avec le travailleur, mais aussi avec le milieu de travail, l'assureur ou encore les professionnels de la santé. L'outil est disponible pour les deux principaux problèmes de santé associés à l'incapacité au travail et à l'absentéisme soit les TMC (Durand *et al.*, 2010) et les TMS (Durand *et al.*, 2002). De plus, il combine l'entretien structuré et les questionnaires autoadministrés qui permettent une triangulation des données (Durand, Coutu et Hong, 2014). Enfin, il est un des rares outils disponibles en français et adaptés aux systèmes de santé et d'indemnisation québécois. Cependant, les qualités psychométriques de l'OISHT n'ont été que partiellement décrites (Durand *et al.*, 2002).

1.3 Outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT)

Le but principal de l'OISHT, qui est décrit plus en détail ici, est d'éliminer un diagnostic de gravité et d'identifier la ou les causes du maintien de l'incapacité au travail ou d'un état rendant difficile le RAT. Les résultats permettent par la suite d'établir un plan personnalisé qui détermine un ordre prioritaire des cibles d'intervention. L'étude de Marois et Durand (2009) sur l'effet, en début de programme de réadaptation, de l'identification de ces facteurs par l'OISHT suggère que cet outil permet aux cliniciens de rapidement individualiser leur intervention et d'être plus efficaces dans leurs actions. Ainsi, il devient nécessaire de poursuivre les études de validation sur cet outil.

Le cadre conceptuel utilisé pour le développement de cet outil est le Processus de production de handicap (PPH) (Fougeyrollas, 1991). Ce modèle, développé par le Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CQCIDIH), considère le handicap comme le résultat situationnel d'un processus interactif entre les caractéristiques de la personne et celles de l'environnement. Le cadre conceptuel du PPH définit la situation de handicap en utilisant la définition du CQCIDIH, selon laquelle la réalisation ou non d'une

habitude de vie, c'est-à-dire une activité courante ou un rôle social qui assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence, résulte de l'interaction entre l'atteinte de systèmes organiques et des aptitudes (capacités et incapacités) de la personne, d'une part, et des facteurs environnementaux, d'autre part (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998). Ainsi, dans le cadre de la réadaptation, la situation de handicap au travail se définit comme le résultat d'une interaction défavorable entre les facteurs personnels et les obstacles environnementaux, incluant le milieu de travail, le régime administratif d'indemnisation et le système de santé. Cette situation empêche la réalisation d'une habitude de vie, importante chez l'adulte, soit le travail.

À partir de la littérature scientifique et de l'expertise clinique, des indicateurs de gravité et des indicateurs de situation de handicap au travail (ISHT) ont été identifiés. Les indicateurs de gravité sont des indices qui laissent suspecter une pathologie grave requérant des soins médicaux spécifiques. Les ISHT sont des indicateurs sur les causes du maintien d'une incapacité au travail dont les origines peuvent être physique, psychosociale, occupationnelle, clinique ou administrative. L'OISHT comporte des questions ouvertes et fermées sur les facteurs regroupés en grandes familles, afin d'aider les cliniciens à détecter les ISHT et les indicateurs de gravité.

L'OISHT a été originalement développé en 1997, dans le contexte de la clinique en réadaptation au travail PRÉVICAP pour des travailleurs ayant un TMS (Durand *et al.*, 2002). Il a été élaboré par un panel d'experts en se basant sur leur expérience et sur l'analyse des données de la littérature scientifique. L'OISHT-TMS compte 57 ISHT se regroupant dans trois grandes familles, soit « personnel », « administratif » et « environnement », comprenant respectivement 32, 11, et 14 indicateurs. L'outil prend la forme d'une entrevue structurée comportant huit sections où se répartissent les ISHT correspondants : 1) condition de santé antérieure et actuelle, 2) syndrome douloureux, 3) habitudes de vie, 4) histoire sociofamiliale, 5) situation financière, 6) environnement de travail, 7) perceptions et attentes du travailleur et 8) analyse des résultats et recommandations. En plus de l'entrevue structurée menée auprès du travailleur, des questionnaires autoadministrés sont mis à la disposition des cliniciens au besoin, afin d'approfondir certains ISHT. Il s'agit du questionnaire Roland-Morris sur l'incapacité pour maux de dos (Roland et Fairbank, 2000), le questionnaire sur l'indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs (IDVQ) (Stock *et al.*, 2004), L'Évaluation du stress au travail (EST) (Karasek *et al.*, 1998), l'Inventaire de détresse psychologique (IDP) (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992), et l'échelle de kinésiophobie (TAMPA) (French, Roach et Mayes, 2002).

En 2010, l'OISHT a été adapté pour une population de travailleurs absents du travail en raison de TMC (Durand *et al.*, 2010). L'OISHT-TMC compte en tout 48 ISHT regroupés dans quatre grandes familles d'indicateurs, soit « sociodémographique », « clinique », « administratif » et « occupationnel », comprenant respectivement 6, 14, 4 et 24 ISHT. Dans le contexte de l'entrevue, les ISHT se répartissent en sept sections : 1) conditions de santé antérieure et actuelle, 2) habitudes de vie, 3) histoire sociofamiliale, 4) situation financière, 5) environnement de travail, 6) perceptions et attentes du travailleur et 7) analyse des résultats et recommandations. En plus de l'entrevue menée auprès du travailleur, deux outils complémentaires sont proposés et peuvent être utilisés pour appuyer le diagnostic et le fonctionnement des individus : l'Inventaire de détresse psychologique (IDP) (Préville *et al.*, 1992) et l'évaluation du stress au travail (EST) (Karasek *et al.*, 1998).

L'OISHT est un premier effort pour améliorer l'intervention auprès des travailleurs absents du travail, et ce, en adoptant une vision holistique de la problématique. Cet outil a été développé selon une démarche rigoureuse intégrant à la fois les connaissances scientifiques et les connaissances pratiques (Durand *et al.*, 2010). L'OISHT tient compte de l'ensemble des systèmes personnel, médical, de l'environnement de travail et de l'assureur qui contribuent à créer, maintenir ou réduire l'incapacité à long terme. L'OISHT prend la forme d'un guide d'évaluation et offre aux intervenants une démarche systématique d'identification des facteurs.

Auparavant, seule la validité d'apparence (*face validity*) de l'OISHT-TMS avait été étudiée. En effet, un jugement a été émis par des utilisateurs de l'OISHT sur la pertinence, le format, les questions et les échelles de mesure, ainsi que sur la compréhension des guides d'entrevues (Durand *et al.*, 2002). Dans le contexte de la présente étude, l'objectif principal était d'étudier de nouvelles qualités psychométriques de l'OISHT. Cette évaluation est une étape essentielle pour tous les instruments de mesure reconnus comme valides. En effet, il est important qu'un outil ait de bonnes qualités psychométriques, afin que différents intervenants puissent bien mesurer le concept ciblé dans divers contextes d'utilisation. De plus, il est nécessaire que les mesures ne soient pas obtenues au hasard et qu'elles permettent de détecter des changements dans la condition particulière d'une personne.

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les qualités psychométriques des deux versions de l'OISHT, soit pour évaluer les travailleurs atteints d'un trouble musculosquelettique (OISHT-TMS) ou d'un trouble mental courant (OISHT-TMC). Les quatre qualités psychométriques suivantes ont été évaluées pour chacune des versions de l'OISHT :

- la validité de construit factorielle;
- la cohérence interne;
- la fidélité interjuges;
- la validité convergente.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Devis et population à l'étude

Il s'agit d'une étude de développement visant à perfectionner un instrument de mesure. Un devis corrélational transversal a été utilisé; il s'agissait d'explorer les relations entre des variables. (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 1990; Fortin et Gagnon, 2016).

Les chercheurs ont eu recours à un échantillon de convenance de type non probabiliste (Contandriopoulos *et al.*, 1990). Pour déterminer globalement la taille de l'échantillon, l'analyse de la qualité psychométrique qui demandait le plus de participants, soit la validité factorielle, a été utilisée. Plusieurs écrits sur la détermination de la taille d'échantillon pour les analyses factorielles peuvent être identifiés dans la littérature (Costello et Osborne, 2005; MacCallum, Widaman, Preacher et Hong, 2001; Osborne et Costello, 2004; Sapnas et Zeller, 2002). Divers critères ont été identifiés comme influençant la taille requise d'un échantillon, tels que les poids factoriels, le nombre d'items du questionnaire, la nature des données et la communauté (*communality*) des différentes variables, c'est-à-dire, la part de la variance commune entre les variables (Costello et Osborne, 2005; MacCallum *et al.*, 2001). Lorsque la communauté est élevée, une taille d'échantillon plus petite est requise (MacCallum *et al.*, 2001). Bien que l'OISHT inclut un grand nombre d'items (ISHT), plusieurs de ceux-ci portent sur des dimensions similaires. Par conséquent, une taille de 150 participants pour chaque atteinte (150 participants TMS et 150 participants TMC) a été jugée suffisante pour l'étude de la validité factorielle exploratoire (Corbière, 2014; Corbière et Fraccaroli, 2014; Guadagnoli et Velicer, 1988; Hutcheson et Sofroniou, 1999). Les données recueillies pour l'analyse de la validité factorielle serviront également à évaluer la cohérence interne (Corbière, 2014; Corbière et Fraccaroli, 2014).

Les participants ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion suivants :

- être âgé de 18 à 65 ans;
- parler et lire le français;
- être absent du travail depuis au moins trois mois, mais moins que deux ans, en raison d'un TMS² ou d'un TMC³;
- avoir conservé un lien d'emploi;

² Dans cette étude, les TMS sont définis comme « un ensemble de symptômes et d'atteintes inflammatoires ou dégénératives qui concernent les segments corporels suivants : le cou, le dos, les membres supérieurs et les membres inférieurs. Ces problèmes touchent diverses structures telles que les tendons, les muscles, les ligaments, les gaines synoviales et les articulations en incluant les disques intervertébraux. Les nerfs et les vaisseaux sanguins connexes à ces structures peuvent également être affectés » (Comité provincial des représentants en ergonomie [CPRE], 2007).

³ Les TMC sont des troubles psychologiques ou comportementaux qui sont communs et dont la symptomatologie est modérée et bien circonscrite dans le temps (Drouin, 2011). Les plus fréquents sont : 1) les troubles de l'adaptation, 2) les troubles de l'humeur (dépression majeure) et 3) les troubles anxieux (trouble d'anxiété généralisée, trouble panique avec ou sans agoraphobie) (Nieuwenhuisen, Verbeek, Siemerink et Tummers-Nijssen, 2003).

- avoir occupé un travail régulier à temps complet ou partiel durant un an avant l'arrêt de travail.

Par ailleurs, le critère d'exclusion est :

- avoir un TMS relié à une pathologie spécifique (maladies métabolique, néoplasique, inflammatoire ou infectieuse, etc.) ou un TMC grave (schizophrénie, etc.).

Peu d'études se sont attardées aux méthodes de calcul de la puissance pour les coefficients de kappa (Crewson, 2005) pour déterminer la taille requise des échantillons pour évaluer la fidélité interjuges. Par convention, il est admis que 30 paires (c'est-à-dire une comparaison de résultats de deux évaluateurs sur un même cas) sont un nombre acceptable pour l'étude de la fidélité interjuges d'outils de mesure avec des variables catégoriques (Crewson, 2005; Lacy et Riffe, 1996).

Les évaluateurs devaient posséder un permis d'exercice à titre d'ergothérapeute (membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec) et avoir au moins une année d'expérience en réadaptation au travail. Ils ont reçu une formation de la chercheuse principale, Marie-José Durand. Cette formation durait en moyenne quatre heures et comprenait la présentation de l'outil et son échelle de cotation ainsi que de multiples exercices sous forme d'histoires de cas. Plus précisément, pour chaque histoire de cas, les évaluateurs devaient identifier la liste des ISHT les plus prévalents. Par la suite, les réponses des évaluateurs étaient corrigées et tous les écarts avec le formateur étaient discutés. Au terme de la formation, chaque participant devait avoir identifié les ISHT avec un degré de concordance de 75 % et plus avec le formateur. Si ce niveau de conformité n'était pas atteint, une ou des histoires de cas supplémentaires étaient fournies aux ergothérapeutes jusqu'à l'atteinte du seuil de 75%.

3.2 Variables sociodémographiques

Les variables suivantes ont été recueillies pour décrire l'échantillon et constituer les données de base pour l'évaluation des qualités psychométriques de l'outil : 1) variables sociodémographiques des évaluateurs, 2) variables sociodémographiques et sur l'état de santé des participants.

3.2.1 Variables sociodémographiques des évaluateurs

Des données sociodémographiques ont été recueillies auprès des évaluateurs lors de la journée de formation qui a été offerte par la chercheuse principale de ce projet. Les données portaient sur le sexe, l'âge, scolarité, le lieu principal de pratique (privé ou public), le nombre d'années d'expérience à titre d'ergothérapeute et le nombre d'années d'expérience en réadaptation au travail.

3.2.2 Variables sociodémographiques et sur l'état de santé des participants

Un questionnaire a été utilisé pour décrire les caractéristiques des participants. Les informations suivantes ont été recueillies : sexe, âge, scolarité, situation de vie à domicile, titre d'emploi, secteur d'activité, date de l'accident (si applicable), durée de l'arrêt de travail, ancienneté, antécédent de TMC ou TMS, comorbidité et diagnostic médical au dossier lié au présent arrêt

de travail. Ce dernier a été classé selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) pour les participants présentant un TMC. Les titres d'emploi sont tirés de la Classification nationale des professions (CNP), développée conjointement par Emploi et Développement social Canada et Statistique Canada, qui a été révisée en 2016. Quant aux secteurs d'activité économique, ils sont présentés selon le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN) de Statistique Canada, révisé en 2017.

3.3 Variables et outils pour étudier la validité convergente

3.3.1 Situation de handicap au travail

La situation de handicap au travail a été estimée avec les deux versions de l'OISHT (OISHT-TMS et OISHT-TMC), telles que présentées dans l'état des connaissances. L'ergothérapeute dirige l'entrevue, identifie et pondère les ISHT issus de l'échange avec le travailleur. La pondération est un processus de raisonnement clinique sur le poids relatif (niveau d'importance) de chaque ISHT par rapport à la prolongation de l'absence au travail de l'individu. Par conséquent, les ISHT sont ordonnés et seuls les plus déterminants sont conservés et rapportés à la dernière section sur l'analyse des résultats et recommandations. L'échelle utilisée comporte cinq niveaux. La question posée pour chaque ISHT est : dans quelle mesure cet indicateur contribue-t-il au maintien de l'incapacité au travail : 0 - l'indicateur n'est pas présent, 1 - pas du tout probable à 4 - tout à fait probable? Il est recommandé que les ISHT ayant une cote de 3 ou 4 soient retenus pour élaborer un plan de réadaptation individualisé. La description des ISHT est présentée à l'annexe A.

3.3.2 Stress au travail

Le stress au travail a été évalué à l'aide de l'Évaluation du Stress au Travail (EST) (Karasek *et al.*, 1998; Karasek *et al.*, 1985; Karasek et Theorell, 1990). Ce questionnaire autoadministré est composé de 29 items répartis en trois échelles : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social (Johnson et Hall, 1988). L'échelle de la demande psychologique (9 items) mesure la perception qu'ont les travailleurs de la quantité de travail à accomplir, des exigences mentales et des contraintes de temps liées à leur travail. L'échelle de la latitude décisionnelle est composée de deux sous-échelles : l'autorité décisionnelle (3 items) et l'utilisation des qualifications (6 items). Ces deux sous-échelles évaluent la capacité de prendre des décisions sur la manière de réaliser le travail et d'influencer les décisions qui s'y rattachent, mais aussi sur la perception des travailleurs de la possibilité d'utiliser leurs compétences, d'en développer de nouvelles et d'avoir un travail où les tâches sont variées et permettent la créativité. Le soutien social est composé de deux sous-échelles : le soutien social des supérieurs (5 items) et le soutien social des collègues (6 items). L'ensemble des items contenus dans cette échelle permet de mesurer trois composantes du soutien social des supérieurs immédiats et collègues (Bourbonnais et Mondor, 2001). Finalement, plus les scores sont élevés, plus la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien sont importants. Deux points de coupure sont proposés : si le score de la sous-échelle latitude décisionnelle est égale ou inférieur à 72, elle est jugée faible; si le score de la sous-échelle demande psychologique est supérieur ou égal à 24, elle est alors qualifiée d'élevée (≥ 24). Bien que ce questionnaire soit généralement utilisé pour une population au travail, il a été jugé pertinent de l'utiliser pour la validité convergente de certaines questions de l'OISHT correspondant à l'activité de travail au moment de l'arrêt. La version française des sous-

échelles de demande psychologique et de la latitude décisionnelle a été validée (Larocque, Brisson et Blanchette, 1998). Les coefficients alpha de Cronbach obtenus variaient de 0,68 à 0,85, ce qui supporte la cohérence interne de l'instrument. La validité discriminante est également satisfaisante (Larocque *et al.*, 1998).

3.3.3 Détresse psychologique

La détresse psychologique a été appréciée avec l'Inventaire de détresse psychologique (IDP), qui est un questionnaire autoadministré adapté de l'échelle Psychiatric Symptom Index (Ilfeld, 1976). Il mesure les différentes dimensions de la détresse psychologique, c'est-à-dire les réactions négatives au stress, comme les symptômes dépressifs ou anxieux, la colère et les difficultés d'attention et de concentration. La version courte de ce questionnaire est composée de 14 questions. Pour chacune d'elles, la personne doit répondre sur une échelle de fréquence à quatre niveaux allant de « jamais » à « très souvent ». L'IDP est conçu pour une population générale et utilisée dans le cadre des questionnaires utilisés pour l'Enquête Santé Québec. Les personnes ayant une cote supérieure à 30,95 se situent au 85^e percentile, ce qui indique une détresse psychologique sévère. L'IDP a démontré une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,89) (Prévaille *et al.*, 1992). Aussi, une étude a établi que l'IDP avait une bonne validité convergente avec les symptômes affectifs et cognitifs (Prévaille, Potvin, Boyer et Boulerice, 2000).

3.3.4 Perception d'incapacité (dos)

Le questionnaire Roland-Morris, régulièrement utilisé dans le domaine de la réadaptation au travail, a permis d'évaluer la perception d'incapacité des travailleurs. Il s'agit d'une version modifiée du Sickness Impact Profile (une mesure d'état de santé générique) développée spécifiquement pour les maux de dos. Il est autoadministré et composé de 24 énoncés qui concernent à la fois l'impact du mal de dos aux niveaux physique et psychologique. La personne doit cocher, parmi ces énoncés, ceux qui se rapportent à sa condition d'aujourd'hui. Le seuil habituel pour qualifier une perception d'incapacité importante est un score de 50 et plus (Roland et Fairbank, 2000) La fidélité test-retest du questionnaire Roland-Morris est bonne (ICC variant de 0,72 à 0,91), ainsi que la cohérence interne (alpha de Cronbach variant de 0,84 à 0,93) (Roland et Fairbank, 2000). De plus, il est sensible au changement mesuré à la suite de traitements en réadaptation, particulièrement pour une population ayant un niveau d'incapacité peu élevé (Leclaire, Blier, Fortin et Proulx, 1997; Stratford, Binkley, Solomon, Gill et Finch, 1994). Il s'agit d'un instrument recommandé pour être utilisé en recherche sur les maux de dos, afin de standardiser la mesure de résultats auprès de cette population (Deyo *et al.*, 1998). Une version française du questionnaire Roland-Morris a été élaborée par Coste, Le Parc, Berge, Delecoeuillerie et Paolaggi (1993).

3.3.5 Perception d'incapacité (membres supérieurs et cou)

Pour les personnes présentant une atteinte aux membres supérieurs et au cou, l'Indice d'impact de la douleur à ces parties du corps (IDVQ-20) a été retenu pour mesurer l'incapacité. Ce questionnaire comprend 20 items évaluant les impacts des lésions musculosquelettiques du cou et des membres supérieurs sur le travail, les activités physiques, le sommeil, les dimensions psychosociales, ainsi que les effets iatrogènes chez les personnes atteintes. L'échelle est de 1 - aucune difficulté à 7 - je ne peux le faire, avec de plus une possibilité de

préciser que la question ne s'applique pas ou que je ne connais pas la réponse. Ainsi, plus le score est élevé (avec un maximum de 7), plus l'incapacité perçue est forte. Les résultats ont montré que l'IDVQ-20 possède une forte fidélité test-retest (ICC variant de 0,83 à 0,85), une excellente cohérence interne (alpha de Cronbach de 0,92) et une sensibilité au changement très robuste (moyenne des réponses normalisées de 1,74). Cet outil présente également une bonne validité convergente selon les corrélations à plusieurs mesures objectives et subjectives d'exams physiques, de douleur et de mesure générique de l'état de santé. Dans des études de validation de construit, il a aussi été capable de discriminer de façon significative les personnes absentes du travail de celles qui travaillaient (Stock *et al.* 2004). L'IDVQ-20 fournit donc une évaluation fiable et valide des impacts spécifiquement liés aux lésions musculosquelettiques du cou et des membres supérieurs.

3.3.6 Kinésiophobie

Ce concept, qui représente la peur du mouvement et de se blesser de nouveau, a été évalué avec l'Échelle de kinésiophobie TAMPA (EKT). La version originale du questionnaire est composée de 17 items (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren et Van Eek, 1995) et une version de 11 items a également été proposée (Woby, Roach, Urmston et Watson, 2005). Chaque item doit être coté en fonction d'une échelle de Likert à quatre niveaux selon laquelle 1 signifie « fortement en désaccord » et 4 « fortement en accord » avec l'énoncé. Une étude de Vlaeyen *et al.* (1995) a démontré une bonne fidélité et une validité concomitante de l'instrument. Des corrélations positives entre la peur du mouvement et la peur de se blesser à nouveau ont été observées au moyen de mesures liées au concept de douleur et de détresse affective (peur, dépression). Par ailleurs, une version française canadienne de l'outil a été adaptée par l'Université de Moncton et a démontré des résultats adéquats concernant la cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,71) et la validité de construit de l'outil pour lesquels une association a été obtenue entre le score à l'EKT et des mesures de douleur, d'incapacité, de dépression, d'anxiété et de RAT (French *et al.*, 2002). La version comportant 11 items possède également des qualités psychométriques acceptables : cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,79), fidélité interjuges (ICC = 0,81), validité convergente (corrélation de 0,60 avec le questionnaire de dramatisation de la douleur) et la sensibilité au changement (SRM = 1,11) (Hapidou *et al.*, 2012; Tkachuk et Harris, 2012; Woby *et al.*, 2005). Pour la version comportant 11 items, il n'y a pas de point de coupure établissant une distinction claire entre des taux élevé et faible de kinésiophobie (Larsson *et al.*, 2016). Toutefois, plus le score obtenu se rapproche du maximum possible de 44 points, plus la kinésiophobie est importante.

3.3.7 Causes du maintien de l'incapacité au travail

En l'absence d'un questionnaire pouvant être utilisé comme mesure étalon lors du début de cette étude, un inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail a été développé, l'un pour les TMS et l'autre pour les TMC. D'abord, les chercheurs ont formulé des questions correspondantes aux ISHT pour chacune des deux versions de l'OISHT. Ces questions correspondaient à un ou plusieurs ISHT, selon la proximité conceptuelle de ceux-ci. Par la suite, les deux inventaires ont fait l'objet d'un prétest auprès de 3 ergothérapeutes dont les commentaires ont été recueillis. De nouvelles versions des inventaires ont été réalisées en tenant compte des commentaires des participants. L'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail pour les TMS comprend 15 dimensions couvrant 43 ISHT, alors que l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail pour les TMC a 19 dimensions

pour 39 ISHT. Une échelle numérique en 10 points a été utilisée pour chaque question à l'étude : 0 - aucun impact sur la prolongation de la durée de l'absence au travail à 10 - impact maximal sur la prolongation de la durée de l'absence au travail. De plus, une réponse « ne s'applique pas » était disponible si la dimension mesurée était absente.

3.4 Recrutement et collecte de données

La collecte des données a été effectuée auprès de participants admis dans des programmes de réadaptation offerts par des organisations québécoises publiques ou privées. Pour chaque participant potentiellement éligible à participer à cette étude, les ergothérapeutes communiquaient avec un professionnel de recherche qui vérifiait l'éligibilité. Par la suite, s'il était éligible, chaque participant était évalué à l'aide de l'OISHT par l'ergothérapeute désigné pour le traiter. L'administration de l'OISHT durait de 90 à 120 minutes. De plus, pour l'évaluation de la validité convergente, les participants avaient également à remplir des questionnaires complémentaires à la fin de l'entrevue (voir sous-section 3.3). Aussi, pour un sous-groupe de participants de chaque population, l'ergothérapeute a complété entre 24 et 72 heures après l'administration de l'OISHT, sans l'aide de note, l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail. Pour l'évaluation de la fidélité interjuges, pour chacune des populations de l'étude, six ergothérapeutes déjà formés ont été recrutés pour coter l'OISHT à partir d'histoires de cas standardisés. Pour participer à cette étape, les évaluateurs devaient avoir complété au moins 5 évaluations pour une des deux populations à l'étude et être disponibles sur une période prédéterminée de deux semaines vers la fin du calendrier de recherche. Les ergothérapeutes participant à cette étape ont été recrutés pour une seule population.

3.5 Analyses statistiques

Des analyses descriptives (fréquences, étendues, moyennes et écarts-types) ont été utilisées pour décrire les caractéristiques des participants et des évaluateurs, et les scores obtenus à l'OISHT. Les données ont été compilées dans un masque de saisie Access, pour ensuite être converties en feuilles de calcul Excel (Microsoft Office 2016). Deux logiciels ont été utilisés pour effectuer les analyses statistiques, SAS 9.4 et SPSS 23.0.

3.5.1 Analyse factorielle de la validité de construit

Une analyse factorielle exploratoire (AFE) par composantes principales a été effectuée. Cette analyse permet d'explorer les dimensions conceptuelles inhérentes à un construit et de réaliser la réduction du nombre d'énoncés appartenant à chacune des dimensions, en vue de refléter l'essence d'un construit se rapportant à la loi de la parcimonie (Corbière et Fraccaroli, 2014). Dans le contexte de cette étude, l'analyse factorielle a été utilisée afin de vérifier la présence de dimensions à l'intérieur des grandes familles conceptuelles d'ISHT des deux versions de l'OISHT. Plus précisément, pour l'OISHT-TMS, il s'agissait des familles : « personnel », « environnemental » et « administratif ». Pour les l'OISHT-TMC, les familles d'indicateurs étaient : « sociodémographique », « clinique » et « occupationnel ». Pour l'OISHT-TMC, la famille « administratif » n'a pas fait l'objet d'analyse factorielle, car elle présentait seulement quatre items.

Des étapes préalables à l'analyse factorielle ont été réalisées. D'abord, les fréquences d'observation de chaque ISHT (item) ont été vérifiées. Les chercheurs ont établi qu'au moins

20 % du phénomène devait être présent pour être intégré dans les analyses factorielles exploratoires. Par la suite, pour les indicateurs restants, le niveau de multicollinéarité entre les items a d'abord été évalué (Furr et Bacharach, 2008). Des matrices de corrélation ont été élaborées et seules les corrélations égales et supérieures à 0,30 ont été conservées pour l'étape subséquente. Les résultats au Bartlett's test of sphericity ($p < 0.05$) et au Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) (coefficient > 0.60) ont été considérés pour l'inclusion des ISHT dans l'analyse factorielle. Le nombre de dimensions à extraire a ensuite été déterminé en fonction de l'observation des cassures (test de l'éboullis), ainsi que la valeur propre (*eigenvalue*) recherchée supérieure à 1.

Enfin, une rotation orthogonale (Varimax) aux axes a été appliquée, afin de mettre en évidence les dimensions associées et non associées entre elles (Furr et Bacharach, 2008). De plus, la matrice des poids factoriels (*factor loading*) des ISHT a été analysée pour déterminer les dimensions sur lesquelles ceux-ci saturaient (Furr et Bacharach, 2008).

3.5.2 Analyse de la cohérence interne

La cohérence interne évalue la variation obtenue entre le score des items et les dimensions émergentes de l'analyse factorielle exploratoire. Elle permet d'apprécier l'homogénéité des items des dimensions d'un outil. Elle se base sur le principe que les items d'un outil sont tous des indicateurs d'un même concept et qu'il devrait donc exister une relation importante entre ceux-ci. Pour ce faire, des coefficients alpha de Cronbach ont été calculés. Ce coefficient permet d'indiquer dans « quelle mesure les items du test mesurent le ou les mêmes construits » (Hogan, Stephenson et Parent, 2012). Les contenus des ISHT ayant des coefficients de 0,9 et plus seront revus et au besoin éliminés ou modifiés pour s'assurer qu'il n'y ait pas de redondance. La cohérence interne a été calculée sur toutes les dimensions issues des analyses factorielles exploratoires pour les deux versions des OISHT.

3.5.3 Analyse de la fidélité interjuges

La fidélité interjuges évalue l'équivalence des scores d'un outil lorsqu'il est administré par plusieurs évaluateurs différents. L'équivalence se base sur le postulat voulant que, en mesurant la même chose au même moment avec un même outil, des évaluateurs différents doivent obtenir un même résultat. Si ce n'est pas le cas, c'est qu'il y a une erreur de mesure qui peut être liée à une mauvaise définition des critères d'observation et de cotation de l'outil ou à un manque de formation des évaluateurs. Comme les variables à l'étude sont ordinales, des coefficients kappa de Cohen ont été calculés sur le score de chaque ISHT pour mesurer le niveau de concordance entre les évaluateurs. Aussi, des intervalles de confiance (95 %) ont été calculés pour chaque coefficient. Ces intervalles sont interprétés selon la classification de Landis et Koch (1977) soit : pauvre = $< 0,00$; faible = $0,00-0,20$; acceptable = $0,21-0,40$; modérée = $0,41-0,60$; très bonne = $0,61-0,80$; et presque parfaite = $0,81-1,00$.

3.5.4 Analyse de la validité convergente

La validité convergente permet d'estimer avec un outil mesurant un concept apparenté s'il existe des corrélations significatives et positives. Comme illustré aux tableaux 1 et 2, pour les versions OISHT-TMS et OISHT-TMC, des coefficients de corrélations de Spearman ont été calculés entre la cotation de certains ISHT et les questionnaires autoadministrés. Ce type de

corrélations a été retenu étant donné que les échelles étaient ordinales. Lorsque plusieurs ISHT étaient associés à une question du questionnaire, la moyenne des scores de ceux-ci était réalisée avant d'estimer la corrélation. Il est à noter que, si le score de l'ISHT pour l'échantillon avait une fréquence d'apparition égale ou inférieure à 20 %, celui-ci était retiré du calcul. Par conséquent, la moyenne de score était réalisée sur le nombre d'ISHT restant. Pour l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail, les coefficients de corrélations de Spearman ont été calculés seulement pour les ISHT issus de l'AFE.

Tableau 1 – Synthèse des variables et outils de mesure utilisés pour la validité convergente (OISHT-TMS)

Famille ISHT	Variable	Outil
P32 – Des signes ou symptômes évoquant une détresse psychologique	Détresse psychologique	Inventaire de détresse psychologique
P31 – La perception du travailleur d'une incapacité physique importante ¹	Perception d'incapacité	Questionnaires Roland-Morris/Indice d'impact au cou et aux membres supérieurs
P29 – La présence de kinésiophobie	Kinésiophobie	Échelle TAMPA
Tous les ISHT-TMS	Causes du maintien de l'incapacité au travail ²	Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

¹ Selon le site principal de l'atteinte, un questionnaire sur l'incapacité différent a été utilisé.

² Les ISHT et les questions correspondantes sont disponibles en annexe.

Tableau 2 – Synthèse des variables et outils de mesure utilisés pour la validité de convergence (OISHT-TMC)

Famille OISHT	Variable	Outil
O8 – La perception du travailleur d'une surcharge subjective de travail	Stress au travail	Évaluation du stress au travail
O10 Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail		
O11– La perception du travailleur d'une faible participation aux décisions à prendre au travail		
O12 La perception du travailleur du peu de reconnaissance de l'organisation		
C4 - La sévérité des symptômes liés au TMC	Détresse psychologique	Inventaire de détresse psychologique
Tous les ISHT	Causes du maintien de l'incapacité au travail ¹	Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

¹Les ISHT et les questions correspondantes sont disponibles en annexe.

3.6 Considérations éthiques

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) le 27 février 2014. Le consentement écrit des ergothérapeutes et des participants a été obtenu de façon libre et éclairée. Tous pouvaient se retirer du projet à tout moment, et ce, sans aucun préjudice. L'ensemble des informations nominales ont été anonymisées et les informations restent strictement confidentielles et accessibles qu'à l'équipe de recherche. Les formulaires de consentement et l'OISHT sont de plus conservés dans un classeur sous clé dans un local verrouillé du Campus Longueuil de l'Université de Sherbrooke.

4. RÉSULTATS

Les résultats seront présentés en fonction des deux versions de l'outil, soit d'abord celle développée pour les personnes ayant un TMS et, par la suite, celle présentant un TMC. Mais, en premier lieu, sont rapportés les résultats concernant les caractéristiques des évaluateurs et des participants.

4.1 Descriptions des caractéristiques des évaluateurs et des participants

4.1.1 Description des évaluateurs

Au total, 76 évaluateurs, exerçant à la fois dans le secteur privé (n = 55; 72,4 %) et dans le secteur public (n = 21; 27,6 %), ont été formés pour participer à la collecte de données. Parmi ceux-ci, seuls 35 ergothérapeutes ont réellement complété des OISHT avec des travailleurs, dont neuf qui en ont utilisé pour les deux populations (TMS et TMC). La répartition du sous-groupe est semblable à celle de l'ensemble, avec respectivement 25 ergothérapeutes évoluant dans le secteur privé au moment de leur formation (71,4 %), contre 10 dans le secteur public (28,6 %). Dans le tableau 3, par souci de cohérence, les caractéristiques sociodémographiques des neuf ergothérapeutes se retrouvent à la fois dans les données TMC et TMS, car ils ont participé à la collecte de données auprès des deux populations. Globalement, les données permettent d'observer que les évaluateurs sont surtout des femmes, âgées entre 20 à 29 ans, qui détiennent en majorité un diplôme de deuxième cycle, avec en moyenne quatre ans d'expérience en réadaptation au travail.

Tableau 3 – Caractéristiques sociodémographiques des évaluateurs

	TMC N=17 ^a		TMS N=27 ^a	
	N	%	N	%
Genre				
Femme	14	82,4	23	85,2
Homme	3	17,6	4	14,8
Âge	Moy.=29,8 ans Écart-type=8,4		Moy.=29,0 ans Écart-type=7,6	
20-29	11	64,7	18	66,7
30-39	3	17,6	7	26,0
40-49	2	11,8	1	3,7
≥ 50	1	5,9	1	3,7
Plus haut niveau de diplomation universitaire				
Baccalauréat	6	35,3	9	33,3
Maîtrise	11	64,7	18	66,7
Expérience en réadaptation au travail	Moy.=4,2 années Écart-type=6,2		Moy.=3,9 années Écart-type=4,5	

- a. Il est à noter que neuf cliniciens ont complété à la fois des OISHT-TMC et OISHT-TMS, le total dépasse donc 35.

4.1.2 Description des participants

Comme l'indique le tableau 4, l'échantillon est composé de 150 personnes souffrant d'un TMC. Globalement, les caractéristiques de ces travailleurs montrent qu'il s'agit majoritairement de femmes et que l'âge moyen était de 43 ans, au moment de l'évaluation. Une grande proportion de ces personnes est née au Canada (80 %), dont 59,3 % possèdent un diplôme collégial ou universitaire et dont le diagnostic au dossier était, pour 65,4 % des cas, un trouble dépressif ou un trouble lié à un traumatisme et au stress. Aussi, environ le tiers de ces travailleurs ont rapporté un autre épisode d'absence du travail, en raison d'un TMC, s'étant déroulé au moins 12 mois avant de recourir à l'OISHT. Enfin, pour environ la moitié de l'échantillon, les évaluateurs ont identifié un autre problème de santé (comorbidité). Le titre d'emploi et le secteur d'activité les plus représentés sont respectivement les professionnels et les soins de santé et l'assistance sociale.

Le genre des 140 travailleurs présentant un TMS était presque autant féminin que masculin. Leur âge moyen atteignait 43 ans et ils étaient majoritairement nés au Canada (74,3 %). Pour 63,6 % d'entre eux, ces personnes avaient complété des études primaire ou secondaire et le site de la douleur était situé dans 84,2 % au dos, aux membres supérieurs et au cou. Également, dans 44,3 % des cas, il ne s'agissait pas d'un premier épisode d'absence du travail pour un TMS. Ces travailleurs rapportaient aussi un autre problème de santé (comorbidité), dans une proportion de 42,1 %. Les services personnels et services d'information à la clientèle (par exemple, préposé à l'entretien ménager ou préposé aux bénéficiaires) et les soins de santé et l'assistance sociale sont respectivement le type de profession et le secteur d'activité les plus représentés.

Tableau 4 – Caractéristiques sociodémographiques des participants

	Échantillon			
	TMC N=150		TMS N=140	
	N	%	N	%
Genre				
Femme	94	62,7	64	45,7
Homme	56	37,3	76	54,3
Âge	Moy.=43,3 ans Écart-type=9,3		Moy.=43,1 ans Écart-type=10,8	
20-29	12	8,0	21	15,0
30-39	42	28,0	29	20,7
40-49	52	34,7	46	32,9
≥ 50	44	29,3	44	31,4
Lieu de naissance				
Né au Canada	120	80,0	104	74,3
Né à l'étranger	22	14,7	35	25,0
Manquant	8	5,3	1	0,7
Scolarité complétée				
Primaire	13	8,7	28	20,0
Secondaire	40	26,7	61	43,6
Collégial	47	31,3	23	16,4
Universitaire	42	28,0	17	12,1
Autre	1	0,7	9	6,4
Manquant	7	4,7	2	1,4
Vit en cohabitation	116	77,3	113	80,7
Vit seul	34	22,7	27	19,3
À au moins un enfant	100	66,7	104	74,3
Troubles (DSM-V)				
Troubles dépressifs	61	40,7		
Troubles liés au traumatisme et au stress	37	24,7		
Troubles anxieux	11	7,3		
Troubles dépressifs et anxieux	17	11,3		
Autres troubles	24	16,0		
Siège de la douleur physique				
Dos			52	37,1
Membres supérieurs			35	25,0
Cou et dos			31	22,1
Multisites			13	9,3
Cou			8	5,7
Membres inférieurs			1	0,7
Durée d'absence du travail^a	Moy.=8,3 mois Écart-type=5,2		Moy.=7,6 mois Écart-type=4,3	
Antécédent d'absence du travail^b				
TMC	51	34,0		
TMS			62	44,3
Manquant	3	2,0	2	1,4
Comorbidité	80	53,3	59	42,1
Type de profession (CNP, 2016)				
Gestion	17	11,3	5	3,6
Professionnel	38	25,3	6	4,3

Technique et paraprofessionnel	19	12,7	14	10,0
Administration et soutien administratif	22	14,7	16	11,4
Ventes	7	4,7	9	6,4
Services personnels et information clientèle	26	17,4	37	26,4
Métiers industries, construction et opération	6	4,0	14	10,0
Ouvriers et manœuvres en transport et construction	9	6,0	28	20,0
Fabrication et services d'utilité publique	6	4,0	11	7,8
Ancienneté au poste avant l'absence		Moy.=11,4 années ^c Écart-type=8,3	Moy.=7,3 années ^d Écart-type=7,8	
Secteur d'activité économique (SCIAN, 2017)				
Services publics	3	2,0	0	0,0
Construction	1	0,7	10	7,1
Fabrication	10	6,7	23	16,4
Commerce de gros	1	0,7	1	0,7
Commerce de détail	18	12,0	10	7,1
Transport et entreposage	14	9,3	13	9,3
Industrie de l'information et culturelle	5	3,3	2	1,4
Finance et assurances	11	7,3	2	1,4
Services immobiliers et de location	0	0,0	2	1,4
Services professionnels, scientifiques et techniques	6	4,0	2	1,4
Services administratifs, de soutien, de gestion des déchets et d'assainissement	7	4,7	13	9,3
Services d'enseignement	11	7,3	2	1,4
Soins de santé et assistance sociale	38	25,3	35	25,0
Arts, spectacles et loisirs	1	0,7	3	2,1
Services d'hébergement et de restauration	0	0,0	8	5,7
Autres services	0	0,0	4	2,9
Administrations publiques	24	16,0	10	7,1

- Il s'agit de la durée de l'absence du travail au moment de l'administration de l'OISHT par l'ergothérapeute
- Cette donnée réfère à un antécédent d'au moins un autre arrêt de travail pour un trouble de santé du même type (TMC ou TMS) s'étant déroulé au moins 12 mois avant le début de l'arrêt de travail actuel.
- Une donnée est manquante.
- Deux données sont manquantes.

4.2 OISHT-TMS

4.2.1 Données descriptives issues de l'évaluation des travailleurs

Les fréquences d'apparition des indicateurs de situation de handicap au travail (ISHT) seront présentées pour l'échantillon TMS, ainsi que les scores moyens et les écarts-types obtenus aux différents questionnaires autoadministrés.

Le tableau 5 montre la distribution des fréquences pour chaque ISHT, en fonction des trois grandes familles : « personnel », « administratif » et « environnement ». La question que se posait l'ergothérapeute était : dans quelle mesure cet ISHT contribue au maintien de l'incapacité au travail? L'échelle ordinale utilisée était : 0 = l'indicateur n'est pas présent, 1 = moins probable à 4 = plus probable.

Dans l'échantillon TMS, cinq ISHT cumulent des fréquences d'apparition de 70 % et plus (proportion totale de cotation 1 à 4), suggérant ainsi une présence importante. Il s'agit de trois ISHT de la famille « personnel » : P16 – Un syndrome douloureux persistant; P27 – Le travailleur indique que ses capacités actuelles ne rencontrent pas les exigences de son travail régulier et P31 – La perception du travailleur d'une incapacité physique importante. Il y a également un ISHT « administratif » qui est A8 – Une absence prolongée du travail régulier, et un ISHT « environnement », E11 – La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes, qui font partie des ISHT les plus fréquents.

Tableau 5 – Distribution des fréquences des ISHT (TMS)

Personnel	0	1	2	3	4
P1 L'âge du travailleur	71 (50,7 %)	27 (19,3 %)	18 (12,9 %)	16 (11,4 %)	8 (5,7 %)
P2 L'étiquetage diagnostique	96 (68,6 %)	12 (8,6 %)	11 (7,9 %)	17 (12,1 %)	4 (2,9 %)
P3 Un médical inachevé	106 (75,7 %)	14 (10,0 %)	5 (3,6 %)	11 (7,9 %)	4 (2,9 %)
P4 La perception du travailleur d'un médical inachevé	107 (76,4 %)	3 (2,1 %)	11 (7,9 %)	12 (8,6 %)	7 (5,0 %)
P5 La représentation de la maladie (traitement) erronée ^a	98 (70,5 %)	4 (2,9 %)	14 (10,1 %)	17 (12,2 %)	6 (4,3 %)
P6 La méconnaissance du travailleur de sa condition et du pronostic de récupération	62 (44,6 %)	12 (8,6 %)	24 (17,3 %)	28 (20,1 %)	13 (9,4 %)
P7 La perception d'une lésion grave	58 (41,4 %)	9 (6,4 %)	19 (13,6 %)	38 (27,1 %)	16 (11,4 %)
P8 La perception du travailleur d'un échec thérapeutique ou d'insatisfaction des soins	87 (62,1 %)	13 (9,3 %)	25 (17,9 %)	11 (7,9 %)	4 (2,9 %)
P9 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale)	81 (57,9 %)	21 (15,0 %)	16 (11,4 %)	13 (9,3 %)	9 (6,4 %)
P10 La présence de séquelles physiques découlant d'un événement antérieur	115 (82,1 %)	8 (5,7 %)	12 (8,6 %)	5 (3,6 %)	0 (0,0 %)
P11 Des antécédents médicaux (accidentels ou autres)	58 (41,4 %)	51 (36,4 %)	18 (12,9 %)	10 (7,1 %)	3 (2,1 %)
P12 Le travailleur a un ou des antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour un problème d'origine musculosquelettique	105 (75,0 %)	17 (12,1 %)	8 (5,7 %)	6 (4,3 %)	4 (2,9 %)
P13 Des signes ou symptômes évoquant un déficit neurologique ^a	89 (64,0 %)	11 (7,9 %)	17 (12,2 %)	15 (10,8 %)	7 (5,0 %)
P14 Un syndrome douloureux irradiant en bas du genou	116 (82,9 %)	2 (1,4 %)	12 (8,6 %)	7 (5,0 %)	3 (2,1 %)
P15 La gestion de la douleur	49 (35,0 %)	15 (10,7 %)	35 (25,0 %)	28 (20,0 %)	13 (9,3 %)
P16 Un syndrome douloureux persistant	19 (13,6 %)	11 (7,9 %)	29 (20,7 %)	52 (37,1 %)	29 (20,7 %)
P17 Un déconditionnement physique généralisé suspecté ^a	63 (45,3 %)	14 (10,1 %)	30 (21,6 %)	23 (16,5 %)	9 (6,5 %)
P18 Un mode de vie sédentaire	99 (70,7 %)	14 (10,0 %)	15 (10,7 %)	10 (7,1 %)	2 (1,4 %)
P19 La présence de consommation problématique	134 (95,7 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	3 (2,1 %)
P20 La charge familiale	92 (65,7 %)	15 (10,7 %)	19 (13,6 %)	8 (5,7 %)	6 (4,3 %)
P21 Des barrières d'ordre culturel et/ou linguistique	127 (90,7 %)	8 (5,7 %)	1 (0,7 %)	4 (2,9 %)	0 (0,0 %)
P22 L'isolement social	121 (86,4 %)	5 (3,6 %)	7 (5,0 %)	5 (3,6 %)	2 (1,4 %)
P23 La présence d'un ou plusieurs événement(s) significatif(s) d'ordre personnel, important(s) et récent(s)	84 (60,0 %)	14 (10,0 %)	27 (19,3 %)	10 (7,1 %)	5 (3,6 %)
P24 La perception du travailleur que son revenu familial prélesionnel est insuffisant	125 (89,3 %)	9 (6,4 %)	3 (2,1 %)	1 (0,7 %)	2 (1,4 %)

P25 Un degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur	112 (80,0 %)	6 (4,3 %)	6 (4,3 %)	9 (6,4 %)	7 (5,0 %)
P26 Le travailleur ne se projette pas à son travail régulier ^a	79 (56,8 %)	9 (6,5 %)	7 (5,0 %)	27 (19,4 %)	17 (12,2 %)
P27 Le travailleur indique que ses capacités actuelles ne rencontrent pas les exigences de son travail régulier	3 (2,1 %)	7 (5,0 %)	30 (21,4 %)	61 (43,6 %)	39 (27,9 %)
P28 Les craintes élevées du travailleur face à la reprise de son travail	44 (31,4 %)	16 (11,4 %)	27 (19,3 %)	26 (18,6 %)	27 (19,3 %)
P29 La présence de kinésiophobie	66 (47,1 %)	8 (5,7 %)	17 (12,1 %)	39 (27,9 %)	10 (7,1 %)
P30 La présence de dramatisation (catastrophisme) face à la douleur	87 (62,1 %)	6 (4,3 %)	18 (12,9 %)	23 (16,4 %)	6 (4,3 %)
P31 La perception du travailleur d'une incapacité physique importante	42 (30,0 %)	12 (8,6 %)	17 (12,1 %)	42 (30,0 %)	27 (19,3 %)
P32 Des signes ou symptômes évoquant une détresse psychologique	94 (67,1 %)	6 (4,3 %)	11 (7,9 %)	24 (17,1 %)	5 (3,6 %)
Administratif	0	1	2	3	4
A1 Une inactivité administrative préférence prolongée	131 (93,6 %)	5 (3,6 %)	1 (0,7 %)	2 (1,4 %)	1 (0,7 %)
A2 La présence de limitations fonctionnelles	129 (92,1 %)	6 (4,3 %)	2 (1,4 %)	1 (0,7 %)	2 (1,4 %)
A3 Une absence d'action concertée	124 (88,6 %)	2 (1,4 %)	4 (2,9 %)	8 (5,7 %)	2 (1,4 %)
A4 Une ou des expérience(s) d'échec de retour au travail (épisode actuel ou passé)	102 (73,0 %)	6 (4,3 %)	5 (3,6 %)	17 (12,1 %)	10 (7,1 %)
A5 La présence possible de gains secondaires lors de l'absence du travail	121 (86,4 %)	9 (6,4 %)	3 (2,1 %)	6 (4,3 %)	1 (0,7 %)
A6 La présence de contestation au dossier	108 (77,1 %)	5 (3,6 %)	14 (10,0 %)	9 (6,4 %)	4 (2,9 %)
A7 Une absence d'emploi ou d'employeur au dossier du travailleur	136 (97,1 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)
A8 Une absence prolongée du travail régulier	35 (25,0 %)	17 (12,1 %)	38 (27,1 %)	35 (25,0 %)	15 (10,7 %)
A9 Une absence prolongée de tout travail dans l'entreprise	45 (32,1 %)	17 (12,1 %)	30 (21,4 %)	31 (22,1 %)	17 (12,1 %)
A10 Une ancienneté récente chez l'employeur	120 (85,7 %)	5 (3,6 %)	8 (5,7 %)	3 (2,1 %)	4 (2,9 %)
A11 Une absence de cible professionnelle clairement définie	129 (92,1 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	2 (1,4 %)	7 (5,0 %)
Environnement	0	1	2	3	4
E1 La perception du travailleur de l'organisation du travail inadéquate	95 (67,9 %)	4 (2,9 %)	16 (11,4 %)	18 (12,9 %)	7 (5,0 %)
E2 La perception du travailleur d'un niveau de stress professionnel élevé	89 (63,6 %)	8 (5,7 %)	19 (13,6 %)	14 (10,0 %)	10 (7,1 %)
E3 La présence d'équipements de travail jugés inadéquats par	108 (77,1 %)	1 (0,7 %)	12 (8,6 %)	15 (10,7 %)	4 (2,9 %)

le travailleur					
E4 Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail	99 (70,7 %)	13 (9,3 %)	10 (7,1 %)	11 (7,9 %)	7 (5,0 %)
E5 La présence de postures contraignantes	45 (32,1 %)	14 (10,0 %)	16 (11,4 %)	43 (30,7 %)	22 (15,7 %)
E6 La présence d'activités de travail avec composantes répétitives ou des tâches à caractère répétitif	91 (65,0 %)	4 (2,9 %)	12 (8,6 %)	24 (17,1 %)	9 (6,4 %)
E7 La perception du travailleur d'un aménagement du poste de travail inadéquat	92 (65,7 %)	5 (3,6 %)	13 (9,3 %)	23 (16,4 %)	7 (5,0 %)
E8 La perception du travailleur d'une insuffisance de temps de repos	98 (70,0 %)	4 (2,9 %)	18 (12,9 %)	13 (9,3 %)	7 (5,0 %)
E9 La présence de statisme prolongé de la posture de travail	77 (55,0 %)	10 (7,1 %)	18 (12,9 %)	24 (17,1 %)	11 (7,9 %)
E10 La présence de vibration	113 (80,7 %)	11 (7,9 %)	8 (5,7 %)	7 (5,0 %)	1 (0,7 %)
E11 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes	40 (28,6 %)	7 (5,0 %)	20 (14,3 %)	43 (30,7 %)	30 (21,4 %)
E12 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes combinées à des postures contraignantes	69 (49,3 %)	4 (2,9 %)	14 (10,0 %)	31 (22,1 %)	22 (15,7 %)
E13 La présence de préjugés au travail envers les TMS	122 (87,1 %)	3 (2,1 %)	7 (5,0 %)	7 (5,0 %)	1 (0,7 %)
E14 Le manque de contrôle perçu par le travailleur sur la survenue d'événements au travail	113 (80,7 %)	3 (2,1 %)	8 (5,7 %)	13 (9,3 %)	3 (2,1 %)

a. Une donnée est manquante.

4.2.2 Questionnaires autoadministrés

Conformément aux données présentées au tableau 6, les travailleurs rapportent une latitude décisionnelle faible (≤ 72) et une demande psychologique élevée (≥ 24). Le score moyen fait ressortir une détresse psychologique élevée, étant donné que le score moyen se situe au-dessus de 30,95. Pour la perception d'incapacité physique, les résultats suggèrent que les travailleurs concernés ont une perception d'incapacité importante. Pour les travailleurs ayant un TMS aux membres supérieurs, ou aux membres supérieurs et au cou ($n = 43$), bien qu'il n'existe pas de point de coupure formel catégorisant le niveau d'incapacité, le score moyen suggère un niveau modéré d'incapacité perçue. Enfin, la kinésiophobie, traduisant la peur de se mouvoir et de se blesser à nouveau, semble aussi importante. La dernière colonne indique le nombre de questionnaires manquants, c'est-à-dire non complétés, incomplets ou mal complétés (par exemple, plus d'une réponse indiquée alors qu'une seule était requise).

Tableau 6 – Score moyen aux questionnaires autoadministrés (TMS)

	Score moyen	Écart-type	Manquant
Évaluation du stress au travail- EST (n = 137)			3
Items 1 à 9 (latitude décisionnelle)	67,43/96	13,97	
Items 10 à 18 (demande psychologique)	24,40/36	4,63	
Items 19 à 29 (soutien au travail)	33,55/44	6,11	
Inventaire de détresse psychologique- IDPQ (n = 138)	33,14/100	21,43	2
Perception d'incapacité			
Roland-Morris ^a (n = 76)	59,10/100	15,99	7
IDVQ ^b (n = 42)	3,89/7	1,21	1
Kinésiophobie- TAMPA (n = 139)	30,62/44	6,52	1

- Il s'agit du score moyen des travailleurs dont le siège de la douleur physique se situe au dos ou à la fois au dos et au cou.
- Dans ce cas, ce sont les travailleurs dont le siège de la douleur physique se situe uniquement au cou, au cou et aux membres supérieurs ou seulement aux membres supérieurs.

4.2.3 Qualités psychométriques de l'OISHT-TMS

Dans cette sous-section sont présentés les résultats relatifs aux quatre qualités psychométriques analysées en cours d'étude. Il s'agira d'abord de la validité de construit factorielle, de la cohérence interne, de la fidélité interjuges et, finalement, de la validité convergente. Mais, en premier lieu, sont présentés les ISHT qui n'ont pas été considérés dans certaines analyses, en raison de leur faible présence.

ISHT retirés

Effectivement, en raison de (proportion totale de cotation de 1 à 4 inférieure à 20 %), 16 ISHT n'ont pas été inclus dans les analyses de validité de construit factorielle: 6 dans la famille d'ISHT « personnel », 7 pour « administratif » et 3 pour « environnement ». Ceux-ci sont présentés en détail au tableau 7.

Tableau 7 – ISHT retirés des analyses de validité de construit factorielle (TMS)

Personnel

- P10 La présence de séquelles physiques découlant d'un événement antérieur
- P14 Un syndrome douloureux irradiant en bas du genou
- P19 La présence de consommation problématique
- P21 Des barrières d'ordre culturel et/ou linguistique
- P22 L'isolement social
- P24 La perception du travailleur que son revenu familial préésionnel est insuffisant

Administratif

- A1 Une inactivité administrative préférence prolongée
- A2 La présence de limitations fonctionnelles
- A3 Une absence d'action concertée
- A5 La présence possible de gains secondaires lors de l'absence du travail
- A7 Une absence d'emploi ou d'employeur au dossier du travailleur
- A10 Une ancienneté récente chez l'employeur
- A11 Une absence de cible professionnelle clairement définie

Environnement

- E10 La présence de vibration
- E13 La présence de préjugés au travail envers les TMS
- E14 Le manque de contrôle perçu par le travailleur sur la survenue d'événements au travail

Validité de construit factorielle

Seules les familles d'ISHT « personnel » (26 ISHT) et « environnement » (11 ISHT) ont fait l'objet d'une analyse factorielle exploratoire (AFE). En effet, une fois les ISHT présents dans moins de 20 % enlevés, seulement quatre des 11 ISHT se retrouvaient dans la famille d'ISHT « administratif ». Cela n'était donc pas suffisant pour réaliser l'AFE.

Tout d'abord, 26 ISHT retenus pour la famille « personnel » et 11 pour celle de la famille « environnement » montraient des coefficients respectifs de corrélation entre 0,3 et 0,7, respectant ainsi des niveaux acceptables de multicollinéarité entre les ISHT (Furr et Bacharach, 2008). Ensuite, les résultats de l'AFE, par composantes principales avec rotation Varimax, indiquent des valeurs propres entre 1,63 et 4,35 pour les ISHT liés à la famille « personnel » et de 1,17 à 2,33 pour les ISHT « environnement ». Enfin, le pourcentage de variance cumulative expliquée est de 35,2 % pour la famille « personnel » (15 énoncés) et de 58 % pour ceux dits « environnement » (6 énoncés).

Les résultats de l'AFE sont présentés aux tableaux 8 et 9. Pour chaque ISHT, l'indice de saturation avec la dimension est indiqué.

Tableau 8 – Analyse factorielle exploratoire pour la famille d'ISHT « personnel » (TMS)

	Dimension 1	Dimension 2
P32 Des signes ou symptômes évoquant la détresse psychologique	0,79	
P29 La présence de kinésiophobie	0,59	
P9 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale)	0,58	
P30 La présence de dramatisation (catastrophisme) face à la douleur	0,54	
P15 La gestion de la douleur	0,37	
P16 Un syndrome douloureux persistant	0,28	
P6 La méconnaissance du travailleur de sa condition et du pronostic de récupération		0,67
P2 L'étiquetage diagnostique		0,61
P31 La perception du travailleur d'une incapacité physique importante		0,60
P27 Le travailleur indique que ses capacités actuelles ne rencontrent pas les exigences de son travail régulier		0,59
P7 La perception d'une lésion grave		0,59
P4 La perception du travailleur d'un médical inachevé		0,57
P3 Un médical inachevé		0,48
P26 Le travailleur ne se projette pas à son travail régulier		0,43
P16 Un syndrome douloureux persistant		0,30
Valeurs propres (<i>eigenvalues</i>)	4,35	1,63
% de variance (cumulative =35,2 %)	20,52	14,7

Il apparaît ici que les ISHT de la famille « personnel » se regroupent en deux grandes dimensions. La première dimension explique 20,52 % de la variance et regroupe les composantes du « Modèle de peurs et évitement » (Vlayen et coll,1995). La deuxième dimension explique 14,7 % de la variance. Cette dimension touche davantage les représentations que l'individu se fait de sa maladie et de son incapacité.

**Tableau 9 – Analyse factorielle exploratoire pour la famille d'ISHT
« environnement » (TMS)**

	Dimension 1	Dimension 2
E12 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes combinées à des postures contraignantes	0,85	
E5 La présence de postures contraignantes	0,77	
E11 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes	0,71	
E7 La perception du travailleur d'un aménagement du poste inadéquat	0,49	
E8 La perception du travailleur d'une insuffisance de temps de repos		0,79
E1 La perception du travailleur de l'organisation du travail inadéquate		0,76
Valeurs propres (<i>eigenvalues</i>)	2,33	1,17
% de variance (cumulative = 58 %)	38,4	19,6

Pour la famille des ISHT « environnement », il se dégage deux dimensions. La première est liée aux exigences physiques du travail, tandis que la seconde est davantage associée à l'organisation du travail, expliquant respectivement 38,4 % et 19,6 % de la variance.

Cohérence interne

La cohérence interne a été estimée par famille d'ISHT et en fonction des résultats de l'analyse factorielle. Tous les coefficients alpha de Cronbach sont supérieurs à 0,70, suggérant un niveau de cohérence qualifié de « bon ».

Tableau 10 – Alpha de Cronbach par familles d'ISHT et dimensions (TMS)

Personnel	alpha de Cronbach
Dimension : « composantes modèle peurs-évitement »	0,80
Dimension : « représentation de l'incapacité »	0,76
Environnement	
Dimension : « exigences physiques du travail »	0,75
Dimension : « organisation du travail »	*NA

*NA (non applicable) : en présence de seulement deux ISHT, l'estimation de la cohérence interne ne peut être calculée.

Fidélité interjuges

Parmi les ergothérapeutes ayant participé à la collecte de données, six ont coté trois histoires de cas standardisés. Aucun abandon ou retrait d'ergothérapeute n'est survenu. Le profil sociodémographique de ce sous-groupe est assez similaire aux caractéristiques des ergothérapeutes formés pour l'OISHT-TMS (voir le tableau 3). Il s'agit de six femmes ayant en moyenne 31,7 ans. À une exception près, elles détiennent un diplôme universitaire de deuxième cycle et possèdent 4,9 années d'expérience dans le domaine de la réadaptation au travail.

Comme illustré au tableau 11, en utilisant la classification de Landis et Koch (1977), les résultats du kappa de Cohen pour les trois familles d'ISHT montrent des seuils minimalement « acceptables » de fidélité interjuges. Seul le coefficient kappa pour la famille des ISHT « personnel » de l'histoire de cas 2 dénote une fidélité plutôt « faible ».

Tableau 11 – Kappa de Cohen pour les différentes familles d'ISHT (TMS)

Famille	Histoire de cas 1		Histoire de cas 2		Histoire de cas 3	
	k	IC	k	IC	k	IC
Trois familles	0,43	0,35-0,50	0,27	0,19-0,35	0,44	0,37-0,51
Personnel	0,40	0,30-0,50	0,19	0,09-0,29	0,36	0,27-0,46
Administratif	0,54	0,34-0,73	0,37	0,20-0,54	0,51	0,34-0,67
Environnement	0,24	0,10-0,37	0,23	0,07-0,39	0,50	0,35-0,65

Validité convergente

Le tableau 12 présente les coefficients de Spearman de trois ISHT avec les scores totaux de quatre questionnaires autoadministrés aux travailleurs. Les résultats suggèrent des associations statistiquement significatives entre les ISHT et les mesures d'incapacité au dos (Roland-Morris) et de kinésiophobie (TAMPA). Toutefois, l'association avec la kinésiophobie est très faible et négative. À l'inverse, il n'y a pas de relation statistiquement significative entre les ISHT et les mesures d'incapacité pour les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques au cou et aux membres supérieurs (IDVQ) et de détresse psychologique (IDP).

Tableau 12 – Coefficient de Spearman entre des ISHT et les questionnaires autoadministrés aux travailleurs (TMS)

	R.-Morris (n=76)	IDVQ (n=42)	TAMPA (n=139)	IDP (n=138)
P29 La présence de kinésiophobie			-0,17*	
P31 La perception du travailleur d'une incapacité physique importante ^a	0,30*	0,29 ($p>0,07$)		
P32 Des signes ou symptômes évoquant une détresse psychologique				-0,01 ($p>0,9$)

* $p<0,05$

a. Selon le site principal de l'atteinte, un questionnaire sur l'incapacité physique différent a été utilisé, expliquant ainsi le nombre réduit de participants.

De la même façon, des coefficients de la corrélation de Spearman ont aussi été établis entre certains ISHT (voir annexe B) et les résultats obtenus à l'Inventaire sur les causes du maintien de l'incapacité au travail complété par l'ergothérapeute. Finalement, l'inventaire a été complété par les ergothérapeutes pour 72 participants, représentant une proportion de 51,4 % de l'échantillon TMS global. Le tableau 13 inclut uniquement les résultats des ISHT retenus dans les AFE et les questions associées. Les résultats révèlent que, mises à part deux questions, les relations sont statistiquement significatives (5 sur 7). Les questions n'ayant pas d'association portent sur les impacts de la condition médicale et le contexte de travail avant l'arrêt de travail.

Des 15 questions originales de l'Inventaire sur les causes du maintien de l'incapacité au travail, huit de celles-ci ont pu être mises en relation avec des ISHT provenant des AFE. Ainsi, 21 des 43 ISHT ont été couverts, soit 39,6 %.

Tableau 13 – Coefficient de Spearman entre des ISHT et l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail (TMS)

ISHT	
P2 L'étiquetage diagnostique	
P4 La perception du travailleur d'un médical inachevé	
P5 La représentation de la maladie (traitement) erronée	
P6 La méconnaissance du travailleur de sa condition et du pronostic de récupération	
P7 La perception d'une lésion grave	0,59*
P26 Le travailleur ne se projette pas à son travail régulier	
P31 La perception du travailleur d'une incapacité physique importante	
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail	
<i>10. Estimez l'impact de la compréhension du travailleur de sa condition médicale actuelle</i>	
ISHT	
P3 Un médical inachevé	
P9 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale)	
P32 Des signes ou symptômes évoquant une détresse psychologique	0,10 ($p > 0,4$)
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail	
<i>6. Estimez l'impact de sa condition médicale actuelle</i>	
ISHT	
P15 La gestion de la douleur	0,68**
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail	
<i>13. Estimez l'impact de la nature des stratégies adoptées afin de gérer sa douleur</i>	
ISHT	
P16 Un syndrome douloureux persistant	0,45**
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail	
<i>15. Estimez l'impact de la douleur ressentie</i>	
ISHT	
P27 Le travailleur indique que ses capacités actuelles ne rencontrent pas les exigences de son travail régulier	0,30*
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail	
<i>1. Estimez l'impact de la perception du travailleur d'un écart entre ses capacités actuelles et les exigences de son poste de travail</i>	
ISHT	

P28 Les craintes élevées du travailleur face à la reprise de son travail 0,78*
P29 La présence de kinésiophobie

Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

9. Estimez l'impact des craintes du travailleur de se blesser à nouveau ou d'amplifier sa douleur

ISHT

E1 La perception du travailleur de l'organisation du travail inadéquate
E7 La perception du travailleur d'un aménagement du poste de travail inadéquat 0,22
($p > 0,07$)

Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

5. Estimez l'impact de son contexte de travail avant l'arrêt de travail

ISHT

E5 La présence de postures contraignantes
E8 La perception du travailleur d'une insuffisance de temps de repos
E11 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes
E12 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes combinées à des postures contraignantes 0,60**

Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

8. Estimez l'impact des facteurs de risque physique reliés à son poste de travail

* $p < 0,05$

** $p < 0,0001$

4.3 OISHT-TMC

Les résultats de cette sous-section seront présentés de la même façon que pour la partie consacrée aux résultats OISHT-TMS, à savoir d'abord la description des données descriptives et, par la suite, les résultats sur les qualités psychométriques de la version OISHT, développée pour des personnes présentant des TMC.

4.3.1 Données descriptives issues de l'évaluation des travailleurs

Les fréquences d'apparition des ISHT seront d'abord rapportées pour l'échantillon TMC, suivis des scores moyens et des écarts-types obtenus aux différents questionnaires autoadministrés.

Le tableau 14 présente les fréquences de chaque ISHT. Seuls deux ISHT sont présents pour 70 % et plus de l'échantillon (proportion totale de cotation de 1 à 4). Il s'agit de C4 Sévérité des symptômes reliés au TMC et de O16 Craintes du travailleur face à la reprise du travail. Par contre, cinq ISHT sont présents dans une proportion moindre, mais assez élevée, entre 50 et 69 %. Il s'agit de S6 – La présence d'un ou plusieurs événement(s) significatif(s) d'ordre personnel important(s) et récent(s), de C10 – La présence d'une comorbidité (physique ou mentale), de O8 – La perception du travailleur d'une surcharge subjective de travail, de O10- Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail du travailleur et de O12 – La perception du travailleur du peu de reconnaissance de l'organisation.

Tableau 14 – Distribution des fréquences des ISHT (TMC)

	0	1	2	3	4
Sociodémographique					
S1 L'âge du travailleur et les changements au travail ^a	127 (85,2 %)	9 (6,0 %)	5 (3,4 %)	7 (4,7 %)	1 (0,7 %)
S2 Le genre	83 (55,3 %)	30 (20,0 %)	30 (20,0 %)	7 (4,7 %)	0 (0,0 %)
S3 La charge parentale	97 (64,7 %)	18 (12,0 %)	15 (10,0 %)	13 (8,7 %)	7 (4,7 %)
S4 Des barrières d'ordre culturel et/ou linguistique	147 (98,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,7 %)	2 (1,3 %)	0 (0,0 %)
S5 L'isolement social	119 (79,3 %)	9 (6,0 %)	10 (6,7 %)	12 (8,0 %)	0 (0,0 %)
S6 La présence d'un ou plusieurs événement(s) significatif(s) d'ordre personnel important(s) et récent(s)	61 (40,7 %)	23 (15,3 %)	30 (20,0 %)	22 (14,7 %)	14 (9,3 %)
Clinique					
C1 La durée de l'absence au travail	113 (75,3 %)	15 (10,0 %)	7 (4,7 %)	11 (7,3 %)	4 (2,7 %)
C2 La perception négative du travailleur quant à la durée de récupération	94 (62,7 %)	11 (7,3 %)	15 (10,0 %)	24 (16,0 %)	6 (4,0 %)
C3 La présence d'inquiétudes chez le travailleur relatives à la gravité des conséquences du TMC	106 (70,7 %)	13 (8,7 %)	12 (8,0 %)	13 (8,7 %)	6 (4,0 %)
C4 La sévérité des symptômes reliés au TMC	32 (21,3 %)	12 (8,0 %)	23 (15,3 %)	50 (33,3 %)	33 (22,0 %)
C5 Le travailleur accepte mal le fait d'être en arrêt de travail pour un TMC	110 (73,3 %)	13 (8,7 %)	16 (10,7 %)	9 (6,0 %)	2 (1,3 %)
C6 Le travailleur fait un usage à risque de médicaments	145 (96,7 %)	1 (0,7 %)	2 (1,3 %)	2 (1,3 %)	0 (0,0 %)
C7 Un traitement médicamenteux modifié à plusieurs reprises	105 (70,0 %)	13 (8,7 %)	15 (10,0 %)	11 (7,3 %)	6 (4,0 %)
C8 Une absence de traitement de la dépression de plus de 6 mois depuis l'arrêt de travail	146 (97,3 %)	3 (2,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,7 %)
C9 La présence d'indices ou de signes chez le travailleur d'un trouble de stress posttraumatique associé au travail	139 (92,7 %)	1 (0,7 %)	3 (2,0 %)	3 (2,0 %)	4 (2,7 %)
C10 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale)	69 (46,0 %)	25 (16,7 %)	26 (17,3 %)	21 (14,0 %)	9 (6,0 %)
C11 De multiples absences du travail dans les deux dernières années (d'une durée de trois mois ou plus), pour divers motifs autres qu'un TMC	144 (96,0 %)	1 (0,7 %)	3 (2,0 %)	2 (1,3 %)	0 (0,0 %)
C12 Le travailleur a un ou des antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour un TMC	102 (68,0 %)	18 (12,0 %)	21 (14,0 %)	9 (6,0 %)	0 (0,0 %)
C13 La consommation (abus) d'alcool ou de drogues	119 (79,3 %)	14 (9,3 %)	9 (6,0 %)	7 (4,7 %)	1 (0,7 %)
C14 L'absence de confiance du travailleur envers l'intervention qui lui est offerte	143 (95,3 %)	4 (2,7 %)	1 (0,7 %)	2 (1,3 %)	0 (0,0 %)

	0	1	2	3	4
Administratif					
A1 La présence de gains secondaires lors de l'absence du travail	130 (86,7 %)	5 (3,3 %)	5 (3,3 %)	10 (6,7 %)	0 (0,0 %)
A2 Une faible couverture d'assurances	125 (83,3 %)	10 (6,7 %)	6 (4,0 %)	5 (3,3 %)	4 (2,7 %)
A3 Des clauses d'exclusion en fonction des antécédents de TMC	150 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
A4 La présence de contestation au dossier	139 (92,7 %)	7 (4,7 %)	1 (0,7 %)	3 (2,0 %)	0 (0,0 %)
Occupationnel					
O1 Une ou des expérience(s) d'échec de retour au travail (épisode actuel ou passé)	133 (88,7 %)	5 (3,3 %)	7 (4,7 %)	4 (2,7 %)	1 (0,7 %)
O2 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, qu'elle provienne de la famille ou des amis	124 (82,7 %)	17 (11,3 %)	9 (6,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
O3 L'absence d'emploi ou d'employeur au dossier du travailleur	149 (99,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)
O4 Le poste occupé par le travailleur est celui de cadre supérieur	132 (88,0 %)	4 (2,7 %)	3 (2,0 %)	9 (6,0 %)	2 (1,3 %)
O5 Des rumeurs ou menaces de mises à pied dans l'organisation du travailleur, avant ou pendant l'absence	124 (82,7 %)	10 (6,7 %)	8 (5,3 %)	5 (3,3 %)	3 (2,0 %)
O6 Des coupures et/ou restrictions de personnel pendant l'absence	125 (83,3 %)	14 (9,3 %)	3 (2,0 %)	6 (4,0 %)	2 (1,3 %)
O7 La précarité de l'emploi du travailleur	146 (97,3 %)	2 (1,3 %)	0 (0,0 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)
O8 La perception du travailleur d'une surcharge subjective de travail	64 (42,7 %)	7 (4,7 %)	16 (10,7 %)	32 (21,3 %)	31 (20,7 %)
O9 La présence de compétition, de fortes exigences de performance et/ou de rendement dans le milieu de travail du travailleur	78 (52,0 %)	12 (8,0 %)	19 (12,7 %)	28 (18,7 %)	13 (8,7 %)
O10 Un climat de tension ou la présence de conflits relationnels dans le milieu de travail du travailleur	75 (50,0 %)	9 (6,0 %)	14 (9,3 %)	21 (14,0 %)	31 (20,7 %)
O11 La perception du travailleur d'une faible participation aux décisions à prendre au travail	90 (60,0 %)	25 (16,7 %)	24 (16,0 %)	7 (4,7 %)	4 (2,7 %)
O12 La perception du travailleur du peu de reconnaissance de l'organisation	72 (48,0 %)	27 (18,0 %)	29 (19,3 %)	15 (10,0 %)	7 (4,7 %)
O13 Un degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur	91 (60,7 %)	9 (6,0 %)	18 (12,0 %)	22 (14,7 %)	10 (6,7 %)
O14 Des changements (grands/rapides) dans l'organisation	103 (68,7 %)	14 (9,3 %)	16 (10,7 %)	14 (9,3 %)	3 (2,0 %)

du travailleur					
O15 Les craintes dues au climat et aux événements négatifs qui se sont déroulés immédiatement avant le départ en absence du travailleur	83 (55,3 %)	7 (4,7 %)	18 (12,0 %)	20 (13,3 %)	22 (14,7 %)
O16 Les craintes du travailleur face à la reprise du travail	10 (6,7 %)	7 (4,7 %)	16 (10,7 %)	63 (42,0 %)	54 (36,0 %)
O17 Le peu d'accommodements possibles au poste visé pour le retour au travail ^b	113 (76,4 %)	7 (4,7 %)	11 (7,4 %)	14 (9,5 %)	3 (2,0 %)
O18 L'impact du retour progressif sur la charge de travail des collègues	144 (96,0 %)	4 (2,7 %)	2 (1,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
O19 La présence de préjugés au travail envers les TMC	125 (83,3 %)	7 (4,7 %)	10 (6,7 %)	8 (5,3 %)	0 (0,0 %)
O20 Le manque de contrôle perçu par le travailleur sur la survenue d'événements au travail ^a	101 (67,8 %)	7 (4,7 %)	9 (6,0 %)	23 (15,4 %)	9 (6,0 %)
O21 Le manque de communication régulière entre l'employeur et le travailleur	96 (64,0 %)	22 (14,7 %)	18 (12,0 %)	11 (7,3 %)	3 (2,0 %)
O22 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du milieu de travail	139 (92,7 %)	3 (2,0 %)	6 (4,0 %)	2 (1,3 %)	0 (0,0 %)
O23 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part de l'assureur	120 (80,0 %)	9 (6,0 %)	15 (10,0 %)	3 (2,0 %)	3 (2,0 %)
O24 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du médecin	132 (88,0 %)	8 (5,3 %)	7 (4,7 %)	2 (1,3 %)	1 (0,7 %)

- a. Une donnée est manquante.
b. Deux données sont manquantes.

4.3.2 Questionnaires autoadministrés

Pour le volet TMC, seulement deux questionnaires autoadministrés ont été remplis par les participants à la fin de l'OISHT. Les résultats du tableau 15 pour l'EST suggèrent une latitude faible (≤ 72) et une demande psychologique élevée (≥ 24) au travail. Par ailleurs, le résultat à la sous-échelle du soutien au travail suggère la présence d'un soutien modéré de la part des collègues et du superviseur; le score maximal étant de 44. Aussi, le score moyen à l'inventaire de détresse psychologique (IDP) évoque un niveau très élevé de détresse psychologique ($\geq 30,95$). La dernière colonne indique le nombre de questionnaires manquants, c'est-à-dire non complétés, incomplets ou mal complétés (par exemple, plus d'une réponse indiquée alors qu'une seule était requise).

Tableau 15 – Score moyen aux questionnaires autoadministrés (TMC)

	Score moyen	Écart-type	Manquant
Évaluation du stress au travail- EST (n=149)			1
Items 1 à 9 (latitude décisionnelle)	67,85/96	11,39	
Items 10 à 18 (demande psychologique)	26,70/36	4,34	
Items 19 à 29 (soutien au travail)	29,55/44	6,00	
Inventaire de détresse psychologique- IDP (n=148)	53,83/100	20,79	2

4.3.3 Qualités psychométriques de l'OISHT-TMC

Les résultats illustreront la validité de construit factorielle, la cohérence interne, la fidélité interjuges et, finalement, la validité convergente. D'abord, les ISHT qui n'ont pas été considérés dans certaines analyses, en raison de leur faible présence, seront rapportés.

ISHT retirés

Étant donné leur faible présence (proportion totale de cotation de 1 à 4 inférieure à 20 %), 22 ISHT n'ont pas été inclus dans les analyses de validité de construit factorielle: 2 dans la famille d'ISHT « sociodémographique », 5 pour « clinique », 4 pour « administratif » et 11 pour « occupationnel ». Ceux-ci sont présentés en détail dans le tableau 16.

Tableau 16 – ISHT retirés des analyses de validité de construit factorielle (TMC)

Sociodémographique

S1 L'âge du travailleur et les changements au travail

S4 Des barrières d'ordre culturel et/ou linguistique

Clinique

C6 Le travailleur fait un usage à risque de médicaments

C8 Une absence de traitement de la dépression de plus de 6 mois depuis l'arrêt de travail

C9 La présence d'indices ou de signes chez le travailleur d'un trouble de stress
posttraumatique associé au travail

C11 De multiples absences du travail dans les deux dernières années (d'une durée de trois
mois ou plus), pour divers motifs autres qu'un TMC

C14 L'absence de confiance du travailleur envers l'intervention qui lui est offerte

Administratif

A1 La présence de gains secondaires lors de l'absence du travail

A2 Une faible couverture d'assurances

A3 Des clauses d'exclusion en fonction des antécédents de TMC

A4 La présence de contestation au dossier

Occupationnel

O1 Une ou des expérience(s) d'échec de retour au travail (épisode actuel ou passé)

O2 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, qu'elle provienne de la
famille ou des amis

O3 L'absence d'emploi ou d'employeur au dossier du travailleur

O4 Le poste occupé par le travailleur est celui de cadre supérieur

O5 Des rumeurs ou menaces de mises à pied dans l'organisation du travailleur, avant ou
pendant l'absence

O6 Des coupures et/ou restrictions de personnel pendant l'absence

O7 La précarité de l'emploi du travailleur

O18 L'impact du retour progressif sur la charge de travail des collègues

O19 La présence de préjugés au travail envers les TMC

O22 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du milieu de
travail

O24 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du médecin

Validité de construit par analyse factorielle exploratoire

En raison des retraits de certains ISHT, l'analyse factorielle exploratoire (AFE) a donc été réalisée seulement sur les familles « clinique » et « occupationnel », puisque celles des ISHT « sociodémographique » et « administratif » ont été éliminées en raison d'un nombre insuffisant d'ISHT. Les critères utilisés sont les mêmes que ceux décrits à la sous-section 4.2.3, pour la version OISHT-TMS. Les résultats de l'AFE, composantes principales avec rotation Varimax, indiquent des valeurs propres entre 1,29 et 1,85 pour les ISHT « clinique » et entre 1,85 et 2,26 pour les ISHT « occupationnel ». Le pourcentage de variance cumulative expliquée est de 39,2 % pour la famille « clinique » (8 énoncés) et de 42,7 % pour ceux issus de la famille de type « occupationnel » (10 énoncés). Les résultats de l'AFE sont présentés aux tableaux 17 et 18.

Tableau 17 – Analyse factorielle exploratoire pour la famille d'ISHT « clinique » (TMC)

	Dimension 1	Dimension 2
C3 La présence d'inquiétudes chez le travailleur relatives à la gravité des conséquences du TMC	0,77	
C2 La perception négative du travailleur quant à la durée de récupération	0,66	
C5 Le travailleur accepte mal d'être en arrêt pour un TMC	0,46	
C4 La sévérité des symptômes reliés au TMC	0,46	
C12 Le travailleur a un ou des antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour un TMC	0,43	
C7 Un traitement médicamenteux modifié à plusieurs reprises		0,73
C10 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale)		0,71
C1 La durée de l'absence au travail		0,53
Valeurs propres (<i>eigenvalues</i>)	1,85	1,29
% de variance (cumulative = 39,2 %)	23,1	16,1

Les ISHT « clinique » se regroupent en deux grandes dimensions. La première dimension expliquant 23,1 % de la variance et concerne les représentations de la maladie et la manifestation de ses symptômes. Le concept de représentation étant déjà apparu dans la partie consacrée à l'OISHT-TMS. Le deuxième facteur, qui explique 16,1 % de la variance, évoque le jugement clinique par rapport à la sévérité de la condition médicale.

**Tableau 18 – Analyse factorielle exploratoire pour la famille d'ISHT
« occupationnel » (TMC)**

	Dimension 1	Dimension 2
O10 Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail du travailleur	0,75	
O15 Les craintes dues au climat et aux événements négatifs qui se sont déroulés immédiatement avant le départ en absence du travailleur	0,71	
O12 La perception du travailleur du peu de reconnaissance de l'organisation	0,67	
O13 Un degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur	0,64	
O11 La perception du travailleur d'une faible participation aux décisions à prendre au travail	0,57	
O21 Le manque de communication régulière entre l'employeur et le travailleur	0,45	
O9 La présence de compétition, de fortes exigences de performance et/ou de rendement dans le milieu de travail du travailleur		0,71
O8 La perception du travailleur d'une surcharge subjective de travail		0,58
O14 Des changements (grands/rapides) dans l'organisation du travailleur		0,44
O23 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part de l'assureur		0,43
Valeurs propres (<i>eigenvalues</i>)	2,26	1,85
% de variance (cumulative = 42,7 %)	25,7	17,0

Deux grandes dimensions composent les ISHT « occupationnel ». La première dimension, expliquant 25,7 % de la variance, regroupe les relations avec le milieu de travail et l'employeur. Quant à la deuxième dimension, elle explique 17 % de la variance et évoque les exigences de performance au travail.

Cohérence interne

La cohérence interne a été estimée par familles d'ISHT et en fonction des résultats de l'analyse factorielle. Le tableau 19 montre des coefficients alpha de Cronbach variant de 0,40 à 0,75.

Tableau 19 – Alpha de Cronbach par familles d'ISHT et dimensions (TMC)

Dimension par famille	Alpha de Cronbach
Clinique	
Dimension : « représentation de la maladie et de ses symptômes »	0,50
Dimension : « jugement clinique par rapport à la sévérité de la condition médicale »	0,40
Occupationnel	
Dimension : « relations avec le milieu de travail et l'employeur »	0,75
Dimension : « exigences de performance au travail »	0,45

En présence de deux coefficients alpha de Cronbach faibles pour chacune des dimensions issues de la famille « clinique », une analyse complémentaire a été réalisée. Un coefficient alpha de Cronbach a été estimé avec tous les ISHT de la famille « clinique » retenus dans l'analyse factorielle. La valeur obtenue est de 0,51, ce qui n'est pas supérieur aux résultats présentés.

Fidélité interjuges

Six des ergothérapeutes ayant participé à la collecte de données ont coté les trois histoires de cas standardisés. Aucun abandon ou retrait d'ergothérapeute n'est survenu. Le profil sociodémographique de ce sous-groupe est assez similaire à celui des ergothérapeutes formés pour le volet TMC (voir le tableau 3). Il s'agit de six femmes ayant en moyenne 27,7 ans. À une exception près, elles possèdent un diplôme universitaire de deuxième cycle. Cependant, elles cumulent en moyenne 1,1 année d'expérience dans le domaine de la réadaptation au travail, ce qui est sensiblement moins que la moyenne globale de 4,2 années. Cependant, les six ergothérapeutes avaient administré chacune une moyenne de 13,2 OISHT-TMC (étendue de 6 à 23) au cours de l'étude, soit plus du double du minimum requis pour participer à cette étape (voir sous-section 3.4).

Les coefficients kappa de Cohen, en fonction de la classification de Landis et Koch (1977), suggèrent globalement des niveaux d'accord modérés, tant sur l'ensemble des ISHT que par famille, à l'exception des ISHT « administratif » de l'histoire de cas 3, pouvant être qualifiés d'« acceptable ».

Tableau 20 – Kappa de Cohen pour les différentes familles d'ISHT (TMC)

Famille	Histoire de cas 1		Histoire de cas 2		Histoire de cas 3	
	k	IC	k	IC	k	IC
Quatre familles	0,57	0,50-0,65	0,56	0,48-0,64	0,51	0,43-0,58
Sociodémographique	0,54	0,32-0,77	0,63	0,42-0,83	0,53	0,31-0,76
Clinique	0,48	0,33-0,62	0,58	0,44-0,72	0,58	0,44-0,71
Administratif	0,58	0,28-0,88	0,51	0,21-0,81	0,33	0,13-0,54
Organisationnel	0,61	0,51-0,72	0,53	0,42-0,64	0,42	0,31-0,54

Validité convergente

Le tableau 21 présente la validité convergente entre cinq ISHT et les résultats de deux questionnaires autoadministrés auprès des participants. Tous les coefficients de Spearman sont statistiquement significatifs à $p < 0,05$, à l'exception de la corrélation entre l'ISHT de la sévérité des symptômes (C4) et l'indice de dépression psychologique.

Tableau 21 – Coefficient de Spearman entre des ISHT et les questionnaires autoadministrés aux travailleurs (TMC)

	EST (10-18) (n=149)	EST (19-24) (n=149)	EST (25-29) (n=149)	IDP (n=148)
C4 La sévérité des symptômes reliés au TMC				0,15 ($p > 0,07$)
O8 La perception du travailleur d'une surcharge subjective de travail	0,58**			
O10 Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail du travailleur		-0,39*		
O11/O12 La perception du travailleur d'une faible participation aux décisions à prendre au travail et du peu de reconnaissance de l'organisation			-0,53**	

* $p < 0,05$

** $p < 0,0001$

Des coefficients de la corrélation de Spearman ont aussi été établis entre certains ISHT (voir annexe B) et les résultats obtenus à l'Inventaire des causes de maintien de l'incapacité au travail, complété par l'ergothérapeute. Pour cette population, le questionnaire a été rempli par 65 participants, ce qui correspond à une proportion de 43,3 % de l'échantillon. Le tableau 22 inclut uniquement les résultats des ISHT retenus

dans les AFE et les questions associées. Ces résultats révèlent que, à une exception près, toutes les relations sont statistiquement significatives. Des 19 questions originales du questionnaire sur les obstacles au RAT, onze de celles-ci ont pu être mises en relation avec des ISHT provenant des AFE. Ainsi, 17 des 39 ISHT ont été couverts, soit dans une proportion de 43,6 %.

Tableau 22 – Coefficient de Spearman entre des ISHT et l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail (TMC)

ISHT C1 La durée de l'absence au travail	0,46**
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail 15. Estimez l'impact de la durée de l'épisode actuel d'absence du travail	
ISHT C2 La perception négative du travailleur quant à la durée de récupération C3 La présence d'inquiétudes chez le travailleur relatives à la gravité des conséquences du TMC C5 Le travailleur accepte mal le fait d'être en arrêt de travail pour un TMC	0,38*
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail 9. Estimez l'impact de la compréhension du travailleur de sa condition médicale actuelle	
ISHT C4 La sévérité des symptômes reliés au TMC C7 Un traitement médicamenteux modifié à plusieurs reprises C10 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale)	0,63**
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail 5. Estimez l'impact de sa condition médicale actuelle	
ISHT C12 Le travailleur a un ou des antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour un TMC	0,78**
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail 10. Estimez l'impact d'un ou des épisodes antérieurs d'absence du travail en raison d'un problème de santé mentale	
ISHT O8 La perception du travailleur d'une surcharge subjective de travail	0,86**
Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail 19. Estimez l'impact d'une perception du travailleur d'une surcharge de travail	
ISHT O9 La présence de compétition, de fortes exigences de performance et/ou de rendement dans le milieu de travail du travailleur O10 Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail du travailleur O11 La perception du travailleur d'une faible participation aux décisions à prendre au travail O12 La perception du travailleur du peu de reconnaissance de l'organisation	0,55*

Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

4. Estimez l'impact de son contexte de travail avant l'arrêt de travail

ISHT

O13 Un degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur

0,77**

Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

8. Estimez l'impact de l'insatisfaction professionnelle du travailleur avant le début de l'absence

ISHT

O14 Des changements (grands/rapides) dans l'organisation du travailleur

0,78*

Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

16. Estimez l'impact de grands et rapides changements réalisés dans l'organisation par l'employeur

ISHT

O15 Les craintes dues au climat et aux événements négatifs qui se sont déroulés immédiatement avant le départ en absence du travailleur

-0,19
($p > 0,882$)

Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

14. Estimez l'impact des craintes du travailleur à reprendre son travail

ISHT

O21 Le manque de communication régulière entre l'employeur et le travailleur

0,58*

Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

2. Estimez l'impact de l'absence ou du manque de communication entre le travailleur en arrêt et son employeur

ISHT

O23 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part de l'assureur

0,43*

Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

7. Estimez l'impact de la pression sociale d'une ou plusieurs personnes pour accélérer le RAT

5. DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer quatre qualités psychométriques des deux versions de l'OISHT (TMS, TMC), soit la validité de construit factorielle, la cohérence interne, la fidélité interjuges et la validité convergente.

Les principaux résultats amènent à formuler quatre grands constats. D'abord, avant de proposer une version définitive de l'outil, il est nécessaire de poursuivre l'étude de certains ISHT auprès de populations atteintes des mêmes problèmes de santé, mais avec des caractéristiques et des contextes plus diversifiés. Les résultats des AFE ont permis de dégager des dimensions semblables au sein des deux versions et celles-ci sont appuyées par les écrits scientifiques récents soutenant partiellement sa validité de construit. Cependant, les résultats faibles sur la cohérence interne de certaines dimensions suggèrent quelques réserves, principalement au sujet de la version de l'OISHT pour la population présentant des TMC. Quant à la fidélité interjuges, elle est satisfaisante en regard de la nature de l'outil (entrevue structurée), mais peut être encore améliorée. Finalement, en l'absence de mesure étalon, la validité convergente reste à confirmer. L'ensemble de ces constats seront discutés ci-dessous.

5.1 Validité de construit factorielle

Au total, pour l'échantillon TMS, 16 des 57 ISHT n'ont pas été intégrés à l'AFE, soit environ le tiers (28 %). Pour l'échantillon TMC, ce sont 22 des 48 ISHT qui n'ont pas été intégrés, soit près de la moitié (46 %) d'entre eux. Ces retraits reposaient sur le critère suivant : seuls les ISHT présents dans plus de 20 % de l'échantillon étaient conservés pour les analyses factorielles. Une observation attentive des ISHT, n'ayant pu être intégrés aux analyses dans les deux versions de l'OISHT, montre également que la majorité de ceux-ci sont issus des groupes d'experts et non de la revue des écrits scientifiques. En effet, les sources d'élaboration des ISHT étaient doubles : 1) une revue de la littérature où les résultats quant à l'influence des ISHT devaient être convergents entre trois études scientifiques et plus; 2) un consensus d'experts dans le domaine. Or, à la lumière des résultats de cette étude, il apparaît que les recherches qui concernent les ISHT provenant des groupes d'experts restent à approfondir, en prenant notamment en considération des populations plus diversifiées, par exemple, des personnes sans indemnité de remplacement du revenu, une pluralité d'origine ethnoculturelle ou encore l'occupation d'un poste de cadre. Cela étant mentionné, les résultats reflètent certainement la clientèle traitée principalement par les ergothérapeutes œuvrant dans le secteur privé de la réadaptation au travail. Finalement, la durée d'expérimentation de l'OISHT en clinique peut aussi contribuer à l'explication d'un retrait plus important d'ISHT pour la version TMC. En effet, comme mentionné précédemment, la version TMS a été expérimentée pendant plus d'une décennie par une équipe clinique universitaire auprès de 500 patients (Loisel *et al.*, 1997; Rivard *et al.*, 2011) et elle a fait l'objet de nombreuses révisions. Quant à la version OISHT-TMC utilisée lors de l'étude, elle est issue d'une expérimentation auprès de seulement une quarantaine d'individus. En somme, une étude complémentaire devrait être réalisée avant de retirer les ISHT peu présents dans nos échantillons.

5.2 Validité de la cohérence interne

Les analyses factorielles exploratoires (AFE) ont permis de faire émerger des dimensions conceptuelles liées à des construits et d'estimer, par conséquent, la validité de construit factorielle. Dans les deux versions de l'OISHT, trois dimensions s'apparentent.

D'abord, une première dimension commune est liée aux représentations de la maladie. Les représentations sont définies comme un ensemble organisé d'information, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné, dans ce cas-ci la maladie et l'incapacité (Abric, 2003). Les représentations vont influencer par la suite les comportements de l'individu (Hoving *et al.*, 2010). La présence de cette dimension est cohérente avec l'ensemble des travaux antérieurs de la présente équipe de recherche qui soulignent l'importance, en réadaptation au travail, d'évaluer et de tenir compte des représentations de la maladie. Ces dernières constituent un moteur d'action pour les personnes en situation d'handicap au travail (Coutu *et al.*, 2010); elles adopteront des comportements favorables ou non à leur santé ou une réduction de leur incapacité à partir de ces représentations (Hoving *et al.*, 2010; Maillette, Coutu, Gaudreault, 2017). D'un point de vue théorique, l'importance de cette dimension n'est pas surprenante. En effet, l'élaboration des représentations du travailleur s'effectuera à partir de ses propres expériences, mais aussi en fonction d'expériences vécues dans un sens plus large. Par exemple, advenant que le travailleur perçoive une relation négative à l'égard de son milieu de travail et des exigences élevées, cela teintera son évaluation de ses capacités. La représentation est donc un concept qui émane à la fois de l'individu et qui est en interaction avec l'environnement de celui-ci. Aussi, l'importance de cette dimension est confirmée par les résultats de la synthèse des revues réalisée par Wagner *et al.* (2014). En effet, ces auteurs, qui ont retenu les facteurs touchant plus d'une problématique de santé, avancent que plusieurs éléments de la représentation de la maladie des personnes sont fortement associés à l'incapacité au travail, dont une perception d'incapacité et de santé négative, et des attentes de récupération faibles. Ils qualifient cette association d'évidence « forte », selon les critères d'évaluation de la qualité des études AMSTAR (Shea *et al.*, 2007). De la même manière, la revue systématique de Laisné *et al.* (2012), portant sur les facteurs pronostiques de la participation au travail pour des personnes présentant un TMS, montre que les attentes de récupération représentent également une évidence « forte ». Finalement, dans un essai randomisé incluant des personnes avec un TMC, le même facteur des attentes de récupération est identifié comme prédisant l'obtention d'indemnité de remplacement du revenu, donc de non-participation au travail (Løvvik, Shaw, Øverland et Reme, 2014).

La deuxième dimension apparentée aux deux versions de l'OISHT est en lien avec le jugement clinique de l'intervenant, relativement à la sévérité de la condition médicale. Ainsi, il apparaît que l'ergothérapeute développe lui aussi une représentation de la maladie de la personne traitée et que cette synthèse deviendra sa théorie pour façonner le programme d'intervention. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de bien personnaliser les programmes de réadaptation, car ceux-ci vont mieux répondre aux besoins des personnes et favoriser le RAT (Marois et Durand, 2009; Main et Shaw, 2016). Cependant, tout cela repose sur une évaluation adéquate des personnes, d'après les données probantes les plus récentes. Comme il a été précisé, tant pour la personne absente du travail que pour le clinicien, une représentation erronée de la situation entraînera des comportements qui risquent fort de ne pas favoriser la réadaptation (Coutu *et al.*, 2010; Maillette *et al.*, 2017). L'avantage de l'OISHT est justement de « forcer » l'observation d'indicateurs provenant de sources documentées, dans un format

d'échanges avec les personnes. Ce format ajoute une richesse qui dépasse les résultats de questionnaires autoadministrés, lorsque ceux-ci sont utilisés sans rétroaction avec les personnes. D'autre part, dans la synthèse des revues systématiques de White *et al.* (2015), il apparaît que la présence d'une condition médicale complexe, d'une mauvaise santé, de fatigue, de douleur, de détresse ou de symptômes dépressifs est fortement associée à l'incapacité au travail, et ce, auprès des personnes ayant différents troubles de santé, dont un TMS. D'ailleurs, les revues systématiques de Laisné *et al.* (2012) et de Lee *et al.* (2015) reconnaissent toutes deux que la détresse psychologique des personnes ayant un TMS est un facteur prédisant fortement l'incapacité au travail. Par conséquent, cela justifie la place de cette dimension dans l'évaluation de la situation de handicap au travail.

Finalement, la troisième dimension apparentée réfère aux niveaux d'exigence élevés du travail. Cette dimension peut être associée au modèle classique de demande-latitude développé par Karasek (1979) et qui a largement influencé les travaux de recherche portant sur l'influence des facteurs psychosociaux sur la santé des travailleurs. Plus précisément, ce modèle permet d'observer une interaction entre la perception des demandes de l'emploi, le contrôle détenu et la santé des travailleurs. La perception des demandes comprend les contraintes physiques et psychologiques provenant du travail, telles que les charges quantitative et qualitative. En ce qui concerne le contrôle, il est composé de l'autonomie de la personne sur le plan de l'application de ses connaissances et de ses compétences, de sa latitude à pouvoir prendre des décisions et de son autorité. En clair, une grande charge de travail, accompagnée d'un rythme de travail rapide et d'un contrôle limité sur les demandes, représente un risque pour le travailleur de développer un problème de santé physique ou psychologique. Plusieurs revues systématiques ou méta-analyses confirment le modèle, dont celles de Da Costa et Vieira (2010) et de Bernal *et al.* (2015) pour les TMS et celles de Lang *et al.* (2012) et Stansfeld *et al.* (2006) pour les TMC. D'ailleurs, les résultats obtenus de l'évaluation du stress au travail pour les deux échantillons attestent bien de la présence des composantes du modèle de Karasek. D'autre part, les exigences physiques élevées associées aux TMS sont également décrites dans la littérature traitant des facteurs de risques professionnels (Dick *et al.*, 2017; Da Costa et Vieira, 2010; Sterud et Tynes, 2013). Cette troisième dimension apparaît donc essentielle pour ces populations.

Deux autres dimensions ont émergé plus spécifiquement de la version OISHT-TMS. D'abord, il s'agit des composantes du modèle peur-évitement de Vlaeyen *et al.* (1995). Cette dimension est largement décrite dans la littérature (Dionne *et al.*, 2007; Leeuw *et al.*, 2007; Vlaeyen et Linton, 2012; Corbière *et al.*, 2011; Coutu, Baril, Durand, Côté et Rouleau, 2007). En bref, ce modèle décrit comment, en présence d'une douleur et de jugements négatifs, la dramatisation face à ceux-ci peut contribuer à initier la peur face à la douleur chez un individu, voire même à l'amplifier. Il peut s'ensuivre le développement d'un cercle vicieux où la peur crée des comportements d'évitement. Plus la personne adopte ces comportements, plus elle se désengage de ses activités et cela affecte ses humeurs. Ainsi, au début d'un TMS, l'évitement des activités est un comportement sain pour la cicatrisation des tissus, mais s'il perdure celui-ci va être transposé aux activités de travail. Dans l'échantillon de la présente étude, où le travailleur cumulait minimalement trois mois d'absence du travail, ces craintes peuvent être très élevées et constituer un frein au RAT. Par conséquent, cette dimension apparaît très pertinente pour cette population.

La deuxième dimension pour la version OISHT-TMS réfère à l'organisation du travail et contient seulement deux énoncés. L'organisation du travail est définie dans l'OISHT d'après un sens classique, c'est-à-dire qu'elle fait principalement référence à l'ordonnancement des tâches, au contrôle du temps, à l'organisation des méthodes et techniques de production (Simard, 2002). Une organisation du travail déficiente peut ainsi être à l'origine d'une surcharge physique (par exemple, une cadence trop élevée ne permettant pas une récupération suffisante ou la réalisation de certaines tâches, ce qui aurait pu être évité en présence d'équipements ou de ressources humaines supplémentaires). Cela est un risque de développement de TMS qui est largement décrit dans la littérature (Dick et al, 2017). Or, cette dimension est essentielle à évaluer dans un contexte de réadaptation au travail. En effet, les professionnels de la santé (au Québec, il s'agit souvent des ergothérapeutes) vont planifier les retours progressifs au travail et ils doivent, pour éviter une aggravation ou une nouvelle blessure, tenir compte des risques de l'environnement de travail.

Pour la version OISHT-TMC, une seule autre dimension a émergé et elle est reliée aux relations du travailleur avec le milieu de travail et son employeur; elle réfère uniquement aux relations interpersonnelles. Or, le soutien social au travail comme condition importante de la santé est étudié depuis longtemps comme dans l'étude de Johnson et Hall (1988), dans la méta-analyse de Stansfeld et Candy (2006), et plus récemment dans la revue systématique de Lang *et al.* (2012). Tous les résultats convergent et suggèrent qu'un faible soutien social au travail est un facteur de risque de développer un TMC. Une étude longitudinale plus récente réalisée auprès de mille personnes présentant un TMC abonde dans le même sens. Elle identifie que l'environnement social de travail (relation avec les collègues, conflits de travail, sentiment d'isolement) est fortement relié à la participation au travail (Olsen *et al.*, 2015). Dans l'échantillon de la présente étude, les participants ayant un TMC ont d'ailleurs rapporté un soutien social modéré, alors que celui des travailleurs présentant un TMS était perçu comme étant plus important.

Grâce aux résultats des AFE, les dimensions en présence se répartissent dans trois des quatre systèmes du paradigme d'incapacité, à savoir le système personnel de la personne en arrêt de travail, le système de santé (jugement de l'ergothérapeute) et le système de l'environnement de travail. Ces dimensions trouvent toutes un fort appui théorique dans la littérature actuelle et justifient ainsi leur pertinence. Par ailleurs, les quelques ISHT portant sur le régime d'assurance n'ont pas été intégrés aux analyses en raison de leur faible présence. Cependant, il est probable que l'échantillon de l'étude correspond à un sous-groupe de personnes atteintes de TMS ou TMC. En effet, la grande majorité des 290 participants de cette étude étaient indemnisés par la CNESST ou une assurance privée, avaient un lien d'emploi au moment de l'administration de l'OISHT et étaient admis à un programme de réadaptation au travail. Ainsi, les participants avaient déjà franchi quelques étapes, dont l'admissibilité de leur problème de santé, une première série de traitements et la référence à un programme de réadaptation. De plus, les caractéristiques de notre échantillon correspondent assez bien aux travailleurs indemnisés soit par la CNESST ou une assurance privée. En bref, la CNESST rapportait pour 2015 une proportion de 57,2 % d'hommes et de 42,8 % de femmes indemnisée pour un TMS, les résultats révèlent des proportions respectives de 54,3 % et 45,7 %. Par ailleurs, pour 60 % de l'échantillon TMS, les travailleurs avaient plus de 40 ans, tandis que, toujours pour 2015, la CNESST rapportait une proportion de 54 % pour cette même tranche d'âge. Finalement, les sièges de lésion sont également comparables avec une dominance au dos et aux membres supérieurs (CNESST, 2016). En ce qui a trait à l'échantillon TMC, les résultats sont aussi

convergeants avec ceux d'autres études auprès de personnes en arrêt de travail et indemnisées pour un TMC. Le portrait qui se dégage est entre autres celui de la prédominance des femmes de plus de 40 ans et, dans une grande proportion, des diagnostics de dépression et de trouble liés au stress (Roelen *et al.*, 2012). En somme, bien que les ISHT associés au régime d'assurance ne soient pas très présents dans l'échantillon, il ne faut pas les exclure. En effet, comme mentionné ci-dessus, les échantillons de l'étude représentaient déjà des personnes dont le lien avec les compagnies d'assurance était établi et leur processus de réadaptation avait débuté. D'ailleurs Kilgour *et al.* (2015) ont largement souligné les multiples influences du régime d'assurance dans le processus de réadaptation.

En définitive, l'utilisation des AFE permet également de réduire le nombre d'items d'un outil. Dans cette étude, les résultats des analyses suggèrent de réduire les ISHT d'environ 38 % pour les deux familles d'ISHT « personnel » et « environnement » de la version TMS (de 37 ISHT à 23) et de 18 % pour TMC pour les familles « clinique » et « occupationnel » (de 22 ISHT à 18). Toutefois, cela ne tient pas compte des facteurs retirés en raison de leur faible présence. De plus, les résultats doivent être considérés en fonction de l'estimation de la cohérence interne des dimensions. En fait, il existe un contraste important au regard des résultats sur la cohérence interne des deux versions de l'outil. Alors que, pour la version OISHT-TMS, la cohérence est bonne, il apparaît que, pour la version OISHT-TMC, trois des quatre dimensions émergentes présentent une cohérence interne assez faible. Cela suggère peu d'homogénéité des items dans cette version de l'outil et évoque un manque de précision de la mesure. Ainsi, avec les résultats actuels pour la version OISHT-TMC, il ne sera pas recommandé d'utiliser les dimensions en sous-échelle. Néanmoins, il importe de mentionner que l'alpha de Cronbach est un coefficient de fidélité plutôt conservateur (Laveault et Grégoire, 2014; Hogan *et al.*, 2012). En effet, cette méthode s'appuie sur le postulat que chaque item d'un outil est parallèle aux autres, c'est-à-dire qu'ils ont une même variance et un même niveau de difficulté. Or, en réalité, c'est rarement le cas, ce qui a pour effet de sous-estimer la fidélité du score total de l'outil. Dans cette perspective, il faut se rappeler que l'OISHT tente de mesurer des concepts complexes, les causes de l'incapacité au travail, ce qui pourrait en partie expliquer ces résultats. Le contraste des résultats entre les deux versions de l'outil témoigne encore une fois d'un degré d'avancement plus grand des connaissances pour les TMS que pour les TMC. Par conséquent, l'objectif d'une prochaine étude pourrait être de bonifier la version OISHT-TMC en ajoutant des items aux dimensions qui ont émergé et en poursuivant l'étude des qualités psychométriques.

En regard des résultats obtenus, les tableaux 23 et 24 rapportent les ISHT à conserver et ceux à explorer dans d'autres études auprès de populations plus variées.

Tableau 23 – Contenu à conserver et à approfondir de l'OISHT-TMS

<p>ISHT « personnel » à conserver</p> <p>P2 L'étiquetage diagnostique P3 Un médical inachevé P4 La perception du travailleur d'un médical inachevé P6 La méconnaissance du travailleur de sa condition et du pronostic de récupération P7 La perception d'une lésion grave P9 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale) P15 La gestion de la douleur P16 Un syndrome douloureux persistant P26 Le travailleur ne se projette pas à son travail régulier P27 Le travailleur indique que ses capacités actuelles ne rencontrent pas les exigences de son travail régulier P28 Les craintes élevées du travailleur face à la reprise de son travail P29 La présence de kinésiophobie P30 La présence de dramatisation (catastrophisme) face à la douleur P31 La perception du travailleur d'une incapacité physique importante P32 Des signes ou symptômes évoquant une détresse psychologique</p>
<p>ISHT « personnel » à approfondir</p> <p>P10 La présence de séquelles physiques découlant d'un événement antérieur P14 Un syndrome douloureux irradiant en bas du genou P19 La présence de consommation problématique P21 Des barrières d'ordre culturel et/ou linguistique P22 L'isolement social P24 La perception du travailleur que son revenu familial pré-lésionnel est insuffisant</p>
<p>ISHT « administratif » à approfondir</p> <p>A1 Une inactivité administrative préférence prolongée A2 La présence de limitations fonctionnelles A3 Une absence d'action concertée A4 Une ou des expérience(s) d'échec de retour au travail (épisode actuel ou passé) A5 La présence possible de gains secondaires lors de l'absence du travail A6 La présence de contestation au dossier A7 Une absence d'emploi ou d'employeur au dossier du travailleur A8 Une absence prolongée du travail régulier A9 Une absence prolongée de tout travail dans l'entreprise A10 Une ancienneté récente chez l'employeur A11 Une absence de cible professionnelle clairement définie</p>
<p>ISHT « environnement » à conserver</p> <p>E1 La perception du travailleur de l'organisation du travail inadéquate E5 La présence de postures contraignantes E7 La perception du travailleur d'un aménagement du poste de travail inadéquat E8 La perception du travailleur d'une insuffisance de temps de repos E11 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes E12 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes combinées à des postures contraignantes</p>
<p>ISHT « environnement » à approfondir</p> <p>E10 La présence de vibration E13 La présence de préjugés au travail envers les TMS E14 Le manque de contrôle perçu par le travailleur sur la survenue d'événements au travail</p>

Tableau 24 – Contenu à conserver et à approfondir de l'OISHT-TMC

<p>ISHT « sociodémographique » à approfondir</p> <p>S1 L'âge du travailleur et les changements au travail S2 Le genre S3 La charge parentale S4 Des barrières d'ordre culturel et/ou linguistique S5 L'isolement social S6 La présence d'un ou plusieurs événement(s) significatif(s) d'ordre personnel important(s) et récent(s)</p>
<p>ISHT « clinique » à conserver</p> <p>C1 La durée de l'absence du travail C2 La perception négative du travailleur quant à la durée de récupération C3 La présence d'inquiétudes chez le travailleur relatives à la gravité des conséquences du TMC C4 La sévérité des symptômes reliés au TMC C5 Le travailleur accepte mal d'être en arrêt pour un TMC C7 Un traitement médicamenteux modifié à plusieurs reprises C10 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale) C12 Le travailleur a un ou des antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour un TMC</p>
<p>ISHT « clinique » à approfondir</p> <p>C6 Le travailleur fait un usage à risque de médicaments C8 Une absence de traitement de la dépression de plus de 6 mois depuis l'arrêt de travail C9 La présence d'indices ou de signes chez le travailleur d'un trouble de stress posttraumatique associé au travail C11 De multiples absences du travail dans les deux dernières années (d'une durée de trois mois ou plus), pour divers motifs autres qu'un TMC C14 L'absence de confiance du travailleur envers l'intervention qui lui est offerte</p>
<p>ISHT « administratif » à approfondir</p> <p>A1 La présence de gains secondaires lors de l'absence du travail A2 Une faible couverture d'assurances A3 Des clauses d'exclusion en fonction des antécédents de TMC A4 La présence de contestation au dossier</p>
<p>ISHT « occupationnel » à conserver</p> <p>O8 La perception du travailleur d'une surcharge subjective de travail O9 La présence de compétition, de fortes exigences de performance et/ou de rendement dans le milieu de travail du travailleur O10 Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail du travailleur O11 La perception du travailleur d'une faible participation aux décisions à prendre au travail O12 La perception du travailleur du peu de reconnaissance de l'organisation O13 Un degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur O14 Des changements (grands/rapides) dans l'organisation du travailleur O15 Les craintes dues au climat et aux événements négatifs qui se sont déroulés immédiatement avant le départ en absence du travailleur O21 Le manque de communication régulière entre l'employeur et le travailleur O23 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part de l'assureur</p>
<p>ISHT « occupationnel » à approfondir</p> <p>O1 Une ou des expérience(s) d'échec de retour au travail (épisode actuel ou passé) O2 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, qu'elle provienne de la famille ou des amis O3 L'absence d'emploi ou d'employeur au dossier du travailleur O4 Le poste occupé par le travailleur est celui de cadre supérieur O5 Des rumeurs ou menaces de mises à pied dans l'organisation du travailleur, avant ou pendant l'absence O6 Des coupures et/ou restrictions de personnel pendant l'absence O7 La précarité de l'emploi du travailleur O18 L'impact du retour progressif sur la charge de travail des collègues O19 La présence de préjugés au travail envers les TMC O22 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du milieu de travail O24 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du médecin</p>

5.3 Fidélité interjuges

Pour les deux versions de l'OISHT, la fidélité interjuges pour l'ensemble des ISHT est qualifiée de modérée. En raison de la nature de l'outil (entrevue structurée), ce degré de convergence des évaluateurs apparaît satisfaisant. Néanmoins, le découpage précis des résultats en familles d'ISHT permet de cibler certains éléments qui peuvent être améliorés. Par exemple, pour la version OISHT-TMS, le coefficient kappa de Cohen est caractérisé faible pour la famille « personnel » de l'histoire de cas 2, tandis que pour la version OISHT-TMC, le coefficient kappa de Cohen est qualifié d'acceptable pour la famille « administratif » de l'histoire de cas 3.

En fait, ces résultats plus faibles pourraient s'expliquer, entre autres, par la méthode utilisée lors de la formation des ergothérapeutes. En effet, rappelons que, pour une histoire de cas donnée, les ergothérapeutes devaient atteindre une concordance de cotation de 75 % avec le formateur, avant de pouvoir débiter les évaluations à l'aide de l'OISHT. Cette épreuve était unique et ne couvrait pas l'ensemble des ISHT pour une version de l'OISHT. Ainsi, pour améliorer la fidélité interjuges de l'outil, une des stratégies pourrait être d'augmenter le nombre d'histoires de cas avec atteinte d'une concordance entre le formateur et l'ergothérapeute. Également, le seuil d'accord exigé pourrait être relevé à 80 %. Ces deux stratégies permettraient vraisemblablement de rehausser la fidélité interjuges. Toutefois, ces préalables à l'utilisation de l'outil réduiraient légèrement son accessibilité, car ils nécessiteraient un investissement de temps plus important des cliniciens. Cette considération n'est pas à négliger lorsqu'il est question des conditions favorables à l'adoption d'un outil (Lortie *et al.*, 2013). Par ailleurs, les résultats sur la fidélité interjuges par familles d'ISHT et en fonction des histoires de cas, permettent parfaitement de situer où sont les faiblesses dans l'interprétation des ISHT. En effet, étant donné que les histoires de cas ont été conçues avec une certaine répartition des ISHT, il est facile de repérer lesquels posent problème. Les définitions des ISHT ciblés et leur transposition dans les histoires de cas pourraient être revues, afin d'améliorer la fidélité interjuges.

Finalement, il est à préciser que les résultats révèlent une fidélité interjuges supérieure pour la version OISHT-TMC. Une des explications possibles est issue des échanges lors des formations avec les ergothérapeutes. Il apparaît que certains ISHT, principalement reliés à l'environnement de travail de la version TMS, soulevaient beaucoup d'interrogations. Par exemple, certains se demandaient après combien d'heures d'utilisation par jour un outil vibrant devient un facteur de risque? Ou encore, quel seuil de vibration est considéré à risque? Enfin, quelle est la durée minimale du cycle de travail pour considérer une tâche de travail comme répétitive et à risque? La formation de la version OISHT-TMC ne soulevait pas autant d'interrogations, puisque les facteurs de risque au travail figuraient dans la majorité des perceptions rapportées (par exemple, surcharge, manque de reconnaissance). Il semble donc que, malgré l'existence de définition précise pour chacun des ISHT de la version TMS, certains éléments complémentaires, particulièrement sur les facteurs de risque physique, pourraient être ajoutés, réduisant du coup les sources d'interprétation.

5.4 Validité convergente

En ce qui a trait à la comparaison entre l'OISHT (TMS et TMC) et les questionnaires validés, soit la validité convergente, les résultats sont assez différents. D'abord, pour la version OISHT-

TMS, seulement la moitié des associations sont statistiquement significatives, mais les corrélations sont très faibles. Il y a des associations entre l'incapacité au dos, la kinésiophobie et les ISHT correspondants, mais non entre l'incapacité au cou et aux membres supérieurs, la détresse psychologique et les indicateurs associés. Quelques explications sont plausibles.

D'abord, pour la version OISHT-TMS, la faible association pourrait partiellement s'expliquer par les différences entre les concepts mesurés. Dans les questionnaires validés et autoadministrés, c'est l'intensité du phénomène au moment de l'évaluation qui est mesurée (détresse, incapacité et kinésiophobie) et qui sont des éléments du système personnel. Quant à l'OISHT, il demandait en réalité à l'ergothérapeute de juger d'un impact, à savoir si la présence de ces mêmes phénomènes (détresse, incapacité et kinésiophobie) pouvait freiner le RAT, maintenir l'incapacité au travail. Il s'agissait donc de deux estimations différentes à partir des mêmes phénomènes. Dans la conception originale de l'OISHT, publiée en 2003, il s'agissait de trianguler les jugements de l'ergothérapeute avec les questionnaires validés. En effet, les ergothérapeutes consultaient les questionnaires remplis par le travailleur avant d'administrer l'OISHT. Mais, avec les années d'expérimentation, la consigne donnée lors de la formation a été modifiée pour se limiter davantage à la conception véhiculée par le paradigme d'incapacité au travail, à la base de l'outil. Par conséquent, il n'est pas étonnant que les résultats en regard des facteurs personnels (détresse, incapacité, kinésiophobie) ne soient pas fortement associés. Pour les ergothérapeutes la présence d'incapacité, de kinésiophobie ou de détresse sont des phénomènes modifiables sur lesquels ils vont agir, cela devient même des cibles d'intervention prioritaires. Ainsi, malgré la présence de ces phénomènes ils ne sont pas perçus comme des freins majeurs.

Dans la version OISHT-TMC, il existe des associations entre les facteurs de type « occupationnel » et le questionnaire sur l'évaluation du stress au travail. Ces résultats suggèrent que, pour l'ergothérapeute, l'intensité des facteurs reliés au travail et la contribution de ceux-ci par rapport à la reprise du travail sont très liées. L'explication pourrait résider dans la nature du champ d'action de l'ergothérapeute, qui agit principalement sur l'individu, sur l'interaction de l'individu et de son environnement (mode opératoire, marge de manœuvre et gestion du stress). Ses actions sont beaucoup plus restreintes à l'égard de l'environnement élargi de travail. Si l'ergothérapeute peut formuler des recommandations pour le milieu de travail, il peut difficilement agir sur le type de gestion (non-reconnaissance, faible participation aux décisions, surcharge) et le climat de travail (conflit interpersonnel). D'ailleurs, une étude de Coutu *et al.*, 2015 abonde dans le même sens et identifie clairement que les employeurs et les assureurs ne reconnaissent pas le rôle de l'ergothérapeute dans la gestion interne de ressources humaines (Coutu *et al.*, 2015). Néanmoins, un certain lien peut être établi entre la conception de l'ergothérapeute, à l'effet que les facteurs occupationnels soient des freins majeurs à la reprise du travail, et les travaux de St-Arnaud *et al.* (2007, 2011), qui soulignent que, pour réduire la probabilité d'échec, il est essentiel de modifier l'environnement de travail lors d'un retour après un épisode dépressif (Arnaud *et al.*, 2011). En somme, les résultats de la présente étude convergent avec ceux de ces travaux et reconnaissent que, si des facteurs précipitants sont présents en milieu de travail, il n'est pas recommandé d'y retourner une personne dans le même contexte. Par ailleurs, les résultats obtenus ne suggèrent pas d'association entre la présence de la détresse psychologique et l'ISHT correspondant (sévérité des symptômes). De la même façon que pour les TMS, il est probable que les ergothérapeutes n'associent pas la présence de symptômes à l'incapacité au travail parce qu'il s'agit encore une fois d'un facteur modifiable sur lequel ils vont agir; ils le considèrent donc moins important.

Aussi, en l'absence d'un étalon de mesure, deux Inventaires sur les causes du maintien de l'incapacité au travail ont été élaborés pour les fins de l'étude. Cette fois, la question posée par le biais de ces questionnaires et de l'OISHT allait dans le même sens, soit une mesure de l'impact d'un même phénomène ou d'une condition sur le maintien de l'incapacité au travail. Les échelles de mesure étaient toutefois différentes. Pour les deux versions de l'OISHT, alors que sont considérés seulement les ISHT des AFE, toutes les questions convergent et sont statistiquement significatives, à l'exception de deux pour la version TMS. Ces résultats indiquent que, lorsque l'ergothérapeute est interrogé entre 24 et 72 heures après avoir administré l'OISHT, son jugement est confirmé au sujet de l'influence de certains éléments sur le maintien de l'incapacité au travail. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec une certaine prudence. En effet, même si les deux inventaires ont été élaborés méthodiquement, en fonction d'un double prétest, ils n'ont pas fait l'objet d'une large validation et, de plus, plusieurs ISHT ont été retirés des calculs, étant donné leur faible présence (proportion totale de cotation 1 à 4 inférieure à 20 %). Également, environ 40 % seulement des ISHT ont été couverts. Cela modifie clairement les intentions initiales des chercheurs. D'un autre côté, certains pourraient argumenter que cette convergence trouvée n'est que le reflet de la mémorisation du clinicien. À cet égard, soulignons que, dans les deux Inventaires élaborés, plusieurs ISHT étaient combinés et il serait peu probable que les cliniciens se souviennent des cotations de chacun des ISHT, avant de les fondre en une seule mesure.

5.5 Forces et limites

Cette étude visait la validation d'un outil innovant sur les facteurs de risque d'incapacité au travail auprès d'un échantillon appréciable de 290 travailleurs en arrêt de travail en raison d'un TMS ou TMC. À l'heure actuelle, il existe très peu d'outils dans le domaine de la réadaptation au travail pour les travailleurs présentant un TMC qui abordent les différents systèmes du paradigme d'incapacité au travail. Ainsi, l'effort de validation pour la version TMC est déjà une avancée intéressante. Malgré l'absence de mesure étalon réelle, les méthodes de validation de l'outil utilisées sont conformes aux recommandations dans le domaine (Laveault et Grégoire, 2014; Striener, Norman et Cairney, 2015). Les résultats de cette étude sont généralisables seulement à des travailleurs en arrêt de travail, recevant des indemnités de remplacement du revenu par un assureur public ou privé qui assume également leur prise en charge. Cette limite restreint la portée des résultats de l'outil et d'autres études devront être réalisées auprès de populations plus variées.

5.6 Retombées et implications pour les cliniciens

Une des retombées de cette étude transversale est la formation de nombreux ergothérapeutes dans le domaine de la réadaptation au travail. Cet aspect n'a nullement été étudié, mais représente clairement un impact positif de cette étude. Au terme de cette étude, des versions revues et abrégées de l'outil seront réalisées; elles seront ainsi disponibles pour les intervenants du milieu de la santé. Il sera recommandé de jumeler l'OISHT avec des questionnaires autoadministrés, comme point de départ d'un programme de réadaptation au travail. Cependant, à la lumière de ces résultats, de nouvelles études de validation de l'outil modifié devront être réalisées.

6. CONCLUSION

Chaque année, de nombreux travailleurs s'absentent du travail en raison de problèmes de santé reliés principalement à des TMS ou des TMC. L'OISHT est un outil qui consiste en une entrevue structurée pour permettre de mieux outiller les intervenants du milieu de la santé, de les guider dans l'évaluation systématique de facteurs pouvant contribuer au maintien de l'incapacité au travail. Malgré son utilisation dans plusieurs centres au Québec, l'OISHT n'avait pas fait jusqu'à maintenant l'objet d'une étude approfondie de validation. La présente étude avait pour objectif principal d'étudier quatre qualités psychométriques des deux versions de l'outil, développées pour les personnes présentant des TMS ou des TMC. Malgré les faiblesses rapportées, il s'avère que le contenu de l'OISHT, en tenant compte de la réduction proposée des items, correspond bien aux écrits scientifiques actuels sur les populations à l'étude et s'inscrit dans une compréhension biopsychosociale de la personne en incapacité de travail. Cependant, la version pour la population de travailleurs présentant des troubles mentaux courants demande à être révisée et retestée. Aussi, la validité convergente reste à approfondir.

7. BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J. C. (2003). *Les représentations sociales* (7^e éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Bernal, D. Campos-Serna J., Tobias, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F.G. et Serra, C. (2015). Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 635-648.
- Bieniek, S., et Bethge M. (2014). The reliability of WorkWell systems functional capacity evaluation : a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders* 15(1), 106.
- Black, C. (2008). *Working for a healthier tomorrow*. Norwich, UK : Crown Copyright, The Stationery Office Limited.
- Bourbonnais, R. et Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec. *American Journal of Industrial Medicine*, 39(2), 194-202.
- Bowling, N. A., Alarcon G. M., Bragg, C. B. and Hartman, M. J. (2015). A meta-analytic examination of the potential correlates and consequences of workload. *Work & Stress*, 29(2), 95-113.
- Comité provincial des représentants en ergonomie [CPRE] (2007). *La prévention des risques de troubles musculosquelettiques (TMS) reliés au travail* (guide d'animation).
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST] (2016). *Rapport annuel de gestion 2015*. Montréal: Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail [CSST] (2011). *Rapport annuel de gestion 2010*. Montréal : Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
- Commission de la santé mentale du Canada [CSMC] (2013). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L. et Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Corbière, M. et Fraccaroli, F. (2014). La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure : Exemples dans le domaine de la santé mentale. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (577-620). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Corbière, M. (2014). Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires : Illustration à l'aide de données recueillies sur l'estime de soi en tant que travailleur. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (517-546). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., Loisel, P. et Lachance, J.-P. (2016). *Validation du questionnaire Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter (ORTESES) auprès de travailleurs avec un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique* (Rapport n° R-938). Montréal : IRSST.
- Corbière, M., Zaniboni, S., Coutu, M.-F., Franche, R.-L., Guzman, J., Dawson, K. et Yassi, A. (2011). Evaluation of the fear-avoidance model with health care workers experiencing acute/subacute pain. *Pain*, 152(11), 2543-2548.
- Coste, J., Le Parc, J. M., Berge, E., Delecoeuillerie, G. et Paolaggi, J. B. (1993). Validation française d'une échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL). *Revue du rhumatisme et des maladies ostéo-articulaires*, 60(5), 335-341.
- Costello, A.B. et Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis : four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J. Côté, D. et Rouleau A. (2007). Representations : An important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), 522-544.
- Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J. Côté, D., Rouleau, A. et Cadieux, G. (2010). Transforming the meaning of pain: An important step for the return to work. *Work : A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 35(2), 209-219.
- Coutu, M.-F., Légaré, F., Durand, M.-J., Corbière, M., Dawn, S., Bainbridge, L. et Labrecque, M.-E. (2015). *Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un trouble musculosquelettique persistant* (rapport R-896). Montréal : IRSST.
- Crewson, P.C. (2005). Fundamentals of clinical research for radiologists. Reader agreement studies. *American Journal of Roentgenology*, 184(5), 1391-1397.
- Dabboussy, M. et Uppal, S. (2012). Les absences du travail en 2011. *L'emploi et le revenu en perspective*, 24(2), n° 75-001-XIF. Ottawa : Statistique Canada.
- Da Costa, B. R. et Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders : a systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(3), 285-323.
- Deraspe, R. (2013). *Current issues in mental health in Canada : The economic impact of mental illness* (n° 2013-87-E), Ottawa, Ontario : Library of Parliament.

- Deyo, R.A., Battie, M., Beurskens, A.J., Bombardier, C., Croft, P., Koes, B., Malmivaara, A., Roland, M., Von Korff, M. et Waddell, G. (1998). Outcome measures for low back pain research: A proposal for standardized use. *Spine*, 23(18).
- Dick, R. B., Hudock, S. D., Lu, M.-L. Waters, T. R. et Putz-Anderson, V. (2017). In G.M. Stave and P.H. Wald (eds), *Physical and biological hazards of the workplace* (3rd ed., 33-52). Hoboken, New Jersey : John Wiley & Sons Inc.
- Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R., Nouwen, A., Larocque, I. et Demers, E. (2007). Determinants of "return to work in good health" among workers with back pain who consult in primary care settings : A 2-year prospective study. *Eur Spine J*, 16(5), 641-55.
- Drouin, M.-S. (2011). Pathologie des troubles mentaux transitoires et graves en interaction avec les caractéristiques de la personnalité. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions* (77-108). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Duguay, P., Busque, M.-A., Boucher, A., Lebeau, M. et Prud'homme, P. (2017). *Évolution des indicateurs annuels de lésions professionnelles indemnisées au Québec de 2007 à 2012* (Rapport n° R-922). Montréal : IRSST.
- Durand, M.-J., Corbière, M., Briand, C., Coutu, M.-F., St-Arnaud, L. et Charpentier, N. (2010). *Les facteurs reliés aux absences prolongées du travail en raison d'un trouble mental transitoire - Développement d'un outil de mesure* (Rapport n° R-674). Montréal : IRSST.
- Durand, M.-J., Coutu, M.-F. et Hong, Q.N. (2014). L'évaluation d'implantation des programmes: illustration des programmes de réadaptation en santé mentale. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives et quantitatives en contexte de réadaptation en santé mentale* (189-208). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Durand, M.-J., Loisel, P., Hong, Q.N. et Charpentier, N. (2002). Helping clinicians in work disability prevention : the work disability diagnosis interview. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(3), 191-204.
- Durand, M.-J., Sylvain, C., Fassier, J.-B., Tremblay, D., Shaw, W., Anema, J.R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Bernier, M. (2017). *Troubles musculosquelettiques – Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail* (Rapport n° R-942). Montréal : IRSST.
- Egan, B.E., Cendejas, R., Mims, A., Egan, T., Howard, E. et Egan, M. (2015). The worker role interview : A tool for documenting psychosocial factors that influence return to work. *Mental Health Special Interest Section Quarterly*, 38(3), 1-4.
- European Agency for Safety and Health at Work (2010). *OSH in figures : Work-related musculoskeletal disorders in the EU — Facts and figures*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.

- Fan, C. W, Taylor, R. R. Ekbladh, E., Hemmingsson, H. and Sandqvist, J. (2013). Evaluating the psychometric properties of a clinical vocational rehabilitation outcome measurement : The Assessment of Work Performance. *OTJR*, 33, 125-133.
- Forsyth, K., Braveman, B., Kielhofner, G., Ekbladh, E., Haglund, L., Fenger, K. et Keller, J. (2006). Psychometric properties of the Worker Role Interview. *Work*, 27(3), 313-318.
- Fortin, M.-F. et J. Gagnon (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Fougeyrollas, P. (1991). The handicap creation process. *ICIDH International Network*, 4, 1-2.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J. et St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise du Processus de Production du Handicap*. Québec, QC : Réseau International sur le Processus de Production du Handicap.
- French, D. J., Roach, P. J. et Mayes, S. (2002). Peur du mouvement chez des accidentés du travail : l'échelle de kinésiophobie de Tampa (EKT). *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34, 28-33.
- Furr, R. M. et Bacharach, V. R. (2008). *Psychometrics : An Introduction*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Gouttebauge, V., Wind, H., Kuijjer, P. P. et Frings-Dresen, M. H. (2004). Reliability and validity of functional capacity evaluation methods: A systematic review with reference to Blankenship system, Ergos work simulator, Ergo-Kit and Isernhagen work system. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77(8), 527-537.
- Guadagnoli, E. et Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265-275.
- Hapidou, E. G., O'Brien, M. A., Pierrynowski, M. R., de las Heras, E., Patel, M. et Patla, T. (2012). Fear and avoidance of movement in People with chronic Pain: Psychometric Properties of the 11-Item Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-11). *Physiotherapy Canada*, 64(3), 235-241.
- Hart, D. L., Isernhagen, S. J. et Matheson, L. N. (1993). Guidelines for functional capacity evaluation of people with medical conditions. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 18(6), 682-686.
- Hogan, T. P., Stephenson, R. et Parent, N. (2012). *Introduction à la psychométrie*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Hoving, J. L., van der Meer, M., Volkova, A. Y. et Frings-Dresen, M. H. (2010). Illness perceptions and work participation : a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(6), 595-605.
- Hutcheson, G. et Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist : Introductory statistics using generalized linear models*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

- Ifield, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- Innes, E. et Hardwick, M. (2010). Actual versus perceived lifting ability in healthy young men (18-25 years). *Work*, 36, 157-166.
- Innes, E. et Straker, L. (1998). A clinician's guide to work-related assessment : 2- Design problems. *Work*, 11(2), 191-206.
- Innes, E. et Straker, L. (2002). Workplace assessments and functional capacity evaluations : current practices of therapists in Australia. *Work*, 18(1), 51-66.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012*. Institut de la statistique du Québec.
- Institute of Medicine [IOM] and National Research Council [NRC] (2001). *Musculoskeletal disorders and the workplace : Low back and upper extremities*. Washington, D.C. : National Academy Press.
- Jakobsen, M.D., Sundstrup, E., Persson, R., Andersen, C.H. et Andersen, L.L. (2014). Is Borg's perceived exertion scale a useful indicator of muscular and cardiovascular load in blue-collar workers with lifting tasks? A cross-sectional workplace study. *European Journal of Applied Physiology*, 114(2), 425-434.
- James, C. L., Reneman, M. F. et Gross, D. P. (2016). Functional Capacity Evaluation Research: Report from the Second International Functional Capacity Evaluation Research Meeting. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 26(1), 80-83.
- Johnson, J. V. et Hall, E. M. (1988). Job strain, work place support, and cardiovascular disease : a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Johnston, K., Westerfield, W., Momin, S., Phillippi, R. et Naidoo, A. (2009). The direct and indirect costs of employee depression, anxiety, and emotional disorders – an employer case study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(5), 564-577.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decisions latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. et Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ) : An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355.
- Karasek, R., Gordon, G., Pietrokovsky, C., Frese, M., Pieper, C., Schwartz, J. et al. (1985). *Job Content Questionnaire: Questionnaire and Users' Guide*. Lowell : University of Massachusetts.

- Karasek, R.A. et Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books.
- Karlsson, E. A., Liedberg, G. M. and Sandqvist, J. L. (2017). Initial evaluation of psychometric properties of a structured work task application for the Assessment of Work Performance in a constructed environment. *Disability and Rehabilitation*.
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D. et Collie, A. (2015). Interactions between injured workers and insurers in workers' compensation systems: A systematic review of qualitative research literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 160-181.
- Lacy, S. et Riffe, D. (1996). Sampling error and selecting intercoder reliability samples for nominal content categories: Sins of omission and commission in mass communication quantitative research. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 73, 969-973.
- Laisné, F., Lecomte, C. et Corbière, M. (2012). Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: A systematic review of the Literature. *Disability and Rehabilitation*, 34(22), 1912-1941.
- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Lang, J., Ochsmann, E., Kraus, T. et Lang, J.W.B. (2012). Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems : A systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Social Science and Medicine*, 75(7), 1163-1174.
- Larocque, B., Brisson, C. et Blanchette, C. (1998). Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du « Job Content Questionnaire » de Karasek. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 46(5), 371-381.
- Larsson, C., Hansson, E. E., Sundquist, K. and Jakobson, U. (2016). Kinesiophobia and its relation to pain characteristics and cognitive affective variables in older adults with chronic pain. *BMC Geriatrics*, 16(128).
- Laveault, D. et Grégoire, J. (2014). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation* (3^e éd.). Bruxelles : de Boeck Université.
- Leclaire, R., Blier, F., Fortin, L. et Proulx, R. (1997). A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity. *Spine*, 22(1), 68-71.
- Lee, H., Hübscher, M., Moseley, G. L., Kamper, S. J., Traeger, A. C., Mansell, G. and McAuley, J. H. (2015). How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain*, 156(6), 988-997.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K. and Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavior Medicine*, 30(1), 77-94.

- Lim, K. L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D. et Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28(3), 92-98.
- Linddahl, I., Norrby, E. et Bellner, A.L. (2003). Construct validity of the instrument DOA: A dialogue about ability related to work. *Work*, 20(3), 215-224.
- Liu, S. H., Eaton, C. B., Driban, J. B., McAlindon, T. E. et Lapane, K. L. (2016). Comparison of self-report and objective measures of physical activity in US adults with osteoarthritis, *Rheumatology International*, 36(10), 1355-1364.
- 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.
- Lortie, M., Faye, C., Laroche, E., Desmarais, L., Denis, D., Nastasia, I., Gravel, S. et Giraud, L. (2009). Bilan des études sur les guides de pratique en santé : qu'en retirer pour la santé et la sécurité au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15-1.
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S., Reme, S. E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: Secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4, e004321.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Preacher, K. J. et Hong, S. (2001). Sample size in factor analysis: The role of model error. *Multivariate Behavioral Research*, 36, 611-637.
- MacPhee, M., Dahinten, V. S. et Havaei, F. (2017). The impact of heavy perceived nurse workloads on patient and nurse outcomes. *Administrative Sciences*. 7(1), 7.
- Maillette, P., Coutu, M.-F., Gaudreault, N. (2017). Workers' perspectives on return to work after total knee arthroplasty. *Annals of Physical Rehabilitation Medicine*, 60(5), 299-305.
- Main, C. J. et Shaw, S. W. (2016). Conceptuel, methodological, and measurement challenges in addressing return to workers with musculoskeletal disorders. In I.Z. Schultz and R.J. Gatchel (eds.), *Handbook of return to work: From research to practice*, 423-438. New York, NY: Springer.
- Marois, E. et Durand, M.-J. (2009). Does participation in interdisciplinarity work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability and Rehabilitation*, 31(12), 994-1007.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J., Siemerink, D. et Tummers-Nijssen, D. (2003). Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, suppl. 1, i21-i25.
- Norrby, E. et Linddahl, I. (2006). Reliability of the instrument DOA: Dialogue about ability related to work. *Work*, 26(2), 131-139.

- Olsen, I.B., Øverland, S., Reme, S.E. et Løvvik, C. (2015). Exploring work-related causal attributions of common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(3), 493-505.
- Organisation internationale du Travail (2013). *La prévention des maladies professionnelles : 2 millions de travailleurs tués chaque année*. Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, 28 avril 2013.
- Osborne, J. W. et Costello, A. B. (2004). Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(11), 1-9.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec. *Les cahiers de la recherche*, 7, Enquête Santé Québec 87, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Préville, M., Potvin, L., Boyer, R. et Boulerice, B. (2000). Relationship between physical health status and responses to a psychological distress measure. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 19(03), 363-379.
- Ratzon, N. Z., Ari, S. E. B., Froom, P., Friedman, S. et Amit, Y. (2013). Functional capacity evaluation of work performance among individuals with pelvic injuries following motor vehicle accidents. *Work*, 45(2), 191-200.
- Rivard, M., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., Rossignol, M., Bilodeau, H., Ste-Marie, G. et Lederer, V. (2011). *Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PRÉVICAP* (Rapport n° R-716). Montréal : IRSST.
- Roelen, C. A., Norder, G., Koopmans, P. C., van Rhenen. W., van der Klink, J. J. et Bültmann, U. (2012). Employees sick-listed with mental disorders: Who returns to work and when? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 409-417.
- Roland, M. et Fairbank, J. (2000). The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine*, 25(24), 3115-3124.
- Sandqvist, J. L., Björk, M. A., Gullberg, M. T., Henriksson, C .M. et Gerdle, B. U. (2009) Construct validity of the Assessment of Work Performance (AWP). *Work*, 32(2), 211-218.
- Sandqvist, J. L., Gullberg, M. T., Henriksson, C. M. et Gerdle, B. U. (2008). Content validity and utility of the Assessment of Work Performance (AWP). *Work*, 30(4), 441-450.
- Sandqvist, J. L., Tornquist, K. B. et Henriksson, C. M. (2006). Assessment of Work Performance (AWP) - development of an instrument. *Work*, 26(4), 379-387.
- Sapnas, K. G. et Zeller, R. A. (2002). Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. *Journal of Nursing Measurement*, 10(2), 135-154.

- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., Porter, A. C., Tugwell, P., Moher, D. et Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7(10).
- Schonstein, E., Kenny, D. T. (2001). The value of functional and work place assessments in achieving a timely return to work for workers with back pain. *Work*, 6(1), 31-8.
- Simard, G. (2002). Modèles et formes d'organisation du travail : un outil classificatoire et diagnostique. *Interactions*, 6(2), 66-84.
- Spitzer, W., Leblanc, F. et Dupuis, M. (1987). Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine*, 12(Suppl), S1-S59.
- Stansfeld, S. et Candy B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavia Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-462.
- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M. et Rhéaume, J. (2007). Determinants of return-to-work among employees absent due to mental health problems. *Industrial Relations Quarterly Review*, 62(4).
- St-Arnaud, L., Briand, L. C., Corbière, M., Durand, M.-J., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., Pelletier, M., Delisle, S. et Kedl, E. (2011). *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale. Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien* (Rapport n° R-706). Montréal : IRSST.
- Sterud, T. et Tynes, T. (2013). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for low back pain: A 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(5), 296-302.
- Stock, S., Loisel, P., Durand, M.-J., Streiner, D., Tugwell, P., Reardon, R., Lemaire, J., Boucher, M., Darzins, S., Dilworth, P. et Gaudreault, N. (2004). *IDVQ : L'indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne* (Rapport n° R-355). Montréal : IRSST.
- Stratford, P. W., Binkley, J., Solomon, P., Gill, C. et Finch, E. (1994). Assessing change over time in patients with low back pain. *Physical Therapy*, 74(6), 528-533.
- Striener, D. L., Norman, G. R. et Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*, 5th ed. Oxford, UK : Oxford University Press.
- Tkachuk, G. A. et Harris, C. A. (2012). Psychometric properties of the Tampa Scale for Kinesiophobia-11 (TSK-11). *Journal of Pain*, 13(10), 970-977.
- Towers Watson (2010). 2009/2010 Staying@Work : The Health and Productivity Advantage (Report) : Towers Watson.

- Trippolini, M. A., Reneman, M. F., Jansen, B., Dijkstra, P. U. et Geertzen, J. H. B. (2013). Reliability and safety of functional capacity evaluation in patients with whiplash associated disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(3), 381-390.
- Truchon, M., Rossignol, M., Tousignant, M., Durand, M.-J., Schmouth, M.-E. et Côté, D. (2010). *Dépistage précoce de l'incapacité chronique liée aux lombalgies - Élaboration et validation d'un questionnaire* (Rapport n° R-639). Montréal : IRSST.
- Truchon, M., Schmouth, M.-È., Côté, D., Fillion, L., Rossignol, M. et Durand, M.-J. (2012). Absenteeism screening questionnaire (ASQ): A new tool for predicting long-term absenteeism among workers with low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 27-50.
- Van der Meer, S., Trippolini, M. A., Van der Palen., J., Verhoeven, J. et Reneman, M. F. (2013). Which instruments can detect submaximal physical and functional capacity in patients with chronic nonspecific back pain? A systematic review. *Spine*, 38(25), E1608-1615.
- Van Vilsteren, M., van Oostrom, S.H., de Vet, H.C., Franche, R.L., Boot, C.R. et Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. The Cochrane Database of systematic reviews, 5(10).
- Veloza, C.A., Kielhofner, G., Gern, A., Lin, F.L., Azhar, F., Lai, J.S. et Fischer, G. (1999). Worker Role Interview: Toward validation of a psychosocial work-related measure. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 9(3), 153-168.
- Vlaeyen, J. W. et Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain : 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144-1147.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G. et Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372.
- Wagner, S., White, M., Schultz, I., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., McGuire, L. et Schulz, W. (2014). Modifiable worker risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work*, 49(4), 541-558.
- White, M. I., Wagner, S. I., Schultz, I. Z., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., McGuire, L. et Schulz, W. (2015). Non-modifiable worker and workplace risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred synthesis of systematic reviews. *Work*, 52(2), 353-373.
- Woby, S. R., Roach, N. K., Urmston, M. et Watson, P. J. (2005). Psychometric properties of the TSK-11: A shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Pain*, 117(1-2), 137-144.
- Yngve, M. et Ekbladh, E. (2011). The psychometric properties of the German version of the new Worker Role Interview (WRI-G 10.0) in people with musculoskeletal disorders. *Work*, 40(4), 401-410.

Yngve, M. et Ekbladh, E. (2015). Clinical utility of the worker role interview: A survey study among Swedish users. *Journal of Occupational Therapy*, 15(22), 416-423.

ANNEXE A :

A.I ISHT-TMS

Les indicateurs de situation de handicap au travail « personnel » (P)

P1. L'âge du travailleur :

le travailleur est âgé de plus de 42 ans. Cet âge est souvent associé à une plus faible capacité d'adaptation de l'individu face à de nouvelles tâches ou technologies et/ou à une certaine « usure » des structures physiques qui ont pu être sollicitées dans un travail aux exigences élevées.

La pondération de cet ISHT doit être faite en fonction du type d'emploi (niveau d'exigence) et de la présence de changements actuels ou prévus dans le poste de travail.

P2. L'étiquetage diagnostique :

lorsqu'un médecin a posé un diagnostic précis (p. ex. : hernie discale, spondylite ankylosante) et que celui-ci prend une notion de gravité pour le travailleur (Abenhaim *et al.*, 1997).

Par exemple : un travailleur perçoit que de recevoir le diagnostic d'hernie discale plutôt que de lombalgie est assurément un problème de santé sévère.

P3. Un médical inachevé :

présence d'exams **ET/OU** de traitements médicaux en cours **OU** à venir en lien spécifiquement avec la lésion musculosquelettique **ET**

cela retarde la réactivation du travailleur.

P4. La perception du travailleur d'un médical inachevé :

le travailleur a la perception que sa condition musculosquelettique requiert des exams et/ou traitements supplémentaires **OU**

que son problème de santé n'a pas encore été diagnostiqué **ET**

cela freine sa réactivation.

P5. La représentation de la maladie (traitement) erronée :

le travailleur a des pensées, des croyances et des attitudes incorrectes concernant une ou des catégories suivantes: 1) les conséquences de la maladie, 2) les causes, 3) le diagnostic, 4) les symptômes, 5) le traitement, 6) l'évolution et le pronostic.

P6. La méconnaissance du travailleur de sa condition et du pronostic de récupération :

le travailleur ne comprend pas son diagnostic et ne sait pas ce qui va lui arriver.

P7. La perception d'une lésion grave :

le travailleur perçoit sa condition comme étant un problème grave.

P8. La perception du travailleur d'un échec thérapeutique ou d'insatisfaction des soins :

le travailleur expose que les soins reçus n'étaient pas efficaces pour son problème **OU**

il est insatisfait des soins, des traitements ou des interventions reçus jusqu'à maintenant.

<p>P9. La présence d'une comorbidité (physique ou mentale) :</p> <p>en plus de son problème de santé, il y a présence d'un ou plusieurs autres diagnostics dans l'histoire médicale du travailleur.</p>
<p>P10. La présence de séquelles physiques découlant d'un événement antérieur :</p> <p>le travailleur éprouve des manifestations physiques persistantes après la période de guérison d'un événement antérieur.</p> <p><i>Par exemple : monsieur B. a eu une chirurgie au dos dans le passé et il a encore une réduction de mobilité vertébrale ou madame C. a une adhésion cutanée à la suite d'un accident.</i></p>
<p>P11. Des antécédents médicaux (accidentels ou autres) :</p> <p>le travailleur a eu des antécédents médicaux (blessures, maladies, chirurgies ou autres) avant le problème de santé actuel.</p>
<p>P12. Le travailleur a un ou des antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour un problème d'origine musculosquelettique :</p> <p>le travailleur s'est déjà absenté du travail pour des problèmes musculosquelettiques, absence qui s'est prolongée au-delà de la période normale de guérison/récupération.</p>
<p>P13. Des signes ou symptômes évoquant un déficit neurologique :</p> <p>le travailleur évoque des engourdissements ou paresthésies dans le même territoire douloureux ET/OU présente des signes d'atteinte d'une racine nerveuse.</p>
<p>P14. Un syndrome douloureux irradiant en bas du genou :</p> <p>le travailleur évoque ressentir de la douleur en bas du genou.</p>
<p>P15. La gestion de la douleur :</p> <p>le travailleur utilise des stratégies de gestion de la douleur peu ou pas efficaces ET cela ne lui permet pas de réaliser ses activités régulières.</p>
<p>P16. Un syndrome douloureux persistant :</p> <p>la présence d'une douleur qui persiste au-delà de la période attendue normale de récupération.</p>
<p>P17. Un déconditionnement physique généralisé suspecté :</p> <p>le travailleur rapporte une diminution significative de ses activités physiques depuis le problème de santé OU des essoufflements lors d'activités OU une prise de poids importante OU une perte de masse musculaire importante.</p>
<p>P18. Un mode de vie sédentaire :</p> <p>le travailleur pratiquait peu de sports OU de loisirs actifs avant son problème de santé.</p>
<p>P19. La présence de consommation problématique :</p> <p>le travailleur a une consommation de drogue, d'alcool ou de médication pouvant faire obstacle à une démarche de réactivation et de RAT.</p>

<p>P20. La charge familiale :</p> <p>le travailleur a des obligations envers des personnes à charge ET ces obligations sont difficiles à rencontrer actuellement (physiquement, émotionnellement ou financièrement).</p>
<p>P21. Des barrières d'ordre culturel et/ou linguistique :</p> <p>le travailleur présente une difficulté importante à lire, à parler et à comprendre le français ou l'anglais OU</p> <p>il présente des différences culturelles entraînant des difficultés à prendre en charge sa réadaptation.</p>
<p>P22. L'isolement social :</p> <p>le travailleur n'a pas de réseau social ou familial duquel il peut recevoir un soutien.</p>
<p>P23. La présence d'un ou plusieurs événement(s) significatif(s) d'ordre personnel important(s) et récent(s) :</p> <p>au cours de la dernière année, le travailleur a vécu des événements personnels entraînant un stress important (p. ex. : décès, maladie, problèmes familiaux, conjugaux ou financiers, déménagement).</p> <p><i>Par exemple : monsieur B. a récemment vécu un divorce, sa mère a subi une maladie grave et son frère est décédé.</i></p>
<p>P24. La perception du travailleur que son revenu familial prélesionnel est insuffisant :</p> <p>cette situation incite le travailleur à reprendre son travail plus rapidement malgré le fait qu'il ne se sente pas encore prêt.</p>
<p>P25. Un degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur :</p> <p>le travailleur perçoit un écart important entre sa situation actuelle et la situation qu'il désire au travail.</p>
<p>P26. Le travailleur ne se projette pas à son travail régulier :</p> <p>le travailleur ne se projette pas à son travail régulier actuellement ni dans trois mois, pour diverses raisons (physiques, mentales, sociales, financières).</p>
<p>P27. Le travailleur indique que ses capacités actuelles ne rencontrent pas les exigences de son travail régulier :</p> <p>le travailleur rapporte que sa condition physique (p. ex. : force, endurance, dextérité, amplitudes articulaires)</p> <p>OU sa condition mentale actuelle est insuffisante pour lui permettre d'effectuer ses tâches de travail régulières.</p>
<p>P28. Les craintes élevées du travailleur face à la reprise de son travail :</p> <p>le travailleur verbalise plusieurs craintes importantes, inquiétudes face à la reprise de son travail (p. ex. : peur de l'accueil du supérieur, de l'exacerbation de la douleur au travail, d'une surcharge rapide).</p>
<p>P29. La présence de kinésiophobie :</p> <p>le travailleur a une crainte excessive et irrationnelle de réaliser des activités physiques ou de se mouvoir qui provient de la peur de se blesser, de se reblesser ou d'aggraver son état.</p>

P30. La présence de dramatisation (catastrophisme) face à la douleur :

le travailleur a une croyance ou une orientation négative exagérée à l'égard des stimuli nocifs (tout ce qui pourrait engendrer ou déclencher la douleur, la douleur elle-même).

P31. La perception du travailleur d'une incapacité physique importante :

le travailleur a la perception d'une réduction partielle ou totale de sa capacité à accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales.

P32. Des signes ou symptômes évoquant une détresse psychologique :

Le travailleur montre des signes ou symptômes évoquant des réactions négatives au stress.

Par exemple : monsieur B. a de la difficulté à faire face ou à prendre des décisions en considérant les conséquences de chacune d'entre elles.

Les indicateurs de situation de handicap au travail « administratif » (A)

A1. Une inactivité administrative préférence prolongée :

lorsqu'aucun traitement ou service n'a été offert au travailleur pendant une période de plus de trois mois entre le début de l'absence du travail et maintenant.

A2. La présence de limitations fonctionnelles :

le travailleur a reçu des limitations fonctionnelles de son médecin ou d'un expert.

N.B. : au Québec, les limitations fonctionnelles sont des recommandations émises par le médecin traitant identifiant les mouvements ou les postures qui sont susceptibles de comporter des difficultés ou qui risquent d'être dommageables pour le travailleur.

A3. Une absence d'action concertée :

le travailleur perçoit un discours divergent de la part des professionnels de la santé en lien avec sa lésion (diagnostic, traitement, investigation, pronostic) et également avec les autres personnes impliquées dans son dossier (représentant de l'assurance, superviseur, représentant syndical).

A4. Une ou des expérience(s) d'échec de retour au travail (épisode actuel ou passé) :

le travailleur a déjà tenté un RAT, récemment ou dans le passé, mais cette tentative a échoué.

A5. La présence possible de gains secondaires lors de l'absence du travail :

le travailleur mentionne des revenus qui dépassent ou équivalent le montant de son salaire habituel
OU

pendant son absence du travail, le travailleur reçoit un ou des incitatifs financiers **OU**

le travailleur identifie des impacts positifs de son absence (temps, économie, présence en famille, etc.).

A6. La présence de contestation au dossier :

toute forme de contestation par un acteur au dossier (employeur, assureur ou travailleur).

Par exemple: lors d'un appel téléphonique à monsieur B., son employeur lui annonce qu'il demande une expertise médicale pour valider le diagnostic de son médecin.

Une contestation est une contestation de la part de l'employeur, de l'assureur ou d'une autre instance pour objet de remettre en question le lien entre la lésion et l'événement accidentel, le diagnostic, la suffisance de traitements, la consolidation ou les limitations fonctionnelles. Peu importe son origine, toute action légale peut être considérée par le travailleur comme une injustice et exprimer un sentiment de non-confiance.

A7. Une absence d'emploi ou d'employeur au dossier du travailleur :

le travailleur n'a plus de poste réservé dans une organisation, mais le lien demeure **OU**
le travailleur n'a plus de poste ni d'employeur pour un éventuel RAT.

A8. Une absence prolongée du travail régulier :

le travailleur n'occupe plus son **poste régulier** depuis une période qui dépasse la durée normale d'une récupération, **MAIS**

il participe à une autre forme de travail chez son employeur (par ex. : assignation temporaire, travaux légers, retour progressif à un autre poste).

A9. Une absence prolongée de tout travail dans l'entreprise :

le travailleur ne participe à aucune forme de travail dans son organisation depuis une période qui dépasse la durée normale de récupération.

A10. Une ancienneté récente chez l'employeur :

le travailleur est à l'emploi d'une organisation depuis une courte période de temps (moins d'un an). Cet ISHT doit être pondéré en fonction du secteur d'activité du travailleur. Entre autres, dans la construction, la durée des contrats peut-être brève et les travailleurs changent souvent d'employeur. À l'opposé, dans une agence gouvernementale, les emplois sont stables.

Par exemple : monsieur B. travaille depuis 6 mois dans le secteur des soins hospitaliers.

A11. Une absence de cible professionnelle clairement définie :

le travailleur, le représentant de l'assurance

OU

l'employeur n'a pas clairement défini l'emploi visé pour la réintégration au travail.

Les indicateurs de situation de handicap au travail « environnement » (E)

E1. La perception du travailleur de l'organisation du travail inadéquate :

le travailleur mentionne que les conditions ou les modalités dans lesquelles le travail est exécuté sont inadéquates (p. ex. : une cadence ou un rythme de travail élevé, la rotation des postes avec peu ou pas de travail allégé, le manque de ressources rendant presque impossible l'exécution du travail, un mode de rémunération à la pièce).

E2. La perception du travailleur d'un niveau de stress professionnel élevé :

le travailleur perçoit des sources de stress importantes dans son travail **ET**
Cela influence la réalisation de son travail **ET/OU** affecte ses symptômes (augmentation des tensions musculaires ou de la douleur).

Par exemple : monsieur B. se sent plus tendu parce qu'il doit superviser de nouveaux employés et que les attentes sont élevées.

E3. La présence d'équipements de travail jugés inadéquats par le travailleur :

le travailleur mentionne que les équipements fournis par l'employeur pour effectuer son travail sont désuets ou mal adaptés **OU**

qu'ils ne sont pas disponibles pour faciliter son travail.

E4. Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail :

le travailleur perçoit un climat général de tension ou la présence de conflits relationnels entre les employés, entre les supérieurs ou entre les employés et les supérieurs.

E5. La présence de postures contraignantes :

le travailleur rapporte devoir adopter, dans le cadre de son travail régulier, des postures extrêmes voisines des limites de l'articulation (p. ex. le poignet est maintenu en flexion ou en extension extrême)

OU

des postures exigeantes s'il doit, pour les maintenir, lutter contre la gravité (p. ex. position où l'on maintient le bras étendu devant soi (flexion de l'épaule)

OU

des postures à risque qui peuvent compromettre des structures anatomiques en raison de l'adoption de mauvaises positions pour être en mesure de fonctionner de façon efficace (p. ex. maintenir les bras au-dessus du niveau de l'épaule).

E6. La présence d'activités de travail avec des composantes répétitives ou des tâches à caractère répétitif :

le travailleur rapporte que se sont toujours les mêmes structures musculosquelettiques qui sont sollicitées dans l'exécution de certaines tâches ou d'une majorité de celles-ci et qu'il ne dispose pas ou peu de temps pour récupérer.

E7. La perception du travailleur d'un aménagement du poste de travail inadéquat :

le travailleur mentionne que son poste de travail n'est pas aménagé de façon à faciliter son activité de travail (p. ex. : espace restreint, pièces ou outils placés hors de la zone d'atteinte, encombrement).

E8. La perception du travailleur d'une insuffisance de temps de repos :

le travailleur rapporte ne pas avoir la possibilité de prendre des pauses ou qu'il doit effectuer du temps supplémentaire sans avoir droit à une période de récupération.

E9. La présence de statisme prolongé de la posture de travail :

le travailleur rapporte qu'il doit maintenir des positions sans possibilité d'interruption, ce qui peut occasionner une réduction de l'apport de sang dans les muscles et entraîner assez rapidement un fatigue musculaire (p. ex. : travailler avec les bras au-dessus des épaules, travailler en flexion du dos).

Par exemple : monsieur B. travaille devant un écran et il s'immobilise le cou penché et ses mains sont maintenues en déviation radiale au- dessus du clavier.

E10. La présence de vibration :

le travailleur rapporte être exposé à des vibrations (p. ex. s'il doit manipuler des outils électriques ou pneumatiques), ce qui peut contribuer à l'apparition de problèmes vasculaires, de troubles neurologiques ou de désordres articulaires. L'exposition aux vibrations est combinée au fait qu'il lui faut souvent exercer davantage de force pour utiliser un outil vibrant.

E11. La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes :

le travailleur rapporte qu'il doit soulever, porter, pousser, tirer, manipuler des objets, des pièces, des outils, des matériaux ou des équipements très lourds dans le cadre de son travail régulier **OU**

le travailleur rapporte qu'il doit dans son travail régulier effectuer des opérations de transport ou de soutien de charge (p. ex. : le levage, la pose, la poussée, la traction, le port, le déplacement) qui exigent un effort physique important en raison de leurs caractéristiques ou des conditions dans lesquelles elles s'exercent.

E12. La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes combinée à des postures contraignantes :

le travailleur rapporte qu'il doit soulever, porter, pousser/tirer, manipuler des objets, des pièces, des outils, des matériaux ou des équipements très lourds dans le cadre de son travail régulier **ET**

il le fait dans des postures contraignantes (voir définition posture contraignante).

E13. La présence de préjugés au travail envers les TMS :

certaines personnes du milieu de travail véhiculent des jugements négatifs préconçus au sujet des personnes ayant des troubles musculosquelettiques (paresse, plaintif, etc.).

E14. Le manque de contrôle perçu par le travailleur sur la survenue d'événements au travail :

le travailleur craint de ne pas être en mesure de gérer des situations ou événements soudains et imprévus dans son état actuel.

Par exemple : monsieur B. se dit que si son collègue s'absente et que l'équipement de levage n'est pas disponible, il ne pourra effectuer sa tâche de travail.

A.II ISHT-TMC

Les indicateurs de la situation de handicap au travail « sociodémographique » (S)

<p>S1. L’âge du travailleur et les changements au travail : le travailleur est âgé de 44 ans ou plus.</p> <p>ET il fait face, avant ou pendant son absence, à de grands changements organisationnels/technologiques au travail. Cela pourrait lui causer des difficultés d’adaptation. <i>Par exemple : une informatisation des dossiers et des calendriers de rendez-vous est en cours à la clinique médicale où travaille Mme B, âgée de 52 ans.</i></p>						
<p>S2. Le genre :</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • le travailleur est de genre masculin. </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">ET</td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • le travailleur est de genre féminin. </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • a un faible réseau de soutien social OU a consulté un professionnel de santé plusieurs semaines ou mois après le début des symptômes. </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">ET</td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • reçoit un diagnostic de dépression majeure. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • le travailleur est de genre masculin. 	ET	<ul style="list-style-type: none"> • le travailleur est de genre féminin. 	<ul style="list-style-type: none"> • a un faible réseau de soutien social OU a consulté un professionnel de santé plusieurs semaines ou mois après le début des symptômes. 	ET	<ul style="list-style-type: none"> • reçoit un diagnostic de dépression majeure.
<ul style="list-style-type: none"> • le travailleur est de genre masculin. 	ET	<ul style="list-style-type: none"> • le travailleur est de genre féminin. 				
<ul style="list-style-type: none"> • a un faible réseau de soutien social OU a consulté un professionnel de santé plusieurs semaines ou mois après le début des symptômes. 	ET	<ul style="list-style-type: none"> • reçoit un diagnostic de dépression majeure. 				
<p>S3. La charge parentale : les obligations familiales empiètent sur le temps de repos dont le travailleur aurait besoin pour récupérer.</p>						
<p>S4. Des barrières d’ordre culturel et/ou linguistique : le travailleur présente une difficulté importante à lire, à parler et à comprendre le français ou l’anglais. OU il présente des différences culturelles entraînant des difficultés à se prendre en charge, en lien avec ses représentations du système médical.</p>						
<p>S5. L’isolement social : le travailleur n’a pas de réseau social ou familial duquel il peut recevoir un soutien.</p>						
<p>S6. La présence d’un ou plusieurs événement(s) significatif(s) d’ordre personnel important(s) et récent(s) : au cours de la dernière année, le travailleur a vécu des événements personnels entraînant un stress important tels un divorce, une maladie grave ou la mort d’un proche.</p>						

Les indicateurs de la situation de handicap au travail « clinique » (C)

<p>C1. La durée de l’absence du travail : le travailleur est en arrêt de travail depuis un an ou plus.</p>
<p>C2. La perception négative du travailleur quant à la durée de récupération : le travailleur ne croit pas ou peu que sa condition puisse s’améliorer rapidement. <i>Par exemple : monsieur B. pense que ce sera très long avant de revenir en forme, il ne voit pas comment une amélioration pourrait bientôt se faire sentir.</i></p>
<p>C3. La présence d’inquiétudes chez le travailleur relatives à la gravité des conséquences du TMC : le travailleur a des pensées récurrentes, excessives à propos du problème de santé mentale et des conséquences qui peuvent y être associées ET cela génère de la détresse chez lui. <i>Par exemple : madame B. dit qu’elle a peur de perdre son emploi à cause de son problème, en plus elle craint que la situation la mène vers un divorce, avec toutes les tensions ressenties dans son couple.</i></p>

<p>C4. La sévérité des symptômes reliés au TMC : les symptômes sont si importants qu'ils empêchent le travailleur de fonctionner dans la plupart des sphères d'activité de sa vie. C'est l'intensité des symptômes rapportés qui importe davantage que leurs conséquences. <i>Par exemple : monsieur B. se plaint de pertes de mémoire importantes, il dit qu'il oublie tout, les petites choses comme les grandes. Il dit aussi qu'il n'a aucune concentration, qu'il n'arrive pas à lire un seul article de journal.</i></p>
<p>C5. Le travailleur accepte mal le fait d'être en arrêt de travail pour un TMC : le travailleur accepte mal le diagnostic qu'il a reçu ainsi que le fait d'être absent du travail pour ce motif.</p>
<p>C6. Le travailleur fait un usage à risque de médicaments : le travailleur ne prend pas ses médicaments selon la prescription (p. ex. modification de dose, changement de fréquence, interruption) OU il consomme aussi des produits non prescrits pour améliorer ses symptômes. <i>Par exemple : monsieur B. prend ses médicaments pour la dépression seulement les jours où il se sent moins bien. À ce moment, il prend le double de la dose prescrite et quand il va mieux, il arrête à nouveau de les prendre. À l'occasion, il prend des Graval pour l'aider à dormir.</i></p>
<p>C7. Un traitement médicamenteux modifié à plusieurs reprises : le ou les médicaments prescrits ont été changés par le médecin à plus de deux reprises au cours des six mois suivant le diagnostic, habituellement parce que les effets attendus se font attendre. <i>Par exemple : le médecin de madame B. a changé complètement la médication de celle-ci trois fois au cours des six derniers mois parce que son état ne semblait pas s'améliorer assez rapidement.</i></p>
<p>C8. Une absence de traitement de la dépression de plus de 6 mois depuis l'arrêt de travail : le travailleur qui a reçu un diagnostic de dépression n'a suivi aucun traitement ni médicamenteux ni psychologique au cours des six premiers mois de son absence du travail.</p>
<p>C9. La présence d'indices ou de signes chez le travailleur d'un trouble de stress posttraumatique associé au travail : des indices ou des signes que le travailleur craint pour son intégrité physique et/ou psychologique au travail (Brillon, 2010) et que cela a des effets persistants sur son fonctionnement actuel. <i>Par exemple : depuis son arrêt de travail, monsieur B. fait le même cauchemar chaque soir, il revoit son collègue policier se faire tirer dessus et il se voit lui, incapable de bouger, pétrifié par la peur.</i></p>
<p>C10. La présence d'une comorbidité (physique ou mentale) : en plus du problème de santé mentale, on note la présence actuelle d'un ou plusieurs autres diagnostics au dossier médical du travailleur. <i>Par exemple : madame B. souffre de diabète, en plus de son problème de dépression majeure.</i></p>
<p>C11. De multiples absences du travail dans les deux dernières années (d'une durée de trois mois ou plus), pour divers motifs autres qu'un TMC : plusieurs absences du travail dans les deux dernières années ont été justifiées par d'autres motifs qu'un problème de santé mentale.</p>
<p>C12. Le travailleur a un ou des antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour un TMC : Un ou plusieurs absences antérieures en raison de problème de santé mentale.</p>
<p>C13. La consommation (abus) d'alcool ou de drogues : la consommation d'alcool ou de drogue peut faire obstacle à une démarche de RAT.</p>
<p>C14. L'absence de confiance du travailleur envers l'intervention qui lui est offerte : le travailleur ne croit pas que l'intervention de réadaptation pourra l'aider dans sa situation.</p>

Les indicateurs de situation de handicap au travail « administratif » (A)

<p>A1. La présence de gains secondaires lors de l'absence du travail : le travailleur mentionne des revenus qui dépassent ou équivalent le montant de son salaire habituel OU pendant son absence du travail, le travailleur reçoit un ou des incitatifs financiers OU le travailleur identifie des impacts positifs de son absence (temps, économie, présence en famille, etc.).</p>
<p>A2. Une faible couverture d'assurances : la couverture des frais est insuffisante pour que le travailleur puisse suivre les traitements nécessaires à son état OU le type de contrat d'assurance offre une couverture désavantageuse pour le travailleur, ce qui l'incite à reprendre son travail plus rapidement malgré le fait qu'il ne se sente pas encore prêt. <i>Pa exemple : pour assister à ses traitements de psychothérapie, des frais supplémentaires de garderie sont réclamés et il est impossible pour monsieur B. d'y faire face avec ses indemnités actuelles.</i> <i>Par exemple : madame B. n'arrive plus à boucler son budget depuis son arrêt de travail et elle envisage de retourner travailler dès maintenant même si elle ne se sent pas du tout prête.</i></p>
<p>A3. Des clauses d'exclusion en fonction des antécédents de TMC : les indemnités de remplacement du revenu sont refusées au travailleur à cause d'une déclaration d'épisodes antérieurs d'absence reliés à un problème de santé mentale.</p>
<p>A4. La présence de contestation au dossier : toute forme de contestation par un acteur au dossier (employeur, assureur ou travailleur). <i>Par exemple : lors d'un appel téléphonique à monsieur B. son employeur lui annonce qu'il demande une expertise médicale pour valider le diagnostic de son psychiatre.</i></p>

Les indicateurs de situation de handicap au travail « occupationnel » (O)

<p>O1. Une ou des expérience(s) d'échec de retour au travail (épisode actuel ou passé) : le travailleur a déjà tenté un RAT, récemment ou dans le passé, mais cette tentative a échoué.</p>
<p>O2. La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, qu'elle provienne de la famille ou des amis : le travailleur perçoit de son environnement social une pression face au RAT. ET il considère que cette pression comme un stress supplémentaire.</p>
<p>O3. L'absence d'emploi ou d'employeur au dossier du travailleur : le travailleur n'a plus d'employeur ou a perdu son poste de travail régulier.</p>
<p>O4. Le poste occupé par le travailleur est celui de cadre supérieur : le fait d'occuper un poste de cadre représente un indicateur de situation de handicap au travail. Souvent, ce type de poste de travail peut être associé à un niveau élevé de responsabilité, à une consultation tardive ou à une absence de soutien des collègues.</p>
<p>O5. Des rumeurs ou menaces de mises à pied dans l'organisation du travailleur, avant ou pendant l'absence : le travailleur a entendu des rumeurs de licenciement ET cela l'inquiète.</p>

<p>O6. Des coupures et/ou restrictions de personnel pendant l'absence : pendant l'absence du travailleur, le personnel a été réduit et les tâches ont été redistribuées ou modifiées.</p>
<p>O7. La précarité de l'emploi du travailleur : le travailleur occupe un poste contractuel OU est travailleur autonome.</p>
<p>O8. La perception du travailleur d'une surcharge subjective de travail : le travailleur considère qu'il doit accomplir dans son travail habituel des tâches trop complexes, trop exigeantes ou trop nombreuses et cela l'inquiète en vue de la reprise du travail.</p>
<p>O9. La présence de compétition, de fortes exigences de performance et/ou de rendement dans le milieu de travail du travailleur : le milieu de travail se caractérise par une culture de compétition et de fortes exigences de performance et/ou de rendement.</p>
<p>O10. Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail du travailleur : le travailleur perçoit un climat général de tension ou la présence de conflits relationnels entre les employés, entre les supérieurs ou entre les employés et les supérieurs.</p>
<p>O11. La perception du travailleur d'une faible participation aux décisions à prendre au travail : avant son départ, le travailleur faisait face à des décisions le touchant de près, pour lesquelles il n'avait pas été consulté.</p>
<p>O12. La perception du travailleur du peu de reconnaissance de l'organisation : le travailleur ne perçoit pas que le travail qu'il fait est reconnu ou apprécié à sa juste valeur par ses supérieurs ou ses pairs.</p>
<p>O13. Un degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur : le travailleur perçoit un écart important entre sa situation actuelle et la situation qu'il désire au travail.</p>
<p>O14. Des changements (grands/rapides) dans l'organisation du travailleur : des changements ont bousculé la description des tâches, l'organisation du travail ou les manières de travailler du travailleur.</p>
<p>O15. Les craintes dues au climat et aux événements négatifs qui se sont déroulés immédiatement avant le départ en absence du travailleur : le départ du travail a été accompagné d'événements négatifs associés au problème de santé mentale de l'individu. <i>Par exemple : au cours des semaines précédant son départ, Mme B. était très irritable et s'est fâchée à plusieurs reprises contre ses collègues. Elle a échangé des paroles hostiles et inappropriées en particulier avec deux d'entre eux, dont son supérieur immédiat. Tout le monde lui reprochait ses retards et la mauvaise qualité de son travail. Cela l'inquiète pour préparer son retour.</i></p>
<p>O16. Les craintes du travailleur face à la reprise du travail : présence de craintes face au travail qui pourraient entraver le processus de RAT. <i>Par exemple : madame B. craint de ne pas être en mesure de refaire son travail lors de son retour.</i></p>
<p>O17. Le peu d'accommodements possibles au poste visé pour le retour au travail : dans la situation où une reprise au travail est envisagée, peu de paramètres du travail semblent pouvoir être modifiés de façon temporaire ou permanente pour faciliter le retour.</p>
<p>O18. L'impact du retour progressif sur la charge de travail des collègues : la planification de la reprise des tâches de travail par le travailleur aura pour conséquence d'augmenter la charge de travail de ses collègues.</p>

<p>O19. La présence de préjugés au travail envers les TMC : certaines personnes du milieu de travail véhiculent des jugements négatifs préconçus au sujet des personnes ayant des problèmes de santé mentale.</p>
<p>O20. Le manque de contrôle perçu par le travailleur sur la survenue d'événements au travail : dans son travail habituel, le travailleur fait face à des situations ou événements soudains et imprévus ET il craint de ne pas être en mesure de gérer ces situations dans son état actuel. <i>Par exemple : dans son travail habituel de livraison, Monsieur B. doit constamment réviser sa planification des déplacements de la journée parce qu'il y a toujours des retards, des nouvelles commandes urgentes et des travaux routiers. Il ne voit pas comment il pourrait gérer ça en ce moment en raison de ses difficultés de concentration.</i></p>
<p>O21. Le manque de communication régulière entre l'employeur et le travailleur : pendant l'absence du travail du travailleur, pas ou peu de communications ont eu lieu entre lui et son employeur.</p>
<p>O22. La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du milieu de travail : le travailleur perçoit de son environnement de travail une pression au sujet du retour ET il considère cette pression comme un stress supplémentaire. <i>Par exemple : Le supérieur immédiat de Mme B. a communiqué avec elle plusieurs fois au cours des trois derniers mois afin de connaître la date de son RAT. Elle mentionnait à chaque fois la surcharge de travail dans l'équipe. Mme B. est inquiétée par ces appels répétés.</i></p>
<p>O23. La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part de l'assureur : L'assureur exige de connaître la date de reprise du travail OU exerce une pression au sujet du RAT. ET Le travailleur considère ceci comme un stress supplémentaire.</p>
<p>O24. La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du médecin : le médecin du travailleur recommande la reprise du travail sous peu ET le travailleur considère cela comme un stress supplémentaire.</p>

ANNEXE B

B.I Correspondance entre les ISHT-TMS et les dimensions de l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

Indicateur	Question
P1 L'âge du travailleur P20 La charge familiale	Estimez l'impact de ses caractéristiques sociodémographiques (4)
P2 L'étiquetage diagnostique P4 La perception du travailleur d'un médical inachevé P5 La représentation de la maladie (traitement) erronée P6 La méconnaissance du travailleur de sa condition et du pronostic de récupération P7 La perception d'une lésion grave P26 Le travailleur ne se projette pas à son travail régulier P31 La perception du travailleur d'une incapacité physique importante	Estimez l'impact de la compréhension du travailleur de sa condition médicale actuelle (10)
P3 Un médical inachevé P8 La perception du travailleur d'un échec thérapeutique ou d'insatisfaction des soins P9 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale) P10 La présence de séquelles physiques découlant d'un événement antérieur P11 Des antécédents médicaux (accidentels ou autres) P13 Des signes ou symptômes évoquant un déficit neurologique P14 Un syndrome douloureux irradiant en bas du genou P17 Un déconditionnement physique généralisé suspecté P19 La présence de consommation problématique P32 Des signes ou symptômes évoquant une détresse psychologique	Estimez l'impact de sa condition médicale actuelle (6)
P12 Le travailleur a un ou des antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour un problème d'origine musculosquelettique	Estimez l'impact d'un ou des épisodes antérieurs d'absence du travail en raison d'un problème semblable (11)
P15 La gestion de la douleur	Estimez l'impact de la nature des stratégies adoptées afin de gérer sa douleur (13)

P16 Un syndrome douloureux persistant	Estimez l'impact de la douleur ressentie (15)
P27 Le travailleur indique que ses capacités actuelles ne rencontrent pas les exigences de son travail régulier	Estimez l'impact de la perception du travailleur d'un écart entre ses capacités actuelles et les exigences de son poste de travail (1)
P28 Les craintes élevées du travailleur face à la reprise de son travail P29 La présence de kinésiophobie	Estimez l'impact des craintes du travailleur de se blesser à nouveau ou d'amplifier sa douleur (9)
A1 Une inactivité administrative préférence prolongée A3 Une absence d'action concertée	Estimez l'impact de la gestion médico-administrative de son dossier d'accident de travail ou d'invalidité (2)
A4 Une ou des expérience(s) d'échec de retour au travail (épisode actuel ou passé)	Estimez l'impact de son ou ses expériences antérieures d'échec de RAT (14)
A5 La présence possible de gains secondaires lors de l'absence du travail	Estimez l'impact de la présence de gains secondaires à l'absence au travail (financiers ou autres) (7)
A6 La présence de contestation au dossier	Estimez l'impact de la présence d'une contestation au dossier (12)
A11 Une absence de cible professionnelle clairement définie	Estimez l'impact de l'absence de cible professionnelle clairement définie (3)
E1 La perception du travailleur de l'organisation du travail inadéquate E3 La présence d'équipements de travail jugés inadéquats par le travailleur E4 Un climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail E7 La perception du travailleur d'un aménagement du poste de travail inadéquat E13 La présence de préjugés au travail envers les TMS	Estimez l'impact de son contexte de travail avant l'arrêt de travail (5)
E5 La présence de postures contraignantes E6 La présence d'activités de travail avec composantes répétitives ou des tâches à caractère répétitif E8 La perception du travailleur d'une insuffisance de temps de repos E9 La présence de statisme prolongé de la posture de travail E10 La présence de vibration E11 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes E12 La perception du travailleur d'efforts importants dans son travail pour manipuler des charges lourdes combinées à des postures contraignantes	Estimez l'impact des facteurs de risque physique reliés à son poste de travail (8)

B.II Correspondance entre les ISHT-TMC et les dimensions de l'Inventaire des causes du maintien de l'incapacité au travail

Indicateurs	Questions
S1 L'âge du travailleur et les changements au travail S2 Le genre S3 La charge parentale S4 Des barrières d'ordre culturel et/ou linguistique S5 L'isolement social S6 La présence d'un ou plusieurs événement(s) significatif(s) d'ordre personnel important(s) et récent(s)	Estimez l'impact de ses caractéristiques sociodémographiques (3)
C1 La durée de l'absence au travail	Estimez l'impact de la durée de l'épisode actuel d'absence du travail (15)
C2 La perception négative du travailleur quant à la durée de récupération C3 La présence d'inquiétudes chez le travailleur relatives à la gravité des conséquences du TMC C5 Le travailleur accepte mal le fait d'être en arrêt de travail pour un TMC	Estimez l'impact de la compréhension du travailleur de sa condition médicale actuelle (9)
C4 La sévérité des symptômes reliés au TMC C6 Le travailleur fait un usage à risque de médicaments C7 Un traitement médicamenteux modifié à plusieurs reprises C8 Une absence de traitement de la dépression de plus de 6 mois depuis l'arrêt de travail C9 La présence d'indices ou de signes chez le travailleur d'un trouble de stress post-traumatique associé au travail C10 La présence d'une comorbidité (physique ou mentale) C13 La consommation (abus) d'alcool ou de drogues	Estimez l'impact de sa condition médicale actuelle (5)
C12 Le travailleur a un ou des antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour un TMC	Estimez l'impact d'un ou des épisodes antérieurs d'absence du travail en raison d'un problème de santé mentale (10)
A1 La présence de gains secondaires lors de l'absence du travail	Estimez l'impact de la présence de gains secondaires à l'absence au travail (financiers ou autres) (6)

A4 La présence de contestation au dossier	Estimez l'impact de la présence d'une contestation au dossier (11)
O1 Une ou des expérience(s) d'échec de retour au travail (épisode actuel ou passé)	Estimez l'impact de son ou ses expériences antérieures d'échec de RAT (13)
O2 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, qu'elle provienne de la famille ou des amis O22 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du milieu de travail O23 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part de l'assureur O24 La pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, de la part du médecin	Estimez l'impact de la pression sociale d'une ou plusieurs personnes pour accélérer le RAT (7)
O4 Le poste occupé par le travailleur est celui de cadre supérieur	Estimez l'impact des responsabilités au travail associées à un poste de cadre (12)
O7 La précarité de l'emploi du travailleur	Estimez l'impact de la précarité des emplois chez l'employeur (17)
O8 La perception du travailleur d'une surcharge subjective de travail	Estimez l'impact d'une perception du travailleur d'une surcharge de travail (19)
O9 La présence de compétition, de fortes exigences de performance et/ou de rendement dans le milieu de travail du travailleur O10 Un climat de tension ou la présence de conflits relationnels dans le milieu de travail du travailleur O11 La perception du travailleur d'une faible participation aux décisions à prendre au travail O12 La perception du travailleur du peu de reconnaissance de l'organisation O19 La présence de préjugés au travail envers les TMC	Estimez l'impact de son contexte de travail avant l'arrêt de travail (4)
O13 Un degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur	Estimez l'impact de l'insatisfaction professionnelle du travailleur avant le début de l'absence (8)
O14 Des changements (grands/rapides) dans l'organisation du travailleur	Estimez l'impact de grands et rapides changements réalisés dans l'organisation par l'employeur (16)
O15 Les craintes dues au climat et aux événements négatifs qui se sont déroulés immédiatement avant le départ en absence du travailleur	Estimez l'impact des craintes du travailleur à reprendre son travail (14)
O16 Les craintes du travailleur face à la reprise du travail	Estimez l'impact de la perception du travailleur d'un écart entre ses

	capacités actuelles et les exigences de son poste de travail (1)
O17 Le peu d'accommodements possibles au poste visé pour le RAT	Estimez l'impact de l'absence ou du manque d'accommodements au travail (18)
O21 Le manque de communication régulière entre l'employeur et le travailleur	Estimez l'impact de l'absence ou du manque de communication entre le travailleur en arrêt et son employeur (2)