

Obstacles et facilitateurs du retour et du maintien durable en emploi après une arthroplastie totale du genou

Marie-France Coutu
Nathaly Gaudreault
Marie-Eve Major
Iuliana Nastasia
Réjean Dumais
Annie Deshaies
Marie-Elise Labrecque
Sara Pettigrew
Pascale Maillette

**RAPPORTS
SCIENTIFIQUES**

R-1064

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
2019

ISBN : 978-2-89797-071-0

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,
octobre 2019

Obstacles et facilitateurs du retour et du maintien durable en emploi après une arthroplastie totale du genou

Marie-France Coutu¹, Nathaly Gaudreault¹, Marie-Eve Major¹, Iuliana Nastasia², Réjean Dumais^{1, 3}, Annie Deshaies^{1, 3}, Marie-Elise Labrecque¹, Sara Pettigrew¹, Pascale Maillette¹

¹ Université de Sherbrooke

² IRSST

³ CIUSSS de l'Estrie-CHUS

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1064



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

Ce projet de recherche a été rendu possible grâce à la participation des travailleurs ayant subi une arthroplastie du genou. Leur engagement dans le projet a été démontré plus d'une fois par leur disponibilité. Ils ont généreusement partagé leur point de vue, ce qui a permis d'approfondir une nouvelle perspective jusqu'à présent peu documentée en réadaptation au travail.

Nous tenons à remercier vivement tous les acteurs clés (intervenants en réadaptation au travail, représentants de l'employeur et du syndicat) qui ont permis par leur coopération d'étudier une importante perspective en réadaptation au travail.

Nous exprimons également notre gratitude envers les unités d'orthopédie et les équipes de recherche des centres hospitaliers qui ont participé au recrutement des participants.

Cette recherche n'aurait pu voir le jour sans la contribution financière de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Nous aimerions souligner son ouverture à l'égard de cette recherche innovante par sa méthode et sa vision transdisciplinaire de la problématique émergente en réadaptation au travail.

SOMMAIRE

Le nombre total d'arthroplasties du genou réalisées entre 2008 et 2009 a connu une augmentation significative par rapport à la décennie précédente, représentant une augmentation de 139 %. Cette augmentation est en partie attribuable au fait que la chirurgie procure une meilleure qualité de vie aux travailleurs vieillissants qui désirent demeurer actifs sur le marché du travail. De plus, l'innovation a amélioré la longévité des types de prothèses, de sorte que la chirurgie peut être proposée plus tôt dans la vie. Cet accroissement étant relativement récent, il existe peu de données dans la littérature permettant de situer la trajectoire de réadaptation des travailleurs et encore moins de déterminer les facteurs facilitants ou faisant obstacle au retour au travail (RT) ou au maintien durable en emploi.

L'objectif général de ce projet était de mieux comprendre ce qui permet de reprendre ou non une vie saine et active au travail à la suite d'une arthroplastie totale du genou. Pour ce faire, quatre objectifs spécifiques ont été poursuivis : 1) Décrire les représentations que se font les travailleurs ayant eu une arthroplastie totale du genou de leur état de santé, de leur difficulté à reprendre leurs activités professionnelles ou à se maintenir au travail ainsi que de l'efficacité des traitements qui leur sont offerts pour favoriser leur RT, 2) Décrire les pratiques actuelles en réadaptation au travail de la population à l'étude, 3) Décrire les facteurs liés à l'environnement de travail, 4) Dégager les facteurs qui font obstacle et ceux qui facilitent le RT et le maintien durable en emploi de cette population.

Pour répondre à ces objectifs, une étude de cas multiples contrastée sur le niveau de difficulté à retourner au travail a été retenue. Le cas se définit comme la trajectoire de réadaptation d'un travailleur ayant eu une arthroplastie totale du genou et qui vise un RT. Les sources d'informations provenaient du travailleur, de son ou ses intervenants en réadaptation au travail, ainsi que de son employeur et son syndicat, le cas échéant. Les cas ont été regroupés sous trois critères : 1) de retour au travail sans difficulté ; 2) de retour avec difficultés ; 3) pas de retour à cause de trop grandes difficultés. Environ six cas par groupe devaient être retenus pour favoriser l'atteinte de la saturation des résultats. Les travailleurs provenaient de trois centres hospitaliers urbains et semi-urbains. Les travailleurs devaient avoir subi une arthroplastie totale du genou; être âgés entre 18 et 64 ans; parler le français; avoir un lien d'emploi; occuper un emploi décrit comme étant manuel ou exigeant des efforts physiques avant la chirurgie et manifester l'intention de réintégrer son emploi ou l'avoir réintégré à la suite de la chirurgie; accepter qu'un membre de l'équipe de recherche puisse interroger l'intervenant en réadaptation qui a le plus récemment traité le travailleur, ainsi que les représentants de l'employeur et/ou du syndicat et être 3 à 12 mois postopératoire. Les travailleurs étaient inadmissibles s'ils avaient eu une arthroplastie totale bilatérale simultanée (deux prothèses en même temps) ou s'il s'était écoulé moins de six mois entre les deux chirurgies, s'ils avaient subi une chirurgie prothétique de révision, s'ils étaient travailleurs autonomes ou occupaient un travail à temps partiel, s'il était impossible pour l'équipe de recherche de se rendre sur les lieux de travail, s'il y avait des complications postopératoires non traitées et non résorbées (p. ex. : une infection, un descellement de la prothèse, une complication secondaire comme une pneumonie, une manipulation, une thrombophlébite). Les travailleurs n'étaient pas retenus s'ils souffraient de troubles mentaux sévères. Pour les sources d'information, différentes méthodes ont été utilisées, dont le recours à des questionnaires, la participation à des entrevues individuelles semi-dirigées et à des observations. Des analyses intra et intercas ont été effectuées.

Un total de 17 cas a été constitué, dont 9 étaient syndiqués et 13 bénéficiaient d'assurances privées. Au sein d'un même cas, les diverses sources d'information rapportaient essentiellement une information convergente. Pour l'ensemble des cas, l'information relative aux pratiques actuelles en réadaptation a rapidement saturé. Les objectifs de traitement visaient la récupération de l'amplitude articulaire et de la fonction, incluant l'acquisition d'une mobilité sans aide technique. Les intervenants en réadaptation des travailleurs retenus ne rapportaient pas avoir effectué d'intervention spécifique de RT, puisque ce type d'intervention ne constitue pas un élément de leur mandat. La satisfaction des travailleurs à l'égard des soins reçus et de l'atteinte des objectifs du traitement de physiothérapie était généralement bonne. Les informations relatives aux représentations des travailleurs ont aussi saturé concernant leur condition de santé et la chirurgie.

L'analyse comparative des trois regroupements de cas en fonction des niveaux de difficulté à retourner au travail a permis de faire ressortir des cas types en fonction de certaines représentations de la condition de santé, de la perception des soins, mais surtout en fonction des facteurs liés à l'environnement de travail. Ceux-ci portaient sur les exigences physiques du travail, les moyens offerts par l'employeur, les stratégies développées par le travailleur, ainsi que ses capacités physiques. Pour les cas de RT sans difficulté, les exigences physiques étaient plus faibles comparativement à celles observées au sein des cas ayant éprouvé des difficultés à retourner au travail ou de ceux qui n'étaient pas de RT à cause de trop grandes difficultés. Pour ceux n'ayant pas éprouvé de difficulté, les représentations et les stratégies d'adaptation étaient aussi perçues comme étant efficaces et permettant d'atteindre les buts fixés. À l'inverse, les moyens offerts par l'employeur et les stratégies développées par le travailleur diminuaient selon la difficulté perçue, passant d'un niveau élevé pour le regroupement de cas ayant réalisé un retour sans difficulté à un niveau faible pour ceux qui ne sont pas de RT en raison de trop grandes difficultés. Plus les capacités physiques diminuaient, plus les travailleurs rapportaient avoir des difficultés à effectuer leur travail. Les représentations et les stratégies d'adaptation associées étaient perçues comme étant moins efficaces selon les travailleurs pour favoriser le RT ou le maintien durable en emploi.

Les résultats de cette étude soulignent l'importance de tenir compte à la fois des représentations des travailleurs, mais également des facteurs pouvant limiter leur marge de manœuvre dans leur environnement de travail. Les diverses sources d'information (travailleur, intervenant en réadaptation, direction des ressources humaines, supérieurs immédiats, représentant syndical) et l'observation de l'environnement de travail ont permis de faire ressortir le besoin d'agir à différents niveaux, afin de mieux soutenir les travailleurs ayant un travail physique lors du RT. Les résultats de cette étude font aussi ressortir l'importance de sensibiliser les orthopédistes à l'évaluation des exigences requises par l'emploi du travailleur, afin que celui-ci ait des attentes réalistes à l'égard du RT à la suite de la chirurgie. L'intégration de la prise en compte des caractéristiques du milieu de travail lors de la prise en charge en réadaptation permettrait de cibler les cas qui pourraient bénéficier d'une intervention en cette matière.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE	III
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	IX
1. RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE	7
4. MÉTHODOLOGIE	9
4.1 Devis	9
4.2 Collecte des données	10
4.3 Analyse du matériel d'entrevue.....	13
4.3.1 Analyses intracas	13
4.3.2 Analyses intercas	15
5. RÉSULTATS	17
5.1 Description des cas.....	17
5.2 Les pratiques en réadaptation.....	20
5.3 Les représentations des travailleurs de leur condition de santé	22
5.4 Facteurs de l'environnement de travail.....	25
5.4.1 Processus de retour au travail	25
5.4.2 Facteurs liés au travail.....	29
5.5 Analyses intercas.....	31
5.5.1 Facteurs influençant le RT.....	31
5.5.1.1 Cas de retour au travail sans difficulté.....	31
5.5.1.2 Cas de retour au travail avec difficultés.....	32
5.5.1.3 Cas n'étant pas de retour au travail.....	33
5.6 Synthèse des cas des trois regroupements	36
5.7 Cas atypiques	37
5.7.1 Cas de retour au travail sans difficulté	37
5.7.2 Cas de retour au travail avec difficultés	37
5.7.3 Cas n'étant pas de retour au travail	38
6. DISCUSSION	41
6.1 Forces et limites de l'étude	44

6.2	Retombées	45
7.	CONCLUSION.....	47
	BIBLIOGRAPHIE	49
	ANNEXE A : QUESTIONNAIRES, GUIDES D'ENTREVUE ET GRILLE D'OBSERVATION	55
A.I	Questionnaires.....	55
A.II	Guides d'entrevue.....	65
A.II.I	Représentations du travailleur (travailleurs).....	65
A.II.II	Pratiques actuelles en réadaptation au travail (intervenants).....	68
A.II.III	Facteurs liés à l'environnement de travail.....	69
A.III	Grille d'observation	79
	ANNEXE B : SCHÉMA DES OBSTACLES ET FACILITATEURS	85
	ANNEXE C : MODÈLE DE MATRICE	87

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques des 17 cas.....	19
Tableau 2.	Facteurs de l’environnement de travail pour les cas types du regroupement RT sans difficulté	32
Tableau 3.	Facteurs de l’environnement de travail pour les cas types du regroupement RT avec difficultés.....	33
Tableau 4.	Facteurs de l’environnement de travail pour les cas types du regroupement pas de RT	35
Tableau 5.	Résumé des facteurs caractérisant les regroupements.....	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle du paradigme d'incapacité au travail (Loisel <i>et al.</i> , 2001).	5
Figure 2.	Déroulement du recrutement des participants.....	18
Figure 3.	Modèle du paradigme d'incapacité au travail.	41

1. RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE

Dans les 30 prochaines années, près de 30 % des personnes actives sur le marché du travail éprouveront des difficultés à travailler en raison de l'arthrose (Public Health Agency of Canada, 2010). Pour plusieurs d'entre elles, l'arthrose se développera ou progressera en raison d'une exposition à des activités de surcharge ou à des postures contraignantes pour les genoux (Blagojevic, Jinks, Jeffery et Jordan, 2010). L'arthrose se caractérise par la perte du cartilage articulaire et l'observation de changements de l'os sous-chondral. Bien que ces manifestations pathologiques soient les plus frappantes, tous les tissus de l'articulation sont affectés de sorte que cette maladie entraîne des limitations fonctionnelles importantes (Sharma, Cahue, Song, Hayes, Pai *et al.*, 2003) et des incapacités persistantes pouvant empêcher les individus de réaliser l'ensemble de leur tâche (Dibonaventura, Gupta, McDonald et Sadosky, 2011). Le genou et la hanche sont les articulations les plus affectées par cette maladie (Busija, Bridgett, Williams, Osborne, Buchbinder *et al.*, 2010), mais une atteinte au genou est plus susceptible de contribuer à des incapacités fonctionnelles (Green, 2006).

L'arthrose affecte plus de 10 % des adultes canadiens (Public Health Agency of Canada, 2010), dont une grande proportion de travailleurs actifs sur le marché du travail. Plus de la moitié des nouveaux cas d'arthrose du genou seront diagnostiqués chez les gens âgés entre 45 à 64 ans, donc chez les travailleurs vieillissants qui se situent dans la seconde moitié de leur vie active (Losina et Katz, 2012). Une revue systématique de la littérature permet de constater que les travailleurs qui doivent, dans le cadre de leur emploi, exécuter des tâches qui sollicitent de façon importante les genoux (rester debout pendant une durée prolongée, monter/descendre des escaliers, travailler à genou sur des surfaces dures, etc.) ou qui nécessitent de soulever de lourdes charges sont deux à trois fois plus à risque de développer l'arthrose et de voir la maladie progresser qu'une personne qui occupe un travail de nature sédentaire (Gaudreault, Feldman, Rivard, Lavigne et Bernier, 2013). Comme l'arthrose ne peut être guérie, les traitements proposés visent principalement à renseigner le patient sur sa condition, à contrôler la douleur et à maintenir la fonction.

L'arthroplastie est une chirurgie qui exige le remplacement partiel ou total de l'articulation par une prothèse. Elle est proposée lorsque les traitements conservateurs ne suffisent plus à soulager la personne et que l'autonomie fonctionnelle et la participation sociale sont compromises (Michael, Schlüter-Brust et Eysel, 2010). En 2016-2017 toujours au Canada, 67 169 arthroplasties du genou ont été réalisées, ce qui représente une hausse de 15,5% comparativement aux 58 138 déclarées cinq ans plus tôt (Institut canadien d'information sur la santé, 2018). Pour cette même période, près de 98,8 % des arthroplasties du genou étaient réalisées à la suite d'un diagnostic d'arthrose (Institut canadien d'information sur la santé, 2018). Le nombre total d'arthroplasties du genou réalisées entre 2008 et 2009 était de 47 486 (Institut canadien d'information sur la santé, 2014), alors qu'en 1998-1999 le nombre était de 19 818 (Millar, 2002) ce qui représente une augmentation de 139 % en une décennie. En 2014-2015, on dénombre une hausse de 20,3 % des cas comparativement à ceux des cinq dernières années (Institut canadien d'information sur la santé, 2016). En 2006-2007, c'est le groupe des travailleurs vieillissants, soit ceux âgés entre 45 et 54 ans, qui a connu la plus grande augmentation. Leur nombre a doublé, au cours des 10 dernières années, et ce, sans distinction de sexe (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Cette augmentation est due au fait que, d'une part, la chirurgie procure une meilleure qualité de vie aux travailleurs vieillissants qui désirent demeurer actifs sur le marché du travail et, d'autre part, l'innovation a permis d'améliorer la longévité des prothèses, de sorte que la chirurgie peut être proposée plus tôt

dans la vie (Caban-Martinez, Lee, Fleming, Tancredi, Arheart *et al.*, 2011). L'augmentation du nombre d'arthroplasties chez les 45 à 54 ans est préoccupante, considérant qu'au Québec, ces individus représentent 42 % de la population en âge de travailler (Martel, 2009). Enfin, de récentes données provenant du Registre canadien des remplacements articulaires (Institut canadien d'information sur la santé, 2014) indiquent qu'environ le tiers des patients qui sont opérés pour la hanche et près de 40 % pour le genou sont âgés de moins de 64 ans. On peut présumer qu'une proportion importante de ces patients est active sur le marché du travail et que ces travailleurs sont susceptibles de tenter un RT à la suite de leur chirurgie. Ces données laissent croire que les personnes ayant subi une arthroplastie et qui sont actives sur le marché du travail seront de plus en plus nombreuses, et ce, pour plusieurs années, sans compter le phénomène du report de l'âge de la retraite. Cet accroissement étant relativement récent, il existe peu de données dans la littérature permettant de situer la trajectoire de réadaptation des travailleurs et encore moins les facteurs facilitants ou faisant obstacle au RT ou à son maintien durable en emploi (Kuijjer, Kievit, Pahlplatz, Hooiveld, Hoozemans *et al.*, 2016). Il est crucial de s'attarder à cette problématique pour être prêt à intervenir auprès de cette population en croissance et ainsi réduire le fardeau socio-économique lié à l'incapacité au travail.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'incapacité au travail se définit comme l'ensemble des difficultés qu'éprouve une personne à accomplir son travail ou à demeurer au travail en raison d'un problème de santé (Perret, 2005). Elle comprend les notions d'absentéisme, soit une incapacité totale à travailler, et de présentéisme (Aronsson, Gustafsson et Dallner, 2000). Le présentéisme se manifeste par une diminution de la performance et de la productivité au travail (Perret, 2005). Prévenir l'incapacité au travail est un enjeu important, car le travail mène non seulement à l'autonomie financière (Baril, Martin, Massicotte et Lapointe, 1994), mais permet aussi de socialiser et de développer des compétences qui aident à bâtir la confiance et l'estime de soi (Limoges, 1987). Ainsi, une incapacité à travailler affecte non seulement la vie professionnelle, mais aussi les sphères financière, sociale et personnelle du travailleur (Morin, 2006).

Une revue systématique réalisée sur le RT à la suite d'une arthroplastie permet de constater que les études portant sur le genou sont moins nombreuses que celles sur la hanche (respectivement 4 contre 14) (Tilbury, Schaasberg, Plevier, Fiocco, Nelissen *et al.*, 2014). Depuis cette revue, peu d'études ont été effectuées en lien avec le RT (Kuijer *et al.*, 2016; Lombardi, Nunley, Berend, Ruh, Clohisy *et al.*, 2014). Lombardi *et al.* (2014) a suivi 661 travailleurs, ayant une moyenne d'âge de 54 ans, qui ont subi une arthroplastie primaire du genou pour observer les taux de RT. Ceux-ci observent que 23 % de l'échantillon ne retourne pas au travail. Sankar *et al.* (2013) rapportent un taux de non-RT de 15 % et une durée moyenne de trois mois post chirurgie, avant de retourner au travail. Un travail physiquement moins exigeant favoriserait un retour plus rapide. L'étude de Kuijer *et al.* (2016) observe la même tendance à l'égard de la perception d'exigences. Le risque de non-RT serait plus élevé chez les travailleurs rapportant accomplir un travail ayant contribué à la symptomatologie du genou (RR = 5,3) et percevant que leur travail comporte des postures contraignantes pour le genou (RR = 3,3).

En ce qui concerne le délai de RT après la chirurgie, parmi les travailleurs de RT, ceux ayant un travail physiquement lourd ont pris significativement plus de temps (moyenne de 10,7 semaines) avant de retourner au travail, comparativement à 6,5 semaines pour ceux ayant un travail sédentaire. Toutefois, l'intervalle de confiance varie entre 1 et 32 semaines, ce qui signifie que certains prendront jusqu'à trois fois plus de temps à reprendre leurs activités professionnelles. Une revue systématique de Kuijer *et al.* (2009) rapporte que pour une condition clinique postopératoire semblable à l'arthroplastie, les travailleurs opérés qui n'ont pas de restrictions retournent au travail en moyenne 6,5 semaines après leur chirurgie (intervalle de confiance entre 7 et 20 semaines). En contrepartie, ceux qui ont des limitations doivent attendre en moyenne 10 semaines. De plus, une étude a permis d'observer que plus la durée de l'arrêt de travail avant l'arthroplastie du genou est longue, plus les risques sont élevés de ne pas y retourner (par exemple, pour une absence de plus de 263 jours, les chances de retourner au travail sont de 20 %) (Jorn, Johnsson et Toksvig-Larsen, 1999).

En ce qui concerne les facteurs associés au RT après 3 mois d'absence, une étude auprès de 171 travailleurs opérés identifie la perception d'urgence à retourner au travail. Cette motivation serait indépendante des contraintes financières ou sociales (Styron, Barsoum, Smyth et Singer, 2011). Les auteurs avancent la possibilité d'une interaction complexe entre la valeur rattachée au travail et l'engagement à y retourner. Les résultats seraient d'ailleurs particulièrement marqués pour les travailleurs autonomes, comparativement aux travailleurs salariés, ayant aussi un emploi physique. Les travailleurs autonomes rapportaient pouvoir plus facilement

modifier leurs tâches pour compenser pour leurs contraintes au genou. D'ailleurs, les travailleurs ayant accès à un travail modifié tendaient également à retourner plus rapidement au travail. Cette étude offre certaines pistes intéressantes qui mériteraient d'être approfondies, afin de faire ressortir les facteurs qui influencent le RT auprès de cette population (Styron *et al.*, 2011).

Les études tendent à démontrer que 20 % des travailleurs opérés pour le genou rapportent des difficultés qui les limitent dans l'exécution de leurs tâches de travail (Lombardi *et al.*, 2014; Nunley, Ruh, Zhang, Della Valle, Engh *et al.*, 2011). Les limitations rencontrées au travail sont rapportées majoritairement chez les patients qui ont été opérés pour le genou, plutôt que chez ceux opérés pour la hanche. Elles comprennent les difficultés à se rendre au travail et à se déplacer dans cet environnement, à tenir le rythme de travail, à satisfaire les demandes de l'emploi et à compléter les heures de travail qui sont demandées (Sankar *et al.*, 2013). Kievit *et al.* (2014) ont étudié de manière plus précise les répercussions de certaines activités de travail qui pourrait nuire aux bienfaits apportés par la chirurgie et mesuré le niveau de satisfaction des patients à retourner travailler à la suite de l'arthroplastie du genou. Il en ressort que, pour certains emplois qui exigent une position de flexion importante du genou, les patients opérés rapportaient peu d'amélioration dans la réalisation de leurs activités professionnelles. La prothèse soulage la douleur, mais elle procure une amplitude de mouvement plus limitée qu'un genou sain. En ce qui concerne le niveau de satisfaction, près de 20 % des patients se disaient insatisfaits ou très insatisfaits de leurs capacités à faire leur travail après la chirurgie, ce qui est également représentatif des taux de satisfaction en général pour cette chirurgie. Les auteurs concluent que la chirurgie réduit effectivement la douleur, mais qu'elle apporte peu d'effets positifs dans le RT. Ils ajoutent aussi qu'une approche selon laquelle la perspective du patient est au cœur des préoccupations est nécessaire, afin de l'épauler efficacement dans son RT (Kievit, van Geenen, *et al.*, 2014). Finalement, soulignons qu'une revue systématique révèle qu'aucun consensus n'est établi en ce qui concerne les facteurs facilitants et faisant obstacle au RT chez cette population (Kuijjer *et al.*, 2016; Kuijjer *et al.*, 2009).

De nombreuses études dans le domaine plus large de la prévention de l'incapacité persistante au travail reconnaissent maintenant que la plupart des facteurs qui entravent le RT sont peu associés à la pathologie ou à la déficience originale (Franche, Cullen, Clarke, Irvin, Sinclair *et al.*, 2005; Loisel, Durand, Berthelette, Vezina, Baril *et al.*, 2001; Marois et Durand, 2009; Waddell, Burton et Main, 2003). Le paradigme d'incapacité au travail suppose en effet qu'il est important de prendre en compte non seulement les caractéristiques du travailleur, mais aussi l'interaction du travailleur avec son environnement (voir figure 1). Selon ce paradigme, l'environnement comprend trois systèmes sociaux, soit l'environnement de travail, le système de soins de santé et le système de compensation financière (Loisel, Buchbinder, Hazard, Keller, Scheel *et al.*, 2005; Loisel *et al.*, 2001).

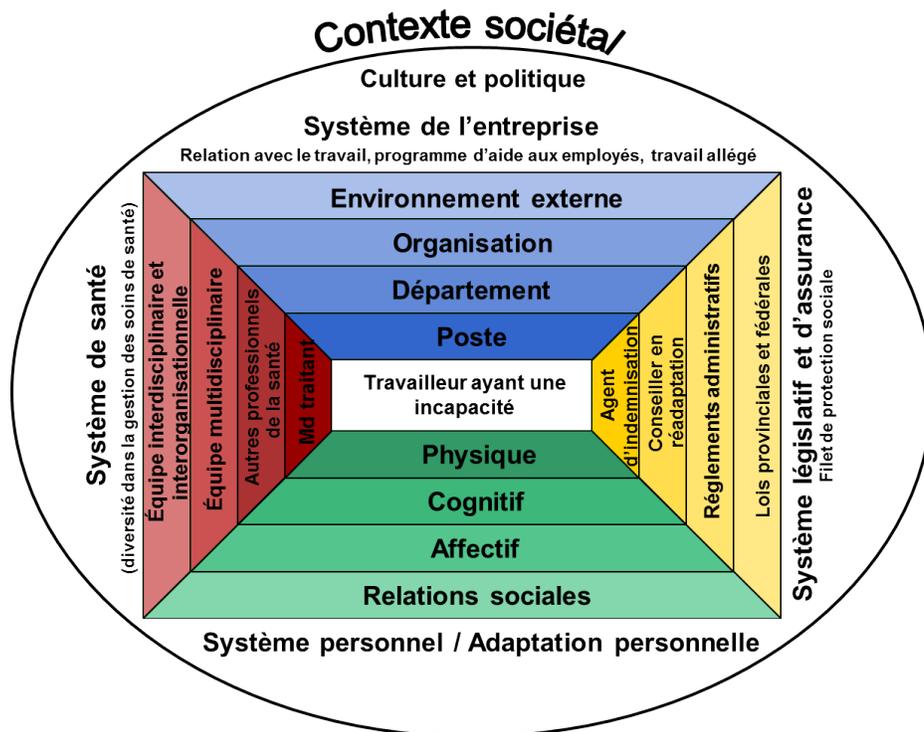


Figure 1. Modèle du paradigme d'incapacité au travail (Loisel et al., 2001).

Les facteurs environnementaux jouent un rôle important en réadaptation au travail. Ainsi, une difficulté de communication entre les différents acteurs (assureurs, cliniciens et employeurs) lors du RT (Anema, Van Der Giezen, Buijs et Van Mechelen, 2002; Coutu, Légaré, Durand, Corbière, Stacey *et al.*, 2016; Frank, Sinclair, Hogg-Johnson, Shannon, Bombardier *et al.*, 1998; Loisel *et al.*, 2001) et un environnement de travail difficile feraient obstacle au RT (McLellan, Pransky et Shaw, 2001; Pransky, Shaw et McLellan, 2001). Notamment, la prise en compte de l'aménagement des lieux et des équipements de travail aurait un effet important sur le RT et le maintien durable en emploi (Gonella, 2007; Graham, 2012; Kuijer *et al.*, 2009; Loisel, Abenhaim, Durand, Esdaile, Suissa *et al.*, 1997; Loisel *et al.*, 2001; Nastasia, Coutu et Tcaciuc, 2014). Aussi, la représentation que se fait le travailleur de sa condition de santé serait un facteur important pour le RT (Hoving, van der Meer, Volkova et Frings-Dresen, 2010). En effet, selon une revue systématique de Hoving *et al.* (2010), les travailleurs qui rapporteraient plus de douleurs, plus d'incapacités et qui auraient peu d'espoir de récupération retourneraient moins rapidement au travail. La dramatisation de la douleur est également un facteur associé à l'incapacité (Hobro, Weinman et Hankins, 2004). Celle-ci fait d'ailleurs partie des éléments composant la représentation (Hoving *et al.*, 2010).

La représentation de la condition de santé se définit par l'ensemble des pensées, des idées, des croyances et des attitudes concernant la condition de santé (Abric, 2005). La représentation de la condition de santé se compose de cinq caractéristiques : a) le diagnostic perçu et les symptômes qui s'y rattachent; b) la croyance par rapport aux facteurs ayant causé la maladie; c) le cours de la maladie (aiguë, cyclique ou chronique); d) les conséquences immédiates et à long terme de la maladie; e) l'attente de contrôle exercée sur la condition de santé, incluant

l'attente de résultats et d'efficacité personnelle et les habiletés pour faire face à la situation (Leventhal, Brissette et Leventhal, 2003). La représentation est au cœur du modèle d'autorégulation de la maladie/condition de santé (Leventhal *et al.*, 2003). Globalement, selon ce modèle, en se basant sur les informations provenant de son environnement, notamment du travail, de la famille, du système de santé et de compensation, la personne génère sa propre représentation de son état de santé ou de ses incapacités au travail, pour ensuite élaborer un plan d'action afin de résoudre la situation, et finalement évaluer si l'écart entre sa situation actuelle et son but réduit ou augmente (Leventhal *et al.*, 2003). Lorsqu'il y a cohérence entre la représentation, les traitements offerts et le milieu de travail et qu'en plus la personne perçoit se rapprocher de son but, elle est alors dans une trajectoire d'adaptation. Par contre, lorsqu'il y a un écart important entre ces trois éléments et que la personne perçoit ne pas s'approcher de son but, l'adaptation est plus difficile (Coutu, Baril, Durand, Côté et Rouleau, 2007).

En ce qui concerne l'adaptation des gens ayant eu une arthroplastie, certains facteurs pourraient différer de ceux d'une population ayant une douleur d'origine musculosquelettique. Il serait d'ailleurs intéressant d'étudier plus en profondeur cette population. En effet, par la création d'un nouvel état de santé à la suite de la chirurgie (substitution d'une partie du corps par une prothèse synthétique), il est possible de croire qu'il y aura un changement dans les représentations et aussi la création de nouveaux points de référence.

En résumé, certaines études font ressortir les caractéristiques ayant une incidence sur les travailleurs, comme le sentiment d'urgence à retourner au travail. Cependant, ce qui alimente la perception d'urgence ou les éléments de la représentation ont été très peu documentés. De plus, l'interaction avec l'environnement de travail est une piste importante à étudier du fait que certaines études rapportent une difficulté à retourner au travail des travailleurs ayant un travail physiquement plus exigeant. La compréhension de ce qui favorise ou nuit au RT doit être explorée selon un cadre d'analyse permettant de mettre en interaction le travailleur et son environnement.

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif général de ce projet est de mieux comprendre ce qui permet de reprendre ou non une vie saine et active au travail à la suite d'une arthroplastie totale du genou. Pour ce faire, quatre objectifs spécifiques sont poursuivis :

- 1) Décrire les représentations que se font les travailleurs ayant eu une arthroplastie totale du genou de leur état de santé, de leur difficulté à reprendre leurs activités professionnelles ou à se maintenir au travail ainsi que de l'efficacité des traitements qui leur sont offerts pour favoriser leur RT.
- 2) Décrire les pratiques actuelles en réadaptation au travail de la population à l'étude.
- 3) Décrire les facteurs liés à l'environnement de travail.
- 4) Dégager les facteurs qui font obstacle et ceux qui facilitent le RT et le maintien durable en emploi de cette population.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Devis

Une étude de cas multiples descriptive a été retenue (Yin, 2009). Le cas se définit comme la trajectoire de réadaptation d'un travailleur ayant subi une arthroplastie totale du genou et qui vise un RT. Pour chaque cas, diverses sources d'information ont été identifiées, soit le travailleur ayant eu une arthroplastie totale du genou, son ou ses intervenants en réadaptation, son employeur et son syndicat, le cas échéant. Les cas ont été contrastés en fonction du niveau de difficulté à retourner au travail à l'entrée de l'étude soit 1) de retour au travail sans difficulté; 2) de retour, mais avec des difficultés; 3) pas de retour au travail à cause de trop grandes difficultés au genou.

Les cas proviennent de trois centres hospitaliers situés en zones urbaine et semi-urbaine. Le recrutement des cas potentiels s'est essentiellement fait à partir des listes chirurgicales de patients qui ont eu une arthroplastie du genou.

Les travailleurs devaient : 1) être âgés entre 18 et 64 ans; 2) avoir subi une arthroplastie totale du genou; 3) avoir un lien d'emploi; 4) occuper un emploi décrit comme étant manuel ou exigeant des efforts physiques avant la chirurgie et manifester l'intention de réintégrer son emploi ou l'avoir réintégré à la suite de la chirurgie; 5) accepter qu'un membre de l'équipe de recherche puisse interroger l'intervenant qui a le plus récemment traité le travailleur, ainsi qu'un représentant de l'employeur et/ou du syndicat; 6) être 3 à 12 mois postopératoire et; 7) parler le français. Les participants ont été exclus s'ils avaient subi une chirurgie bilatérale (deux prothèses implantées simultanément), s'ils avaient eu une seconde arthroplastie moins de 6 mois après la première, s'ils avaient eu une révision de prothèse, s'ils étaient travailleurs autonomes ou occupaient un travail à temps partiel avant la chirurgie, s'ils n'étaient pas de RT à cause d'une autre pathologie ou d'une autre condition de santé que l'arthrose, s'il était impossible pour l'équipe de recherche de se rendre sur les lieux de travail, s'ils avaient des complications postopératoires non traitées et non résorbées (p. ex. : une infection, un descellement de la prothèse, une complication secondaire, comme une pneumonie, une manipulation, une thrombophlébite). Les travailleurs n'étaient pas retenus s'ils présentaient des troubles mentaux sévères (p. ex. : trouble de personnalité dans le regroupement A du DSM-IV, soit personnalité de type paranoïde, schizoïde ou schizotypique, épisode psychotique présent ou passé) indiqués au dossier médical, car le contact avec la réalité est différent, ce qui pourrait apporter des représentations qui ne sont pas liées à la condition postopératoire, mais plutôt au problème de santé mentale.

Des procédures de recrutement spécifiques pour les travailleurs ont tenu compte de la réalité de chacun des centres hospitaliers. Pour le premier centre, une procédure était déjà en place dans le département d'orthopédie invitant les patients opérés à signer une autorisation, avant leur chirurgie, pour être contactés pour de futures études. La coordonnatrice de recherche clinique de ce service repérait, parmi ces patients, ceux qui répondaient aux caractéristiques recherchées. Pour le deuxième centre, la procédure s'est effectuée de deux façons. À la suite des démarches menées auprès des orthopédistes qui ont démontré un intérêt pour l'étude, ceux-ci demandaient à leurs patients opérés pour une arthroplastie totale du genou, lors d'un suivi postopératoire, s'ils acceptaient que leurs coordonnées soient transmises à l'équipe de recherche. Cependant, pour faciliter le recrutement, le type « inversé » a finalement été instauré avec le service des archives. Ainsi, une lettre a été acheminée par la poste aux patients ayant

eu une arthroplastie totale du genou dans les 3 à 12 derniers mois. Cette lettre avait pour but de présenter l'objet de l'étude et d'aviser les patients qu'ils devaient communiquer avec l'hôpital à l'intérieur de deux semaines s'ils ne souhaitaient pas être contactés par une professionnelle de l'équipe de recherche. Pour le troisième centre, une assistante de recherche de l'unité d'orthopédie de l'hôpital était responsable de repérer les patients admissibles, d'obtenir leur consentement pour transmettre leurs coordonnées. Après autorisation, une professionnelle de l'équipe de la présente étude a contacté chaque travailleur pour expliquer l'objectif de l'étude, la nature de la participation, valider les caractéristiques recherchées et répondre à leurs questions.

Les coordonnées des intervenants en réadaptation, ainsi que des représentants de l'employeur et du syndicat (le cas échéant) ont été obtenues par le travailleur lors de la première rencontre. Des contacts ont ensuite été établis avec ces acteurs pour procéder au recrutement. Tous les participants à l'étude ont signé un formulaire de consentement qui a été préalablement approuvé par le Comité d'éthique et de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie (CIUSSS-Estrie MP-31-2015-994).

4.2 Collecte des données

Pour chaque source d'informations, différentes méthodes ont été utilisées, dont le recours à des questionnaires, à des entrevues individuelles semi-dirigées et à des observations. Les questionnaires, guides d'entrevue et grille d'observation peuvent être consultés à l'annexe A. Les questionnaires devaient être remplis par le biais d'un outil de sondage en ligne préalablement à l'entrevue individuelle. Pour les autres n'ayant pas d'accès à l'Internet, une version papier des questionnaires a été expédiée par la poste.

Questionnaires (travailleurs)

Échelle visuelle analogue de l'intensité de la douleur : L'intensité de la douleur a été évaluée selon une échelle visuelle analogue (deux items : douleur au travail et lors des activités de la vie quotidienne). Le travailleur devait indiquer son niveau de douleur sur une ligne continue de 10 cm (0 = aucune douleur à 10 = la pire douleur possible) (Von Korff, Jensen et Karoly, 2000). Un score moyen des deux items a été calculé. L'échelle visuelle compte parmi une des trois méthodes les plus utilisées pour mesurer l'intensité de la douleur (Von Korff *et al.*, 2000). Elle offre de bonnes propriétés psychométriques (Von Korff *et al.*, 2000) et est sensible au changement (Jensen, Turner, Romano et Fisher, 1999). Sa stabilité test-retest est également très bonne (Pengel, Refshauge et Maher, 2004).

Indice de WOMAC : Ce questionnaire comprenant 24 items évalue le statut fonctionnel de la population à l'étude (Bellamy, Buchanan, Goldsmith, Campbell et Stitt, 1988). Il documente à l'aide de trois sous-échelles, la douleur (5 items), la raideur (2 items) et l'incapacité (17 items), avec une échelle visuelle analogue variant de 0 à 100. Le score global est rapporté sur 100. Un score élevé indique une fonction fortement détériorée. Les qualités psychométriques de cet outil ont été largement démontrées (American College of Rheumatology, 2018). La cohérence interne varie de 0,86 à 0,90 pour l'ensemble des sous-échelles. La structure factorielle des trois sous-échelles a été documentée (Angst, Ewert, Lehmann, Aeschlimann et Stucki, 2005; Wolfe et Kong, 1999). Cependant, certains auteurs rapportent des limites avec les sous-échelles douleur et incapacité (American College of Rheumatology, 2018). La fidélité test-retest à une semaine varie de 0,61 à 0,64 (Bellamy *et al.*, 1988) et de 0,92 à 0,95 pour une population ayant subi une arthroplastie (Dunbar, Robertsson, Ryd et Lidgren, 2001). Le WOMAC montre

également une bonne validité de critère (0,48 à 0,67) (Bullens, van Loon, de Waal Malefijt, Laan et Veth, 2001; Dunbar *et al.*, 2001), une bonne validité de construit pour les personnes ayant eu une arthroplastie (Bombardier, Melfi, Paul, Green, Hawker *et al.*, 1995) ainsi qu'une bonne sensibilité au changement (Bellamy *et al.*, 1988).

Questionnaire sur le statut de travail : Ce questionnaire permet, à l'aide d'un arbre décisionnel, de déterminer différents statuts de travail (p. ex. le RT à temps complet au poste antérieur). Pour cette étude, trois catégories ont été utilisées : 1) retour au travail; 2) absent du travail à cause du problème de santé; 3) sans travail (Durand, 1996).

Questionnaire sur la baisse de productivité au travail et la limitation des activités : santé générale : Ce questionnaire contient 6 items et mesure l'absentéisme et le présentéisme sur le plan de la productivité associée à une condition de santé (Reilly, Zbrozek et Dukes, 1993). Le score global est rapporté sur 100. Un score élevé dénote une plus grande incapacité et une faible productivité (Reilly *et al.*, 1993). La validité de construit est satisfaisante (Reilly *et al.*, 1993).

Questionnaire sur le travail, l'arthrose et le remplacement articulaire : Ce questionnaire vise à mesurer les difficultés physiques vécues lors d'activités au travail après avoir subi une arthroplastie du genou (Kievit, van Geenen, *et al.*, 2014). Le niveau de difficulté vécu au cours de la dernière semaine est mesuré pour 13 activités à l'aide d'une échelle de Likert variant de 4 = aucune difficulté à 0 = difficulté extrême/incapable de faire l'activité. Un choix de réponse « ne s'applique pas » a été ajouté pour les participants qui n'étaient pas de RT ou pour lesquels l'activité ne s'appliquait pas à leur travail. La somme des items est rapportée sur 100. Un score faible correspond à un haut niveau de difficulté. La validité de contenu et de construit sont satisfaisantes. La cohérence interne suggère deux facteurs (coordination du genou et flexion intense du genou) et montre un niveau de fiabilité satisfaisant (alpha de Cronbach de 0,90 et 0,85). La fidélité test-retest à deux semaines est excellente (ICC = 0,97) (Kievit, Kuijer, Kievit, Sierevelt, Blankevoort *et al.*, 2014).

Profil sociodémographique : L'âge, le sexe, l'état civil et le niveau de scolarité ont été documentés.

Profil clinique : Le nombre de jours écoulés depuis la chirurgie, le type d'intervention offerte (p. ex.; physiothérapie, ergothérapie) et le nombre approximatif de rencontres ont été colligés.

Profil administratif : Le profil administratif inclut les éléments suivants : syndiqué ou non, type d'assureur (privé, public ou aucun), présence de contestation, et tentatives de RT. Enfin, des questions ont été posées afin de déterminer la taille de l'entreprise, le titre d'emploi, l'horaire de travail et l'ancienneté.

Entrevues individuelles semi-dirigées

Pratiques actuelles en réadaptation au travail (intervenants de la réadaptation) : Un guide d'entrevue individuelle semi-dirigée a été élaboré aux fins de cette étude. Les thèmes abordés portaient sur la description du contexte de la clinique, par exemple la clientèle desservie et le contexte (privé, public), sur les interventions offertes au travailleur (rôle auprès du patient, objectifs poursuivis, interventions réalisées, etc.), sur la capacité du travailleur à retourner au travail à la fin des traitements, ainsi que sur les améliorations possibles pour une meilleure prise en charge de ce type de clientèle. Les données sociodémographiques suivantes sur les

intervenants ont été collectées : âge, sexe, profession, nombre d'années de scolarité, nombre d'années d'expérience en réadaptation. L'intervenant en réadaptation (p. ex. : physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique ou kinésiologue) qui avait le plus récemment traité le travailleur a été interrogé par téléphone par un membre de l'équipe de recherche (professionnel de recherche). La durée maximale de l'entrevue était de 45 minutes. Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio, transcrites sous forme de verbatim et dénominalisées.

Représentations du travailleur (travailleurs) : Un guide d'entrevue individuelle semi-dirigée (Baril, Durand, Coutu, Côté, Cadieux *et al.*, 2008) basé sur le modèle d'autorégulation de la maladie (Leventhal *et al.*, 2003) a été adapté et prétesté (Maillette, Coutu et Gaudreault, 2017) pour la population à l'étude. Les thèmes abordés reprenaient les catégories composant les représentations en documentant les symptômes perçus, la perception des causes, l'efficacité personnelle, l'efficacité de traitement, les conséquences, le processus de réadaptation et de réadaptation au travail, les stratégies d'adaptation, les obstacles et les facilitateurs au RT et les relations perçues avec les partenaires en réadaptation tels que l'assureur, l'employeur et le syndicat, le cas échéant.

Facteurs liés à l'environnement de travail : Des guides d'entrevues, adaptés pour chaque source d'information, ont été élaborés aux fins de cette étude. Pour les entrevues avec les travailleurs, le guide a été inspiré de ceux de Vézina *et al.* (2009), St-Vincent *et al.* (2011) ainsi que de Major et Vézina (2015; 2011), reposant sur le modèle de Vézina (2001). Les thèmes abordés lors des entrevues avec les travailleurs portaient sur la description du travail, les conditions de réalisation du travail, les difficultés rencontrées au travail depuis la chirurgie, les accommodements mis en place par l'employeur, les stratégies développées par le travailleur, ainsi que les capacités physiques perçues de ce dernier par rapport au travail demandé. Pour réduire le fardeau du répondant, il est à noter que ce guide a été intégré à la même entrevue visant à documenter les représentations du travailleur.

Des guides structurés ont été élaborés pour les entrevues avec les employeurs et le syndicat, permettant d'obtenir des réponses relativement courtes sur différents thèmes. Les versions ont été adaptées pour prendre en considération la perspective des employeurs et celle du syndicat (le cas échéant). Du côté de l'employeur, au besoin, deux personnes pouvaient être interviewées séparément, soit un représentant des ressources humaines et un supérieur immédiat. Cette façon de faire a permis de récolter des données plus près des réalités de chacun. Pour les cas où il n'y avait qu'un seul représentant de l'employeur d'interviewé, celui-ci devait répondre aux questions des deux guides d'entrevue. Pour les représentants des ressources humaines, les thèmes portaient sur les problématiques de RT spécifiques aux travailleurs qui ont eu une arthroplastie totale du genou, la présence ou non de mesures d'accommodement ou de modifications des tâches assignées à ces travailleurs. Ils devaient indiquer s'il s'agissait, selon eux, d'une population plus susceptible de faire une rechute ou d'aggraver sa lésion professionnelle. Pour les supérieurs immédiats, les thèmes portaient sur la description du travail, les difficultés rapportées ou observées du travailleur depuis la chirurgie, la présence d'accommodements ou d'adaptation des tâches assignées à ce travailleur ainsi que leur perception des capacités physiques de ce dernier et si l'état de la situation était conforme à leurs attentes. Pour le syndicat, l'ensemble des thèmes abordés avec le représentant des ressources humaines et le supérieur immédiat a été repris dans le guide d'entrevue. Les entrevues ont été réalisées par téléphone ou en personne par un membre de l'équipe de recherche (professionnelle de recherche en ergonomie). D'une durée maximale de 45 minutes,

les entrevues ont été enregistrées sur bande audio, puis des résumés détaillés ont été élaborés par l'interviewer.

Observations

Des observations du travailleur dans son milieu de travail ont été réalisées uniquement lorsque celui-ci était de RT. Le choix de la période d'observation a été déterminé à la lumière des résultats obtenus lors des entrevues avec le travailleur et les autres acteurs pour cibler le moment le plus représentatif du travail (possibilité de voir un maximum de tâches et de difficultés vécues). Les observations ont été réalisées par un membre de l'équipe de recherche (professionnelle de recherche en ergonomie) et ont permis, dans un premier temps, de documenter les tâches. Dans un deuxième temps, une version modifiée du guide et des outils pour le maintien et le RT (voir annexe A) (Stock, Baril, Dion-Hubert, Lapointe, Paquette *et al.*, 2005) a été utilisée pour permettre une appréciation spécifique des mouvements sollicitant les membres inférieurs. Les composantes qui ont été conservées pour l'observation des membres inférieurs sont la manutention de charge, les postures contraignantes, les déplacements, les postures en équilibre précaire, le fait d'actionner une pédale, la conduite d'un équipement mobile, les impacts répétés et finalement, le maintien d'une posture statique prolongée. Par exemple, lors de l'observation d'une posture contraignante, certains critères ont pu être approfondis tels que la durée (minimum et maximum), la fréquence (minimum et maximum) et si la posture demandait un effort selon l'observateur (oui ou non). Les observations sur les lieux de travail étaient d'une durée moyenne de 2,7 h (variant de 45 minutes à 5 heures consécutives).

À la suite de l'ensemble des analyses des cas pour lesquels les travailleurs étaient de RT, une entrevue de validation avec ceux-ci a été réalisée. Cette étape avait pour but de valider et de bonifier au besoin les données pour la perspective travailleur, afin de maintenir la confidentialité des données issues des autres perspectives. D'une durée moyenne de 45 minutes (variant de 30 à 90 minutes), ces entrevues ont été enregistrées sur bande audio pour faciliter la prise de notes.

4.3 Analyse du matériel d'entrevue

4.3.1 Analyses intracas

Les analyses intracas ont été effectuées de façon itérative pour chaque cas, sans attendre de terminer le recrutement de tous les cas. L'avantage est d'évaluer l'atteinte de la saturation des données pour les cas contrastes, mais aussi de permettre l'ajout de nouvelles sous-questions pour raffiner les données en fonction du matériel émergeant des cas (Laperrière, 1997).

Les réponses aux questionnaires ont été exportées de la plateforme Web ou entrées dans la banque de données pour les questionnaires papier. Les scores globaux ont été calculés pour chaque questionnaire. Ces scores ont ensuite été utilisés pour décrire les cas.

Pour les entrevues effectuées auprès des travailleurs et des intervenants en réadaptation, une analyse de contenu thématique de verbatim a été réalisée à l'aide du logiciel Atlas.ti (Muhr, 1991). Un codage de premier niveau a été effectué à partir d'une liste de thèmes provenant du modèle d'autorégulation de la maladie/condition de santé (Leventhal, 2003) et en fonction du matériel. Pour soutenir le codage, un guide d'analyse contenant des règles de codification suffisamment claires et précises a été élaboré pour permettre une même compréhension des

thèmes d'un verbatim à l'autre. Onze entrevues ont été codées par deux codeurs et ont permis d'atteindre un seuil de 71 % d'accord interjuge. Les écarts ont été discutés et un consensus sur le code a été établi. Selon les normes de Landis et Koch (1977), l'accord demeure satisfaisant. Trois entrevues avec les cliniciens ont été codées par deux codeurs et ont permis d'atteindre un seuil de 79 % d'accord interjuge. Neuf entrevues auprès de travailleurs et neuf entrevues auprès de cliniciens ont été codées par une personne. Pour la source d'information provenant des travailleurs, une analyse thématique a ensuite été effectuée et a permis de générer une carte conceptuelle schématisant les représentations du travailleur de son état de santé, de ses difficultés à reprendre ou se maintenir au travail, ainsi que de l'efficacité des traitements dans un but de RT. Une analyse thématique de contenu des entrevues auprès des intervenants a été effectuée, afin de faire ressortir les pratiques actuelles en réadaptation au travail en contexte d'arthroplastie totale du genou.

Pour faire ressortir les facteurs liés à l'environnement de travail, des résumés des réponses obtenues auprès des représentants des employeurs et des syndicats ont été produits. Des résumés des observations, ainsi que des entrevues de validation avec les travailleurs ont aussi été réalisés pour les cas où cela était applicable. Au sein des résumés, des niveaux de difficultés rencontrées au travail depuis la chirurgie ont été identifiés en fonction de la source d'information. Un premier niveau « pas de difficulté au travail », permettait d'illustrer un cas n'ayant éprouvé aucune difficulté majeure à réaliser l'activité de travail. Le dernier niveau, « difficulté élevée », était noté lorsque l'ensemble des difficultés mentionnées était très incapacitant. Pour les difficultés qui se situaient entre les deux, le niveau « difficulté modérée » était identifié. Pour ce qui est du niveau de capacités physiques du travailleur par rapport au travail demandé, il a été catégorisé, selon la source d'information, comme capacités physiques « suffisantes », « juste suffisantes » et « insuffisantes » pour réaliser le travail. Ces classifications ont été établies de manière qualitative et étaient également cohérentes avec les codes et descriptifs issus de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2001). De plus, comme il s'agissait d'une étude exploratoire qui ne visait pas une documentation et un dénombrement exhaustif, une recherche plus générale des leviers a été réalisée. Ces leviers pouvaient prendre la forme de moyens offerts par l'employeur, d'accommodements à la suite de l'arthroplastie totale du genou ou de stratégies développées par le travailleur. Dans cette perspective, les moyens, les accommodements et les stratégies ont été regroupés. Ils ont été classés qualitativement de faible à élevé selon leur nombre, mais également en fonction de leur influence observée ou rapportée sur le travail. Les exigences physiques du travail ont été observées ou rapportées pour permettre de faire ressortir des obstacles au RT et ont été classées également de faible à élevé.

L'ensemble des résultats émanant des pratiques en réadaptation, des représentations, des résultats aux questionnaires et des facteurs liés à l'environnement de travail a ensuite été consigné dans un document synthèse pour chaque cas. Lorsqu'il était possible de déterminer auprès d'une source si une donnée constituait un obstacle ou un facilitateur au RT, celle-ci était alors surlignée en vert pour facilitateur et en rouge pour obstacle. Aucun code de couleur n'était associé si l'élément discuté ne pouvait pas être clairement associé à un obstacle ou un facilitateur (p. ex. « mon assureur était surtout là pour émettre les chèques »). De ce document synthèse, un schéma d'obstacles et de facilitateurs au RT a été généré pour chaque cas et un exemple de celui-ci peut être consulté à l'annexe B.

4.3.2 Analyses intercas

Pour favoriser l'analyse intercas, une matrice regroupant les thèmes, catégories et facteurs issus de chaque cas a été élaborée. Un modèle de matrice peut être consulté à l'annexe C. Lorsque le thème était identifié comme un obstacle, celui-ci était surligné en rouge tandis que les facilitateurs l'étaient en vert. Cette matrice visait à faire émerger des patrons entre les cas à contraster (Yin, 2009) sur la base du niveau de difficulté à retourner au travail. Un patron est un arrangement d'actions ou de résultats qui sont visibles sans recourir à des analyses statistiques (Mills, Durepos et Wiebe, 2009). Il s'agit ensuite d'établir et de comparer les patrons, dans notre contexte, en fonction des couleurs. Au sein de la matrice, les colonnes présentant les cas ont été regroupées selon le niveau de difficulté à retourner au travail tel que rapporté par le travailleur au début de l'étude (RT sans difficulté, RT avec des difficultés ou pas de RT à cause de trop grandes difficultés au genou). La recherche de cas « atypique », ne concordant pas avec un patron, devait pouvoir être expliquée, à défaut de quoi il pourrait infirmer le patron identifié.

5. RÉSULTATS

5.1 Description des cas

La constitution des cas s'est échelonnée de mars 2015 à février 2018. Le détail du recrutement est présenté à la figure 2. Un total de 17 cas a été constitué provenant de trois centres hospitaliers. Le tableau 1 présente les caractéristiques des diverses sources associées à chaque cas, c'est-à-dire le travailleur, l'intervenant ainsi que les représentants de l'employeur et du syndicat. Rappelons que pour les travailleurs n'étant pas de RT à cause de trop grandes difficultés, une collecte de données au travail ne pouvait être effectuée. Ainsi, les données sont incomplètes. De façon globale, le tableau 1 permet d'observer que pour deux cas qui étaient de RT (cas B et I), les données pour cinq sources d'information ont été obtenues. Alors que pour tous les cas qui n'étaient pas de RT (cas H, K, O et P), les données pour les deux sources visées (travailleur et intervenant) ont été obtenues. Pour quatre cas, il a été possible d'obtenir la source syndicale, alors que huit cas étaient en contexte non syndiqué (incluant les travailleurs absents du travail).

Parmi les 17 cas constitués, 8 sont de RT sans difficulté, 5 sont de retour avec des difficultés et 4 ne sont pas de RT à cause de trop grandes difficultés. Dans la majorité des cas (n=13), il s'agissait d'une première arthroplastie totale au moment de l'étude et parmi ceux-ci, environ la moitié était en attente d'une chirurgie pour une arthroplastie à l'autre genou. Pour une minorité des cas (n=4), il s'agissait d'une 2^e arthroplastie totale du genou, l'autre genou ayant déjà été opéré précédemment depuis plus de 6 mois. Les emplois occupés par les travailleurs représentent différents secteurs d'activités, dont les soins de santé, le commerce de détail, la fabrication, la construction, la restauration, les services et loisirs.

Figure 2. Déroulement du recrutement des participants.

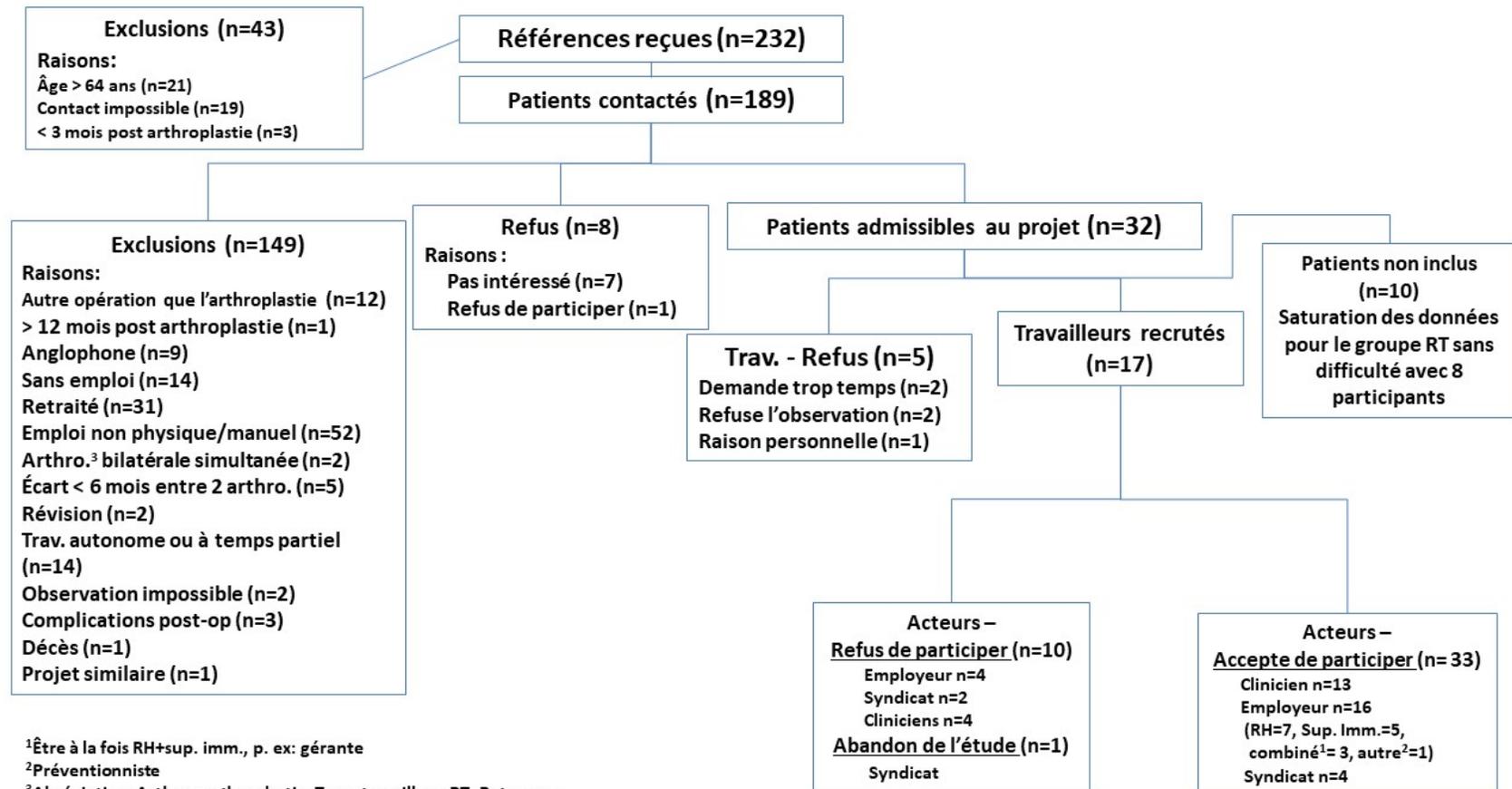
¹Être à la fois RH+sup. imm., p. ex: gérante²Préventionniste³Abréviation: Arthro.=arthroplastie, Trav.=travailleur, RT=Retour au travail, RH=Représentant des ressources humaines, Sup. Imm.=Supérieur immédiat

Tableau 1. Caractéristiques des 17 cas

Cas	Travailleur							Intervenant(s)			Rep. Emp. RH ¹				Rep. Emp. Sup.			Syndicat		
	Regroupement ²	Âge	Sexe	Durée absence ³	Arrêt ⁴	# Années poste/entreprise	Assureur	Âge	Sexe	# Années réadap.	Âge	Sexe	# Années	Taille Ent.	Âge	Sexe	# Années	Âge	Sexe	# Années
A	2	51	F	6	0	22/22	privé	REFUS			REFUS			petite	REFUS			REFUS		
B	1	58	F	7	0	6/13	privé	57	F	15	42	F	6	petite	40	F	2	40	H	15
C	1	50	H	3	0	5/22	privé	34/44	H/F	3/20	67	F	25	grande	52	H	24	ABANDON		
D	1	55	F	4	3	15/15	chômage et privé	33	H	12	S/O			petite	55	F	30	Non syndiqué		
E	1	52	F	4	0	3/17	privé	50	F	27	40	F	10	grande	55	H	36	REFUS		
F	2	58	F	8	10	12/17	privé	25	F	5	S/O			grande	REFUS			41	H	30
G	1	50	H	3	1	30	aucun	S/O			S/O			petite	REFUS			Non syndiqué		
H	3	55	F	S/O	42	7/24	privé	31	F	6	(petite) PAS DE RT (syndiqué)									
I	2	54	F	7	24	4/4	privé	56	H	30	39	F	11	grande	31	H	13	40	H	12
J	1	57	H	6	20	20/23	privé	REFUS			39	H	8	grande	REFUS			Non syndiqué		
K	3	61	H	5	DM	36/36	privé et chômage	50	H	27	(petite) PAS DE RT (syndiqué)									
L	1	63	F	5	0	7/7	chômage et privé	REFUS			45	F	20	petite	S/O			Non syndiqué		
M	2	63	F	6	0	7/7	chômage et privé	56	F	10	59	H	37	petite	S/O			Non syndiqué		
N	2	58	F	5	2	8/10	CNESST	REFUS			43	F	4	moy.	47	H	5	53	F	8,5
O	3	42	H	S/O	2	22/22	privé	56	F	32	(petite) PAS DE RT (non syndiqué)									
P	3	63	F	S/O	10	1/1	aucun	44	F	25	(petite) PAS DE RT (non syndiqué)									
Q	1	61	H	5	0	27/29	privé	38	F	16	39	F	19	petite	REFUS			Non syndiqué		

¹ Abréviations : Rep. Emp RH=Représentant de l'employeur – responsable des ressources humaines, Rep. Emp. Sup.=Représentant de l'employeur – Supérieur

Immédiat, Ent.=Entreprise, F=Femme, H=Homme, S/O=Sans objet, DM=Donnée manquante

² Regroupement : 1 = RT sans difficulté; 2 = RT avec difficultés et 3 = pas de RT

³ Durée d'absence : nombre de mois entre la chirurgie et le RT

⁴ Arrêt : nombre de mois entre l'arrêt de travail et l'arthroplastie

5.2 Les pratiques en réadaptation

Au sein des cas, le discours des travailleurs et des intervenants en réadaptation a permis de faire ressortir des pratiques très similaires et qui ont rapidement saturé. Les principaux intervenants en réadaptation étaient des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique qui, dans leur pratique, traitaient majoritairement des personnes ayant eu une arthroplastie. Les objectifs de traitement pour la majorité étaient la récupération de l'amplitude articulaire et de la fonction, dans le but de favoriser une mobilité, sans aides techniques. Ces objectifs sont également mentionnés par les travailleurs. Les intervenants ne rapportent pas avoir effectué d'intervention spécifique de réadaptation au travail, du fait que ce type d'intervention ne figure pas dans leur mandat. Dans leurs interventions, ils tiennent compte, de manière générale, du travail et des loisirs, pour favoriser un retour à des activités ou à un travail plus physique. Une minorité d'intervenants mentionne qu'il pourrait être souhaitable d'être plus engagé dans le processus de RT. À l'exception d'un cas, aucune approche interdisciplinaire en réadaptation au travail n'a été documentée. Le cas ayant bénéficié de cette approche a été référé par son assureur.

Puis là avec l'autre [agente], euh, ça a bien été là. [...] Elle m'a demandé, euh, elle m'a dit madame qu'est-ce que vous voulez? Est-ce qu'il y a quelque chose qu'on peut faire pour vous aider à retourner? C'est toujours dans leur intérêt que je retourne au travail. Mais elle dit voulez-vous, euh, avez-vous besoin de quelque chose? Fait que là j'y dis bien moi j'aimerais avoir, euh, parce que j'ai juste un certain montant là en physiothérapie ou en ostéopathie puis tout ça, fait que j'y dis moi j'aimerais avoir si vous avez des programmes d'ergothérapie, physiothérapie que je pourrais aller comme dans la même semaine les deux, parce que des fois on a, on fait de la physio, mais après on a mal quelque part et puis, euh. Fait que là elle dit bien je vais y réfléchir. Je vais voir ce que je peux faire puis je vais vous revenir avec ça. Puis là bien j'ai eu un mois. Je voyais trois fois par semaine et le physio dans la même journée et l'ergothérapeute. [...] Fait que là ils m'ont demandé c'était quoi mes... mes positions au travail, qu'est-ce que j'avais besoin de faire, qu'est-ce que je voulais améliorer à la maison aussi. » (travailleuse cas H)

Dans la majorité des cas, les intervenants ont rapporté que l'intervention effectuée auprès du travailleur était représentative de ce qui est habituellement effectué auprès de personnes ayant eu une arthroplastie totale du genou. Il y avait ainsi une prise en charge à la suite du congé de l'hôpital. Pour certains cas, il y a eu un suivi à domicile, alors que pour d'autres, les travailleurs se sont déplacés en clinique. Quelques travailleurs n'ont pas eu de ressources pour leur permettre de se déplacer, occasionnant ainsi des délais de prise en charge. Dans d'autres cas, le manque de ressources a occasionné une fin prématurée de traitement.

Je trouve, ben la seule chose que je trouve plate dans ce processus-là c'est qu'en étant justement plus jeune, c'est que t'as aucun, t'as aucune aide, c'est ça qui est déplaisant je trouve. [...] T'sais faut que t'aïlles faire ta physio. Moi je faisais ma physio trois fois semaine. J'ai pas personne pour m'amener en physio là. Parce que si t'as 65 ans, t'as le droit au réseau d'amis [service de transport bénévole]. Mais vu que moi j'ai pas 80, j'ai le droit à personne là. (travailleuse cas A)

Moi partir d'ici en taxi c'est vingt-cinq dollars aller-retour. Moi je ne pouvais pas me permettre d'y aller quatre fois semaine, trois fois semaine. (travailleuse cas I)

Selon les intervenants consultés, les traitements étaient effectués par un thérapeute en réadaptation, soit à la suite de l'évaluation d'un physiothérapeute, soit prédéterminés par un protocole. Les interventions pratiquées incluaient la prescription d'exercices de renforcement et de mobilité articulaire, la prescription de programme d'exercices à domicile et des modalités de gestion de la douleur. La durée du suivi rapportée par les travailleurs et les intervenants est convergente. Elle pouvait varier de cinq semaines à trois mois. La fréquence fluctuait d'une fois à trois fois par semaine.

Alors on a un protocole d'exercices. On passe d'un exercice à l'autre selon les capacités de la personne puis on évolue pour que les fonctions de base soient atteintes [...] On n'a pas un protocole personne âgée, personne travailleur, personne travailleur physique, personne travailleur cléricale. On a, c'est un protocole général. » (thérapeute en réadaptation physique cas M)

Dans certains cas, les intervenants rapportent avoir suggéré au travailleur ou à l'orthopédiste d'effectuer un retour progressif. Pour quelques cas, les intervenants notent que les travailleurs prennent plus de temps à atteindre les objectifs du fait qu'ils ne respectent pas la dose recommandée des exercices. Ceux-ci auraient tendance à en faire trop amenant une exacerbation des symptômes. La prochaine citation illustre d'ailleurs cette observation.

Tu vois même à un moment donné les infirmières y me disaient relaxe parce que t'en fais trop. Ben non, mais parce que je veux, je veux marcher comme y faut. J'ai hâte de retourner là, t'sais, être normale là. (travailleuse cas D)

La satisfaction des travailleurs à l'égard des soins reçus et de l'atteinte des objectifs du traitement de physiothérapie, est généralement bonne, à quelques exceptions près. En ce qui concerne la très faible occurrence de cas ayant reçu une réadaptation au travail, plusieurs travailleurs ont spécifié ne pas avoir d'attentes particulières en ce sens. N'étant pas pour la majorité des cas en contexte d'une lésion professionnelle, les travailleurs ne pensaient pas avoir accès aux mêmes modalités qu'un travailleur bénéficiant du régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cependant, certains mentionnent le besoin de soutien :

[Interviewer] : Dans votre perspective à vous, est-ce que vous aviez atteint ce que vous aviez à atteindre avec la fin des traitements ?

Je croyais que oui. Mais en reprenant le travail, je me suis aperçue que peut-être... que j'aurais dû faire de la physio. En même temps.

[Interviewer] : Ça aurait répondu à quel besoin ?

Ben moi je pense qu'on aurait pu, euh, [...] peut-être déceler des façons,...elle, parce qu'elle connaît ça. Mais c'est sûr qu'elle n'est pas sur mon travail. Sauf que peut-être elle aurait pu me donner des trucs ou des choses, s'il y en a à avoir [...] Parce que, euh, c'est statique. Elle peut-tu me donner des trucs puis faire autre chose ? Je n'ai pas le choix, il faut que je sois là. » (travailleuse cas M)

Les insatisfactions rapportées par les travailleurs étaient surtout par rapport à des difficultés d'accès aux soins ou à certaines inquiétudes qui n'ont pas été rassurées. En effet, pour

quelques cas, des préoccupations persistaient en lien avec la prothèse, dont la crainte de la briser, de l'user ou de subir une infection qui aurait entraîné le recours à une nouvelle chirurgie.

Parce que là tu t'en vas pis t'entends cloc, cloc, cloc dans toi là. T'es là, woah, ça marche pas l'affaire-là. [...] on dirait que y a un lousse dedans. (travailleur cas Q)

Le manque de soins je pourrais dire m'a dérangée énormément. Le manque de compréhension ça m'a dérangée énormément. [...] Que les autres ne comprennent pas. Que mon médecin me dise, euh, ben c'est comme ça que ça fonctionne au lieu de me dire ben écoute, on va voir, on va voir qu'est-ce qu'on peut faire, est-ce que tu continues la physio. Non. C'est comme ça, c'est comme ça t'sais. J'ai trouvé ça plate parce que, c'est ça comme je vous dis moi je passe mon temps dans les hôpitaux là, c'est ma résidence secondaire, t'sais. C'est le fun d'avoir des gens qui sont gentils. Pis j'ai pas à me plaindre de mes médecins [pour autre condition de santé]. [...] tout le monde est fin là. J'aime quasiment ça aller là. Mais c'est ça. Non. Non. Ça là, cette opération-là, ça a été pour moi la pire erreur de ma vie. Je la referai pas. (travailleuse cas F)

5.3 Les représentations des travailleurs de leur condition de santé

En ce qui concerne la représentation de l'arthroplastie, la très grande majorité des travailleurs figurant parmi les cas rapportait avoir eu recours à cette chirurgie en raison de la présence d'arthrose depuis plusieurs années. Ceux-ci disaient avoir reçu, sans succès, l'ensemble des autres interventions que comporte le traitement conservateur avant d'avoir recours à l'arthroplastie. Plusieurs se disaient prêts à avoir la chirurgie, mais, selon eux, c'est en raison de leur jeune âge qu'on refusait de les opérer. Ils ont compris la pertinence de repousser l'âge de la chirurgie du fait que la prothèse aurait une durée de vie d'environ 15 à 20 ans. Ils se devaient d'attendre le plus longtemps possible pour éviter une seconde chirurgie. Un bon nombre déplore toutefois le délai d'attente.

Certains étaient très emballés par les résultats positifs de la chirurgie. Ils avaient l'impression d'avoir repris leur vie « normale », c'est-à-dire celle dont ils jouissaient avant d'avoir les incapacités liées au genou. D'autres, par contre, ont perçu que ce délai a occasionné de nouvelles conséquences. Durant la période d'attente, ces travailleurs rapportent avoir eu des limitations importantes, les amenant à un arrêt de travail ou à un changement d'emploi pour réduire les contraintes sur leur genou. Quelques-uns ont cependant pu profiter de mesures d'accommodement de leur travail ou de réorganisation du travail de la part de leur employeur avant de subir leur chirurgie. Le fait d'avoir des limitations importantes aurait aussi favorisé, pour quelques travailleurs, un gain de poids important. Dans les cas où les travailleurs percevaient, avant la chirurgie, une grande détérioration de leur état de santé, ceux-ci rapportaient être déconditionnés ou avoir un patron de marche altéré. Pour eux, cette détérioration de leur condition de santé aurait nui à leur récupération après la chirurgie.

Je me rends compte que quand je travaille, ben là j'essaye de faire plus attention parce que vu que j'avais très mal à ma gauche, ben je me mettais plus de poids sur ma jambe opérée à droite. Pis là ben plus que je vais compenser avec ma droite plus ma droite va avoir mal. Fait que là j'essaye de rester droite pis avoir mal des deux bords. (travailleuse cas A)

Pour plusieurs, les attentes qu'ils nourrissaient à l'égard de la chirurgie ont été satisfaites en définitive, bien que peu s'attendaient que la récupération s'étendrait sur plusieurs mois. Une minorité mentionne être déçue, voire regretter la chirurgie pour diverses raisons, dont avoir eu des interactions négatives avec le système de la santé ou d'éprouver encore des difficultés avec leur genou. La première citation illustre un cas pour lequel le travailleur est satisfait, alors que la seconde rapporte une récupération plus longue qu'anticipée.

Mes attentes sont atteintes à cent pour cent. [...] Je peux faire qu'est-ce que je veux. [...] Mais finalement aujourd'hui je regrette absolument rien. [...] T'sais c'est le premier médecin que j'ai eu de ma vie qui m'a posé la question [...] T'sais c'est le premier médecin qui m'a dit est-ce que ce type de suivi te convient? (travailleur cas J)

Fait que, euh, tout était, euh, tout était difficile là. Fait que là j'ai choisi l'opération parce qu'il y a des gens qui disaient une fois que t'es opérée après, bien c'est ça là, c'est comme eh ce n'est pas long tu retournes travailler, moi j'ai recommencé à faire du ski. Mais le monsieur qui m'a dit ça, j'ai su après lui que c'était un accident d'auto qu'il avait eu. Lui il avait toujours eu des jambes, euh. Bien droites. C'est ça, bien droites, puis qu'il n'avait pas eu de problème d'arthrose, de mauvaises positions. Lui, son corps était sain. Il a eu son accident. Ils ont changé son genou puis après, euh, paf, euh, ses muscles étaient comme, euh. Puis il avait peut-être aussi une adaptation qui a été, euh, il l'a peut-être pris mieux que moi l'opération là. C'est que lui, c'est ça, il m'a dit pas longtemps après [...] il est retourné faire du ski. C'était comme, euh, moi je ne me voyais pas remonter à cheval là. (travailleuse cas H)

Quelques travailleurs mentionnent avoir eu des complications lors de la chirurgie et en période postopératoire. Ces complications s'étaient résorbées au moment de l'étude. Les travailleurs, dans ce contexte, n'ont pas rapporté avoir éprouvé de regret. Dans plusieurs cas, les travailleurs avaient cependant compris « qu'ils auraient un genou neuf », soit par une information provenant de leur entourage soit par leur perception du discours de leur orthopédiste.

Ben moi y m'a dit tu vas avoir un genou neuf, quand j'ai rencontré le chirurgien, pis y dit tu vas être capable de refaire ta job, pis tu vas être capable de [recommencer]. Pas vrai. Si j'aurais eu une job de bureau peut-être, mais, euh, pas mécanicien industriel. (travailleur cas K)

Dans un peu moins de la moitié des cas, les travailleurs rapportent que la gestion des symptômes résiduels n'était pas perçue comme étant efficace. Ceux-ci mentionnaient également manquer de ressources/stratégies pour arriver à les gérer. Les symptômes rapportés étaient la persistance d'une douleur, de l'enflure, des raideurs et, dans certains cas, de l'insensibilité au genou.

T'sais t'es pognée toute seule chez toi à maison. Arrange-toi avec tes troubles. T'as de la misère à te lever pour aller faire ton pipi. [...] Très très, très déçue. Je regrette. Assez qu'un moment donné je voulais appeler le médecin pis dire tu vas m'enlever cette affaire-là dans jambe. Mais je savais que si y m'enlève ça, ça veut dire que je perds un bout de jambe là t'sais. (travailleuse cas F)

Plusieurs travailleurs ont mentionné ressentir encore de la douleur. Elle est cependant perçue comme différente de la douleur liée à l'arthrose. Dans plusieurs cas, elle est décrite comme une douleur qui peut se gérer en partie, contrairement à celle éprouvée avant la chirurgie. La douleur serait ainsi circonscrite dans le temps et en fonction de mouvements spécifiques. Aussi, elle cesserait à l'arrêt de ceux-ci. De façon générale, elle est perçue comme « beaucoup moins souffrante ». La douleur demeure tout de même intense chez quelques travailleurs.

Je ne ferai pas opérer l'autre tant que je vais avoir de la douleur à lui. Ça c'est sûr, sûr, sûr là. (travailleur cas P)

Ah, t'as une douleur, oui, oui. T'as une douleur, mais [...] si tu fais attention là, t'sais, euh. [Suppose que] tu vas faire un jogging, tout le kit là, mais ta douleur t'es capable de dire OK, m'as faire un bout, tu relaxes, m'as faire un bout, tu relaxes. T'es capable de contrôler. Je dis pas que t'es capable de contrôler ta douleur, mais [...] y a une limite à dire que ça fait excessivement mal. (travailleur cas Q)

J'en ai encore là, mais ça se tolère là. À comparer à la première fois-là, c'est complètement différent. C'est pas la même douleur partout. C'est juste là une douleur fatigante. (travailleuse cas D)

C'est sûr que, comme je te dis, y a encore un peu de douleur [...] Je pense que c'est plus au niveau de l'étirement un peu qui est plus raide. Mais non ça va bien.

[Interviewer] : Pis cette douleur-là vous la qualifieriez comment ?

Ben tolérable, mais temporaire aussi. T'sais est pas, à reste pas là. Quand t'as fini ton mouvement, à part. T'sais c'est vraiment le mouvement là, mais, euh. Je pense que c'est ça. Ça doit être à veille de, j'espère que c'est à veille de diminuer. (travailleuse cas E)

Pour les cas où la gestion des symptômes résiduels n'était pas perçue comme étant efficace, il est possible d'observer des stratégies essentiellement basées sur des modalités antalgiques. Aussi, les diverses craintes de se blesser sont gérées par les travailleurs qui disent « faire attention » à leur genou ou à leurs mouvements.

J'ai peur que ça fasse mal. Je ne veux pas l'endommager. Je ne veux pas avoir d'enflure. Vraiment de la protection là. (travailleuse cas M)

Il est aussi possible d'observer que les buts que ce sont fixés ces travailleurs ayant une gestion des symptômes moins efficace, étaient partiellement atteints. Ils ne percevaient plus ou pas se rapprocher de ceux-ci. Les travailleurs demeuraient cependant relativement optimistes, en espérant que le temps « arrange les choses ». En effet, plusieurs considéraient que le processus de guérison était toujours en cours. La durée perçue de la guérison pouvait varier d'un an à trois ans.

Les buts mentionnés par les travailleurs étaient variés et pouvaient être à court, moyen ou long terme. Les travailleurs rapportaient notamment avoir comme objectif de « pouvoir refaire les choses comme avant ». Cela sous-entendait pouvoir reprendre le travail, jouer avec ses enfants ou petits-enfants, marcher, aider les autres et avoir des activités sociales. L'autonomie financière, c'est-à-dire ne pas avoir à dépendre du versement d'indemnités de remplacement

du revenu était également un thème récurrent, en plus de l'autonomie ou de l'indépendance pour pouvoir exécuter les activités de la vie domestique ou de travail.

[...] quand je vois mon médecin, j'y dis, pourquoi que tous les patients qui rentrent ici la cicatrice est toute droite pis la mienne est toute croche? Ben, y dit, souviens-toi qu'est-ce que tu m'as dit, y dit. Ben, y dit, tu m'as dit que tu voulais te mettre à genoux. Y dit en faisant la cicatrice croche, t'as moins d'impact quand tu te mets à genoux, donc ça fait moins mal. C'est presque le seul chirurgien qui fait ça. Et, y dit, donc depuis que je fais ça les gens qui veulent se mettre à genoux je fais la cicatrice. Pis ça paraît presque pus la cicatrice là. C'est vraiment, vraiment ça guérit incroyable. (travailleur cas J)

Lorsqu'un but était relativement bien défini, comme « *pouvoir faire mon travail* » et que celui-ci n'était que partiellement atteint, une certaine déception était alors observée chez le travailleur.

[...] je me sens diminuée, puis j'aime pas ça. (travailleuse cas N)

Lorsque le but touchait plusieurs sphères de la vie ou consistait à « rester actif », les conséquences et les effets sur le discours du travailleur étaient beaucoup plus importants. L'auteur de la citation suivante est un travailleur qui se projette dans le futur en ayant en tête ses inquiétudes à l'égard de l'infection qui pourrait affecter son genou et la perspective de se faire réopérer, ce qui pourrait avoir pour conséquence de ne plus pouvoir être actif, limitant ainsi de manière importante ses activités (effectuer de menus travaux, voyager, aider les gens et faire de la moto).

[...] ça me donne pu rien de rester en vie. (travailleur cas K)

5.4 Facteurs de l'environnement de travail

Dans la majorité des cas, une convergence entre les différentes sources, soit employeurs, syndicat (s'il y a lieu) et travailleur, a été observée au sein du même cas. En effet, il a été possible d'observer une convergence dans le discours des travailleurs et celui des ressources humaines (et parfois du syndicat) pour ce qui est des facteurs/éléments du processus de RT tel que présenté dans la prochaine sous-section. Bien que chaque cas avait un environnement de travail unique, il a été possible de faire ressortir des facteurs communs liés au travail. Lorsque cela était possible, le supérieur immédiat est venu valider les propos du travailleur.

5.4.1 Processus de retour au travail

Pour les cas ayant effectué un RT, la durée moyenne d'absence entre le moment de la chirurgie et celui du RT est d'environ 6 mois (mode = 4 mois). La durée d'absence la plus courte est de 3 mois. La grande majorité de ces travailleurs a pu réintégrer son poste de travail chez le même employeur. Pour ces cas, la plus longue durée d'absence entre la chirurgie et le RT a été de huit mois. Dans certains cas, la décision de l'orthopédiste concernant la date de RT a été perçue par ces travailleurs comme déterminée en fonction du temps, plutôt que sur la base de leurs capacités. Pour ces travailleurs, cette décision avait peu de sens, d'autant plus qu'ils ne se projetaient pas à leur travail à ce moment.

[...] mon médecin il me dit il faut faire attention parce que les congés c'est de quatre à six mois, puis les entreprises quand tu vas au-delà de là, euh, fait qu'il dit, il faut.

Puis là j'ai été, chus rentrée, mais il m'a donné pareil le plus long qu'il pouvait pour me retourner au travail. Puis il m'a dit si entre-temps y a un problème, tu reviens me voir. (travailleuse cas N)

Non, chus pas prête. Pis là ce que y m'a dit, y était fâché le monsieur, y m'a dit écoute, euh, c'est sept mois d'arrêt pis, euh, là ça fait cinq mois que t'es arrêtée. Je t'arrête deux mois [pis] tu retournes à temps plein ou tu prends quatre heures par jour. Ben là t'sais, euh, je connais mon corps. J'ai dit je vais prendre les deux mois arrêtés. Chus pas capable de recommencer. Pis ensuite ben c'est ça. Y m'a signé un papier de retour au travail. (travailleuse cas F)

La moitié des travailleurs est retournée au travail à temps plein. Ces derniers ont en majorité souhaité un retour progressif au travail. Certains auraient voulu obtenir un deuxième avis professionnel, mais ils n'ont pas eu le temps étant donné le retour imminent au travail. D'autres, par crainte de perdre leur emploi, ont accepté ces modalités de RT, mais l'ont vécu difficilement. Le fait de ne pas être couvert par le régime d'indemnisation des lésions professionnelles a fait craindre dans ces cas de mentionner les difficultés rencontrées au travail. Ceux-ci avaient peur d'être perçus comme étant dans l'impossibilité d'effectuer leur travail et craignaient d'être congédiés ou mis prématurément à la retraite.

[...] le boss va-tu dire ben regarde, si t'es pas capable de le faire m'as aller en chercher un autre aussi. T'sais je veux pas que y pense que chus pas capable de la faire. (travailleuse cas L)

Moi j'essayais de me préparer moi parce que je me disais regarde ça va être pénible. Je m'attendais ben quand j'ai commencé à travailler j'ai eu mal au dos, j'ai eu mal un peu partout. Je m'attendais à avoir des courbatures, mais pas à avoir mal aux genoux de même. Même mon genou gauche là c'était horrible. J'ai eu à peine à faire la journée. Je m'attendais pas à ça. (travailleuse cas A)

Les deux cas qui n'ont pas perçu le besoin d'effectuer un retour progressif sont ceux dont la capacité à effectuer leurs tâches était peu limitée ou ont eu un RT sur un autre poste en surnuméraire, afin de respecter les capacités du travailleur.

C'est que j'ai pas pogné mon poste immédiatement. On m'a envoyé travailler avec, euh, un assembleur, celui qui monte les choses, fait que. On a commencé tranquillement, pis lui savait que y fallait pas que je force. Parce qu'on lève des plates, on lève n'importe là, des cylindres, euh. [...] Je travaillais tranquillement avec. (travailleur cas Q)

Dans six cas, l'orthopédiste, l'employeur ou le travailleur lui-même proposait un RT progressif. Deux cas ont rapporté que la chirurgie avait occasionné des limitations fonctionnelles. Les heures de travail lors du retour progressif ont été augmentées de façon graduelle selon les diverses sources d'information (travailleur, intervenant et employeur). Certains cas auraient également bénéficié du soutien des ressources humaines ou du supérieur immédiat au niveau de la gradation des exigences du travail.

Quand elle a quitté, bon c'est sûr qu'on a pris la liste de ses tâches puis on a fait une distribution à l'interne sur d'autres personnes là [...] Fait qu'après ça, bien lorsqu'elle est revenue, elle a repris graduellement ses tâches-là, pour éviter qu'elle

voie ça comme une montagne puis qu'elle soit découragée là [...] Fait que disons qu'on a fait une transition là pour graduellement retransférer je vous dirais les tâches qu'elle avait avant qu'elle quitte vers [...] pour qu'elle fasse ce qu'elle avait à faire avant là. (employeur cas M)

Bien j'ai, disons qu'on, j'ai à peu près six tâches, mais il n'a pas demandé à ce que j'en fasse tellement. Il m'a dit il y a une chose qui n'a pas été faite pendant tout le temps où vous avez été partie, je veux que vous commenciez par ça. Fait que le reste je ne me suis pas acharnée à tout régler ce qui était en attente puis qui était mal fait. (travailleuse cas M)

Le suivi du RT a surtout été mentionné par les diverses sources d'information comme relevant des ressources humaines et du supérieur, pour vérifier si le retour se déroulait selon les attentes de ce dernier, que ce soit au sein d'une petite ou d'une grande entreprise. Ainsi, lorsque les ressources humaines mentionnaient que le retour se déroulait bien, celles-ci s'appuyaient sur le fait que le supérieur immédiat ne rapportait aucun problème. Il n'y avait pas de suivi nécessairement planifié auprès du travailleur. Autant les ressources humaines que les travailleurs ont mentionné qu'advenant une difficulté, c'est au travailleur à prévenir les représentants de l'employeur.

Habituellement quand ils ont de la difficulté, ils viennent me voir. (employeur cas L)

Bien que certains travailleurs aient effectué un retour progressif, dans certains cas le moment du retour fut devancé en raison de contraintes financières. Aussi, plusieurs travailleurs rapportent, les jours de travail, se dédier à leur emploi ce qui a pour conséquence d'avoir moins d'énergie pour les activités de la vie quotidienne.

Bien à la fin de la journée, je ne fais pas grand-chose chez nous là. J'ai hâte de m'asseoir puis d'étendre la jambe pour [...] enlever la raideur puis, euh, l'enflure. (travailleuse cas M)

Un plan de retour progressif. Parce que moi là-dedans tout ça là, c'est ben beau le bagage que j'ai pis que j'ai fait là, mais j'ai été comme laissé à moi-même là-dedans là [...] Moi c'est des décisions que j'ai dit eh, regarde. Moi j'ai de la physio à faire, je fais ça. Je veux me mettre en forme, je vais aller au centre de mise en forme. Mais j'ai pas eu de plan là à suivre là pour le retour à l'ouvrage là. Tu comprends. [...] Chus retourné pis j'ai trouvé ça dur. Mais heureusement lui [Kinésiologue], m'avait dit ça va être dur. Ça va être aussi dur, euh, psychologiquement que physique. Ça va être dur des deux. Prépare-toi. Une chance que y m'avait dit ça. Parce qu'au début là oh, ouah, câline. T'sais j'arrivais là brûlé. Moi chus habitué là quand chus tanné je m'assis. T'sais c'est que tu pars zéro ouvrage pis tu tombes à cinq jours à plein temps. (travailleuse cas C)

Le docteur, mon orthopédiste a déterminé le retour au travail [...] Mais pour eux autres là, ils ne savent pas c'est quoi qu'on fasse. Pour eux autres, ils pensent que, parce que moi je l'ai vu cette semaine-là, puis pour eux ils pensent qu'on peut aller s'asseoir, on peut allonger notre jambe, on peut, euh. Noooooon. [...] Mais je ne veux pas arrêter de travailler non plus là. [...] Faire trois jours dans la semaine, ça, c'est

correct. Ça, ça m'a aidée là, parce que le lendemain une journée de repos. [...] Mais les cinq jours là, j'ai fait oh ! (travailleuse cas I)

Dans une minorité de cas, les travailleurs et représentants de l'employeur ont mentionné la présence d'un comité de relation de travail. Ceux-ci étaient perçus comme pouvant intervenir au besoin.

Chus allé le voir [comité de relation de travail] pour parler de tout et de rien. [...] Dans le fond y m'a dit si y a de quoi, viens me voir. (travailleur cas C)

Dans d'autres cas, la perception d'une culture forte en santé et sécurité du travail était identifiée comme favorisant la réduction des contraintes de travail et le RT.

Y ont beaucoup d'opportunités pour, euh, [...] parler, améliorer leur poste s'il y a quelque chose, t'sais faire des propositions. Y ont des rencontres exprès pour ça faire des propositions si y a des enjeux. On leur demande. Chaque jour y ont une partie SST avec leur équipe, avec leur chef de groupe. Est-ce que vous avez des inconforts? Est-ce que vous avez des douleurs? T'sais y a des outils en place pis le lien se fait automatiquement avec nous [...]. Fait que tous ces processus-là marchent quand même assez bien là. Y sont connus des gens. Fait que je pense que ça fonctionne. (employeur cas C)

Pour les sept cas syndiqués ayant repris le travail, le représentant syndical n'a pas été directement impliqué dans le processus de RT. En effet, pour ces cas, les représentants syndicaux questionnés ont mentionné être davantage impliqués dans les dossiers litigieux ou lors d'accident du travail. Les travailleurs pouvaient s'y référer au besoin, peu importe que le retour soit difficile ou non. C'est une minorité de cas pour lesquels le syndicat, qui n'était pas impliqué lors du RT, effectuait un suivi auprès du travailleur en lui demandant comment il allait.

Mais non, c'était correct. J'y demandais c'est-tu correct, elle dit oui. (syndicat cas N)

En ce qui concerne le rôle de l'assureur dans le cadre du RT, dans la grande majorité des cas, ce dernier a eu, selon les travailleurs très peu de contacts avec le travailleur. Son rôle était surtout de verser les indemnités de remplacement du revenu. Étant donné que la majorité des cas étaient indemnisés pour une condition personnelle, ceux-ci percevaient que l'assureur n'avait pas de rôle à jouer pour faciliter le RT.

C'est mon problème. (travailleuse cas A)

Dans un cas, il a été mentionné que l'assureur aurait fait pression sur la travailleuse pour qu'elle retourne le plus tôt possible au travail. Dans ce cas, le syndicat aurait alors communiqué avec l'employeur afin qu'il intervienne auprès de l'assureur pour résoudre le conflit. À la suite de ces démarches, l'assureur a mandaté une autre conseillère pour qu'elle prenne en charge le dossier de la travailleuse. Celle-ci s'est vu offrir un programme de réadaptation au travail multidisciplinaire.

[...] le syndicat que j'ai appelé parce qu'il y avait une agente à l'assurance, c'est ça là, elle me menaçait, euh, elle me disait qu'elle allait m'envoyer, euh, c'était comme si j'appartenais à l'assurance et puis qu'elle pouvait m'envoyer travailler selon mes

capacités comme n'importe où là. Puis là j'y disais non, non. J'y dis, euh, moi je retourne à mon poste. Puis là elle m'obstinait que non, qu'elle allait m'envoyer là où elle voulait. Fait que là un moment donné ça, ça me fatiguait. Je ne dormais plus. J'ai appelé mon syndicat. Puis malgré que là lui m'a rassurée, mais elle continuait de me rappeler puis de me dire que non. Puis elle voulait savoir les études que j'avais faites puis quel travail que j'étais capable de faire tout ça. Puis là j'ai encore rappelé mon syndicat. Puis là, euh, il s'est occupé de parler à la compagnie, à la personne des ressources humaines. Il lui a dit regarde là, euh, appelle l'assurance là, puis, euh, dis que ce n'est pas comme ça que ça se passe. Puis après ça a été comme pouf! Ça a été fini. J'ai même changé d'agente. (travailleuse cas H)

5.4.2 Facteurs liés au travail

Plusieurs travailleurs ont mentionné avoir rencontré des difficultés au travail à la suite de la chirurgie. Ces difficultés sont majoritairement associées aux exigences physiques du travail ou aux contraintes mécaniques que devait subir le genou. Il a été possible d'observer des niveaux très variables de difficultés. Dans les cas associés à plusieurs difficultés, la posture debout prolongée ressortait comme problématique pour la plupart. Suivent ensuite les postures exigeant une flexion du genou. Plusieurs travailleurs ont mentionné ne pas être capables de se mettre à genoux ou de s'accroupir.

Mais c'est vraiment dur m'accroupir là. Ça c'est un des choses que chus pas capable, pis me mettre à genoux. C'est à peu près les deux qu'y a le pire là. (travailleuse cas B)

Chus pas capable de me mettre à genoux là. Oublie ça là. (travailleuse cas F)

Plusieurs travailleurs ont mentionné que monter ou descendre des escaliers était difficile ainsi que lever ou transporter de lourdes charges. Certains cas avaient de la difficulté à marcher longtemps ou à grimper.

Pour un travail de nature davantage physique, les genoux étaient exposés à certaines contraintes mécaniques. Bien qu'il y ait eu trois cas ayant un titre d'emploi similaire, la description du travail réalisé comportait des différences sur le plan des exigences physiques. Certains travailleurs ont rapporté devoir manipuler de lourdes charges, adopter des postures debout prolongées et des postures contraignantes, telles que d'être accroupis ou à genoux. D'autres contraintes étaient décrites par certains travailleurs, comme effectuer de longues heures de travail (horaires de travail de 12 h). La productivité en termes de cadence, de quantité, de qualité a également été rapportée dans certains cas et ces facteurs présentaient des niveaux variables de contraintes. Par exemple, dans un cas, une travailleuse a décrit une augmentation du nombre de bénéficiaires combinée à l'alourdissement de l'état de santé de la clientèle desservie. Cela, selon elle, a contribué à augmenter la charge de travail du personnel en poste. Dans ce contexte, ceux-ci devaient parfois couper leur temps de pause ou accélérer la cadence de travail pour pallier la surcharge. Par ailleurs, certains acteurs, dont les travailleurs, rapportaient de longs déplacements, entre autres, sur des planchers encombrés et glissants.

Pis la plupart c'est entre 12 et 15 kilomètres qu'y finissent leur journée. (supérieur immédiat cas E)

Disons s'il avait un podomètre, d'après moi il doit marcher environ peut-être quatre, cinq kilomètres par jour. (ressources humaines cas J)

Pis ça peut être glissant souvent parce que y a souvent de l'eau. [...] y a de l'huile. Souvent c'est hasardeux là. (travailleur cas G)

Dans l'ensemble des cas, il a été possible d'observer différents types de moyens offerts par l'employeur. Les diverses sources rapportent que ces moyens seraient offerts indépendamment de la chirurgie, pour faciliter la réalisation de leur travail. Par exemple, des employeurs offraient des possibilités organisationnelles, telles que la réalisation de tâches à deux travailleurs. En effet, réaliser certaines tâches telles que soulever à deux une charge lourde ont également été rapportées comme des facteurs qui contribuent à diminuer l'effort.

On est tout le temps deux parce que c'est trop gros là t'sais. (travailleur cas G)

On se met toujours à deux. C'est toujours mieux. (travailleuse cas B)

La possibilité d'avoir de la flexibilité dans l'organisation de leurs tâches comme disposer d'un horaire de travail flexible et prévoir des pauses sont également perçus par les travailleurs comme des facilitateurs. Dans plusieurs cas, des aides techniques étaient mises à leur disposition pour réaliser leur travail telles que des lève-personnes, palans, outils suspendus, ascenseurs, chariots pour transporter le matériel, etc. L'état de ces équipements a toutefois été rapporté dans certains cas comme problématique.

Ben des fois chus souvent sur un petit banc homemade avec des clous qui tiennent pas là [...] C'est très instable [...] Ah, y faudrait les refaire [...] Mais c'est un petit banc feluette là, en bois là. Mais mettons que les bancs y ont été faits voilà 25 ans pis les clous sont rendus louses là t'sais. (travailleur cas G)

Dans la majorité des cas, peu d'accommodements ont été faits par l'employeur à la suite de la chirurgie. Lorsqu'il y en avait, ils consistaient, par exemple, à échanger ou à délaissé certaines tâches. L'aménagement du poste de travail a aussi été revu notamment par l'ajout d'une chaise. Toutefois, certains cas n'ont pu bénéficier de cette possibilité.

Ben là une chaise ça a l'air lâche [...] Non. Si tu veux un banc, tu restes chez-vous. (travailleuse cas A)

Mettons y a des places dans l'usine, je te parle du plan où est-ce que j'étais, à [ancien département], y a des chaises encore là. Mais au [nouveau département] y'en a zéro. Y ont tout ôté ça là. (travailleur cas C)

Certains travailleurs rapportent avoir développé des stratégies pour réaliser efficacement leur travail, mais celles-ci n'auraient pas nécessairement été choisies à cause de l'arthroplastie totale, puisqu'ils mentionnaient déjà y avoir eu recours avant la chirurgie. Dans la majorité des cas, les travailleurs tentaient de se trouver des stratégies pour changer de posture, prendre de courtes pauses, faire des exercices d'étirement à leur poste ou intégrer des techniques de travail suggérées par une tierce personne (p. ex. principes pour le déplacement sécuritaire des

bénéficiaires). Ces stratégies ont été particulièrement soulevées par les travailleurs ayant une grande expérience dans leur domaine et peu importe leur niveau de difficulté à retourner au travail. Certains d'entre eux ont créé des équipements afin de faciliter l'exécution de leur travail (p. ex. un crochet à long manche pour éviter de s'accroupir).

Mais asteure avec mon autre crochet que j'ai fait, [...], je le fais avancer jusque dans le trou, pis là y pogne tout seul. [...] je me verrais pas grimper sur les plates là. (travailleur cas Q)

La perception des capacités physiques du travailleur par rapport à son travail a été demandée à l'ensemble des acteurs. Il y avait généralement convergence de cette perception entre les acteurs. Lorsque ceux-ci tentaient de décrire leurs aptitudes à réaliser une tâche, celles-ci étaient abordées sous l'angle d'un pourcentage de capacité, d'une absence de symptômes ou de limitations ou en fonction d'une comparaison avec le vieillissement normal. Certains employeurs ont mentionné également l'absence de difficultés énoncées par les travailleurs.

[...] si les gens sont capables de faire le travail avec un genou mal en point, ils devraient être capables de le faire mieux avec un genou neuf. (employeur cas N)

5.5 Analyses intercas

5.5.1 Facteurs influençant le RT

Afin d'identifier les facteurs influençant le RT, les cas ont été comparés entre eux. D'abord, les cas ont été regroupés sur la base des difficultés à retourner au travail, qui ont été rapportées au début de l'étude par les travailleurs. Celles-ci ont été classées en trois regroupements : 1) retour au travail sans difficulté ; 2) retour avec difficultés ; 3) pas de retour à cause de trop grandes difficultés. En fonction des différents thèmes présentés plus tôt, des patrons particuliers ont été recherchés dans chacun des trois regroupements. Dans la prochaine sous-section, les thèmes caractérisant le regroupement seront présentés. Les thèmes ne permettant pas de distinguer clairement les regroupements ne sont donc pas discutés. À titre d'exemples, il y a la taille de l'entreprise et le régime d'assurance salaire qui ne permettent pas de faire ressortir des différences particulières entre les regroupements. Il en est de même pour la différence du nombre d'heures travaillées par semaine pré et post chirurgie, du fait qu'il est sensiblement le même pour chaque cas. Les trois types de regroupements sont présentés ci-dessous. Ensuite, il y a eu certains cas considérés atypiques dans chacun des regroupements; un cas dans le regroupement retour au travail sans difficulté (cas G), un cas dans le regroupement retour au travail avec difficulté (cas M) et deux cas dans le regroupement pas de retour au travail (cas H et cas O). Ceux-ci seront discutés par la suite.

5.5.1.1 Cas de retour au travail sans difficulté

Ce regroupement compte sept cas ayant un patron semblable. De façon générale, les résultats de l'arthroplastie totale sont perçus favorablement et ceux-ci satisfont les attentes des travailleurs. Les symptômes résiduels sont gérés par des stratégies variées jugées efficaces par les travailleurs et qui permettent d'atteindre leurs buts. Une minorité rapporte des craintes et dans certains cas celles-ci sont rassurées. En ce qui concerne la prise en charge médicale, l'accès et la continuité des soins sont jugés favorables et satisfaisants par les travailleurs. Concernant le 2^e genou, celui-ci avait également eu une arthroplastie totale et était perçu

comme non problématique. Pour les cas où il n'avait pas été remplacé, il était décrit au moment de l'entrevue comme posant peu ou pas d'obstacle pour réaliser les activités quotidiennes ou au travail. De plus, les résultats pour l'ensemble des questionnaires ressortaient comme étant favorables.

Le tableau 2 permet d'observer que l'ensemble des cas types de retour sans difficulté rapporte peu ou pas de difficultés rencontrées au travail depuis la chirurgie et un niveau d'exigences physiques allant de faible à modéré. Ces exigences étaient équilibrées par un niveau élevé de moyens offerts par l'employeur et de stratégies développées par le travailleur. Finalement, le tableau 2 présente par code de couleurs la classification des facteurs selon qu'ils représentent un obstacle ou un facilitateur.

Tableau 2. Facteurs de l'environnement de travail pour les cas types du regroupement RT sans difficulté

	RT ⁵ SANS difficulté						
Facteurs / Cas	Cas B	Cas C	Cas D	Cas E	Cas J	Cas L	Cas Q
Difficultés rencontrées au travail (Aucune à Élevées)	Aucune à peu	Peu	Peu	Peu	Très peu	Aucune	Peu
Exigences physiques (Faibles à Élevées)	Faibles	Modérées	Faibles à modérées	Faibles à modérées	Faibles à modérées	Modérées	Modérées
Moyens offerts et stratégies développées (Faibles à Élevés)	Élevés	Élevés	Élevés	Élevés	Élevés	Élevés	Élevés
Capacités physiques (Insuffisantes à Suffisantes)	Suffisantes	Suffisantes	Suffisantes	Suffisantes	Suffisantes	Suffisantes	Suffisantes

Légende

	Facilitateur
	Obstacle

5.5.1.2 Cas de retour au travail avec difficultés

Ce regroupement compte quatre cas semblables. Les résultats de l'arthroplastie totale étaient perçus moins favorablement par les travailleurs et leurs attentes étaient peu comblées. Les symptômes résiduels étaient, dans la très grande majorité des cas, difficilement gérés. Les stratégies étaient principalement centrées sur les modalités antalgiques. Diverses craintes ont été mentionnées, sans être rassurées. Pour la prise en charge médicale, les résultats étaient mitigés. L'accès aux soins ou la continuité des soins était jugé de façon inégale. Au moment de l'entrevue, le 2^e genou était perçu comme un obstacle à la réalisation des activités quotidiennes ou au travail. Pour chacun de ces cas, le 2^e genou n'avait pas encore été opéré. Bien que celui-

⁵ RT : Retour au travail

ci posait problème, des difficultés étaient aussi rapportées avec le genou ayant eu l'arthroplastie. De plus, les réponses aux questionnaires ressortaient essentiellement comme étant mitigées et, dans un cas, non favorables. Les réponses mitigées signifiaient qu'il y avait quelques résultats faisant obstacle au RT, comme la douleur, mais d'autres résultats se situaient dans la moyenne, faisant ainsi en sorte qu'ils ne constituaient ni un obstacle ni un facilitateur.

Ce regroupement incluait des cas où le niveau d'exigences physiques du travail était modéré (voir le tableau 3). En contrepartie, ces cas présentaient aussi modérément de moyens offerts et de stratégies développées par le travailleur. Ceux-ci étaient décrits, du moins en partie, comme des éléments facilitant la réalisation du travail. En effet, les travailleurs mentionnaient appliquer les stratégies pour atteindre les exigences. Par exemple, pour maintenir une posture debout prolongée, certains travailleurs ont indiqué prendre de courtes pauses informelles, en s'assoiant à leur poste. Un autre exemple est celui où le travailleur devait parfois monter et descendre des escaliers. Dans ce cas, le travailleur utilisait l'ascenseur la plupart du temps pour lui permettre d'effectuer son travail, toute la journée. Bien qu'ils ont mentionné avoir développé diverses stratégies, les travailleurs de ce regroupement mentionnaient avoir des capacités physiques juste suffisantes pour faire leur travail.

Tableau 3. Facteurs de l'environnement de travail pour les cas types du regroupement RT avec difficultés

Facteurs / Cas	RT ⁶ AVEC difficultés			
	Cas A	Cas F	Cas I	Cas N
Difficultés rencontrées au travail (Aucune à Élevées)	Élevées	Modérées	Modérées à élevées	Modérées
Exigences physiques (Faibles à Élevées)	Modérées	Modérées	Modérées	Modérées
Moyens offerts et stratégies développées (Faibles à Élevés)	Modérés	Modérés à élevés	Modérés à élevés	Modérés
Capacités physiques (Insuffisantes à Suffisantes)	Juste suffisantes	Juste suffisantes	Juste suffisantes	Suffisantes

Légende

	Faciliteateur
	Obstacle

5.5.1.3 Cas n'étant pas de retour au travail

Bien que ce regroupement inclue au total quatre cas, deux d'entre eux sont semblables alors que les deux autres sont atypiques et seront discutés plus loin. D'autres cas auraient été souhaitables dans ce regroupement. Cependant, il n'a pas été possible durant la période allouée d'en recruter davantage. L'identification de cas n'étant pas de RT à cause de trop grandes difficultés a posé différents défis. D'abord, comme illustrés à la figure 2, plusieurs, soit

⁶ RT : Retour au travail

31 personnes, avaient déjà pris leur retraite avant la chirurgie. Ensuite, en fonction de la durée de la période post chirurgie dans les critères recherchés (3 à 12 mois), l'équipe de recherche a suivi l'évolution du cas, afin de déterminer le moment durant lequel l'entrevue pouvait être réalisée. Ainsi, en fonction du mécanisme de recrutement, dans la perspective où le premier contact était effectué alors que le travailleur était toujours absent du travail (p. ex. 3 mois post chirurgie), et advenant que celui-ci eût mentionné entrevoir un RT vers le 6^e mois, l'équipe attendait le plus longtemps possible (critère maximal de 12 mois), avant d'effectuer le recrutement officiel et la collecte, afin d'éviter qu'elle se déroule dans une période encore active de récupération au cours de laquelle le médecin n'aurait pas encore autorisé le RT. Trois cas sur quatre ont été rencontrés neuf mois après l'arthroplastie totale du genou tandis que le quatrième l'a été à six mois, puisqu'il avait décidé de prendre sa retraite.

Du fait que ce regroupement compte essentiellement deux cas ayant des caractéristiques similaires, le niveau de saturation des données n'est pas nécessairement atteint. Une tendance semble cependant émerger. Les résultats de l'arthroplastie totale sont perçus moins favorablement par les travailleurs et les attentes initiales sont peu comblées. Comme les personnes n'étaient pas ou plus au travail, les symptômes résiduels apparaissaient plus faciles à gérer au quotidien en ajustant le niveau d'activités à leur capacité. Par ailleurs, diverses craintes ont été verbalisées, sans avoir été rassurées. Pour la prise en charge médicale, les résultats sont mitigés. L'accès aux soins ou la continuité des soins ont été inégaux. Dans les deux cas, le 2^e genou, n'ayant pas fait l'objet d'une arthroplastie, était décrit comme étant très symptomatique. Au moment de l'entrevue, il était perçu comme un obstacle à la réalisation des activités quotidiennes. De plus, pour l'ensemble des questionnaires, les résultats étaient mitigés. En effet, pour certains questionnaires ou items/dimensions, les résultats pouvaient à la fois être favorables, neutres ou non favorables. Le tableau 4 illustre que les cas n'étant pas de RT présentaient un niveau d'exigences jugé élevé. Des difficultés élevées ont été rapportées et les capacités physiques étaient jugées insuffisantes pour effectuer l'ensemble des tâches qu'ils devaient accomplir. D'ailleurs, lors de son processus de RT cinq mois après sa chirurgie, tel que prescrit par son orthopédiste, l'un d'eux a réalisé, malgré les diverses tentatives de sa part et de la part d'autres acteurs, qu'il n'avait pas les capacités physiques nécessaires pour répondre aux exigences de l'employeur. En effet, le syndicat l'avait référé à une ressource pour faciliter le RT, mais les démarches ont été vaines. Il a donc choisi, malgré lui, de prendre sa retraite. Les extraits suivants illustrent l'expérience vécue par un travailleur avec son assureur et lors de son RT.

Fait que quand elle [assurance] a appelé la première question que la madame m'a posé à dit t'aimes -tu ton ouvrage ? Ben j'ai dit ça fait 36 ans, si je l'aimais pas, je l'aurais pas fait. Fait que là après ça ben à posait des questions. Mais tu retires tes rentes du Québec. J'ai dit oui, je retire mes rentes du Québec, mais tu touches pas à ça. Ouais, mais, à dit, on pourrait t'envoyer sur les rentes invalidité. J'ai dit non, touche pas à ça parce que, j'ai dit, chus pas invalide, chus en arrêt de travail. (travailleur cas K)

Pis c'est quand j'étais pogné avec des jobs à genoux [...] chus pas capable, fait que là je travaillais à genoux sur l'autre bord, pis là je travaillais de travers, je travaillais croche, et pis, euh, ben je commençais à me faire mal dans le dos un peu, fait que j'ai dit non, je peux pas runner de même le reste du temps là. [...] Fait que là y s'est ouvert un chose pour, euh, départ volontaire avec la Loi 51 là, que j'ai le droit à un an de chômage. (travailleur cas K)

[...] une autre ressource là pour aider à, si t'es blessé ou quoi que ce soit là pour t'aider, ou ton retour au travail. Eux autres y m'ont appelé pis, euh. Moi, j'y ai dit, j'ai dit tu perds ton temps, la compagnie voudra jamais. Pis c'est de là que, quand j'ai rentré, c'est de là, parce que la demande était demandée par elle de me mettre avec des jeunes à mon retour pour donner mon expérience, pis c'est de là que le boss a dit non. [...] (travailleur cas K)

Ben le syndicat, y peut pas rien faire. Y aurait pas pu rien faire là-dedans de plus. Y se serait fait revirer de bord la même affaire que l'autre. (travailleur cas K)

M'a leur montrer ce que je sais. [...] Comme là chus parti, pis y a une couple de gars qui sont abonnés [plateforme de réseaux sociaux] avec moi parce que y ont besoin de détails. Y m'écrivent, pis là j'essaie de leur répondre. (travailleur cas K)

Tableau 4. Facteurs de l'environnement de travail pour les cas types du regroupement pas de RT

Facteurs / Cas	Pas de RT ⁷	
	Cas K	Cas P
Difficultés rencontrées au travail (Aucune à Élevées)	Élevées	Élevées*
Exigences physiques (Faibles à Élevées)	Élevées	Modérées*
Moyens offerts et stratégies développées (Faibles à Élevés)	Faibles	S/O
Capacités physiques (Insuffisantes à Suffisantes)	Insuffisantes	Insuffisantes

Légende

	Facilitateur
	Obstacle
*	Projection
S/O	Ne s'applique pas car n'a pas fait de RT

⁷ RT : Retour au travail

5.6 Synthèse des cas des trois regroupements

Le tableau 5, ci-dessous constitue une synthèse des trois regroupements. Celui-ci permet de bien faire ressortir les convergences et divergences entre les trois regroupements, avant de discuter des cas considérés atypiques, à la section suivante. Le tableau permet de noter une certaine gradation des obstacles.

Tableau 5. Résumé des facteurs caractérisant les regroupements

Systèmes		Cas (n=13)		
		RT SANS difficulté (n=7)	RT AVEC difficultés (n=4)	Pas de RT (n=2)
	Résultats questionnaires			
Individuel	Résultats chirurgie rencontrent attentes			
	2e genou			
	Représentation état santé			
	Sx résiduels gérés par stratégies			
	Crainte			
Env. de travail	Difficultés rencontrées			
	Exigences physiques du T			
	Moyens offerts et stratégies développées			S/O
	Capacités physiques			
Santé	Accès et continuité des soins			
	Satisfaction des soins			
	Alliance thérapeutique			
Assurance	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de trajectoire type • Assureurs non interrogés <ul style="list-style-type: none"> • Rôle plutôt effacé • Les travailleurs n'ont pas d'attentes particulières envers eux 			

8

Légende =

Facilitant	Obstacle
Effet mitigé	Effet neutre

⁸ Abréviation dans le tableau: RT=Retour au travail, Sx=Symptômes, Env.=Environnement, T=Travail, S/O=Sans objet

5.7 Cas atypiques

Au sein des différents regroupements présentés, une minorité de cas dits « atypiques » est ressortie. Dans une logique d'analyse de cas, il est important d'observer si ceux-ci contredisent ou invalident les patrons qui caractérisent les regroupements. Dans la prochaine sous-section, les cas considérés atypiques seront présentés. D'abord, les éléments caractéristiques du regroupement seront décrits, suivis des éléments distinctifs. L'analyse approfondie des cas permettra de mieux comprendre le contexte de chacun d'eux.

5.7.1 Cas de retour au travail sans difficulté

Le cas G se définissait clairement comme un RT sans difficulté. Comme les autres cas de son regroupement, le travailleur rapportait avoir les capacités physiques suffisantes pour reprendre son travail et ses résultats aux questionnaires étaient favorables. Cependant, il était moins représentatif des autres cas sur le plan des exigences physiques au travail qui étaient élevées. De plus, celui-ci avait un niveau faible à modéré de moyens offerts par l'employeur et de stratégies développées. En considérant l'environnement de travail, ce cas aurait pu se retrouver davantage dans la catégorie « pas de retour au travail à cause de trop grandes difficultés ». Par contre, d'autres facteurs viennent expliquer sa particularité et justifier son maintien dans le regroupement retour sans difficulté.

Comme les extraits ci-dessous l'illustrent, le travailleur se définit d'emblée comme un cas particulier, en ce qui concerne sa représentation de la douleur. En effet, ce dernier rapporte avoir eu il y a plusieurs années de nombreux accidents et blessures. Il a appris à vivre avec des niveaux de douleurs élevés. Il décrit sa tolérance à la douleur comme étant au-dessus de la moyenne des gens. Aussi, l'information présentée par son chirurgien est en parfaite adéquation avec ses croyances et son schème de pensées.

Fait que je me prenais une serviette là, pis là je tirais. [...] Les larmes me coulaient là. Ça faisait mal au boutte, au boutte, au boutte. Mais y m'ont dit faut que ça plie. Fait que je l'ai fait plier au maximum là, le plus que je pouvais.

Pis c'est technique. Pis je le conçois. [...] T'sais moi chus électricien. OK. Si je touche deux fils ensemble, ça fait un spark. Mais là c'est la même affaire.

Comme je te dis, moi je vais aller [...] chus comme un athlète. Si je veux gagner la médaille d'or, ben y faut que je me pousse au max, pis je vais la gagner là, je vais l'obtenir qu'est-ce que je veux. Pis c'est pas la douleur qui va m'arrêter. (travailleur cas G)

5.7.2 Cas de retour au travail avec difficultés

La travailleuse identifiée cas M fait partie du regroupement RT avec difficultés. Ce cas est caractéristique de ce regroupement au regard des diverses représentations de la travailleuse et du niveau des craintes mentionnées. Cependant, il diffère des autres cas du regroupement par rapport aux résultats des questionnaires. En effet, ceux-ci ressortent comme étant favorables, alors que pour les cas typiques, les résultats étaient mitigés ou non favorables. Les difficultés rapportées sont d'ailleurs plus faibles si on les compare avec les autres cas. Lors de son recrutement, la travailleuse a décrit son travail comme étant physique; il nécessitait de longs déplacements et exigeait des postures prolongées assises qui lui occasionnaient des difficultés

dans la gestion des symptômes résiduels. Il s'agit du seul cas où il y a divergence entre les sources d'informations en ce qui a trait aux exigences physiques du travail, puisque le représentant de l'employeur estimait que celles-ci étaient légères. Il s'agit aussi d'un cas où le médecin recommandait un retour après six mois, mais la travailleuse est retournée quelques semaines plus tôt en raison de contraintes financières et sociales. Les extraits suivants illustrent la représentation de la travailleuse d'un travail exigeant physiquement, tant pour son genou que pour son épaule. Parmi les extraits⁹, on peut également observer un changement dans sa perception en cours d'entrevue quant au niveau de difficultés de son travail. La travailleuse rapporte également des craintes ayant des conséquences sur ses actions.

[...] j'aimerais ça avoir une job que j'ai moins à marcher puis, euh. Bien ça pourrait s'améliorer si, euh, je (faisais un autre comportement limitant la marche¹⁰).

[...] puis debout longtemps, mais je ne les (tâches amenant à être debout¹⁰) faisais pas là (avant¹⁰). Je fais juste commencer à en faire.

[...] Fait que ça aussi il faut que je manipule les boîtes. S'il y a un dossier qui est loin, il faut que j'enlève une boîte, que je la mette à terre, que je prenne l'autre. Dans les boîtes, il y en a beaucoup, il faut que tu pousses, fait que c'est dur pour mes épaules.

[...] ça veut dire que je vais en avoir moins. Je n'ai pas mis ça ensemble là, c'est en vous parlant que je me rends compte. Ça va diminuer ma tâche.

Bien j'ai, disons qu'on, j'ai à peu près six tâches, mais il n'a pas demandé à ce que j'en fasse tellement.

Mais je fais attention parce que c'est dangereux pour le dos, hein. Mais, euh, à part ça, ça ne me fait pas mal aux genoux, mais c'est juste que ce n'est pas, euh, [...] ce n'est pas une bonne position pour voir ce qu'on fait là, t'sais, euh.

[Interviewer] : OK. Dans le fond la position là actuellement c'est le dos qui écope un petit peu plus?

Ouais, bien c'est ça. Parce que je ne veux pas plier mon genou. J'ai peur que ça fasse mal.

[Interviewer] : Comment décririez-vous vos capacités que vous avez présentement par rapport au travail qui vous est demandé ?

Présentement c'est suffisant, oui. (travailleur cas M)

5.7.3 Cas n'étant pas de retour au travail

Dans ce regroupement, deux cas atypiques ressortent. Ceux-ci apparaissent comme des cas de trajectoire de réadaptation au travail non complétée. Tout d'abord, un premier cas (travailleuse cas H) a été rencontré 13 mois après la chirurgie. La travailleuse n'était toujours

⁹ Certains extraits ont été modifiés afin d'assurer l'anonymat de la participante.

¹⁰ Extraits modifiés pour assurer l'anonymat de la participante.

pas de RT. Toutefois, un RT progressif était planifié deux semaines plus tard. S'il avait été possible de rencontrer la travailleuse environ deux à trois mois plus tard, en fonction de ses caractéristiques, ce cas aurait probablement été dans le regroupement sans difficulté. En effet, ses représentations se rapprochaient davantage des cas de RT sans difficulté. Son expérience en lien avec les soins de santé reçus était très positive. Il s'agit du seul cas ayant bénéficié d'une intervention multidisciplinaire en réadaptation au travail dont les frais ont été assumés par son assureur, à la suite d'une intervention de son syndicat. Cette travailleuse rapporte avoir eu diverses difficultés dans sa dernière année, à la suite de son arthroplastie totale. Par contre, plusieurs de ces obstacles ont été abordés par l'ensemble des acteurs-clés.

Le deuxième cas (travailleur cas O) présente des caractéristiques similaires à ceux n'étant pas de RT. Il rapporte une expérience négative en ce qui concerne l'accès et la continuité des soins.

Pis même ça c'était dur [...] parce qu'ici y avait un combat entre le CLSC pis l'hôpital. Parce que l'hôpital y m'ont caché les faits que y avait des erreurs que y ont fait. Pis j'étais supposé être encore à l'hôpital quand j'ai rentré à la maison. Pis là le CLSC y voulait pas m'aider à maison parce que y disaient techniquement t'es à l'hôpital, [...]. Fait que y venaient une fois par semaine pour me regarder c'est tout. Y me touchaient pas, y me disaient quoi faire, mais techniquement y avaient pas le droit de m'aider.

Pis qu'est-ce qu'on faisait, euh, je trouve, ben parce que j'ai la base des arts martiaux, fait que je savais comment me rétablir quand même, mais les choses qu'on faisait là, [...] j'y ai été parce que j'avais pas le choix, mais je trouvais que c'était une perte de temps [...] J'aurais pu le faire chez moi. (travailleur cas O)

En ce qui concerne sa relation avec son assureur, celui-ci a été perçu comme un obstacle.

Ils ne payaient pas nécessairement régulièrement [...] Vraiment là, c'est fini. On a parlé avec ton employeur, pis y sont au courant, pis bye, t'sais, vraiment [...] No compassion, vraiment.

[Interviewer] : Puis là votre employeur, lui, y était-tu au courant de toutes ces difficultés-là que vous aviez avec votre assurance ?

Oui, mais eux y sont pognés dans le milieu [...] Y me disait t'es pas content ben va voir ton médecin. [...] Mais mon médecin y me disait oui, y faut que tu restes chez toi. Mon médecin appelait l'assurance. L'assurance y disaient non, too bad, retourne au travail. Pis quand y aimaient pas le rapport de mon médecin, ah, ben va voir notre médecin, lui, y dit autrement. T'sais, c'était toujours cette game-là à chaque fois, à chaque fois. Pis mon médecin y me connaît. C'était mon médecin de famille dès l'âge de 13 ans, fait que y savait, t'sais, pis non, non, non, non. C'est contre la loi d'aller au-dessus de mon médecin, c'est contre la loi, y peuvent pas. Fait que j'aurais pu les amener en cour, mais j'ai [...] j'étais tellement fatigué, j'étais tanné de me battre avec eux. Ouais, je me suis dit, euh, forget it, forget it, euh, je m'arrangerai autrement là, t'sais. Ouais. (travailleur cas O)

Pour sa représentation de sa condition, elle s'apparente davantage aux cas de RT sans difficulté et particulièrement aux cas Q et L qui ont tous une expérience de longue date avec la douleur.

Mais j'étais handicapé jeune, à cinq ans, quand je me réveillais avec les genoux, quand je dormais en fetal fetal, position fétale, mais quand je me réveillais le matin je pouvais pas plier mes jambes [...] Y fallait que je fais du physio. Fait que la douleur je suis habitué. Comme un, deux pour moi c'est comme un dix peut-être pour quelqu'un d'autre, t'sais, c'est je peux en prendre, je suis habitué, [...] ouais. Euh. J'écoute mon corps, comme si je vois que oh, je tombe, ou je glisse, ou je bouge mal, mais là OK, on va re [...], mais la douleur j'essaie de pas l'écouter, euh [...] Les arts martiaux je fais beaucoup de méditation, beaucoup plus là parce que je peux rien faire fait que, euh, I meditate a lot. (travailleur cas O)

Le travailleur estime avoir une excellente relation avec son ancien employeur qui l'a accommodé longtemps, avant sa chirurgie. Cependant, en fonction de la nature du travail décrite par le travailleur à son chirurgien, ce dernier lui a recommandé de changer d'emploi. Le travailleur était donc en réorientation de carrière au moment de l'entrevue. Ce dernier se percevait cependant employable, mais devait apprendre à concilier son besoin de dépassement et son sentiment d'utilité avec son rôle de pourvoyeur.

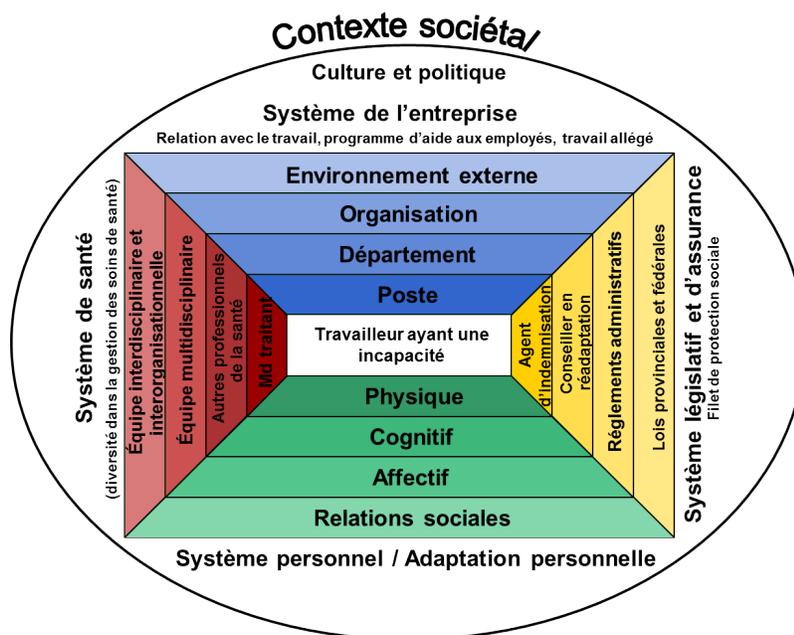
Eux [employeur] y sont tous conscients de mes limitations [avant la chirurgie], mais y savaient que je travaillais bien, fait que y me donnaient plus de l'aide, y me donnaient plus de, euh. Ouais, y sont, euh. J'étais très bien traité avec eux. [...] Selon moi, selon ma santé, mais [cas O], qu'est-ce que t'es capable de faire aujourd'hui? Y me pitchaient pas va faire ça, mais qu'est-ce que tu peux faire? T'sais, c'était bien pour ça. [...] Je pourrais retourner là, mais ça serait pas juste, euh, je mériterais pas mon salaire, je n'aurais pas mon salaire. [...] Parce que je pourrais pas faire, euh, tout qu'est-ce que je devrais faire comme traîner tous mes outils et faire tout mon job. Je compterais beaucoup plus sur de l'aide. Pis ça serait, ça nuirait l'équipe.

Fait que je suis encore en processus, revoir où est-ce que je peux travailler parce que je suis quelqu'un qui travaillait tout le temps avant. Fait que, ouais, y faut que je me retrouve. C'était plus pour mon garçon parce que j'ai un garçon de bientôt treize ans. Fait que y faut que je pense plus à lui que moi. T'sais, être seul, ben je retournais aux études, no problem, mais. C'est pas évident pour lui aussi, t'sais, c'est pour qualité de vie c'est, ouais. (travailleur cas O)

6. DISCUSSION

L'objectif général de ce projet était de mieux comprendre ce qui permet de reprendre ou non une vie saine et active au travail à la suite d'une arthroplastie totale du genou. Pour se faire, quatre objectifs spécifiques ont permis de documenter, en fonction du paradigme d'incapacité au travail (voir la figure 3), les facteurs inhérents au travailleur, mais également ceux associés au système de soins de santé et à l'environnement de travail. Les résultats permettent de dresser différents constats. En somme, dans la vaste majorité des cas, l'analyse des diverses sources consultées soit le travailleur, son intervenant en réadaptation, les représentants de son employeur et du syndicat (le cas échéant), démontre une convergence de l'information recueillie, à l'égard d'un même cas. Aucune étude n'avait regroupé l'information de diverses sources, soit les ressources humaines, le supérieur immédiat, le représentant syndical et les préposés au bureau de santé (lorsqu'applicable), le travailleur, les intervenants en réadaptation. Le premier constat issu des résultats porte sur les facteurs qui font obstacle et ceux qui facilitent le RT et le maintien durable en emploi. Globalement, ceux-ci sont très représentatifs du paradigme d'incapacité au travail (Loisel *et al.*, 2005; Loisel *et al.*, 2001). En effet, les cas de chaque regroupement illustrent des facteurs qui sont autant liés au travailleur lui-même, qu'à son environnement de travail et qu'au système de santé.

Figure 3. Modèle du paradigme d'incapacité au travail.



En ce qui concerne les pratiques actuelles en réadaptation, les données obtenues auprès des intervenants et des travailleurs ont rapidement saturé. À la suite de la cinquième entrevue, très peu de nouvelles informations étaient recueillies sur la prise en charge, les objectifs visés, l'alliance et la satisfaction des travailleurs. Les objectifs de traitement étaient formulés en termes de fonction, tels qu'améliorer l'amplitude de mouvement et de favoriser une mobilité, sans aides techniques. Le travail et les loisirs sont considérés de manière générale au cours des interventions pour faciliter la reprise des activités. Les intervenants ne rapportent pas avoir effectué de mesures en matière de réadaptation au travail, du fait que ce type d'intervention,

habituellement en troisième ligne, ne fait pas partie de leur rôle. Une récente revue systématique de la littérature portant sur la prise en charge de patients ayant eu une arthroplastie du genou souligne l'importance des traitements de physiothérapie pour favoriser l'amplitude articulaire et réduire la douleur, mais que les lacunes sur le plan de l'accessibilité aux soins peuvent être une barrière qui compromet l'atteinte de résultats optimaux (Feng, Novikov, Anoushiravani et Schwarzkopf, 2018). Le lien avec le type d'emploi ou l'environnement de travail des travailleurs ayant subi ce type de chirurgie est absent. Or, les évidences sont de plus en plus fortes concernant l'importance d'intégrer le travail lors de la réadaptation, pour diverses problématiques de santé (Durand, Sylvain, Fassier, Tremblay, Shaw *et al.*, 2017).

Selon le niveau de difficulté à retourner au travail (retour au travail sans difficulté, avec difficultés et pas de retour au travail à cause de trop grandes difficultés), il est possible d'identifier des patrons caractéristiques pour chacun des trois regroupements. Les résultats permettent d'observer qu'aucun facteur à lui seul ne permet d'identifier les travailleurs qui ont eu des difficultés à retourner ou non au travail.

Au regard des facteurs associés au travailleur, il est possible d'observer dans certains cas un cycle de peurs et d'évitement de la douleur, comme il a déjà été observé dans la littérature (Monticone, Ferrante, Rocca, Baiardi, Dal Farra *et al.*, 2013; Sullivan, Tanzer, Stanish, Fallaha, Keefe *et al.*, 2009). Le discours des travailleurs fait ressortir que ceux-ci manquent d'information sur la prothèse ou sur le RT, alimentant ainsi les craintes qu'ils éprouvent. Une minorité de travailleurs a d'ailleurs relaté avoir vécu des craintes, qui ont, en définitive, été abordées et résorbées grâce aux différents intervenants. Ces travailleurs ont fini par retourner au travail.

Dans une perspective plus large, les représentations en lien avec la condition de santé et la capacité/incapacité au travail des travailleurs sont cohérentes avec ce qui a été observé dans une étude pilote (Maillette *et al.*, 2017) et dans la littérature auprès de travailleurs ayant une douleur persistante (Coutu, Baril, Durand, Côté, Rouleau *et al.*, 2010). Elles sont aussi cohérentes avec les stratégies d'adaptation qu'ils mettent de l'avant pour tenter de résoudre leurs difficultés. Les travailleurs étant de RT sans difficulté perçoivent d'ailleurs leurs stratégies comme étant efficaces et rapportent atteindre ou se rapprocher de leurs buts fixés. Cette dynamique est tout à fait conforme au modèle d'autorégulation de la maladie (Leventhal *et al.*, 2003) et plus particulièrement le modèle plus générique d'autorégulation (Carver et Scheier, 1998; Scheier et Carver, 2003).

Le modèle d'autorégulation (Carver et Scheier, 1998; Scheier et Carver, 2003) postule qu'un individu qui n'arrive pas à atteindre ses buts pourra ressentir de la détresse. Ces sentiments ont été observés auprès des travailleurs qui mentionnaient avoir de la difficulté à atteindre leurs buts, surtout lorsque ceux-ci étaient centraux à leur identité. Percevoir atteindre ou se rapprocher de ses buts est également associé à une persistance des comportements dans le temps (Carver et Scheier, 1998; Scheier et Carver, 2003). Un autre constat porte sur la perception de la douleur à la suite de l'arthroplastie. Il a été observé dans la littérature que la prothèse soulage la douleur (Kievit, van Geenen, *et al.*, 2014). En fonction de ces données et du modèle de l'autorégulation de la maladie, l'hypothèse était qu'un nouveau point de référence pourrait être créé, ce qui pourrait modifier la représentation de la condition de santé. Cela est en partie corroboré. Les résultats de la présente étude font ressortir que lorsque la douleur persiste, celle-ci est décrite comme étant différente de celle liée à l'arthrose. Ce résultat démontre la pertinence de questionner la représentation de la douleur. En effet, établi sur une échelle de 0 à 100 le niveau de douleur comporte dans ce contexte des limites importantes, puisque dans le discours des travailleurs, ce qui différencie les deux douleurs, celle arthritique

et celle postarthroplastie, est essentiellement la capacité de récupération. Nos travaux portant sur la représentation de la douleur de travailleurs ayant une douleur musculosquelettique avaient d'ailleurs fait ressortir la présence de différents sens accordés à la douleur (Coutu *et al.*, 2010).

Pour l'environnement de travail, des niveaux variables d'exigences physiques au travail ont été documentés. Ces exigences ont été mises en parallèle avec les conditions et les moyens offerts par l'employeur et des stratégies mises de l'avant par les travailleurs. Les résultats soutiennent en partie les observations formulées dans d'autres études où les travailleurs rapportent des difficultés à se rendre et à se déplacer dans l'environnement de travail, à suivre le rythme de travail, à satisfaire les demandes de l'emploi et à compléter les heures qui leur sont demandées (Sankar *et al.*, 2013). Cependant, l'étude approfondie des cas a surtout permis de faire ressortir que divers facteurs peuvent avoir une influence et que celle-ci est différente selon le travail réalisé et les conditions de réalisation du travail. Une logique quantitative appliquée à ce contexte comporte donc une limite importante. En effet, parfois il y aura un nombre peu élevé de facteurs, mais ceux-ci auront une importante influence sur le travail, alors que d'autres fois, il y aura une accumulation de facteurs ayant une influence plus modérée. Cette appréciation nécessite de tenir compte des interrelations avec d'autres dimensions, dont par exemple les moyens dont ils disposent. Les résultats de la présente étude permettent donc de bonifier les observations de Kievit *et al.* (2014), à savoir que ce n'est pas seulement une position de flexion importante du genou qui contraint les travailleurs opérés. Ce serait plutôt l'interaction entre différents facteurs qui amènent en définitive une marge de manœuvre plus ou moins grande pour le travailleur.

La marge de manœuvre est un concept largement utilisé en ergonomie. Elle se définit comme la possibilité ou la liberté dont dispose un travailleur pour élaborer différentes façons de travailler, afin d'atteindre les objectifs de production, et ce, sans effet défavorable sur sa santé (Vézina, 2001). Elle tient compte du contexte général de travail, des conditions et des moyens fournis au travailleur pour accomplir son travail ainsi que des exigences à remplir. Le travailleur tentera de s'adapter face à la variabilité des conditions et des exigences du travail et face à sa propre condition qui varie également (douleur, etc.). Ce processus de régulation se traduit par l'ajustement de son activité (St-Vincent *et al.*, 2011) dont le développement de stratégies individuelles et/ou collectives (Caroly, 2010; Major et Vézina, 2015). Ainsi, le travailleur régule son travail par l'ajustement de son activité réalisée dans un cadre de travail donné. L'ampleur de cette marge de manœuvre, c'est-à-dire l'espace conceptuel de régulation, dépend à la fois des caractéristiques de la personne et celles du milieu de travail (St-Vincent *et al.*, 2011). Ce concept étant dynamique, il est ainsi peu étonnant qu'aucun consensus n'ait pu être établi à la suite d'une revue systématique de la littérature en ce qui concerne les facteurs facilitants et faisant obstacle au RT chez cette population (Kuijjer *et al.*, 2009; Malviya, Wilson, Kleim, Kurtz et Deehan, 2014). L'étude de Styron *et al.* (2011) permettait cependant déjà d'entrevoir cette avenue en avançant la possibilité d'une interaction complexe avec la valeur rattachée au travail et l'engagement à retourner au travail. Les résultats étaient particulièrement marqués pour les travailleurs autonomes qui rapportaient pouvoir plus facilement modifier leurs tâches pour compenser leurs problèmes de genou.

Les éléments liés au système d'assurance furent mentionnés par les participants (travailleurs, employeurs et syndicats) de la présente étude, mais ressortent beaucoup moins, comparativement à d'autres études en réadaptation au travail pour les troubles musculosquelettiques (Kilgour, Kosny, McKenzie et Collie, 2015; MacEachen, Kosny, Ferrier et

Chambers, 2010). Pour la présente étude, cette source n'a pas été consultée, pour des raisons logistiques d'accès.

L'assureur joue un rôle plutôt neutre aux yeux des travailleurs. En effet, outre l'attente de percevoir des indemnités de remplacement du revenu, ceux-ci formulent très peu d'attentes concernant le soutien au RT. La relation avec l'assureur n'est pas décrite comme étant problématique ou sinon, les difficultés avec celui-ci ont été résorbées avec le temps. Ce résultat contraste en partie avec celui de l'étude pilote effectuée par la présente équipe, au cours de laquelle des cas de relations plus difficiles avec l'assureur ont été soulevés (Maillette *et al.*, 2017).

Dans la littérature, certaines études épidémiologiques font ressortir la présence d'un assureur au dossier comme un facteur ralentissant le RT. Les données de la présente étude ou de l'étude pilote nuancent en partie cette observation. En effet, dans chacun des regroupements, les cas ont eu recours à différentes couvertures d'assurance tel que des cas ayant eu une assurance privée longue durée ou une assurance privée de courte durée combinée avec une modalité du programme d'assurance chômage pour le plus long terme ou même des cas n'ayant pas eu d'assurance. Dans certains cas, la couverture plus faible en matière de remplacement du revenu a contraint certains travailleurs à retourner au travail plus rapidement qu'ils ne l'auraient souhaité. Dans d'autres cas pour lesquels la durée d'absence a été plus longue, celle-ci semblait principalement associée à des complications vécues par le travailleur. Dans cette perspective, les résultats tendraient plutôt à soutenir qu'une couverture d'assurance pourrait permettre au travailleur une meilleure récupération avant le RT.

Le paradigme d'incapacité au travail est maintenant reconnu internationalement et une tendance à une approche transdiagnostique est émergente. Ainsi, en contexte d'incapacité au travail persistante, c'est-à-dire, lorsque la problématique de santé est considérée stable ou rétablie, peu importe le problème de santé, les grands facteurs posant obstacles ou nuisant au RT seront essentiellement les mêmes (Cancelliere, Donovan, Stochkendahl, Biscardi, Ammendolia *et al.*, 2016). La valeur ajoutée de la présente étude est d'avoir observé un écart entre ce qui fait consensus dans le domaine de l'incapacité au travail et les pratiques actuelles sur le terrain, où il n'y a que rarement une référence en réadaptation au travail. Par ailleurs, des employeurs rencontrés dans le cadre de la présente étude ont mentionné leur étonnement par rapport aux modalités de RT qui ont été prescrites aux travailleurs ayant eu une arthroplastie totale du genou.

6.1 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte des forces et des limites. D'abord, comme force, une analyse interdisciplinaire de la problématique a été réalisée, combinant les expertises en orthopédie, physiothérapie, ergonomie et psychologie de la santé. À cette triangulation disciplinaire, s'ajoute la triangulation des sources de données, auprès des travailleurs, intervenants en réadaptation, employeurs et syndicats, lorsqu'applicable. Soulignons cependant, l'absence de la source de données des assureurs qui auraient pu permettre une plus grande richesse des résultats. L'observation en milieu de travail auprès des travailleurs ayant réussi à reprendre leurs activités professionnelles a aussi permis la triangulation des informations. Cependant, aucune observation en milieu de travail n'a été réalisée auprès des travailleurs qui n'étaient pas de RT. Cela constitue une limite relative à la généralisation des résultats obtenus sur le plan des facteurs de l'environnement de travail pour ces cas. D'un autre côté, certaines stratégies mises

de l'avant par les travailleurs étaient parfois bien personnelles. Ainsi, l'observation d'un collègue n'ayant pas la même condition de santé et les mêmes stratégies n'auraient pas nécessairement permis d'atteindre les informations visées.

La comparaison entre les différents niveaux de difficulté à retourner travailler a permis de mettre en lumière les obstacles et les facilitateurs du RT. Cela dit, il est important de souligner que le regroupement n'ayant pas réussi à retourner au travail à cause des trop grandes difficultés ressenties n'a pas atteint la saturation des données, ce qui peut constituer une limite. L'étude visait des travailleurs ayant un travail physique. Ce critère s'est avéré plus complexe à mettre en œuvre que prévu. Il n'existe pas dans la littérature de consensus quant à la définition de ce qu'est un travail physique. Aussi, un de nos cas a fait ressortir les limites de la définition retenue. En effet, pour un travailleur, le travail a été perçu physique, mais cette perception n'était pas partagée par les autres sources d'information au sein du cas.

6.2 Retombées

Les résultats de cette étude font, entre autres, ressortir différentes implications. D'abord, il y aurait lieu de s'assurer que les personnes qui auront ou ont eu une arthroplastie du genou peuvent avoir accès à une ressource pour obtenir de l'information sur la prothèse ou le RT, afin de réduire leurs craintes et les répercussions négatives qu'elles occasionnent. De plus, il serait important de sensibiliser les orthopédistes à l'évaluation des exigences requises par l'emploi qu'occupait le travailleur avant l'intervention. Cela ayant pour but, par la suite de discuter avec le travailleur des attentes réalistes pour le RT à la suite de la chirurgie. Les intervenants en réadaptation pourraient aussi intégrer une évaluation ou un dépistage systématique du milieu de travail, comme ils le font actuellement pour évaluer les besoins favorisant un retour à domicile sécuritaire pour les patients. Ce dépistage pourrait permettre de détecter les besoins pour une réadaptation au travail. De plus, il serait pertinent pour les intervenants en réadaptation de questionner le travailleur sur sa représentation de la douleur afin de faire ressortir le sens qu'il y accorde.

Lorsque la réadaptation au travail par des intervenants de la santé n'est pas possible, il existe maintenant un soutien pour les employeurs qui souhaiteraient accompagner le travailleur, lors de son RT. Il s'agit de l'Outil pour soutenir le retour progressif au travail pour les troubles musculosquelettiques (Bouffard, Durand et Coutu, 2018; Bouffard, Durand et Coutu, 2019). Cet outil vise à favoriser une marge de manœuvre suffisante, de manière à permettre à l'employé d'atteindre les objectifs de productivité sans compromettre sa santé. Il a été jugé utile par des conseillers en ressources humaines et des superviseurs (Bouffard *et al.*, 2018; Bouffard *et al.*, 2019).

En ce qui concerne la recherche, des analyses plus approfondies de l'activité de travail, notamment sur le plan de l'analyse des stratégies développées par les travailleurs, mériteraient d'être réalisées sur une plus longue période de temps et dans différents contextes. Celles-ci permettraient de mieux comprendre comment des travailleurs ayant subi une arthroplastie du genou réussissent à gérer la variabilité du travail et leur état de santé, afin d'identifier les facteurs et les déterminants qui permettront une amélioration des conditions de réalisation du travail. De plus, une telle analyse de l'activité permettrait d'identifier les stratégies développées par les travailleurs pour se maintenir au travail. L'étude de ces stratégies est reconnue pour sa pertinence dans le cadre d'interventions d'amélioration des conditions de réalisation du travail (Major et Vézina, 2015; Major et Vézina, 2011).

7. CONCLUSION

Cette étude est la première à approfondir ce qui permet de reprendre ou non une vie saine et active au travail à la suite d'une arthroplastie totale du genou. Les résultats soulignent l'importance de tenir compte à la fois des représentations des travailleurs, mais également des facteurs pouvant limiter leur marge de manœuvre dans leur environnement de travail. Bien qu'une attention soit portée au traitement des déficiences qui peuvent entraver la reprise du travail, une démarche de réadaptation au travail n'est pas nécessairement une pratique courante, même lorsque le travailleur présente des difficultés à retourner ou se maintenir au travail. Un dépistage de ces difficultés devrait être organisé afin de les soutenir dans la pleine reprise de leurs rôles.

BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J.-C. (2005). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. Dans J.-C. Abric (édit). *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 59-80). Toulouse, France : ERES.
- American College of Rheumatology. (2018). Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). Tiré de <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Rheumatologist/Research/Clinician-Researchers/Western-Ontario-McMaster-Universities-Osteoarthritis-Index-WOMAC>
- Anema, J. R., Van Der Giezen, A. M., Buijs, P. C. et Van Mechelen, W. (2002). Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work : A cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(11), 729-733.
- Angst, F., Ewert, T., Lehmann, S., Aeschlimann, A. et Stucki, G. (2005). The factor subdimensions of the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) help to specify hip and knee osteoarthritis. a prospective evaluation and validation study. *The Journal of Rheumatology*, 32(7), 1324-1330.
- Aronsson, G., Gustafsson, K. et Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(7), 502-509. doi: 10.1136/jech.54.7.502
- Baril, R., Durand, M. J., Coutu, M. F., Côté, D., Cadieux, G., Rouleau, A. et Ngomo, S. (2008). *L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail des travailleurs présentant des troubles musculo-squelettiques* (Rapport n° R-544). Montréal, QC : IRSST.
- Baril, R., Martin, J.-C., Massicotte, P. et Lapointe, C. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. (Rapport n° RR-082). Montréal, Québec : IRSST.
- Bellamy, N., Buchanan, W. W., Goldsmith, C. H., Campbell, J. et Stitt, L. W. (1988). Validation study of WOMAC : A health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *The Journal of Rheumatology*, 15(12), 1833-1840
- Blagojevic, M., Jinks, C., Jeffery, A. et Jordan, K. P. (2010). Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults : A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 18(1), 24-33. doi: 10.1016/j.joca.2009.08.010
- Bombardier, C., Melfi, C. A., Paul, J., Green, R., Hawker, G., Wright, J. et Coyte, P. (1995). Comparison of a generic and a disease-specific measure of pain and physical function after knee replacement surgery. *Medical care*, 33(4 Suppl), AS131-44.
- Bouffard, J., Durand, M. J. et Coutu, M. F. (2018). *ORPAT : Outil pour soutenir le retour progressif au travail - troubles musculo-squelettiques*. Longueuil, QC : Université de Sherbrooke
- Bouffard, J., Durand, M. J. et Coutu, M. F. (2019). Adaptation of a guide to equip employers to manage the gradual return to work of individuals with a musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation* (sous-presse). doi: 10.1007/s10926-019-09827-4
- Bullens, P. H., van Loon, C. J., de Waal Malefijt, M. C., Laan, R. F. et Veth, R. P. (2001). Patient satisfaction after total knee arthroplasty : A comparison between subjective and objective outcome assessments. *The Journal Of Arthroplasty*, 16(6), 740-747.

- Busija, L., Bridgett, L., Williams, S. R., Osborne, R. H., Buchbinder, R., March, L. et Fransen, M. (2010). Osteoarthritis. *Best Practice Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 757-768. doi: 10.1016/j.berh.2010.11.001
- Caban-Martinez, A. J., Lee, D. J., Fleming, L. E., Tancredi, D. J., Arheart, K. L., LeBlanc, W. G., . . . Muennig, P. A. (2011). Arthritis, occupational class, and the aging US workforce. *American Journal of Public Health*, 101(9), 1729-1734. doi: 10.2105/ajph.2011.300173
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stockkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C. et Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness : Best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(1), 32.
- Caroly, S. (2010). *L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail. (Habilitation à diriger des recherches, Université Victor Segalen Bordeaux 2, France)*.
- Carver, C. S. et Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York, NY : Cambridge University Press.
- 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*, 35(2), 209-219.
- Coutu, M. F., Légaré, F., Durand, M. J., Corbière, M., Stacey, D., Bainbridge, L. et Labrecque, M. E. (2016). *Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un trouble musculosquelettique persistant (Rapport n° R-896)*. Montréal, QC : IRSST.
- Dibonaventura, M., Gupta, S., McDonald, M. et Sadosky, A. (2011). Evaluating the health and economic impact of osteoarthritis pain in the workforce : Results from the National Health and Wellness Survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12 83. doi: 10.1186/1471-2474-12-83
- Dunbar, M., Robertsson, O., Ryd, L. et Lidgren, L. (2001). Appropriate questionnaires for knee arthroplasty: results of a survey of 3600 patients from the Swedish Knee Arthroplasty Registry. *Bone & Joint Journal*, 83(3), 339-344.
- Durand, M. J. (1996). *Étude des effets du Retour Thérapeutique au Travail chez des travailleurs absents du travail suite à une lésion professionnelle au dos*. Sherbrooke, QC : Université de Sherbrooke.
- Durand, M. J., Sylvain, C., Fassier, J. B., Tremblay, D., Shaw, W. S., Anema, J. R., . . . Bernier, M. (2017). *Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail (Rapport n° R-942)*. Montréal, QC : IRSST.
- Feng, J. E., Novikov, D., Anoushiravani, A. A. et Schwarzkopf, R. (2018). Total knee arthroplasty : Improving outcomes with a multidisciplinary approach. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 63.
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J. et The Institut for Work and Health Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. (2005). Workplace-based return-to-work interventions : A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D. et Cole, D. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope--if we can just get all the players onside. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal/Journal de l'association médicale canadienne*, 158(12), 1625-1631.

- Gaudreault, N., Feldman, D., Rivard, M., Lavigne, P. et Bernier, M. (2013). Current evidence on knee osteoarthritis risk factors : A systematic review. *Osteoporosis International*, 24(Supplement 1), 179.
- Gonella, M. (2007). *Démarches de prévention dans les petites entreprises : le cas des genouillères et des activités de manutention chez les poseurs de revêtements souples*. Montréal, QC : Université du Québec à Montréal.
- Graham, I. D. (2012). Knowledge synthesis and the Canadian Institutes of Health Research. *Systematic Reviews*, 1 6-6. doi: 10.1186/2046-4053-1-6
- Green, S. W. B. (2006). *Netter's orthopaedics* : Philadelphie, PA: Saunders Elsevier..
- Hobro, N., Weinman, J. et Hankins, M. (2004). Using the self-regulatory model to cluster chronic pain patients : The first step towards identifying relevant treatments? *Pain*, 108(3), 276-283.
- Hoving, J. L., van der Meer, M., Volkova, A. Y. et Frings-Dresen, M. H. W. (2010). Illness perceptions and work participation : A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(6), 595-605. doi: 10.1007/s00420-010-0506-6
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada — : rapport annuel de 2008-2009 du Registre canadien des remplacements articulaires*. Ottawa, ON : ICIS.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014). *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada — : rapport annuel de 2014 Registre canadien des remplacements articulaires*. Ottawa, ON : ICIS.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2016). *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada - : rapport annuel de 2014-2015, Registre canadien des remplacements articulaires* Ottawa, ON : ICIS.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2018). *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada, 2016-2017 : rapport annuel du Registre canadien des remplacements articulaires*. Ottawa, ON : ICIS.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. et Fisher, L. D. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, 83(2), 157-162.
- Jorn, L. P., Johnsson, R. et Toksvig-Larsen, S. (1999). Patient satisfaction, function and return to work after knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 70(4), 343-347
- Kievit, A. J., Kuijer, P. P., Kievit, R. A., Sierevelt, I. N., Blankevoort, L. et Frings-Dresen, M. H. (2014). A reliable, valid and responsive questionnaire to score the impact of knee complaints on work following total knee arthroplasty: the WORQ. *Journal of Arthroplasty*, 29(6), 1169-1175. doi: 10.1016/j.arth.2014.01.016
- Kievit, A. J., van Geenen, R. C. I., Kuijer, P., Paul, F. M., Pahlplatz, T. M. J., Blankevoort, L. et Schafroth, M. U. (2014). Total knee arthroplasty and the unforeseen impact on return to work : A cross-sectional multicenter survey. *The Journal of Arthroplasty*, 29(6), 1163-1168. doi: 10.1016/j.arth.2014.01.004
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D. et Collie, A. (2015). Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 220-239. doi: 10.1007/s10926-014-9521-x
- Kuijer, P., Kievit, A., Pahlplatz, T., Hooiveld, T., Hoozemans, M., Blankevoort, L., . . . Frings-Dresen, M. (2016). Which patients do not return to work after total knee arthroplasty? *Rheumatology International*, 36(9), 1249-1254. doi: 10.1007/s00296-016-3512-5
- Kuijer, P. D. B., Houdijk, J. H. P. et Frings-Dresen, M. H. W. (2009). Beneficial and limiting factors affecting return to work after total knee and hip arthroplasty : A systematic

- review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 375-381. doi: 10.1007/s10926-009-9192-1
- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (édit.), *La recherche qualitative. enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-388). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Leventhal, H., Brissette, I. et Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. Dans L. Cameron et H. Leventhal (édit.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (vol. 1, p. 42-65). Londres, Angleterre : Routledge.
- Limoges, J. (1987). Pourquoi travailler? Dans J. Limoges, R. Lemaire et F. Dodier (édit.), *Trouver son travail*. (p. 13-27). Montréal, QC : CIM Fides.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., . . . Lemaire, J. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911-2918.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van Tulder, M. et Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders : The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524.
- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability prevention : New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360. doi: 10.2165/00115677-200109070-00001
- Lombardi, A. V., Nunley, R. M., Berend, K. R., Ruh, E. L., Clohisy, J. C., Hamilton, W. G., . . . Barrack, R. L. (2014). Do patients return to work after total knee arthroplasty? *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 472(1), 138-146.
- Losina, E. et Katz, J. N. (2012). Total knee arthroplasty on the rise in younger patients : Are we sure that past performance will guarantee future success? *Arthritis and Rheumatism*, 64(2), 339-341. doi: 10.1002/art.33371
- MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S. et Chambers, L. (2010). The "toxic dose" of system problems : Why some injured workers don't return to work as expected. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 349-366.
- Maillette, P., Coutu, M.-F. et Gaudreault, N. (2017). Workers' perspectives on return to work after total knee arthroplasty. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(5), 299-305. doi:10.1016/j.rehab.2017.01.004
- Major, M.-E. et Vézina, N. (2015). Analysis of worker strategies : A comprehensive understanding for the prevention of work related musculoskeletal disorders. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 48 149-157.
- Major, M.-È. et Vézina, N. (2011). Elaboration d'un cadre de référence pour l'étude des stratégies : Analyse de l'activité et étude de cas multiples dans deux usines de crabe. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 13(2).
- Malviya, A., Wilson, G., Kleim, B., Kurtz, S. M. et Deehan, D. (2014). Factors influencing return to work after hip and knee replacement. *Occupational Medicine*, 64(6), 402-409. doi: 10.1093/occmed/kqu082
- Marois, E. et Durand, M. J. (2009). Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability and Rehabilitation*, 31(12), 994-1007. doi:10.1080/09638280802428374

- Martel, L. (2009). Vieillessement de la main-d'oeuvre du Québec au cours des 25 prochaines années. Dans Communication présentée au Colloque IRSST : *le vieillissement de la main-d'oeuvre et la SST*. Montréal, QC (p. 2-23). Tiré de <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/Colloque-IRSST-2009.pdf>.
- McLellan, R. K., Pransky, G. et Shaw, W. S. (2001). Disability management training for supervisors : A pilot intervention program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11(1), 33-41.
- Michael, J. W. P., Schlüter-Brust, K. U. et Eysel, P. (2010). The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(9), 152-162. doi: 10.3238/arztebl.2010.0152
- Millar, W. J. (2002). *Arthroplastie de la hanche et du genou*. Ottawa, ON : Statistique Canada.
- Mills, A. J., Durepos, G. et Wiebe, E. (2009). *Encyclopedia of case study research*, Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Monticone, M., Ferrante, S., Rocca, B., Baiardi, P., Dal Farra, F. et Foti, C. (2013). Effect of a long-lasting multidisciplinary program on disability and fear-avoidance behaviors in patients with chronic low back pain : Results of a randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 29(11), 929-938.
- Morin, M. E. (2006). Donner un sens au travail. Tiré de <http://www.santepsy.ulaval.ca/webdav/site/cspt/shared/pdf/Donner%20un%20sens%20au%20travail.pdf>
- Muhr, T. (1991). ATLAS/ti--A prototype for the Support of Text Interpretation. *Qualitative Sociology*, 14(4), 349-371.
- Nastasia, I., Coutu, M. F. et Tcacuic, R. (2014). Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs) : A systematic, comprehensive literature review. *Disability and Rehabilitation*, 36(22), 1841-1856. doi: 10.3109/09638288.2014.882418
- Nunley, R. M., Ruh, E. L., Zhang, Q., Della Valle, C. J., Engh, C. A., Jr., Berend, M. E., . . . Barrack, R. L. (2011). Do patients return to work after hip arthroplasty surgery. *The Journal Of Arthroplasty*, 26(6 Suppl), 92-98.. doi: 10.1016/j.arth.2011.03.038
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève, Suisse : OMS.
- Pengel, L. H. M. M., Refshauge, K. M. P. et Maher, C. G. P. (2004). Responsiveness of pain, disability, and physical impairment outcomes in patients with low back pain. *Spine*, 29(8), 879-883.
- Perret, B. (2005). La réorganisation du cycle d'activité, enjeu d'un nouveau contrat social. Dans S. Pennec, J. Véron et J. Légaré (édit.), *Âge, génération et contrat social*. Paris, France : Éditions Ined.
- Pransky, G., Shaw, W. et McLellan, R. (2001). Employer attitudes, training, and return-to-work outcomes : A pilot study. *Assistive Technology*, 13(2), 131-138.
- Public Health Agency of Canada. (2010). *Life with arthritis in Canada : A personal and public health challenge*. Ottawa, ON : PHAC.
- Reilly, M. C., Zbrozek, A. S. et Dukes, E. M. (1993). The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*, 4(5), 353-365.
- Sankar, A., Davis, A. M., Palaganas, M. P., Beaton, D. E., Badley, E. M. et Gignac, M. A. (2013). Return to work and workplace activity limitations following total hip or knee replacement. *Osteoarthritis and Cartilage*, 21(10), 1485-1493. doi:10.1016/j.joca.2013.06.005

- Scheier, M. F. et Carver, C. S. (2003). Goals and confidence as self-regulatory elements underlying health and illness behavior. Dans L. Cameron et H. Leventhal (édit.), *The self-regulation of health and illness behavior* (p. 17-41). New York, NY : Routledge.
- Sharma, L., Cahue, S., Song, J., Hayes, K., Pai, Y. C. et Dunlop, D. (2003). Physical functioning over three years in knee osteoarthritis : Role of psychosocial, local mechanical, and neuromuscular factors. *Arthritis and Rheumatism*, 48(12), 3359-3370. doi: 10.1002/art.11420
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, E. et Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie* Montréal, QC : Éditions Multi-Mondes.
- Stock, S., Baril, R., Dion-Hubert, C., Lapointe, C., Paquette, S., J., . . . Vaillancourt, C. (2005). *Work-related musculoskeletal disorders : Guide and tools for modified work*. Montréal, QC : Direction de la santé publique.
- Styron, J. F., Barsoum, W. K., Smyth, K. A. et Singer, M. E. (2011). Preoperative predictors of returning to work following primary total knee arthroplasty. *The Journal Of Bone And Joint Surgery*, 93(1), 2-10
- Sullivan, M., Tanzer, M., Stanish, W., Fallaha, M., Keefe, F. J., Simmonds, M. et Dunbar, M. (2009). Psychological determinants of problematic outcomes following total knee arthroplasty. *Pain*, 143(1-2), 123-129. doi: 10.1016/j.pain.2009.02.011
- Tilbury, C., Schaasberg, W., Plevier, J. W. M., Fiocco, M., Nelissen, R. G. H. H. et Vliet Vlieland, T. P. M. (2014). Return to work after total hip and knee arthroplasty : A systematic review. *Rheumatology*, 53(3), 512-525. doi: 10.1093/rheumatology/ket389
- Vézina, N. (2001). La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture à l'interdisciplinarité.. Tiré de <http://www.invisiblequifaitmal.uqam.ca/fr/methodes/pratiques.asp>
- Vézina, N., Ouellet, S. et Major, M. E. (2009). Quel schéma corporel pour la prévention des troubles musculo-squelettiques? *Corps au travail* 1, 61-68.
- Von Korff, M., Jensen, M. P. et Karoly, P. (2000). Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. *Spine*, 25(24), 3140-3151.
- Waddell, G., Burton, A. K. et Main, C. J. (2003). *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. Londres, Angleterre : Royal Society of Medicine Press.
- Wolfe, F. et Kong, S. X. (1999). Rasch analysis of the Western Ontario MacMaster questionnaire (WOMAC) in 2205 patients with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 58(9), 563-568.
- Yin, R. (2009). *Case study research, Design and methods* (4^e éd.) Londres, Angleterre : Sage Publications.

ANNEXE A : QUESTIONNAIRES, GUIDES D'ENTREVUE ET GRILLE D'OBSERVATION

A.I Questionnaires

Étude des obstacles et facilitateurs du retour au travail et du maintien durable en emploi des travailleurs qui ont subi une arthroplastie du genou

Questionnaire sociodémographique, clinique, administratif

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales sur vous, votre emploi et les difficultés/limitations, le cas échéant, par rapport à votre prothèse totale du genou. Sachez que les informations demeureront confidentielles et seule l'équipe de recherche y aura accès. Notez que vous pouvez remplir le questionnaire en plusieurs temps. Vos réponses s'enregistreront automatiquement et vous pourrez aussi les modifier tant et aussi longtemps que vous n'aurez pas soumis le questionnaire. Par la suite, un membre de l'équipe de recherche pourra modifier vos réponses si vous le désirez.

du participant :

Quel est votre âge?

Quel est votre sexe?

- Homme
- Femme

Quel est votre état civil?

- Marié(e)
- Conjoint de fait
- Célibataire
- Divorcé(e)
- Veuf/veuve

Quel est votre dernier niveau de scolarité complété?

- Secondaire non complété
- Secondaire
- Collégial
- Baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat
- Postdoctorat
- Autres, spécifier : _____

À quand remonte votre chirurgie?

_____/_____/_____ (aaaa/mm/jj)

Avez-vous consulté un thérapeute (par exemple, physiothérapeute, ergothérapeute) pour votre genou à la suite de la chirurgie?

- Oui
- Non

Pour chaque thérapeute que vous avez rencontré pour votre genou, veuillez indiquer dans quel contexte. (si nous n'avez pas consulté ce thérapeute, laissez le champ libre) :

	À domicile	En clinique	Hôpital	Autre endroit
Physiothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuponcteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez indiqué autre » à la question précédente, veuillez indiquer ici quel(s) thérapeute(s) vous avez consulté(s) pour votre genou et dans quel contexte (à domicile, en clinique, à l'hôpital ou autre).

Pour chacun des thérapeutes que vous avez consultés, veuillez indiquer la fréquence approximative de vos visites. (p. ex : 2x / sem. durant 4 semaines ou encore 4 visites)

Si vous avez vu deux thérapeutes qui exerçaient la même profession, par exemple, un physiothérapeute en clinique et un autre à l'hôpital, spécifiez la fréquence des visites pour chacun en l'indiquant dans la case comme suit : 2x / sem. durant 4 semaines (hôpital) et 2x / sem. durant 8 semaines (clinique).

Physiothérapeute

Ergothérapeute	<input type="text"/>
Ostéopathe	<input type="text"/>
Acuponcteur	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>

Quel est votre titre d'emploi?

Quel est le nom de votre entreprise?

Quelle est la taille de votre entreprise (nombre d'employés)?

- 50 et moins
- 51 à 99
- 100 à 249
- 250 à 499
- 500 et plus

Quel est le nombre d'années travaillées

À votre poste de travail?

Dans votre entreprise?

Quel est votre statut d'emploi? (si vous n'êtes pas de retour au travail, inscrire les informations selon ce que vous faisiez avant la chirurgie.)

- Temps complet régulier
- Temps partiel régulier
- Contractuel
- Sur appel

Veillez indiquer votre horaire de travail. (Si vous n'êtes pas de retour au travail, indiquez l'horaire qui prévalait avant votre chirurgie)

Jours de la semaine travaillés

Quart de travail (jour/soir/nuit)

Veillez indiquer le nombre d'heures par semaine que vous travaillez. (Si vous n'êtes pas de retour au travail, indiquez le nombre d'heures travaillées avant votre chirurgie.)

Veillez indiquer le nombre d'heures par jour que vous travaillez. (Si vous n'êtes pas de retour au travail, indiquez le nombre d'heures travaillées avant votre chirurgie.)

Avez-vous des pauses lors de votre quart de travail? Si oui, indiquez leur nombre et leur durée. (Si vous n'êtes pas de retour au travail, référez-vous à la situation qui prévalait avant la chirurgie.)

- Oui _____
- Non

Avez-vous une pause-repas lors de votre quart de travail? Si oui, indiquez le nombre et la durée. (Si vous n'êtes pas de retour au travail, référez-vous à la situation qui prévalait avant la chirurgie.)

- Oui _____
- Non

Est-ce que vous, votre employeur ou votre assureur contestez une décision actuellement?

- Oui
- Non

Êtes-vous syndiqué? (si oui, veuillez indiquer le nom du syndicat)

- Oui _____
- Non

Bénéficiez-vous d'une assurance salaire actuellement? Si oui, veuillez indiquer le pourcentage d'indemnisation de votre revenu.

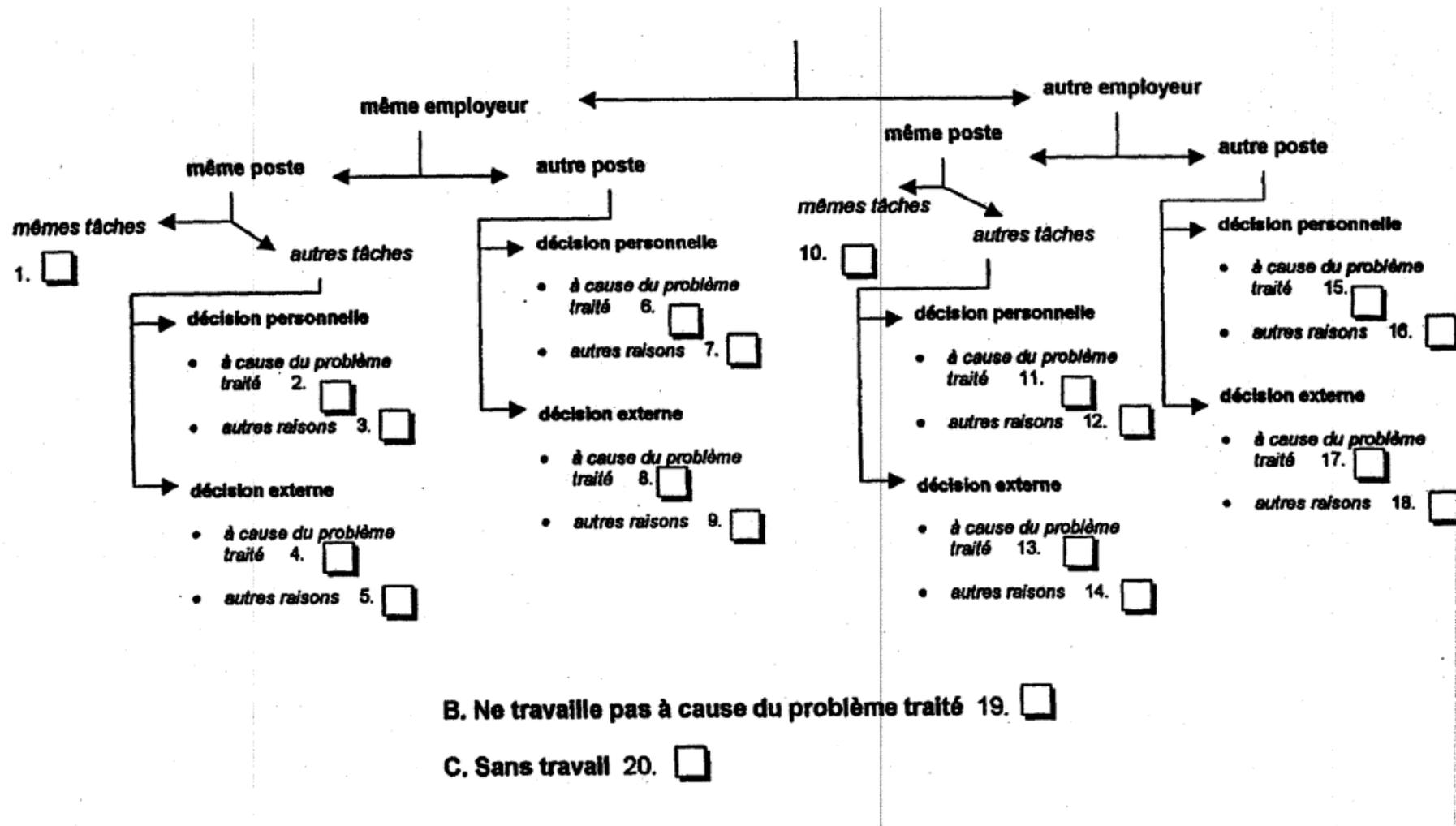
- Oui _____
- Non

Si vous n'êtes pas au travail, avez-vous déjà tenté d'y retourner depuis le début de votre absence? Si oui, veuillez indiquer quand et pendant combien de temps.

- Non
- Oui _____
- Ne s'applique pas

Questionnaire sur le statut de travail

Cochez la situation qui s'applique à vous



Intensité de la douleur (Échelle visuelle analogue de l'intensité de la douleur)

Présentement, ressentez-vous de la douleur à votre genou lorsque vous faites votre travail?
Veuillez indiquer avec le curseur votre niveau de douleur moyen.

Aucune (0) _____ La pire douleur possible (10)

Présentement, ressentez-vous de la douleur à votre genou lorsque vous effectuez vos activités de la vie quotidienne?

Veuillez indiquer avec le curseur votre niveau de douleur moyen.

Aucune (0) _____ La pire douleur possible (10)

Questionnaire sur la baisse de productivité au travail et la limitation des activités : santé générale

Occupez-vous un emploi (travail rémunéré) en ce moment?

- Oui
- Non

Les questions qui suivent portent sur les sept derniers jours, sans compter aujourd'hui.

Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de travail, au total, avez-vous manquées à cause de vos problèmes de santé?

Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de travail avez-vous manquées pour toute autre raison que vos problèmes de santé telle qu'un congé, des vacances ou la participation à cette étude?

Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de travail au total avez-vous effectuées?

Au cours des sept derniers jours, dans quelle mesure vos problèmes de santé ont-ils affecté votre productivité pendant que vous étiez en train de travailler ?

Tenez compte des jours durant lesquels vous avez été limité(e) dans la quantité ou le type de travail que vous auriez pu accomplir, vous en avez fait moins que vous l'auriez souhaité ou vous ne pouviez pas travailler aussi soigneusement que d'habitude. Si vos problèmes de santé

n'ont eu qu'une faible incidence sur votre travail, choisissez une note peu élevée. Choisissez une note élevée si vos problèmes de santé ont beaucoup perturbé votre travail.

Mes problèmes de santé

n'ont eu aucun effet sur mon travail (0)

À cause de mes problèmes

de santé, je n'ai pas pu travailler du tout (10)

Au cours des sept derniers jours, dans quelle mesure vos problèmes de santé ont-ils affecté votre capacité à effectuer vos activités de la vie quotidienne habituelles en dehors de votre lieu de travail?

Par activités habituelles, nous entendons les activités que vous effectuez régulièrement, telles que les travaux ménagers, les courses, l'exercice, s'occuper des enfants, étudier, etc. Tenez compte des moments durant lesquels vous avez été limité(e) dans la quantité ou le type d'activités que vous auriez pu accomplir et de ceux où vous en avez fait moins que vous l'auriez souhaité(e). Si vos problèmes de santé n'ont eu qu'une faible incidence sur vos activités, choisissez une note peu élevée. Choisissez une note élevée si vos problèmes de santé ont beaucoup perturbé vos activités.

Mes problèmes de santé

n'ont eu aucun impact sur mes
activités de la vie quotidienne (0)

À cause de mes problèmes de

santé, je n'ai pas pu du tout me
consacrer à mes activités de la vie
quotidienne (10)

Questionnaires

Indice de WOMAC (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index)

Section A : Douleur

Comment évaluez-vous votre douleur :

Lorsque vous marchez sur un terrain plat?

Aucune douleur (0)

Douleur extrême (10)

Lorsque vous montez et descendez des escaliers?

Aucune douleur (0)

Douleur extrême (10)

La nuit lorsque vous êtes couché(e)?

Aucune douleur (0)

Douleur extrême (10)

Lorsque vous êtes assis(e) ou couché(e)?

Aucune douleur (0)

Douleur extrême (10)

Lorsque vous vous levez?

Aucune douleur (0)

Douleur extrême (10)

Section B : Raideur

Quelle est la sévérité de votre raideur :

Lorsque vous vous levez le matin?

Aucune raideur (0)

Raideur extrême (10)

Après avoir été assis(e), couché(e) ou vous être reposé(e) plus tard le jour?

Aucune raideur (0)

Raideur extrême (10)

Section C : Incapacité

Quel degré de difficulté avez-vous lorsque :

Vous descendez les escaliers?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous montez les escaliers?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous vous relevez de la position assise?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous êtes debout?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous vous penchez vers l'avant?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous marchez sur un terrain plat?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous entrez et sortez de la voiture?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous allez magasiner?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous mettez vos bas?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous sortez du lit?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous enlevez vos bas?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous vous allongez au lit?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous entrez et sortez du bain?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous êtes assis(e)?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous vous assoyez et vous vous relevez de la toilette ?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous faites des travaux domestiques majeurs?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

Vous faites des travaux domestiques légers?

Aucune difficulté (0)

Difficulté extrême (10)

A.II Guides d'entrevue

A.II.1 Représentations du travailleur (travailleurs)

1. Représentations de la chirurgie

- 1.1. Pour quelles raisons avez-vous eu l'arthroplastie?
- 1.2. Quelles étaient vos attentes par rapport à la chirurgie à ce moment?
 - *Qu'est-ce que la chirurgie devait guérir?*
- 1.3. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à la chirurgie?
- 1.4. Quels sont les éléments qui ont influencé votre décision d'avoir cette chirurgie?
 - *Est-ce que cela a été discuté avec d'autres professionnels de la santé que l'orthopédiste?*
 - *Est-ce que d'autres options de traitement que l'arthroplastie vous ont été proposées ?*
- 1.5. Qu'est-ce que vous avez reçu comme information concernant votre chirurgie?
 - Avez-vous eu une séance d'information avant votre chirurgie?
 - *Qu'est-ce que cela vous a apporté ?*

2. Le processus thérapeutique (type de soins; fréquence; but; satisfaction)

- 2.1. Depuis la première consultation pour votre arthroplastie qui avez-vous vu pour votre problème et qu'est-ce que ces personnes vous ont dit(e)?
 - *Quels étaient les buts qu'ils poursuivaient?*
- 2.2. Quel était votre but par rapport aux traitements que vous avez suivis ou que vous suivez présentement?
 - *Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à ce but?*
- 2.3. Est-ce que vous vous rapprochez ou vous vous éloignez de votre **but**?
 - *Qu'est-ce qui vous fait dire que votre problème s'améliore ou se détériore?*

3. Représentation et sources d'information sur l'état de santé

- 3.1. Considérez-vous actuellement que vous ayez un ou des **problème(s)** lié(s) à votre arthroplastie?
 - *Si oui, quels sont vos problèmes?*
- 3.2. Est-ce qu'il y a des situations qui **empirent** votre problème?
 - *Si oui, pouvez-vous me les décrire?*
- 3.3. Est-ce qu'il y a des situations qui **aident à gérer** votre problème?
 - *Si oui, pouvez-vous me les décrire?*
- 3.4. Jusqu'à quel point croyez-vous que votre problème est **sérieux**?
 - *Est-ce qu'il y a des choses que vous ne faites plus?*
 - *Qu'arriverait-il si vous poussiez vos limites plus loin?*
- 3.5. Combien de temps croyez-vous que votre problème perdurera? (**durée**)
 - *Qu'est-ce que qui vous fait penser cela?*

3.6. De façon générale, qu'est-ce que vous voudriez atteindre comme but d'ici trois à six mois?

- En quoi votre situation actuelle influence l'atteinte de X (reprendre ses termes)

4. Les stratégies d'adaptation

4.1. Qu'est-ce qui vous aide à **contrôler ou à rendre tolérable** votre problème?

4.2. Comment ces **méthodes sont-elles censées vous aider**?

5. Les relations avec l'employeur

5.1. Quel est votre statut d'emploi en ce moment?

- *Avez-vous encore un lien d'emploi?*
- *Avez-vous eu des contacts avec votre employeur/ durant votre arrêt de travail?
Comment trouviez-vous ces contacts?*

5.2. En ce qui concerne vos relations avec votre employeur :

- *Quels éléments facilitent votre situation ?*
- *Quels éléments y nuisent?*

6. Les relations avec le syndicat (rôle perçu du syndicat)

6.1. Avez-vous eu des contacts avec votre syndicat durant votre arrêt?

- *Qu'est-ce qui vous a amené à faire des contacts avec le syndicat?*
- *Comment trouviez-vous ces contacts (satisfaction)?*

6.2. En ce qui concerne vos relations avec celui-ci :

- *Quels éléments facilitent votre situation ?*
- *Quels éléments y nuisent?*

7. Les relations avec les assureurs

7.1. Avez-vous un assureur?

- *Avez-vous eu des contacts avec cet assureur durant votre arrêt de travail?*
- *Comment trouviez-vous ces contacts?*

7.2. En ce qui concerne vos relations avec celui-ci,

- *Quels sont les éléments qui facilitent votre situation ?*
- *Quels sont ceux qui y nuisent?*

8. Le processus de réintégration du marché du travail

8.1. Avez-vous fait des tentatives de retour au travail?

8.2. Comment s'est déroulé le retour au travail? Ou quelles seraient les difficultés que vous éprouveriez si vous aviez à retourner au travail?

- *Quelles stratégies avez-vous adoptées pour le retour au travail (individuelle, collègues, supérieurs, matériel)?*
- *Quel soutien vous a-t-on offert lors du retour au travail?*

8.3. Est-ce que votre état de santé nuit ou a nui à la poursuite de buts professionnels qui sont importants pour vous?

- *Quels sont ces buts?*

8.4. Qu'est-ce qui fait que vous vous rapprochez ou vous éloignez de votre but?

8.5. *Est-ce que vous considérez que vous avez éprouvé des difficultés lors de votre RAT?*
Pas du tout modérément totalement

9. L'influence sociale de la maladie

9.1. Est-ce que votre problème de santé a changé des choses dans votre vie?

9.2. Dans votre **quotidien** :

- Quels éléments ou quelles personnes **nuisent** ou ont nui à la poursuite de buts qui sont importants pour vous?
- Quels éléments ou quelles personnes **facilitent** l'atteinte de votre but?

10. Identification des besoins

10.1. Si vous aviez un conseil à donner à un ami qui devrait se faire opérer pour un remplacement de genou, que lui diriez-vous?

10.2. Qu'auriez-vous fait différemment?

10.3. Est-ce qu'il y a des choses qui auraient pu vous aider et que nous n'avons pas encore discutées?

A.II.II Pratiques actuelles en réadaptation au travail (intervenants)

1. Quel est votre titre professionnel? (p. ex : physio, TRP).
2. Décrivez la clinique pour laquelle vous travaillez?
(Clinique privée/publique, présence d'autres intervenants, si oui, lesquels? MD, ergo, psy, acuponcteur, masso, équipe multidisciplinaire)
3. Quelle clientèle recourt à vos services en général?

Les prochaines questions porteront plus spécifiquement sur le patient X.

4. À quelle fréquence rencontrez-vous des patients qui ont été opérés pour une arthroplastie du genou comme le patient X?
5. Quel a été votre rôle auprès de ce patient?
6. Quelles étaient les difficultés éprouvées par le patient?
7. Quels étaient vos objectifs sur le plan des interventions auprès du patient?
8. Que faites-vous ou qu'avez-vous fait comme intervention auprès du patient?
9. Quelles ont été la fréquence et la durée des interventions?
10. Où administrez-vous les traitements?
11. D'autres intervenants ont-ils été impliqués dans l'intervention?
(si autre intervenant, documenter leur rôle respectif)
12. Selon vous, votre patient est-il ou était-il apte à retourner au travail?
13. Est-ce qu'il avait les capacités requises pour refaire son travail ?
 - a. Si oui, sur quoi vous basez-vous pour l'affirmer?

Les prochaines questions sont d'ordre plus général

14. Vous-même ou des membres de votre équipe peuvent-ils traiter des clients qui doivent retourner au travail à la suite d'une blessure orthopédique (TMS), par exemple des patients indemnisés par la CNESST, la SAAQ ou un assureur privé?
15. La décision de retourner une personne au travail a-t-elle une influence sur le choix de vos procédures d'évaluations (p. ex. choix des tests cliniques ou des outils d'évaluation)?
16. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré sur le plan de la prise en charge à la suite de l'arthroplastie d'un travailleurs?
17. Percevez-vous des besoins relatifs à l'implication d'autres professionnels de la santé auprès de patients qui retournent au travail?
D'autres besoins? Formations?

Questions sociodémographiques

QUESTION	RÉPONSE
Âge	
Sexe	Homme Femme
Profession	
Nombre d'années de scolarité	
Nombre d'années d'expérience en réadaptation au travail	
Lieu où le patient est suivi (p. ex : hôpital, clinique, domicile)	

A.II.III Facteurs liés à l'environnement de travail

Entrevue avec le travailleur (partie ergonomie)

Description du travail

1. Pouvez-vous nous donner une description générale de votre travail?
 2. Quelles sont vos principales tâches?
 3. Décrivez-nous une journée typique de votre travail (de votre arrivée sur les lieux de travail à votre départ).
 4. Est-ce que vos tâches varient d'une journée à l'autre?
Si oui, comment?
 5. a) Est-ce qu'il vous arrive de bénéficier de l'aide de collègues pour faire certaines tâches?
Si oui, précisez?
b) Est-ce que vous aidez certains collègues pour certaines tâches (par exemple, pour soulever un objet lourd) ? Si oui, précisez?
 6. Utilisez-vous des équipements ou des outils pour réaliser votre travail?
Si oui, lesquels?
 7. Parlez-nous des déplacements que vous devez effectuer pour réaliser votre travail (exemple : intérieur/extérieur, distances parcourues).
 8. En général, quelle est votre appréciation de votre environnement de travail, par exemple, en ce qui a trait à la chaleur, au froid, aux vibrations, au revêtement du sol, au bruit)?
 9. Votre travail comporte des exigences physiques. Pouvez-vous nous les décrire?
 10. Qu'est-ce que vous aimez le plus de votre travail?
 11. Qu'est-ce que vous aimez le moins de votre travail?
-

Difficultés et accommodements du travail en lien avec l'arthroplastie

12. Quelles sont les principales difficultés que vous devez affronter depuis votre chirurgie?
13. Est-ce qu'il y a des postures ou des mouvements particuliers au travail que vous avez de la difficulté à adopter et à garder depuis votre chirurgie ?
Si oui, lesquels?
Si oui, avez-vous à les répéter souvent?
14. Y a-t-il des tâches que vous devez faire différemment à la suite de votre chirurgie?
Si oui, lesquelles ?
15. Depuis votre chirurgie, des accommodements ont-ils été faits afin de vous aider à réaliser votre travail?

1. En ce qui a trait à l'aménagement de votre poste de travail (chaise, hauteur de la surface de travail, achat d'équipement, etc.)?
Si oui, lesquels?
Si oui, est-ce votre employeur ou vous-même qui avez fait ces aménagements?
 2. En ce qui a trait à certains changements dans l'organisation des tâches (ordre des opérations, opérations éliminées, etc.)?

Si oui, lesquels?
Si oui, est-ce votre employeur ou vous-même qui avez fait ces changements?
 3. En ce qui a trait à certains changements dans l'organisation du travail (aide des collègues, horaire, pauses, etc.)?

Si oui, lesquels?
Si oui, est-ce votre employeur ou vous-même qui avez fait ces changements?
16. Y a-t-il des accommodements prévisibles qui pourraient être faits dans un avenir prochain?
Si oui, lesquels ?
Si oui, est-ce votre employeur ou vous-même qui ferez ces changements?
Quand seront-ils faits ?
17. Est-ce que vous utilisez des stratégies pour diminuer votre douleur?

Si oui, lesquelles?
18. Si vous pouviez améliorer votre poste ou votre situation de travail actuel afin de vous aider, que feriez-vous?
19. Comment décririez-vous vos capacités actuelles par rapport au travail que vous devez effectuer?
20. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez mentionner concernant votre travail depuis votre opération?

Entrevue avec l'employeur – représentant des ressources humaines

Questions spécifiques au retour au travail

1. Quel est votre rôle auprès du travailleur?
2. De façon générale, comment s'est passé le RAT du travailleur?
3. Avez-vous eu d'autres travailleurs qui ont fait un RAT à la suite d'une arthroplastie totale de genou?
Si oui, combien?
4. Selon vous, est-ce qu'il y a des problématiques de retour au travail spécifiques aux travailleurs qui ont eu une arthroplastie totale de genou?
5. Est-ce que le RAT du travailleur est un cas typique? Pour quelles raisons?
6. Avec qui avez-vous travaillé pour le RAT du travailleur?
Avez-vous eu des contacts avec :
 - le travailleur
 - o Contacts de quelle nature?
 - l'employeur
 - o Contacts de quelle nature?
 - o Avec qui plus spécifiquement?
 - l'assureur
 - o Contacts de quelle nature?
 - o Comment les choses se sont passées avec le système d'indemnisation?
 - o Est-ce qu'il y a des choses qui sont spécifiques à cet assureur? Si oui, lesquelles?
 - o Qui était l'assureur?
 - le syndicat
 - o Contacts de quelle nature
 - o Quel syndicat?
 - o Avec qui plus précisément?
7. Si la chirurgie du travailleur était associée à un accident de travail, qu'est-ce que cela aurait changé?
- 8.. Si vous pouviez améliorer le processus de RAT pour cette clientèle, que feriez-vous?
9. Croyez-vous qu'il y aurait des améliorations à apporter à l'égard des soins de santé OU des services offerts à cette clientèle pour favoriser le RAT?
10. Selon vous, est-ce une population plus susceptible de subir une rechute ou de se blesser à nouveau dans votre entreprise?

Questions sociodémographiques

QUESTION	RÉPONSE
Âge	
Sexe	
Scolarité complétée	
Domaine d'étude	
Titre de l'emploi	
Nombre d'années dans l'entreprise	
Secteur d'activité de l'entreprise	

Entrevue avec l'employeur – superviseur

Questions spécifiques au retour au travail

1. De façon générale, comment s'est déroulé le RAT du travailleur?

Questions spécifiques au poste du travailleur

2. En quelques mots, pouvez-vous nous donner une description générale du travail du travailleur?

3. Quelles sont ses principales tâches?

4. Décrivez-nous une journée typique du travail (de son arrivée sur les lieux de travail à son départ).

5. Est-ce que ses tâches varient d'une journée à l'autre?
Si oui, comment?

6. a) Est-ce qu'il lui arrive de bénéficier de l'aide de collègues pour faire certaines tâches?
Si oui, précisez?

b) Est-ce que le travailleur aide certains collègues pour réaliser certaines tâches?

Si oui, précisez?

7. Utilise-t-il des équipements ou des outils pour réaliser son travail?
Si oui, lesquels?

8. Parlez-nous des déplacements nécessaires pour réaliser son travail (exemples : intérieur/extérieur, distances parcourues).

9. En général, comment jugez-vous son environnement de travail ? (exemples : le revêtement du sol, le bruit, la chaleur, le froid, les vibrations)?

10. Selon vous, quelles sont les exigences physiques de ce poste?

11. Quelles sont les principales difficultés rencontrées par le travailleur depuis son retour à la suite de sa chirurgie ?

12. Est-ce qu'il y a des postures ou des mouvements particuliers au travail qu'il a de la difficulté à adopter ou à maintenir depuis sa chirurgie?
- Si oui, lesquels?
 - Si oui, doivent-ils être souvent répétés?
13. Y a-t-il des tâches qui doivent être faites différemment en raison de sa chirurgie?
Si oui, lesquelles?
14. Y a-t-il eu des accommodements qui ont été faits afin de l'aider à réaliser son travail depuis sa chirurgie?
- En ce qui a trait à l'aménagement de son poste de travail (chaise, hauteur surface de travail, achat d'équipement, etc.)?
 - Si oui, lesquels?
 - Si oui, qui a fait ces aménagements-?
 - En ce qui a trait à certains changements dans l'organisation de ses tâches (ordre des opérations, opérations éliminées, etc.)?
 - Si oui, lesquels ?
 - Si oui, qui a fait ces changements?
 - En ce qui a trait à certains changements dans l'organisation du travail (aide des collègues, horaire, pauses, etc.)?
 - Si oui, lesquels ?
 - Si oui, qui a fait ces changements?
15. Y a-t-il des accommodements qui sont à venir prochainement?
- Si oui, lesquels ?
 - Si oui, qui fera ces accommodements ?
 - Quand seront-ils faits?
16. Selon vous, est-ce que le travailleur utilise des stratégies pour diminuer sa douleur?
Si oui, lesquelles ?
17. Auriez-vous des suggestions à formuler pour améliorer le processus de RAT pour cette clientèle?
18. Croyez-vous qu'il y aurait des améliorations à apporter en matière de soins de santé OU des services offerts à cette clientèle pour favoriser leur RAT?
19. Par rapport aux exigences du travail, est-ce que vous jugez que le travailleur possède des capacités suffisantes ou insuffisantes? Sur quoi repose le jugement que vous formulez?
20. Avez-vous des attentes spécifiques envers le travailleur :
- D'ici les prochaines semaines?
 - À moyen terme (six mois)?
 - Est-ce que vos attentes sont différentes depuis sa chirurgie?
21. En terminant, y a-t-il autre chose que nous n'avons pas abordée et que vous désiriez mentionner?

Questions sociodémographiques

QUESTION	RÉPONSE
Âge	
Sexe	
Scolarité complétée	
Domaine d'étude	
Titre de l'emploi	
Nombre d'années dans l'entreprise	
Secteur d'activité de l'entreprise	

Entrevue avec le représentant du syndicat

Questions spécifiques au retour au travail

1. Avez-vous participé au RAT de la travailleuse?
Si oui : Comment s'est passé son RAT?
Si oui : Avec qui avez-vous travaillé pour soutenir le RAT (assureur, employeur, travailleur)?
Sinon : Pourquoi n'avez-vous pas participé au RAT ?
2. Y a-t-il eu à votre connaissance, d'autres travailleurs qui ont fait un RAT à la suite d'une arthroplastie totale de genou?

Si oui, combien?
Si oui, est-ce qu'il y a des problématiques de retour au travail spécifiques aux travailleurs qui ont eu une arthroplastie totale du genou?
Si oui, est-ce qu'il y a des mesures en ce qui concerne l'aménagement ou la modification des tâches spécifiques à cette problématique ou à cette travailleuse ?
3. Est-ce le RAT de la travailleuse est un cas typique?

Pourquoi ?
4. Quel était l'assureur associé au dossier de la travailleuse?
5. Comment les choses se sont passées avec le système d'indemnisation ?
6. Est-ce qu'il y a des choses qui sont spécifiques à cet assureur?

Si oui, lesquelles ?
7. Si vous pouviez améliorer le processus de RAT pour cette clientèle, que feriez-vous?
8. Croyez-vous qu'il y aurait des améliorations à apporter en matière des soins de santé OU des services offerts à cette clientèle?
9. Selon vous, est-ce une population plus susceptible de subir une rechute ou de se blesser à nouveau dans votre entreprise?

Questions spécifiques liées au poste du travailleur

10. En quelques mots, pouvez-vous nous donner une description générale du travail de la travailleuse?
11. Quelles sont ses principales tâches?

12. Décrivez-nous une journée typique de son travail (de son arrivée sur les lieux de travail à son départ).
13. Est-ce que ses tâches varient d'une journée à l'autre?
Si oui, comment?
14. a) Est-ce qu'il lui arrive de bénéficier de l'aide de collègues pour faire certaines tâches?
Si oui, précisez?
14. b) Est-ce que la travailleuse aide certains collègues à effectuer certaines tâches?
Si oui, précisez?
15. Utilise-t-elle des équipements ou des outils pour réaliser son travail?
Si oui, lesquels?
16. Parlez-nous des déplacements nécessaires pour réaliser son travail (exemples : intérieur/extérieur, distances parcourues).
17. En général, comment jugez-vous son environnement de travail? (exemples : le revêtement du sol, le bruit, la chaleur, le froid, les vibrations)?
18. Selon vous, quelles sont les exigences physiques de ce poste?
19. Quelles sont les principales difficultés rencontrées au travail par la travailleuse depuis son retour à la suite de sa chirurgie ?
20. Est-ce qu'il y a des postures ou des mouvements particuliers au travail qu'elle a de la difficulté à adopter ou à maintenir depuis sa chirurgie?
c) Si oui, lesquels?
d) Si oui, doivent-ils souvent être répétés?
21. Y a-t-il des tâches qu'elle doit faire différemment en raison de sa chirurgie?
Si oui, lesquelles?
22. Depuis sa chirurgie, y a-t-il eu des accommodements qui ont été faits afin de l'aider à réaliser son travail?
A) En ce qui a trait à l'aménagement de son poste de travail (chaise, hauteur surface de travail, achat d'équipement, etc.) ?
c) Si oui, lesquels ?
d) Si oui, qui a fait ces aménagements?
B) En ce qui a trait à certains changements dans l'organisation de ses tâches (ordre des opérations, opérations éliminées, etc.)?
e) Si oui, lesquels?
f) Si oui, qui a fait ces changements?
C) En ce qui a trait à certains changements dans l'organisation du travail (aide des collègues, horaire, pauses, etc.)?
g) Si oui, lesquels ?
h) Si oui, qui a fait ces changements?

23. Y a-t-il des accommodements qui sont à venir prochainement?
- Si oui, lesquels ?
 - Si oui, qui fera ces accommodements?
 - Quand seront-ils faits ?
24. Selon vous, est-ce qu'elle utilise des stratégies pour diminuer sa douleur?
Si oui, lesquelles?
25. Par rapport aux exigences du travail, est-ce que vous jugez que la travailleuse possède des capacités suffisantes ou insuffisantes? Sur quoi repose le jugement que vous formulez?
26. Avez-vous des attentes spécifiques envers la travailleuse :
- D'ici les prochaines semaines?
 - À moyen terme (six mois)?
 - Est-ce que ces attentes sont différentes depuis son accident?
27. En terminant, y a-t-il autre chose que nous n'avons pas abordée et que vous désiriez mentionner?

Questions sociodémographiques

QUESTION	RÉPONSE
Âge	
Sexe	Homme Femme
Scolarité complétée	
Domaine d'étude	
Titre de l'emploi	
Nombre d'années dans l'entreprise	
Secteur d'activité de l'entreprise	

A.III Grille d'observation

Observation des difficultés et des exigences physiques du travail d'une personne ayant subi une arthroplastie totale du genou

(Inspirée du Guide et outils pour le maintien et le retour au travail)

Nom de l'employé(e) : TR00 (PTG côté droit ou gauche)

Description des tâches/postes observés :

Poste de travail observé :

Période de l'observation

Date : jour le X mois année à heure

Durée :

Justification :

Personnes rencontrées lors de l'observation en plus du travailleur :

À quel quart de travail ? **Jour Soir Nuit**

À quel moment du quart de travail ?

Questions à poser au travailleur avant ou après l'observation

- Comment allez-vous?
 -
- Comment va votre genou?
 -
- Est-ce que vous utilisez des stratégies pour gérer votre douleur?
 -
- Est-ce que vous rencontrez de nouvelles difficultés au travail?
 -
- Y a-t-il quelque chose en particulier que je devrais regarder?
 -
- Autres commentaires

Description des difficultés et des exigences	Estimation des exigences																
<p>Le travail nécessite-t-il l'adoption d'une posture <u>DEBOUT</u> prolongée (statique et/ou dynamique)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas observées <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Temps (observé) : ___ heure/jour Temps (estimé) : _____ heure/jour</p> <p>Précisez :</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="background-color: #d3d3d3;">Posture DEBOUT prolongée</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Absentes</th> <th style="width: 25%;">Faibles</th> <th style="width: 25%;">Moyennes</th> <th style="width: 25%;">Élevées</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Notes ou moyens possibles :</td> </tr> </tbody> </table>	Posture DEBOUT prolongée				Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notes ou moyens possibles :			
Posture DEBOUT prolongée																	
Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Notes ou moyens possibles :																	

Description des difficultés et des exigences	Estimation des exigences																
<p>Le travail nécessite-t-il l'adoption d'une posture <u>ASSISE</u> prolongée ? (p. ex. assis plus d'une heure consécutive) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas observées <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Temps (observé) : Temps (estimé) : _____ heure/jour</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="background-color: #d3d3d3;">Posture ASSISE prolongée</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Absentes</th> <th style="width: 25%;">Faibles</th> <th style="width: 25%;">Moyennes</th> <th style="width: 25%;">Élevées</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Notes ou moyens possibles :</td> </tr> </tbody> </table>	Posture ASSISE prolongée				Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notes ou moyens possibles :			
Posture ASSISE prolongée																	
Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Notes ou moyens possibles :																	

Description des difficultés et des exigences	Estimation des exigences																
<p>L'exécution du travail nécessite-t-elle des déplacements? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pas observées</p> <p>Décrivez les déplacements les plus importants.</p> <p>Durée : min _____ max _____ Fréquence par jour : min _____ max _____</p> <p>La marche doit-elle se faire de façon précipitée? Jamais À l'occasion Souvent Toujours <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Le travail nécessite-t-il des déplacements sur une surface instable, irrégulière, glissante, encombrée ou en pente? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) <input type="checkbox"/> Pas observés</p> <p>Le travail nécessite-t-il de monter ou descendre des escaliers? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) <input type="checkbox"/> Pas observé</p> <p>Durée : min _____ max _____ Fréquence par jour : min _____ max _____</p> <p>Le travail nécessite-t-il des changements de direction (pivot) lors des déplacements? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) <input type="checkbox"/> Pas observés</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="background-color: #d3d3d3;">Déplacement</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Absentes</th> <th style="width: 25%;">Faibles</th> <th style="width: 25%;">Moyennes</th> <th style="width: 25%;">Élevées</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Notes ou moyens possibles :</td> </tr> </tbody> </table>	Déplacement				Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notes ou moyens possibles :			
Déplacement																	
Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Notes ou moyens possibles :																	

Description des difficultés et des exigences	Estimation des exigences								
<p>Le travail nécessite-t-il l'adoption d'une posture qui entraîne un équilibre précaire (ex. : sur un échafaudage, en grimpant, sur une surface instable?)</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas observées</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Précisez :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="background-color: #d3d3d3; text-align: center;">Posture en équilibre précaire</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Absente</td> <td>Faible</td> <td>Moyenne</td> <td>Élevée</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Notes ou moyens possibles :</p>	Absente	Faible	Moyenne	Élevée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absente	Faible	Moyenne	Élevée						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Description des difficultés et des exigences	Estimation des exigences								
<p>Le travail nécessite-t-il d'actionner une pédale?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas observées</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Précisez :</p> <p>Fréquence par jour : Min _____ Max _____</p> <p> En posture debout Avec un effort important Dans une posture contraignante</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="background-color: #d3d3d3; text-align: center;">Actionner une pédale</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Absentes</td> <td>Faibles</td> <td>Moyennes</td> <td>Élevées</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Notes ou moyens possibles :</p>	Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Description des difficultés et des exigences	Estimation des exigences																								
<p>Le travail nécessite-t-il la conduite d'un véhicule ou d'un autre équipement mobile?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas observées</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Durée de la conduite</td> <td style="padding: 5px;">Min _____ Max _____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Type d'équipement mobile</td> <td style="padding: 5px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Qualité de la suspension</td> <td style="padding: 5px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Risque de chocs ou de contrecoups</td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nul</td> <td>Faible</td> <td>Modéré</td> <td>Élevé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Durée de la conduite	Min _____ Max _____	Type d'équipement mobile	_____	Qualité de la suspension	_____	Risque de chocs ou de contrecoups	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nul</td> <td>Faible</td> <td>Modéré</td> <td>Élevé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Nul	Faible	Modéré	Élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p style="background-color: #d3d3d3; text-align: center;">Conduite d'un équipement mobile</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Absentes</td> <td>Faibles</td> <td>Moyennes</td> <td>Élevées</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Notes ou moyens possibles :</p>	Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée de la conduite	Min _____ Max _____																								
Type d'équipement mobile	_____																								
Qualité de la suspension	_____																								
Risque de chocs ou de contrecoups	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nul</td> <td>Faible</td> <td>Modéré</td> <td>Élevé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Nul	Faible	Modéré	Élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Nul	Faible	Modéré	Élevé																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Absentes	Faibles	Moyennes	Élevées																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						

Moyens/adaptations/aides rapportés ou observés	Source d'information	
	Présence du moyen Oui/non/non observé	Utilisation du moyen disponible Oui/non/non observé
<input type="checkbox"/>		
Note :		

ANNEXE B : SCHÉMA DES OBSTACLES ET FACILITATEURS¹¹

Systèmes du paradigme :
 Bleu : individuel
 Jaune : soins de santé
 Vert : environnement de travail
 Orange : indemnisation (assureur)

Propos rapportés de :
 TR : Travailleur
 RH : employeur-ressources humaines

SI : employeur-supérieur immédiat
 S : Syndicat
 CL : Clinicien

Cas X : RT avec difficultés Femme			
	Entrevue TR + Questionnaire (8 mois postop)	Observation + Entrevues (RH, Syndicat, SI) (9 mois postop)	Entrevue Validation + Clinicien (10 mois postop)
Facilitateurs	TR : Affirmation de soi = demande retour progressif TR : Soutien social = amie qui l'accompagne à ses tx TR : RT = Ortho signe retour aux travaux légers et prog.		TR : RT = Maintien des travaux légers
		Ergonomie : Moyens offerts et stratégies développées = modéré à élevé	
	TR : Stratégies au T = mdx, compenser avec le dos, utiliser l'ascenseur, peut prendre des journées de congé pour récupérer lorsqu'elle n'en peut plus	RH : RT = peut prendre des journées de congé pour récupérer lorsqu'elle n'en peut plus	TR : Stratégies maintien T = congés aident à diminuer <u>sx</u> et prolonge RT progressif
		Ergonomie : Postures contraignantes pour le genou = Peu ; TR compense avec son dos	
	TR : Accommodements = présents	SI : Accommodements = présents	
	TR : Collègues = Soutien informel dans certaines tâches et bonne relation avec SI		TR : Collègues = soutien informel plus rare (surcharge de travail)
Obstacles	TR : Questionnaires = résultats non favorables		
	TR : Soi = se dit orgueilleuse, respecte peu ses limites ce qui rend le travail + difficile		SI : hypothèse que TR prend peu de pauses, car orgueilleuse
	TR : Absence prolongée = deux ans en arrêt de travail avant PTG		
	TR : Craintes = que genou débarque (info reçue de l'ortho de « faire attention »)		
	TR : Lim postop = escalier (utilise ascenseur)/escabeau, s'agenouiller		
	TR : RT = situation financière difficile ; RT précipité	SI : RT = RT précoce, TR aurait eu besoin de plus de temps de convalescence	
	TR : Sx résiduels = douleur, enflure, insensibilité du genou		
TR : Autre condition de santé = 2 ^e genou amène dlr ; sent que ce genou peut « lâcher » n'importe quand.			
TR : Gestion des sx (médication) = inefficaces au travail			

¹¹ tx=traitements, RT=retour au travail, ortho=orthopédiste, prog.=progressif, T=travail, mdx=médication, sx=symptômes, PTG=prothèse totale de genou, Lim postop=limitations postopératoire, dlr=douleur.

Obstacles (suite)			CL : Intervention p/r au RT = Aucune CL : Fit to work = non apte (mais incertain)
	TR : Alliance = chgt de physio, un apprécié l'autre non TR : Accès aux soins = transport difficile pour physio		
		Ergonomie : Difficultés rencontrées au T = modéré à élevé SI : Difficultés rencontrées au T = présentes Ergonomie : Exigences physiques = modérées	
	TR : Inquiétude = Ne sait pas si elle va être capable de « toffer » 10 ans avant sa retraite		TR : Inquiétude face au maintien au travail = en raison des exigences physiques élevées TR : Action concertée = Manque de communication entre RH et SI p/r à l'application des travaux légers sur le terrain
	TR : Assureur = ne communique pas les limitations du TR à son SI		
Comprend à la fois un facilitateur et un obstacle	TR : Capacités physiques au travail = Juste suffisantes pour le poste actuel (tâches adaptées à ses capacités) sinon capacités insuffisantes	SI : Capacités au travail = Juste suffisantes pour le poste actuel (tâches adaptées à ses capacités) sinon capacités insuffisantes	
	TR : Assureur = délai de 4 mois avant de recevoir ses indemnisations ; mais représentant de l'assureur était très gentil et a fait les démarches pour que les aspects médico-admin soient réglés		
Perspectives divergentes			
Effets neutres		S : Implication dans RT = aucune car ce n'est pas une réclamation acceptée par la CNESST ; rôle passif, TR peut appeler au besoin	
		RH : Gestion médico-admin : pas d'élément proactif de PEC de la gestion d'invalidité ; attend un suivi « si problème »	

12

¹² chgt=changement, physio=physiothérapeute, p/r=par rapport, médico-admin=médico-administratifs, PEC=prise en charge.

