

É

Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-674



**Les facteurs reliés aux absences prolongées du travail
en raison d'un trouble mental transitoire
Développement d'un outil de mesure**

*Marie-José Durand
Marc Corbière
Catherine Briand
Marie-France Coutu
Louise St-Arnaud
Nicole Charpentier*



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

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

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

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

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

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

Pour en savoir plus

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

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2010
ISBN : 978-2-89631-519-2 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
novembre 2010



Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-674

Les facteurs reliés aux absences prolongées du travail en raison d'un trouble mental transitoire Développement d'un outil de mesure

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

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

*Marie-José Durand¹, Marc Corbière¹, Catherine Briand²,
Marie-France Coutu¹, Louise St-Arnaud³, Nicole Charpentier⁴*

¹Université de Sherbrooke et CAPRIT

²Université de Montréal

³Université Laval

⁴CAPRIT

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



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

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce projet de recherche : les travailleurs, les cliniciens, les superviseurs, les gestionnaires et les professionnelles de recherche. Merci également à l'IRSST pour son support financier.

SOMMAIRE

Introduction : Plusieurs données montrent que les troubles mentaux connaissent un accroissement important au Canada et au Québec. Les récentes connaissances scientifiques suggèrent que les incapacités provoquées par les troubles mentaux sont de nature multifactorielle. Dans la pratique clinique actuelle, il n'existe pas d'outil pour évaluer systématiquement l'ensemble de ces facteurs dans un contexte de retour progressif au travail. Cette étude vise à identifier les facteurs qui contribuent à la durée de l'absence du travail et qui nuisent à la reprise du travail. Il s'agit d'une première étape dans l'élaboration d'un instrument d'évaluation qui veut intégrer de façon systématique l'ensemble de ces éléments à l'entretien initial avec un travailleur.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'élaborer un outil de mesure d'identification des facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail pour des personnes en absence prolongée du travail en raison de troubles mentaux transitoires. Les objectifs spécifiques étaient : 1) de répertorier les facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail, 2) d'élaborer une version préliminaire et 3) de réaliser une étude pilote.

Méthode : Pour atteindre l'objectif général, trois étapes ont été suivies. Premièrement, les facteurs contribuant à l'absence prolongée et au retour au travail chez les personnes ayant un trouble mental transitoire ont été répertoriés. Pour ce faire, ont été réalisées a) une recension des écrits et b) des entrevues individuelles auprès de travailleurs ayant vécu une absence prolongée reliée à un trouble mental transitoire, des cliniciens d'expérience dans le domaine de la réadaptation au travail et des superviseurs/gestionnaires responsables du retour au travail des personnes concernées à leur poste de travail.

Ensuite, une version préliminaire de l'outil a été développée en adaptant un outil existant sur les facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail des personnes ayant des troubles musculosquelettiques et en intégrant les résultats issus de la première étape. Également, des experts en santé mentale ont été consultés pour déterminer des outils supplémentaires à considérer pour appuyer les impressions diagnostiques et le niveau de fonctionnement de la personne évaluée. Un prétest auprès de cliniciens a été réalisé pour s'assurer de la clarté des items.

Enfin, une étude pilote a été réalisée auprès de cliniciens afin d'identifier les barrières et les éléments facilitateurs à l'utilisation de l'outil. L'analyse du contenu des entrevues individuelles réalisées avec chaque clinicien a permis l'élaboration d'une version finale de l'outil.

Résultats : Les résultats ont permis d'identifier une liste de 47 facteurs. Les facteurs ont été regroupés en quatre grandes catégories : démographiques et sociales, cliniques, occupationnels et en lien avec le régime d'assurance. Ces facteurs ont été intégrés dans un guide d'entrevue nommé l'Outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT). Également, à partir des avis d'experts, trois questionnaires pouvant appuyer les impressions diagnostiques et le fonctionnement des individus ont été sélectionnés. Il s'agit de l'entrevue clinique structurée pour le DSM-IV (SCID-I), l'évaluation globale du fonctionnement (EGF) et la version française du

Job Content Questionnaire. Finalement, le prétest et l'étude pilote ont permis d'ajuster le contenu et la forme de l'outil pour les utilisateurs.

Conclusion : Cette étude cible, pour la première fois, les facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail chez des individus présentant un trouble mental transitoire. Il ressort que les perceptions et les représentations des travailleurs, les facteurs de l'organisation et de l'environnement du travail ainsi que les facteurs liés au régime d'assurance agissent en synergie pour favoriser ou nuire au retour au travail des individus. Afin de faciliter le dépistage systématique de ces facteurs, un outil a été élaboré pour les intervenants. Dans les prochaines années, des études supplémentaires devront être réalisées afin de valider cet outil.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE.....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vi
1. INTRODUCTION.....	1
2. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES.....	3
3. OBJECTIFS	5
4. CADRE CONCEPTUEL	7
5. MÉTHODES ET RÉSULTATS	9
5.1 Objectif 1	9
5.1.1 Méthodes.....	9
5.1.2 Résultats.....	12
5.2 Objectif 2	18
5.2.1 Méthodes.....	18
5.2.2 Résultats.....	19
5.3 Objectif 3	21
5.3.1 Méthodes.....	21
5.3.2 Résultats.....	22
6. DISCUSSION	23
7. CONCLUSION	27
LISTE DES PUBLICATIONS PRODUITES DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE SUBVENTION	29
BIBLIOGRAPHIE.....	31
ANNEXE 1 : GUIDES D'ENTREVUES (OBJECTIF 1).....	41
ANNEXE 2: GUIDE D'ENTREVUE (OBJECTIF 3)	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Facteurs issus des écrits scientifiques et des entrevues	12
Tableau 2 : Facteurs liés à l'exposition au travail.....	17

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Patron d'analyse des données.....	12
--	----

1. INTRODUCTION

Depuis quelques années, les troubles mentaux transitoires (TMT) constituent l'une des causes les plus importantes d'absence du travail (Nystuen, Hagen, & Herrin, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean, & Rhéaume, 2003). Selon Nieuwenhuijsen et al. (2003), les TMT qui entraînent des absences du travail peuvent être regroupés en trois catégories : 1) les troubles de l'adaptation, 2) les troubles de l'humeur (dépression majeure) et 3) les troubles anxieux (trouble d'anxiété généralisée, trouble panique avec ou sans agoraphobie).

L'impact économique des absences du travail en raison de TMT est considérable. Seulement aux États-Unis, l'Organisation internationale du travail (1993) estime que 200 milliards de dollars sont dépensés chaque année pour l'absentéisme relié à un TMT. En Grande-Bretagne, environ 40 millions de journées de travail sont perdues chaque année dues à ces troubles (Cox, 2000). Plusieurs données montrent aussi que les TMT sont en augmentation dans les milieux de travail (Dewa, Lesage, Goering, & Caveen, 2004; Webster & Bergman, 1999). Au Québec, 30 % à 50 % des absences du travail pour invalidité de longue durée (plus de six mois) seraient attribuables à des TMT (Ranno, 2000). Différentes compagnies d'assurance-salaire dans d'autres pays rapportent une prévalence identique quant à l'indemnisation pour des absences du travail en raison de TMT tel que la dépression et les troubles de l'adaptation (Gabriel & Liimatainen, 2000). Ces absences prolongées au travail peuvent entraîner l'isolement des travailleurs, une anxiété secondaire à des appréhensions face à une reprise du travail et aux réactions des collègues et ultimement, la perte de la confiance en leurs capacités et leur identité de travailleur, jusqu'à ne plus se voir comme des travailleurs potentiels (Bilsker, Wiseman, & Gilbert, 2006).

À l'heure actuelle, il est difficile d'établir avec précision l'incidence et la prévalence des trois catégories de TMT au sein d'une population au travail en raison de la variabilité des méthodologies utilisées dans les différentes études (Antony & Swinson, 1996; Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994; Lépine, 2002). De façon générale, la prévalence à vie de la dépression majeure dans la population varie entre 15 % et 20 % (Blazer et al., 1994; Liu & Van Liew, 2003; Marcotte, Wilcox-Gok, & Redmon, 1999). Celle des troubles anxieux, tous diagnostics confondus, serait légèrement plus élevée que celle de la dépression majeure, soit de 20 % à 25 % (Kessler et al., 1994; Leon, Portera, & Weissman, 1995; Norton & Hope, 2005; Pélioso et al., 2002; Waghorn & Chant, 2005). L'American Psychiatric Association (1994) estime que la prévalence du trouble d'adaptation varie de 5 % à 20 % dans la population générale. Toutefois, Casey et al. (2001) soulignent qu'il est difficile d'en estimer l'importance puisque le diagnostic de trouble d'adaptation n'est pas considéré dans la plupart des études de prévalence des troubles mentaux. Des auteurs affirment que plus de 50 % des personnes en arrêt de travail suite à des troubles mentaux présentent un diagnostic de trouble d'adaptation (Nieuwenhuijsen et al., 2003; van der Klink & van Dijk, 2003). La durée de l'arrêt de travail excède fréquemment la période de temps estimée pour le rétablissement de l'état de santé. Par exemple, environ 20 % à 27 % des individus avec un trouble d'adaptation restent absents du travail plus d'un an, bien que les symptômes de ce trouble se résorbent généralement en quelques mois (Nieuwenhuijsen et al., 2003; Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005; van der Klink & van Dijk, 2003). Au niveau de la dépression majeure, l'amélioration sur le plan clinique est notée

après six à douze mois de traitement (Echeburúa, Salaberrià, de Corral, Cenea, & Berasategui, 2006). En somme, il semble que les troubles mentaux soient présents de façon importante dans les pays industrialisés. Cependant, leur prévalence et la durée de l'absence du travail n'ont pas encore été estimées de façon précise chez une population de travailleurs.

À ce jour, l'accent est souvent mis sur la prévention primaire ou sur l'insertion et le maintien en emploi des personnes avec un trouble mental grave. Or, il est de plus en plus reconnu qu'un même trouble mental n'entraînera pas nécessairement les mêmes conséquences, que la résolution des symptômes n'entraîne pas automatiquement la reprise des activités professionnelles et que des facteurs d'origines multiples sont impliqués dans l'absence prolongée due à un trouble mental (Blank, Peters, Pickvance, Wilford, & MacDonald, 2008; Goldner et al., 2004; Nieuwenhuijsen, 2004; Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk, & van Dijk, 2006; Pluta & Accordino, 2006; Schultz & Gatchel, 2008; van der Klink & van Dijk, 2003; Wilford et al., 2008; Zimmerman et al., 2006). Ainsi, il est important de développer des interventions pour favoriser le retour au travail des personnes ayant un TMT. Une des premières étapes de l'intervention est de procéder à une évaluation initiale qui permettrait d'identifier l'ensemble des facteurs pouvant influencer l'absence prolongée et le retour au travail. Par la suite, ces résultats permettront d'établir un plan personnalisé adressant dans un ordre prioritaire les cibles d'intervention pour favoriser le retour au travail des personnes ayant un TMT. Cette pratique existe en réadaptation au travail pour les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques et apparaît influencer positivement le retour au travail (Durand, Loisel, Hong, & Charpentier, 2002; Marois & Durand, 2009). Toutefois, à notre connaissance, il n'existe pas d'outil disponible pour aider les cliniciens à évaluer l'ensemble des facteurs pour les personnes ayant un TMT. Cette étude a donc tenté de combler cette lacune en développant un outil pour les cliniciens.

2. ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées de façon spécifique aux facteurs liés au retour au travail chez les personnes présentant des TMT (Millward, Lutte, & Purvis, 2005; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Shiels, Gabbay, & Ford, 2004). L'accent est souvent mis sur la maladie et la réduction des symptômes. Toutefois, outre le traitement des symptômes, d'autres facteurs semblent influencer la reprise d'activités professionnelles des personnes souffrant de dépression. Cette prémisse est en accord avec les travaux d'Anthony et Jansen (1984) ainsi que St-Arnaud et al. (2004) qui affirment qu'il n'existe peu ou pas de relation entre la symptomatologie présentée par une personne ayant un TMT et ses capacités fonctionnelles ou ses aptitudes de travail. Ainsi, la résolution des symptômes n'entraîne pas automatiquement la reprise des activités professionnelles (Goldner et al., 2004; Mintz, Mintz, Arruda, & Hwang, 1992; Nieuwenhuijsen, 2004; van der Klink & van Dijk, 2003). À l'inverse, le retour au travail ne garantit pas le recouvrement complet de la santé (St-Arnaud et al., 2003). Par conséquent, les récentes connaissances scientifiques suggèrent que les incapacités provoquées par les troubles mentaux sont de nature multifactorielle (Nieuwenhuijsen et al., 2006; Pluta & Accordino, 2006; Simon et al., 2000; van der Klink & van Dijk, 2003). Ces facteurs peuvent être regroupés en trois catégories :

- 1) les facteurs associés aux caractéristiques de la personne (ex. : âge, genre, sévérité des symptômes de la maladie, durée de l'absence, estime de soi, motivation, perception des capacités fonctionnelles, nombre d'épisodes d'arrêt de travail et identification au rôle de malade) (Dewa et al., 2003; Elinson, Houck, Marcus, & Pincus, 2004; Henderson, Glozier, & Elliott, 2005; Miller, 2004; Millet & Sandberg, 2003; Millward et al., 2005; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Rytsala et al., 2005; St-Arnaud et al., 2004);
- 2) les facteurs environnementaux de travail et l'activité de travail (ex. : attitude du superviseur, soutien du milieu de travail, absence liée à un problème au travail, interactions entre les partenaires impliqués dans la gestion du problème de santé, surcharge de travail, exigences du travail en dehors des compétences de l'individu) (Freeman, Cromwell, Aarenau, Hazelton, & Lapointe, 2004; Nieuwenhuijsen, 2004; Nieuwenhuijsen et al., 2003; Nieuwenhuijsen et al., 2006; St-Arnaud, Bourbonnais, Saint-Jean, & Rhéaume, 2007; St-Arnaud et al., 2003; St-Arnaud et al., 2004);
- 3) les facteurs liés au système de santé et au système de gestion de l'invalidité (ex. : politiques du système de santé, prise en charge précoce, durée de la couverture d'assurance, politiques d'indemnisations) (Blank et al., 2008; Dewa et al., 2003; Henderson et al., 2005; Pluta & Accordino, 2006; Salkever, Shinogle, & Goldman, 2003; St-Arnaud et al., 2004).

À ce jour, l'impact spécifique de chacun des facteurs sur la reprise d'un travail demeure peu documenté ou encore très morcelé (Millward et al., 2005; Nieuwenhuijsen, 2004). Par ailleurs, dans la pratique clinique actuelle, il n'existe pas d'approche systématique ni de cadre conceptuel qui évalue l'ensemble de ces éléments dans un contexte de retour progressif au travail (St-Arnaud et al., 2004). Les outils de mesure disponibles et actuellement utilisés dans le

domaine ont principalement pour objectif l'évaluation des capacités fonctionnelles des travailleurs (Plante, 2006). Par exemple, des instruments tels que le « Perceive : Recall : Plan : Perform (PRPP) System of Task Analysis » (Chapparo & Ranka, 1997), l'« Assessment of Motor and Process Skills » (Fischer, 1995), la « Canadian Occupational Performance Measure » (Carswell et al., 1996) ainsi que la « Global Assessment of Functioning Scale (GAF) » (Spitzer, Gibbon, & Endicott, 2000), ciblent les capacités des travailleurs sur les plans physique, cognitif, affectif et perceptuel avec peu d'égard à leur tâche ou à leur environnement de travail. D'autres instruments de mesure, tels que le « Worker Role Interview » (Veloza, Kielhofner, & Fisher, 1998), l'« Obstacles to Return-to-Work Questionnaire » (Marhold, Linton, & Melin, 2002) et le « Work Environment Survey » (Dick & Shepherd, 1994), s'intéressent à la perception qu'ont les personnes des variables psychosociales et environnementales qui pourraient influencer leur capacité de retour au travail (Plante, 2006). Les qualités psychométriques de ces instruments restent encore peu documentées pour la clientèle présentant des TMT. De plus, ils ne considèrent pas l'interaction entre les variables associées à la personne et l'environnement. Ainsi, à notre connaissance, aucun outil d'évaluation ne permet d'identifier l'ensemble des facteurs qui expliquent les situations de handicap au travail pour des personnes en absence du travail à cause de TMT (incluant le trouble d'adaptation, la dépression majeure, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique avec ou sans agoraphobie). Cette étude tentera de combler cette lacune.

3. OBJECTIFS

L'objectif général de ce projet est le développement d'un outil de mesure des facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail pour des personnes ayant un TMT. Le développement de l'outil et sa structure suit celui décrit dans Durand et al. (2002). Cet outil est destiné tant aux chercheurs qu'aux cliniciens impliqués dans des interventions de retour au travail. Les objectifs spécifiques sont de :

1. Répertorier les facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail chez des travailleurs présentant un TMT provenant tant de la littérature scientifique que de savoirs expérientiels;
2. Élaborer une version préliminaire de l'outil;
3. Réaliser une étude pilote de l'outil auprès de la clientèle cible.

4. CADRE CONCEPTUEL

Dans ce projet de recherche, deux cadres conceptuels ont été utilisés. Le premier est le Processus de production de handicap (PPH) développé par le Comité de révision de la proposition québécoise de classification (CQCIDIH) (Fougeyrollas, Bergeron, Cloutier, Côté, & St Michel, 1998). Dans ce cadre, le concept de handicap est élargi à la notion de « *situation de handicap* ». Le cadre conceptuel du PPH définit la situation de handicap selon laquelle la réalisation ou non d'une habitude de vie, c'est-à-dire une activité courante ou un rôle social qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence, résulte de l'interaction entre l'atteinte de systèmes organiques et des aptitudes (capacités et incapacités) de la personne d'une part et des facteurs environnementaux d'autre part (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & St-Michel, 1998). Dans cette perspective, le handicap est déterminé par la confrontation entre l'incapacité fonctionnelle présentée par un individu et les situations rencontrées dans la vie quotidienne. En reliant le handicap au quotidien, ce cadre définit le handicap en fonction des situations que rencontre l'individu. Il fait une distinction entre les macrosituations, tels l'exercice d'une profession ou aller à l'école, et les microsituations, telles que monter une marche, tourner une poignée, ou encore, appuyer sur un bouton. Ainsi, le handicap n'est plus uniquement restreint aux personnes handicapées, mais bien celui de toute une population, rendant tout un chacun susceptible d'être confronté à des situations handicapantes (Hamonet, 1990; Minaire, 1992). Tel que mentionné par Minaire (1983), « le handicap ainsi envisagé n'est pas une constante, mais une variable dépendante de situations sociales vécues par le sujet ». L'accent est mis sur la situation génératrice de handicap et non pas sur la personne porteuse d'une anomalie. Ce cadre est très éclairant sur les composantes de la situation de handicap au travail, mais reste global et non spécifique aux personnes présentant des troubles mentaux.

En complément à ce cadre, un deuxième modèle a servi de base à la présente recherche soit le « Modèle dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle » (St-Arnaud et al., 2003; St-Arnaud et al., 2004). Ce modèle a défini et regroupé certains facteurs personnels et environnementaux qui influencent le retour au travail des personnes en arrêt suite à des troubles mentaux. Les dimensions concernent 1) les facteurs individuels et organisationnels dans l'analyse du phénomène, 2) le rôle des acteurs impliqués dans la gestion médico-administrative de l'absence, 3) les facteurs qui jouent sur l'anticipation du retour au travail et ses conditions, et enfin, 4) les conditions de soutien dans le milieu de travail qui participent ou empêchent l'intégration et le maintien en emploi des travailleurs. La possibilité de revenir progressivement au travail, d'apporter des changements aux conditions qui ont contribué au retrait du travail et de bénéficier de l'accueil et du soutien des collègues et des supérieurs sont parmi les éléments qui favorisent un retour au travail réussi et le maintien en emploi.

Par conséquent, ces deux cadres conceptuels sont complémentaires et leur arrimage représente une base pour construire un outil visant à identifier les facteurs liés à l'absentéisme prolongé et au retour au travail.

5. MÉTHODES ET RÉSULTATS

Les trois objectifs spécifiques de cette étude s'inscrivent dans une approche de développement tel que défini par Contandriopoulos et al. (1990). Il s'agit plus précisément d'une stratégie de recherche visant le développement d'une nouvelle intervention, l'amélioration d'une intervention existante, l'élaboration ou le perfectionnement d'un d'instrument, et ce, à partir d'une utilisation systématique des connaissances existantes (Contandriopoulos et al., 1990).

5.1 Objectif 1 : Identification des facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail des travailleurs ayant un TMT

Cet objectif visait à répertorier les facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail chez des travailleurs présentant un TMT provenant tant des données issues de la littérature que celles fondées sur l'expérience.

5.1.1 Méthodes

Tel que mentionnée, la méthode utilisée s'inspire de la démarche décrite dans l'article de Durand et al. (2002). Il s'agit dans un premier temps de répertorier les facteurs contributifs à l'absence prolongée et aux différentes dimensions de la situation de handicap au travail auprès de différentes sources de données et en utilisant des méthodes adaptées.

La première source consiste en des écrits scientifiques. Pour ce faire, une revue systématique de la littérature et l'analyse des articles ont été réalisées. Les articles ont été sélectionnés par deux membres de l'équipe de recherche. Deux réviseurs indépendants ont fait le tri selon la correspondance des titres avec les critères suivants : l'objet d'étude devait inclure le retour au travail et l'absence prolongée due à un problème aigu (ou transitoire) de trouble mental. La recherche documentaire a combiné des mots-clefs en lien avec 1) les troubles mentaux (*mental disorder, affective disorders, depression, anxiety, mental illness, adjustment disorders, burnout*) et 2) le retour au travail (*return to work, workplace integration, work absence, employee absenteeism, professional reintegration, job re-entry, re-entry in labor force, reemployment*). Les bases de données suivantes ont été consultées : *Academic Search Complete, Medline, Psychological and Behavioral Sciences Collection, PsycInfo, Current Contents et Repères*. La période des années 1994 à 2009 a été couverte pour assurer une correspondance avec les critères diagnostiques du DSM-IV, demeurés inchangés dans la mise à jour du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994). Les études retenues utilisaient tant des méthodes de nature quantitative que qualitative, sans égard aux devis utilisés. Les études s'intéressant à la prévention primaire de la santé mentale au travail et à l'insertion au travail de personnes présentant un trouble mental grave ont été exclues. De même, les études concernant l'évaluation de programmes de réadaptation ont été rejetées. Les titres ont été classés en trois catégories : A) non relié au thème, B) relié au thème et C) impossible à déterminer. Pour les catégories B et C, les abrégés ont été consultés et un second tri a été réalisé par les deux réviseurs. De nouveau, les titres ont été catégorisés en A, B et C. Dans le cas d'un doute ou d'un désaccord entre les deux réviseurs concernant la rétention ou non des articles de la catégorie C, les articles ont été commandés et analysés afin de prendre une décision finale. Suite à l'identification des articles, une analyse de contenu a été faite. Une grille d'analyse avait été conçue afin de

systématiquement documenter l'objectif de l'article, les caractéristiques de l'équipe, la méthode utilisée, l'échantillon et les résultats. Tous les articles retenus ont été analysés par deux réviseurs de façon indépendante et leurs résultats ont été comparés. Si un désaccord apparaissait, les résultats étaient discutés à nouveau jusqu'à l'atteinte de consensus et au besoin, une consultation auprès d'un troisième réviseur était faite. Au total, un échantillon de 36 références sur 1201 références a été sélectionné. À partir de cette réduction, deux réviseurs ont procédé à une lecture des articles afin de déterminer leur acceptation ou leur rejet. Cette analyse a permis de conserver 21 références directement liées au sujet.

La seconde source de données consiste en divers informateurs-clefs impliqués dans le processus de retour au travail. Premièrement, des cliniciens d'expérience œuvrant au Québec ont été recrutés par le biais de méthode dite boule-de-neige, c'est-à-dire qu'un premier clinicien a été contacté puis a été questionné pour identifier d'autres cliniciens pouvant être répondre aux critères de sélection. Les critères d'inclusion étaient : être médecin, psychologue ou ergothérapeute et pratiquer en réadaptation au travail auprès d'une clientèle composée à 50 % ou plus de personnes absentes du travail pour la première fois en raison d'un TMT (soit trouble d'adaptation, dépression majeure, trouble de l'anxiété généralisée ou trouble panique avec ou sans agoraphobie tel que définis selon le DSM-IV-TR). Au total, neuf cliniciens ont été interviewés (trois hommes et six femmes). Parmi eux, trois étaient psychologues, deux étaient psychiatres et quatre étaient ergothérapeutes. Ils œuvraient tous dans le domaine de la réadaptation au travail. Leur nombre d'années d'expérience variait entre 2 et 25 ans, avec une moyenne de 7 ans. Un des psychologues ayant 15 ans d'expérience a cependant été exclu après l'entrevue, car de nouvelles informations transmises pendant celle-ci ont montré que les critères d'inclusion à l'étude n'étaient pas parfaitement respectés. Plus précisément, la clientèle de cet intervenant provenait d'un programme d'aide aux employés et les travailleurs n'étaient pas toujours en arrêt de travail ou ne l'étaient pas plus de trois mois.

De la même façon, des entrevues avec des travailleurs ont été réalisées. Ces derniers devaient être absents de leur travail pour une durée de plus de trois mois en raison d'un premier épisode de TMT dans l'année précédant la collecte de données. De plus, ils devaient avoir effectué un retour au travail pour une période d'au moins un mois avec un maintien ou un arrêt de travail par la suite. Les participants ont été recrutés par l'entremise de cliniciens œuvrant auprès de cette clientèle dans le domaine de la réadaptation au travail. Il s'agit donc d'un échantillonnage par interlocuteur-clé. Sept travailleurs ont été recrutés et interviewés (cinq femmes et deux hommes). Ils ont tous vécu un premier épisode d'arrêt de travail pour un TMT. Leur temps moyen d'arrêt de travail a été d'un an. Ils ont tous participé à un programme de réadaptation au travail. Parmi les diagnostics mentionnés, cinq avaient un trouble d'adaptation et deux de dépression. Les travailleurs rencontrés provenaient du secteur administratif (n=1), de l'informatique (n=3), du service à la clientèle (n=1) et de la gestion de personnel (n=2). De ce groupe, cinq participants ont conservé le même emploi et deux étaient en recherche d'emploi.

Finalement, des superviseurs ou responsables des ressources humaines ont également été rencontrés en entrevue et ont été recrutés selon un échantillonnage par choix raisonné, c'est-à-dire que des personnes provenant de diverses entreprises ont été contactées pour vérifier leur intérêt à participer à un projet de recherche. Le critère d'inclusion était : avoir été responsable de

réintégrer au travail un ou des travailleurs en absence du travail pour un TMT. Les travailleurs et les superviseurs n'étaient pas nécessairement associés ensemble, ils pouvaient être recrutés dans des milieux différents. Au total, sept entrevues auprès de huit personnes ayant une expérience dans le retour au travail d'employés absents en raison d'un TMT ont eu lieu. Ces dernières occupaient des postes de superviseur, gestionnaire des ressources humaines, chef de programme ou directeur. Ils œuvraient dans des grandes (n=5) ou moyennes entreprises (n=3). Il n'a malheureusement pas été possible d'identifier des superviseurs de petites entreprises dans le cadre de cette étude.

Des entrevues semi-dirigées d'une durée variant de 60 à 90 minutes ont été effectuées par deux interviewers. Trois guides d'entretien ont été développés par consensus entre les chercheurs de cette étude pour explorer respectivement les perceptions des cliniciens, celles des travailleurs et finalement, celles des superviseurs (Annexe 1). Les principaux thèmes abordés étaient liés aux obstacles et facilitateurs pour le retour au travail. Les participants ont tous signé un consentement et ont accepté que les entrevues soient enregistrées sur support audio. Tous les participants ont reçu une compensation monétaire pour le temps accordé au projet.

Le contenu de chacune des entrevues, enregistrées sur support audio, a été transcrit intégralement en respectant l'anonymat des participants. L'analyse des verbatim s'est déroulée tout au long de la collecte des données. Tel que présenté à la figure 1, le patron d'analyse a suivi trois étapes. Une première analyse de contenu intra-participant a permis de découvrir les facteurs identifiés par chacun d'eux, de conserver leur langage propre et le contexte dans lequel ces facteurs étaient mentionnés. Par la suite, tout en gardant séparés les résultats des trois groupes (cliniciens, travailleurs et superviseurs), une analyse inter-participant a fait ressortir les convergences et les divergences dans les discours. De cette réduction, trois listes ont été produites puis comparées. Enfin, ces trois listes ont été comparées avec les facteurs issus de la recension des écrits, favorisant la confirmation et la complétude des informations (Shih, 1998). Les catégories issues des analyses ont été déterminées selon leur capacité de discrimination entre les facteurs. De même, les facteurs qui pouvaient être codés dans plus d'une catégorie faisaient l'objet d'une clarification, modification ou élimination. Tous les résultats divergents ont été discutés et clarifiés jusqu'à ce que les analystes en arrivent à un niveau satisfaisant d'accord (Landry, 1997). À toutes les étapes, l'indice de fidélité (intra et inter-catégorie) pour les réductions et la triangulation, c'est-à-dire la comparaison des données de différentes sources, a atteint plus de 80 %, ce qui respecte les recommandations (Van der Maren, 1995).

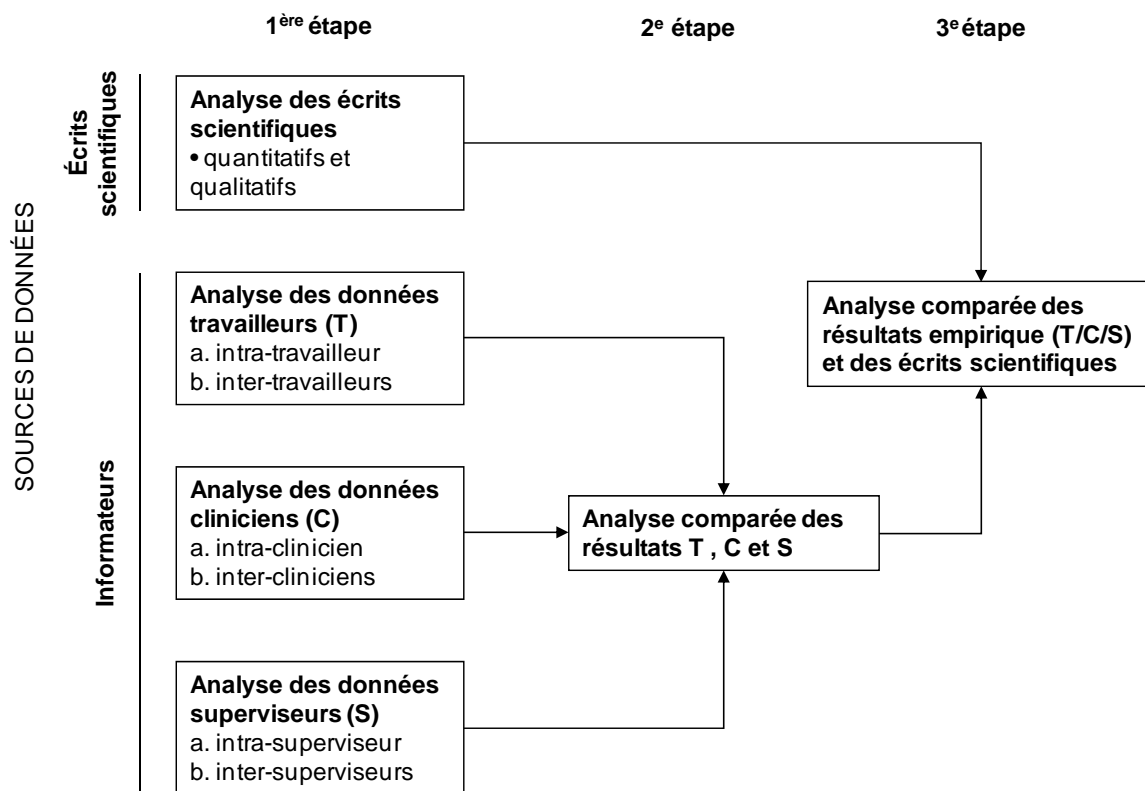


Figure 1 : Patron d'analyse des données

5.1.2 Résultats

Quarante-sept facteurs ayant un impact sur la durée de l'absence au travail et le retour au travail ont été identifiés. Les résultats de l'analyse des articles sont présentés en combinaison avec les données émergentes des entrevues. Les résultats provenant des entrevues avec les informateurs sont présentés dans le texte en utilisant le qualificatif d'« expérientiel ». L'ensemble des facteurs identifiés est présenté au tableau 1. Pour chaque facteur, la source d'origine de la donnée est identifiée. Ainsi, la lettre L identifie les données provenant des écrits scientifiques. La lettre E quant à elle correspond aux données issues de l'analyse des entrevues. Les facteurs sont classés en quatre grandes catégories : démographiques et sociaux, cliniques, occupationnels et liés au régime d'assurance.

Tableau 1 : Facteurs issus des écrits scientifiques et des entrevues

FACTEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIAUX	L	E
▪ Âge (Dewa et al., 2003; Engström & Janson, 2007; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Shiels et al., 2004; St-Arnaud et al., 2007)	x	x
▪ Charge parentale		x
▪ Genre masculin (Dewa et al., 2003; St-Arnaud et al., 2007; St-Arnaud et al., 2004; Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 1999; Young & Russel, 1995)	x	
▪ Genre féminin en combinaison avec la présence d'une humeur dépressive	x	x

(Koopmans, Roelen, & Groothoff, 2008; Millward et al., 2005; Young & Russel, 1995)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement social (Shiels et al., 2004) ▪ Barrières d'ordre culturel et/ou linguistique ▪ Présence d'un ou plusieurs événement(s) significatif(s) d'ordre personnel important(s) et récent(s) durant l'absence du travailleur 	x	x x
FACTEURS CLINIQUES	L	E
Situation clinique du travailleur		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antécédent(s) d'absence(s) prolongée(s) du travail pour TMT (Dewa et al., 2003; Engström & Janson, 2007; Shiels et al., 2004) ▪ Absence de traitement de la dépression de plus de six mois depuis l'arrêt de travail (traitement médicamenteux ou thérapie non-pharmacologique) ▪ Durée de l'absence (plus d'un an) (Dewa et al., 2003) ▪ Présence d'une comorbidité (mentale ou physique), incluant la dépendance à une substance psychoactive (Schultz & Gatchel, 2008; Shiels et al., 2004; Sullivan, Adams, Thibault, Corbière, & Stanish, 2006) ▪ Présence d'un trouble de stress post-traumatique associé au travail ▪ Sévérité des symptômes reliés au TMT (Koopmans et al., 2008; Shiels & Gabbay, 2007; Shiels et al., 2004; Sullivan et al., 2006) ▪ Traitement hors des normes établies dans les guides de pratique (Engström & Janson, 2007) ▪ Traitement médicamenteux modifié à plusieurs reprises (Nieuwenhuijsen et al., 2006; Post, Krol, & Groothoff, 2006) ▪ Usage à risque de médicament(s) ▪ De multiples absences du travail dans les deux dernières années pour divers motifs 	x x x x x x x x	 x x x x x x
Perceptions du travailleur de sa situation clinique		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible acceptation du travailleur d'être en arrêt de travail pour un TMT ▪ Perception négative concernant la durée de récupération (Busch, Goransson, & Melin, 2007; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Post et al., 2006; St-Arnaud et al., 2003) ▪ Présence d'inquiétudes relative à la gravité des conséquences du TMT (Busch et al., 2007; St-Arnaud et al., 2007; St-Arnaud et al., 2004) ▪ Absence de confiance dans le programme de réadaptation offert 	 x x	x x
FACTEURS OCCUPATIONNELS	L	E
Situation de travail		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poste de cadre supérieur (St-Arnaud et al., 2007; St-Arnaud et al., 2004) ▪ Précarité de l'emploi ▪ Degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur ▪ Faible participation aux décisions (Johansson, Lundberg, & Lundberg, 2006) ▪ Absence d'emploi ou d'employeur au dossier du travailleur 	x x	 x x x x

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coupures et/ou des restrictions de personnel au moment de la reprise du travail ▪ Grands changements ou changements rapides dans l'organisation de l'entreprise (St-Arnaud et al., 2004) ▪ Peu d'accommodements possibles au poste visé pour le retour au travail (St-Arnaud et al., 2004) ▪ Menaces de mises à pied dans l'organisation ▪ Expérience(s) d'échec de retour au travail ▪ Présence de préjugés au travail envers les troubles mentaux (St-Arnaud et al., 2004) ▪ Climat de tension ou la présence de conflit(s) relationnel(s) dans le milieu de travail ▪ Peu de reconnaissance de l'entourage organisationnel (St-Arnaud et al., 2003; St-Arnaud et al., 2004) ▪ L'employeur exige des précisions quant à l'échéance du retour du travailleur (St-Arnaud, Saint-Jean, & Damasse, 2006; St-Arnaud et al., 2004) ▪ Manque de communication entre l'employeur et le travailleur (St-Arnaud et al., 2007) ▪ Retour progressif affecte la charge de travail des collègues (St-Arnaud et al., 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> x x x x x x x 	<ul style="list-style-type: none"> x x x x x x x
<p>Perception du travailleur sur sa situation de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Craintes du travailleur face à la reprise du travail ▪ Manque de contrôle perçu par le travailleur sur la survenue des événements au travail ▪ Perception d'une surcharge qualitative (St-Arnaud et al., 2004) ▪ Craintes et anticipations du retour au travail dues au contexte et aux événements négatifs qui s'étaient déroulés avant le départ en absence du travailleur (St-Arnaud et al., 2004) ▪ Perception d'une forte compétition, d'exigences de performance et/ou de rendement élevé dans le milieu de travail du travailleur ▪ Pression perçue par le travailleur pour retourner au travail, qu'elle provienne de la famille, des amis, du médecin ou de l'assureur 	<ul style="list-style-type: none"> x x 	<ul style="list-style-type: none"> x x x x
FACTEURS LIÉS AU RÉGIME D'ASSURANCE	L	E
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Action légale au dossier (St-Arnaud et al., 2006; St-Arnaud et al., 2004) ▪ Faible couverture d'assurances ▪ Clauses d'exclusion de la couverture d'assurance en raison des antécédents de trouble mental (Salkever et al., 2003) ▪ Gains secondaires lors de l'arrêt de travail (Barmby, Nolan, & Winkelmann, 2001; Caveen, Dewa, & Goering, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> x x x 	<ul style="list-style-type: none"> x x x

Facteurs démographiques et sociaux

En tout, dix études ont identifié des caractéristiques démographiques et sociales des individus. Les facteurs identifiés sont : être âgé de plus de 44 ans, être de genre masculin qui est associé à une consultation tardive, être de genre féminin avec la présence d'un diagnostic de dépression qui est associé à l'absence prolongée et vivre un isolement social (Dewa et al., 2003; Engström & Janson, 2007; Koopmans et al., 2008; Millward et al., 2005; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Shiels et al., 2004; St-Arnaud et al., 2007; St-Arnaud et al., 2004; Stansfeld et al., 1999; Young & Russel, 1995). Les résultats des entrevues concordent avec deux facteurs et ajoutent la charge parentale lorsque celle-ci entrave le repos nécessaire au rétablissement du travailleur. Aussi, elles révèlent la présence d'un événement significatif d'ordre personnel (ex. : divorce, maladie ou perte d'un être cher) et les barrières d'ordre culturel et/ou linguistique (en particulier, lorsque le travailleur présente des difficultés à communiquer en français ou en anglais).

Facteurs cliniques

Douze études ont exploré des facteurs en lien avec la situation clinique du travailleur et huit facteurs ont été identifiés. Il s'agit de la sévérité des symptômes du TMT, la présence d'une comorbidité (physique ou mentale) incluant la dépendance à une substance psychoactive, un ou des antécédents d'absence prolongée pour un TMT, la durée de l'absence du travail qui est de plus d'un an, l'utilisation de traitements pharmacologiques ou thérapeutiques qui ne respectent pas les normes établies dans les guides de pratique, l'occurrence où le traitement médicamenteux est modifié à plusieurs reprises car les symptômes sont difficiles à stabiliser, la perception concernant la durée de récupération qui sera longue voire sans fin et la présence d'inquiétude relative à la gravité des conséquences du TMT comme la peur de perdre son autonomie ou d'être ostracisé par les collègues (Busch et al., 2007; Dewa et al., 2003; Engström & Janson, 2007; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Post et al., 2006; Schultz & Gatchel, 2008; Shiels & Gabbay, 2007; Shiels et al., 2004; St-Arnaud et al., 2007; St-Arnaud et al., 2003; St-Arnaud et al., 2004; Sullivan et al., 2006). Par ailleurs, les résultats des entrevues révèlent comme facteur que le travailleur accepte mal le diagnostic émis et d'être en arrêt de travail pour un TMT, la présence d'un trouble de stress post-traumatique notamment si le traumatisme s'est produit sur le lieu du travail, une absence de traitement pharmacologique ou autre de plus de six mois depuis l'arrêt de travail, l'utilisation à risque de médicaments (ex. : manque d'assiduité ou interaction médicamenteuse), de multiples absences du travail dans les deux années antérieures à l'accident pour d'autres motifs qu'un TMT et l'absence du travailleur de confiance envers le programme de réadaptation qui lui est offert.

Facteurs occupationnels

Cinq études ont documenté les facteurs occupationnels impliqués dans l'échec d'un retour au travail après une absence pour un TMT. Parmi les facteurs identifiés, 11 d'entre eux proviennent des écrits scientifiques dont cinq sont également rapportés dans les résultats des entrevues. Le fait d'occuper un emploi de cadre dans une entreprise est associé au risque de ne pas avoir de soutien des collègues et d'attendre trop longtemps avant de demander de l'aide, ce qui peut contribuer à complexifier la problématique et prolonger l'absence (St-Arnaud et al., 2007; St-Arnaud et al., 2004). Aussi, le peu de reconnaissance de l'entourage organisationnel, la

présence de préjugés au travail envers les troubles mentaux et la charge de travail des collègues qui risque d'être augmentée par le retour progressif peuvent grandement influencer la démarche de retour au travail (St-Arnaud et al., 2003; St-Arnaud et al., 2004). D'autres facteurs identifiés sont les grands changements ou les changements rapides dans l'organisation de l'entreprise qui bousculent la description et l'organisation des tâches du travailleur, la faible participation aux décisions, le manque de possibilité d'accommodements au travail en termes d'horaire ou de tâches, le manque de communication entre l'employeur et le travailleur durant son absence du travail et l'exigence de l'employeur d'avoir une date de retour au travail qui crée un stress supplémentaire au processus de rétablissement (Johansson et al., 2006; St-Arnaud et al., 2007; St-Arnaud et al., 2006; St-Arnaud et al., 2004). Enfin, deux autres facteurs scientifiques sont des perceptions que peuvent avoir les travailleurs : des craintes et anticipations du retour au travail dues au contexte et aux événements négatifs qui s'étaient déroulés avant le départ en absence et la perception d'une surcharge qualitative, c'est-à-dire d'avoir à accomplir des tâches trop complexes pour ses capacités actuelles (St-Arnaud et al., 2004).

Les données des entrevues révèlent des facteurs reliés à l'environnement social du travailleur comme le fait qu'il perçoit une pression de l'employeur pour qu'il maintienne un niveau élevé de rendement et de performance dès la reprise de son travail, la présence de compétition dans le milieu de travail, un climat de tension ou la présence de conflit relationnel dans le milieu de travail et la pression perçue par le travailleur pour qu'il retourne au travail. Les résultats des entrevues mentionnent aussi l'expérience d'échec de retour au travail, la précarité de l'emploi, les craintes du travailleur face à la reprise du travail (ex. : craintes de ne pas être en mesure de faire son travail ou d'avoir un accueil défavorable des collègues), la perception d'un manque de contrôle pour gérer les événements soudains et imprévus au travail et le degré élevé d'insatisfaction professionnelle chez le travailleur. Enfin, il a été nommé que la menace de mise à pied dans l'organisation du travailleur, l'absence d'emploi ou d'employeur au dossier, ainsi que des coupures et/ou restrictions de personnel au moment de la reprise du travail sont des facteurs nuisibles au retour au travail.

Facteurs liés au régime d'assurance

Cinq études ont identifié des facteurs liés au régime d'assurance. Ces facteurs comprennent une action légale au dossier (ex. : un employeur qui commande des expertises médicales pour remettre en cause le diagnostic du travailleur et son lien avec le milieu de travail) (St-Arnaud et al., 2006; St-Arnaud et al., 2004) et des clauses d'exclusion en fonction des antécédents de maladie (Salkever et al., 2003). À l'inverse, des contrats de remboursement des journées de maladie trop généreux ou d'autres incitatifs financiers tels que le paiement automatique du prêt hypothécaire peuvent aussi contribuer à prolonger les absences du travail (Barmby et al., 2001; Caveen et al., 2006). Un facteur nommé lors des entrevues s'ajoute à cette liste soit une faible couverture d'assurance qui influence la poursuite des traitements et parfois précipite la reprise du travail.

Autres facteurs

En outre, d'autres facteurs en lien avec le retour au travail ont été identifiés (tableau 2). Ces derniers n'ont pas été intégrés dans l'outil, car ils requièrent qu'un travailleur ait déjà tenté un ou plusieurs retours dans son milieu de travail. Il s'agit d'une dégradation des conditions de travail du poste antérieurement occupé par le travailleur, du maintien inchangé des facteurs qui avaient précipité l'absence du travail du travailleur, la réaffectation du travailleur à d'autres tâches sans son consentement et le manque de soutien de la part des collègues lors du retour au travail (St-Arnaud et al., 2006; St-Arnaud et al., 2003; St-Arnaud et al., 2004). À ces derniers, s'ajoute un facteur mentionné lors des entrevues sur l'instauration de mesures de surveillance et un contrôle accru du travail lors du retour du travailleur.

Tableau 2 : Facteurs liés à l'exposition au travail

Facteurs liés à l'exposition au travail	L	E
▪ Dégradation des conditions de travail du poste occupé antérieurement (St-Arnaud et al., 2004)	x	x
▪ Instauration de mesures de surveillance et un contrôle accru du travail lors du retour du travailleur		x
▪ Maintien inchangé des facteurs ayant précipité le départ du travailleur (St-Arnaud et al., 2006)	x	
▪ Réaffectation du travailleur à une autre tâche sans consentement lors du retour au travail (St-Arnaud et al., 2004)	x	
▪ Manque de soutien de la part des collègues lors du retour au travail (St-Arnaud et al., 2006; St-Arnaud et al., 2003; St-Arnaud et al., 2004)	x	

Enfin, trois signaux rouges ont été identifiés par les cliniciens. Le concept de signaux rouges (« red flags ») est emprunté de la littérature sur les maux de dos et représente des indices qui laissent suspecter une pathologie grave requérant des soins médicaux spécifiques (Waddell, 2004). Les signaux rouges identifiés par les cliniciens concernent le risque suicidaire élevé, la perte de contact avec la réalité et d'autres conditions de santé personnelles requérant une prise en charge médicale rapide.

5.2 Objectif 2 : Élaboration d'une version préliminaire de l'outil

Cet objectif avait pour but d'élaborer une version préliminaire de l'outil nommé l'Outil d'identification de la situation de handicap au travail adapté à des personnes présentant des troubles mentaux transitoires (OISHT-TMT).

5.2.1 Méthodes

La version préliminaire de l'outil a été développée à partir de l'OISHT utilisé auprès de travailleurs présentant des troubles musculosquelettiques (Durand et al., 2002). Cet outil avait été construit à partir d'un panel d'experts et était basé sur le modèle de Processus de production du handicap (Fougeyrollas et al., 1998). Il est utilisé lors d'une rencontre initiale entre deux cliniciens désignés et une personne en absence du travail. La principale caractéristique de l'outil est que les facteurs influençant l'absence prolongée et le retour au travail, appelé dans le cadre de l'outil les Indicateurs de situation de handicap au travail (ISHT), sont intégrés directement aux questions de l'entrevue. Par conséquent, le clinicien qui interroge une personne a un rappel de chaque indicateur au fur et à mesure qu'il questionne un élément ou une dimension de la situation de handicap au travail. Il peut donc immédiatement identifier si le facteur est présent. De plus, des questionnaires autoadministrés sont également ajoutés afin d'apprécier et de trianguler des concepts clefs dans la problématique. Ces questionnaires sont l'inventaire de détresse psychologique (Préville, Boyer, & Potvin, 1992), le questionnaire Roland-Morris sur l'incapacité (Roland & Fairbank, 2000), le questionnaire APGAR au travail mesurant le soutien au travail (Williams et al., 1998), le questionnaire TAMPA sur la kinésiophobie (Crombez, Vlaeyen, Heuts, & Lysens, 1999) et l'échelle numérique de douleur (Ohnhaus & Adler, 1975).

Le développement de l'outil pour la clientèle présentant des TMT a été réalisé en suivant cinq étapes. L'appellation des ISHT pour les facteurs influençant l'absence prolongée et le retour au travail a été conservée pour le présent travail. L'utilisation d'un outil existant a permis de reprendre plusieurs questions développées sur des facteurs similaires et accélérer la mise en page.

Étapes :

1. Regroupement des ISHT de l'outil développé pour les troubles musculosquelettiques abordant l'incapacité au travail avec les facteurs identifiés dans l'objectif 1 de la présente étude (tableau 1).
2. Élaboration de questions en lien avec les facteurs répertoriés à l'objectif 1, non présents dans l'OISHT développé pour les troubles musculosquelettiques.
3. Élaboration de l'OISHT pour les travailleurs présentant des troubles mentaux transitoires (OISHT-TMT) et d'un guide d'utilisation contenant un lexique des différents ISHT.

4. Prétest qualitatif de la première version du guide auprès de trois cliniciens-utilisateurs pour s'assurer de la clarté et la précision des questions et de la formulation des ISHT. Chaque ISHT a été révisé un par un et les questions posées étaient les suivantes : 1) est-ce que la formulation de cet ISHT est claire et précise?, 2) est-ce que cet ISHT vous apparaît à la bonne place dans l'entretien? et 3) est-ce que, selon vous, les questions posées au travailleur permettent d'aller identifier cet ISHT? Les cliniciens participants devaient être des personnes familières avec la passation de l'OISHT. Les commentaires ont été notés de façon manuscrite et des précisions ont été apportées à la nouvelle version.
5. Détermination d'outils supplémentaires pour ajouter à l'OISHT afin d'appuyer les impressions diagnostiques et le niveau de fonctionnement de la personne évaluée. La sélection a été réalisée par des experts en santé mentale. Les critères de sélection de ces outils étaient : 1) la validité des outils, 2) la rapidité et 3) la simplicité d'utilisation dans le cadre clinique. Les propositions ont été recueillies une première fois auprès des participants créant ainsi une liste d'outils. Un second contact a été fait avec chaque participant avec la liste des outils répertoriés dans l'échange précédent, leur qualité psychométrique, leur durée d'administration et la nature des résultats produits. Au terme cette étape, des outils ont été sélectionnés.

5.2.2 Résultats

Une version préliminaire de l'OISHT-TMT a été réalisée ainsi qu'un guide d'utilisation. L'outil est structuré en sept sections : 1) condition de santé antérieure et actuelle (14 ISHT), 2) habitudes de vie (1 ISHT), 3) histoire sociofamiliale (6 ISHT), 4) situation financière (2 ISHT), 5) environnement de travail (19 ISHT), 6) perception et attentes du travailleur (2 ISHT) et 7) analyse des résultats et recommandations. En plus, trois signaux rouges ont été ajoutés à la fin des sections.

Un guide d'utilisation a été développé afin d'aider les cliniciens à clarifier comment chaque ISHT influence la situation de handicap au travail. Par exemple, l'âge du travailleur est un indicateur s'il a plus de 44 ans et qu'il est associé à de grands changements dans l'organisation du travail auxquels la personne a de la difficulté à s'adapter.

Un prétest qualitatif a eu lieu auprès de trois cliniciens. Il s'agit de deux ergothérapeutes (expérience respective de 15 et 3 ans en réadaptation au travail) et d'un ergonomiste (expérience de 6 ans). Lors de ce prétest, des précisions à 26 ISHT ont été requises. Ces précisions concernaient principalement les définitions des ISHT du guide d'utilisation. Aussi, six ISHT ont été déplacés dans les sections afin de mieux correspondre aux questions de l'entrevue. Enfin, huit questions ont été reformulées afin de permettre de recueillir de façon plus précise l'information pour mieux identifier les ISHT. Par exemple, dans la section sur l'environnement de travail, la question sur le contexte de départ a été précisée en ajoutant des exemples entre parenthèses (ex. : conflits avec les collègues, départ brusque sans avertissement, etc.).

Finalement, cinq experts en santé mentale ont été consultés pour explorer les outils supplémentaires à ajouter à l'OISHT-TMT. Il s'agissait de trois psychologues (expérience variant entre 1 et 6 ans) et deux ergothérapeutes œuvrant dans le domaine de la réadaptation au

travail depuis 4 et 8 ans respectivement. Au total, trois tests ont été retenus en regard des critères prédéterminés :

1. Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV-TR (SCID-I) : Le SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*) est un outil pour poser un diagnostic sur les principaux TMT. Cette entrevue permet d'évaluer les critères du DSM-IV, est divisée en 10 modules et couvre les domaines suivants : troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles d'abus de substances, troubles anxieux, troubles somatoformes, troubles alimentaires et troubles de l'adaptation. Le SCID est considéré comme le « gold standard » pour déterminer un diagnostic en santé mentale. Les études psychométriques ont démontré une bonne validité (Fennig, Craig, Lavelle, Kovasznay, & Bromet, 1994; Kranzler, Kadden, Babor, Tennen, & Rounsaville, 1996; Ramirez Basco et al., 2000; Shear et al., 2000) et fidélité inter-juge (Skre, Onstad, Torgersen, & Kringlen, 1991; Williams et al., 1992; Zanarini & Frankenburg, 2001; Zanarini et al., 2000).
2. Évaluation globale du fonctionnement (EGF) : L'évaluation globale du fonctionnement (*Global Assessment of Functioning Scale*) permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel global de la personne sur un continuum allant de 1, valeur représentant l'individu le plus malade, à 100, valeur représentant un individu ayant un niveau de symptômes et fonctionnant d'une façon satisfaisante dans son milieu social ou sa famille (Spitzer et al., 2000). L'échelle est basée sur la classification du DSM-IV et est particulièrement utile pour suivre les progrès cliniques de patients au moyen d'un score unique. Cet outil a démontré une fidélité inter-juge acceptable (Soderberg, Tungstrom, & Armelius, 2005), mais une faible validité prédictive (Moos, Nichol, & Moos, 2002). Cet outil est largement utilisé tant en recherche qu'en clinique.
3. L'évaluation de la tension au travail est évaluée à l'aide du *Job Content Questionnaire* (Karasek et al., 1998; Karasek et al., 1985; Karasek & Theorell, 1990). Ce questionnaire est composé de 29 items répartis en trois échelles : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social (Johnson & Hall, 1988). L'échelle de la demande psychologique (9 items) mesure la perception qu'ont les travailleurs de la quantité de travail à accomplir, des exigences mentales et des contraintes de temps liées à leur travail. L'échelle de la latitude décisionnelle est composée de deux sous-échelles : l'autorité décisionnelle (3 items) et l'utilisation des qualifications (6 items). Le soutien social est composé de deux sous-échelles : le soutien social des supérieurs (5 items) et le soutien social des collègues (6 items). L'ensemble des items contenus dans cette échelle permettent de mesurer trois composantes du soutien social des superviseurs et collègues (Bourbonnais & Mondor, 2001). La version française des sous-échelles de demande psychologique et de la latitude décisionnelle a été validée par Larocque et al. (1998). Les coefficients alpha de Cronbach obtenus varient de 0,68 à 0,85 supportant la validité interne de l'instrument. La validité discriminante est également satisfaisante selon Larocque et al. (1998).

Lors de l'administration de l'OISHT-TMT, trois étapes ont été identifiées. La première étape pour l'intervenant est d'identifier les ISHT qui sont présents chez la personne en absence du travail en raison de TMT, et ce, directement dans l'outil.

Pour la deuxième étape, l'intervenant doit identifier à la fin de l'outil, le poids relatif de chaque ISHT quant au développement ou au maintien de l'incapacité au travail. Pour ce faire, une échelle ordinale à sept niveaux (de 1 – pas du tout probable à 7 – tout à fait probable) est complétée. Ainsi, l'intervenant doit répondre pour chaque ISHT dans quelle mesure cet indicateur représente un facteur lié la reprise du travail de l'individu. Au terme de cette pondération, l'intervenant extrait les principaux ISHT qui se démarquent par leur importance et prend connaissance des résultats des questionnaires supplémentaires soit l'entrevue clinique structurée SCID-I, l'évaluation globale du fonctionnement et le *Job Content Questionnaire*.

Dans un troisième temps et à partir de cette liste et des informations complémentaires, il sélectionne en priorisant les ISHT qui contribuent de façon la plus importante à l'absence du travail et ceux qui pourraient avoir un effet catalyseur sur la réduction d'autres ISHT suite à une intervention. Deux catégories d'indicateurs sont présentes : modifiables (ex. : craintes de rechute) et non modifiables (ex. : âge). À partir de cette dernière liste d'ISHT, des recommandations sont élaborées afin de supprimer les ISHT ou encore réduire l'impact de ceux-ci. Plus précisément, des interventions spécifiques seront ciblées sur les ISHT modifiables tandis que pour les ISHT non modifiables, l'intervenant assurera un suivi étroit de l'influence de cet indicateur sur l'atteinte des objectifs au cours de la réadaptation. À noter que les recommandations peuvent être de natures diverses telles que référer à un psychiatre pour préciser un diagnostic, référer à un psychologue pour un recadrage cognitif ou encore, effectuer une exposition graduelle au travail.

5.3 Objectif 3 : Étude pilote de l'outil

Cet objectif avait pour but de réaliser une étude pilote de l'outil auprès des utilisateurs afin de cerner les leviers et les obstacles à son utilisation.

5.3.1 Méthodes

Pour cet objectif, une approche exploratoire a été utilisée visant à établir la clarté, la précision et l'acceptabilité du contenu de l'outil. Pour ce faire, des cliniciens devaient administrer l'outil auprès de cinq personnes en absence prolongée du travail en raison d'un TMT et admis à un programme de réadaptation. Les critères d'inclusion des clients étaient les suivants : 1) être absent du travail pour la première fois en raison d'un TMT avec un diagnostic de trouble d'adaptation, de dépression majeure, de trouble d'anxiété généralisée ou de trouble panique avec ou sans agoraphobie posé par un médecin selon les critères du DSM-IV-TR et 2) avoir une durée d'absence du travail entre 3 et 12 mois.

Au terme de l'expérimentation de l'OISHT-TMT, une entrevue dirigée d'une durée de 60 minutes a été réalisée avec les cliniciens qui ont administré l'outil dans le but de cerner les leviers et obstacles à l'utilisation de celui-ci. Le guide d'entrevue (Annexe 2) a été développé à partir du « modèle d'adhésion des médecins aux guides de pratique » (Maue, Segal, Kimberlin, & Lipowski, 2004) et adapté pour les besoins de l'étude. Ce modèle décrit l'effet des obstacles et des éléments facilitateurs sur l'adhésion des intervenants de la santé aux guides de pratique. Les entrevues ont été enregistrées sur support audio et la liste de questions a été envoyée aux

participants 10 jours avant le rendez-vous. Le verbatim des entrevues a été retranscrit. Une analyse de contenu de premier niveau a été réalisée pour chaque clinicien. Par la suite, un deuxième niveau d'analyse a permis de cibler les convergences et les divergences entre les cliniciens. Les résultats de ces analyses ont été rapportés aux chercheurs et ont permis l'élaboration d'une deuxième version de l'OISHT-TMT.

5.3.2 Résultats

Deux cliniciens experts ayant une bonne connaissance de l'approche d'évaluation ont utilisé l'OISHT-TMT et ont participé à une entrevue. Ces derniers avaient respectivement 12 et 6 années d'expérience dans l'administration de l'OISHT.

La présentation et le format de l'outil ont d'abord été remis en question par les deux participants. En effet, ils ont souligné le peu de convivialité du format pendant l'administration de celui-ci. Des suggestions ont été faites pour réduire le nombre de pages et réaménager des sections. Également, les participants ont nommé leur difficulté à utiliser l'échelle proposée dans la version préliminaire qui était une échelle ordinaire de sept catégories. Ils ont mentionné qu'il y avait un trop grand nombre de catégories et ont préféré ne pas l'utiliser, car la pondération des catégories intermédiaires apparaissait peu claire. Par contre, une échelle de cinq points leur semblait plus acceptable dans le contexte où un des objectifs de la structure de l'outil est de favoriser une explicitation de la pondération et l'analyse finale des données. Par ailleurs, les deux participants ont identifié certains ISHT dont la définition du lexique n'apparaissait pas claire dans l'interprétation de ceux-ci. Par exemple, l'ISHT « Faible couverture des frais de traitement » portait à confusion. Il a été modifié par « une faible couverture d'assurance : couverture des frais est insuffisante pour que le travailleur puisse suivre les traitements et/ou le type de contrat d'assurance offre une couverture désavantageuse pour le travail, ce qui l'incite à reprendre son travail plus rapidement malgré le fait qu'il ne se sente pas encore prêt ».

À la suite de ces entrevues, une liste de modifications a été élaborée. Cette liste a été retournée aux deux participants afin de vérifier si la compréhension des changements était adéquate. Six échanges ont eu lieu avant d'obtenir l'approbation finale des modifications.

6. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de développer un outil de mesure des facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail des personnes ayant un TMT. Elle s'inscrit dans une volonté scientifique d'amorcer l'étude des facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail en santé mentale avec une méthodologie faite sur mesure pour appréhender les facteurs rencontrés dans la pratique courante par diverses personnes impliquées dans le processus de retour au travail et de les arrimer aux écrits scientifiques. Cette étude était structurée en trois étapes. La première a permis de répertorier, par l'entremise de revue de la littérature et d'entrevues, un total de 47 facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail de personnes ayant un TMT. Les cadres conceptuels retenus dans cette étude (Fougeyrollas, 1991; St-Arnaud et al., 2003) ont permis de positionner la recherche de facteurs au niveau de l'individu, de son interaction avec le travail et également de son activité de travail. Les étapes 2 et 3 ont permis d'élaborer, de prétester et d'expérimenter l'outil avec des utilisateurs ciblés qui l'ont utilisé auprès de la clientèle d'intérêt. Ceci a permis d'apporter quelques modifications à l'outil pour qu'il soit plus compréhensible et facile d'utilisation et de documenter des obstacles et facilitateurs à son utilisation dans la pratique courante.

Dans cette étude, la recherche des facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail a été réalisée auprès de différentes sources. D'abord, la recension des écrits a révélé qu'encore peu d'études se sont penchées sur le retour au travail, la majorité d'entre elles abordent plutôt les fréquences d'absence du travail, les absences de courtes durées, les facteurs prédisant un arrêt pour les personnes avec un trouble mental et le maintien en emploi des personnes présentant un trouble mental grave (Corbière, Lesage, Villeneuve, & Mercier, 2006; Wewiorski & Fabian, 2004). À notre connaissance, une seule étude a déjà entrepris une recension des facteurs de risque de l'absence prolongée du travail lors d'un TMT (Blank et al., 2008). La plupart des études quantitatives recensées ont exploré de multiples facteurs, sans toutefois tenir compte de la comorbidité physique ou mentale, limitant ainsi la possibilité de tirer des conclusions claires (Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk, & van Dijk, 2004; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Pluta & Accordino, 2006; van der Klink & van Dijk, 2003). Il semblerait pourtant que plusieurs facteurs sont en interaction avec d'autres ou dépendent de la présence de l'autre tel que la présence d'incapacité d'effectuer une éventuelle reprise du travail, des inquiétudes au sujet des exigences de performance et le manque de contrôle sur la survenue des événements au travail (Crook, Milner, Schultz, & Stringer, 2002). Enfin, la définition même du concept de « trouble mental » n'est pas uniforme à travers les écrits limitant ainsi la possibilité de comparaison et de généralisation des résultats (Blank et al., 2008). Par ailleurs, la sélection des écrits dans cette étude a été réalisée uniquement par thématique sans égard à la nature et la robustesse des devis de recherche. Ce choix a été motivé par la pauvreté actuelle des connaissances dans le domaine et supporté par l'étude de Blank et al. (2008) qui rapporte que lors de l'application de méthodes statistiques rigoureuses, peu de facteurs sont identifiés. Ce choix a permis de répertorier un plus grand nombre de facteurs, mais qui devront être confirmés dans de prochaines études. Ainsi, malgré les faiblesses mentionnées, l'analyse des écrits scientifiques a permis d'identifier au total 26 facteurs dont 13 sont communs avec les résultats émergeant des entrevues. Les facteurs ont été regroupés sous quatre grandes dimensions : démographique et sociale, clinique, occupationnel et lié au régime d'assurance.

L'ajout d'entrevues auprès de personnes impliquées dans le processus de retour au travail à la recension des écrits scientifiques a permis de découvrir 21 facteurs de plus que ceux retrouvés dans les écrits. Les entrevues ont donc permis de faire émerger environ le tiers de nouveaux facteurs non rapportés dans les écrits scientifiques. Ces résultats confirment l'importance d'approfondir les écrits actuels avec des approches qualitatives puisqu'elles sont nettement insuffisantes pour traduire le phénomène complexe de l'incapacité prolongée en raison de TMT. En plus d'apporter un complément d'information sur les facteurs, elles permettent aussi de développer un outil qui répond mieux aux besoins des utilisateurs. L'identification de ces facteurs fondés sur l'expérience a suivi une démarche rigoureuse. En effet, la fidélité inter-juges a été vérifiée pendant l'analyse des entrevues et pendant la triangulation avec les résultats de la recension des écrits. Aussi, les résultats issus des entrevues qualitatives ont atteint une saturation au sein de chaque groupe ainsi qu'entre les groupes, révélant ainsi que les acteurs impliqués dans ce phénomène étaient témoins d'une réalité semblable. Toutefois, une limite à noter parmi les participants des entrevues est l'absence de travailleurs en arrêt de travail en raison d'un trouble anxieux. Il est donc possible que d'autres facteurs propres à cette clientèle n'ont pas été identifiés dans cette étude. D'autres études sont requises pour vérifier si les facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail sont communs entre les trois catégories de TMT soit les troubles anxieux, les troubles de l'adaptation et les troubles de l'humeur.

Dans leur état actuel, les facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail apparaissent isolés, voire sans lien explicite au sein d'une même dimension. Toutefois, les hypothèses identifiées pour expliquer les résultats font encore plus ressortir leur insertion au sein d'un système de facteurs interreliés. Par exemple, le genre masculin est un facteur de risque de développer une absence prolongée identifié dans cinq études retenues (Dewa et al., 2003; St-Arnaud et al., 2007; St-Arnaud et al., 2004; Stansfeld et al., 1999; Young & Russel, 1995). Ce facteur de risque s'expliquerait en outre par le fait que les hommes attendent trop longtemps avant de consulter pour avoir une aide, ce qui en soi est un autre facteur de risque identifié dans les écrits (Dewa et al., 2003). Ceci pourrait être aussi dû à une difficulté d'accepter le diagnostic de trouble mental (facteur identifié dans les entrevues) ou encore du fait que les hommes parleraient moins de leurs problèmes personnels que les femmes (St-Arnaud et al., 2004). Un autre exemple concerne la durée de l'absence qui lorsqu'elle se prolonge à plus d'un an devient un facteur de risque (Dewa et al., 2003). Ce facteur peut être expliqué, entre autres, par le fait qu'il peut être lié à la sévérité des symptômes (Koopmans et al., 2008; Shiels & Gabbay, 2007; Shiels et al., 2004; Sullivan et al., 2006), à un traitement médicamenteux qui aurait été modifié à plusieurs reprises car les symptômes du travailleur seraient difficiles à stabiliser (Nieuwenhuijsen et al., 2006; Post et al., 2006), ou encore aux croyances négatives de l'individu concernant la durée du traitement (Busch et al., 2007; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Post et al., 2006; St-Arnaud et al., 2003).

Par conséquent, il ne suffit pas seulement d'identifier et de compiler les facteurs présents pour porter un jugement sur l'incapacité prolongée, mais aussi de tenter de comprendre leurs interactions mutuelles. Une meilleure compréhension de ces interactions fera que les facteurs seront plus facilement identifiables puisqu'ils seront contextualisés dans une compréhension globale et interdépendante. Cette mise en contexte et pondération des facteurs est donc le résultat d'un jugement clinique. Dans le contexte de l'utilisation de cet outil en clinique, il apparaît donc

essentiel de former les cliniciens à l'utilisation de celui-ci afin de s'assurer d'une analyse des facteurs qui reposent sur un raisonnement clinique entraîné plutôt que sur une simple compilation d'une liste de facteurs. La formation proposée consisterait alors à les exposer à différents cas afin de forger avec eux les balises du raisonnement clinique propre à la problématique de cette clientèle.

Cette étude a été conduite avec le souci de développer un outil compréhensif et utile aux utilisateurs. Ainsi, plusieurs cliniciens ont été consultés et l'outil a été pré-testé auprès de travailleurs et adaptés aux besoins des cliniciens. Bien qu'une étude pilote ait été effectuée, cette étape n'a pas permis une réelle implantation et adoption de l'outil dans les milieux. Elle est essentielle avant d'amorcer une phase de validation de l'outil et son implantation dans les milieux cliniques et de recherche (Dillman, 2000; Streiner & Norman, 2008). Elle n'est toutefois pas suffisante pour s'assurer de son intégration à la pratique courante. Pour en faciliter l'utilisation, l'ensemble des facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail ont été intégrés à l'entretien initial du clinicien. L'OISHT-TMT prend la forme d'un guide d'évaluation pour une personne en absence prolongée en raison de TMT. Il s'inscrit parfaitement comme une des pratiques basées sur les données probantes, car il se base sur des données provenant autant de la littérature scientifique que des utilisateurs et offre une démarche systématique d'identification des facteurs. Or, dans les étapes futures à entreprendre pour que cet outil soit intégré à la pratique courante, il faudra considérer l'ensemble des obstacles et des leviers à l'adoption de cette innovation. En effet, plusieurs auteurs ont souligné que l'adoption d'une innovation en santé est complexe et de multiniveaux. Fleuren et al. (2004), dans une étude sur les déterminants d'une innovation dans les organisations de soins de santé, ont identifié 50 déterminants classés dans quatre principales catégories : 1) caractéristiques du contexte sociopolitique (ex. : fardeau financier imposé par l'innovation, concordance avec les règles et législations), 2) caractéristiques de l'organisation (ex. : taille, expertise disponible, procédure logistique requise par l'innovation, nombre de clients potentiels), 3) caractéristiques des utilisateurs (ex. : support des collègues et du supérieur immédiat, compétences et connaissances requises, considérations éthiques) et 4) caractéristiques de l'innovation (ex. : avantage relatif, compatibilité, complexité, testabilité, observabilité). Le choix des stratégies qui seront utilisées pour favoriser l'adoption de l'OISHT-TMT devront tenir compte de ces déterminants. De prime abord, l'OISHT-TMT semble offrir l'avantage d'être unique et de favoriser une pratique d'évaluation systématique et basée sur les données probantes dans le domaine de l'incapacité au travail. Cependant, pour en permettre l'adoption, une stratégie d'implantation et de soutien à l'implantation devra être mise en place. Cette stratégie devra à la fois susciter la motivation des intervenants de la santé par différentes stratégies éducatives, mais également les soutenir dans l'adoption de cette innovation par leur milieu.

Le résultat principal de cette étude est la création d'un outil d'évaluation qui tient compte de l'ensemble des systèmes personnel, médical, de l'environnement de travail et de l'assureur qui contribuent à créer, maintenir ou réduire l'incapacité à long terme. Cette position est appuyée par des études qui reconnaissent la nature multifactorielle de l'incapacité prolongée en raison de trouble mental (Nieuwenhuijsen et al., 2006; Pluta & Accordino, 2006; van der Klink & van Dijk, 2003; Wilford et al., 2008). Il s'agit de la première étape d'une approche intégrée de traitement et de réadaptation pour les travailleurs. L'étude de Marois et Durand (2009) a montré

que la détection précoce des facteurs liés à l'absence prolongée et au retour au travail avaient un effet positif sur l'issue d'un programme de réadaptation. L'hypothèse proposée pour expliquer ces résultats est que la connaissance des facteurs très tôt dans le programme permettait aux cliniciens d'individualiser l'intervention et de les cibler dès le commencement (Linton et al., 2005; Waddell, Burton, & Main, 2003). Par ailleurs, l'intervention en réadaptation au travail incluant le milieu de travail naturel reste encore peu documentée pour des personnes présentant des TMT. L'étude de Briand et al. (2007) a mis en lumière de façon prometteuse les éléments d'un programme de retour au travail pour les cas de troubles musculosquelettiques qui seraient transposables à la problématique de santé mentale. Aussi, plusieurs modèles conceptuels en lien avec les troubles musculosquelettiques (voir Baril et al. (2008) pour une recension complète des modèles) pourraient partager certains éléments avec la problématique de santé mentale et permettre une organisation des données issues des diverses sources. Par conséquent, l'OISHT est une première étape vers une approche d'intervention plus holistique et intégrée. Les efforts doivent être maintenant centrés sur la validation de l'outil, l'implantation et l'élaboration plus fine de l'intervention de retour au travail pour les personnes ayant un TMT.

7. CONCLUSION

Cette étude s'intéresse aux facteurs contributifs de l'absence prolongée et au retour au travail chez des individus souffrant d'un TMT. Elle répond à un besoin actuel dans le milieu des entreprises et des cliniques aux prises avec des travailleurs absents du travail en raison d'un TMT. La nature multidimensionnelle des facteurs identifiés et la complexité de la problématique rendent difficile, voire impossible, d'isoler les facteurs significatifs pour ce problème de santé. L'utilisation de diverses sources d'information a toutefois permis d'augmenter la compréhension de la complexité de la problématique. Il ressort que les perceptions et les représentations des travailleurs, les facteurs de l'organisation et de l'environnement du travail ainsi que les facteurs liés au régime d'assurance agissent en synergie pour favoriser ou nuire au retour au travail des individus. Afin de faciliter le dépistage systématique de ces facteurs, l'OISHT-TMT a été élaboré pour les intervenants travaillant auprès de personnes présentant des TMT. Cet outil est un premier effort pour améliorer l'intervention auprès des travailleurs en intégrant une vision holistique de la problématique. Dans les prochaines années, des études supplémentaires devront être réalisées afin de valider cet outil.

LISTE DES PUBLICATIONS PRODUITES DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE SUBVENTION

Présentations à des congrès avec comité de pairs

- Durand, MJ, St-Arnaud, L, Briand, C, Coutu, MF, Corbière, M. Développement d'un outil diagnostique de la situation de handicap au travail pour les personnes en absence prolongée du travail pour des raisons de santé mentale. Symposium : Santé psychologique et milieu de travail : des méthodes et des pratiques à construire. Association internationale de psychologie du travail de langue française, Québec, 19-22 août 2008.
- Durand, MJ, St-Arnaud, L, Briand, C, Coutu, MF, Corbière, M, Rouleau, A. L'entretien diagnostique et l'incapacité au travail : un nouvel outil. 3^e Conférence Internationale CIST sur les facteurs psychosociaux au travail, De la connaissance à l'action, Québec, Canada, 1-4 septembre 2008.
- Durand, MJ, St-Arnaud, L, Briand, C, Coutu, MF, Corbière, M, Rouleau, A. Work disability diagnostic interview (WoDDI) first step for use with individuals on a long-term work absence for mental health reasons. 14th European Congress of Work and Organisational Psychology, Santiago de Compostela, Spain, 13-16 May 2009.

Manuscrit soumis à un journal avec comité de pairs

- Durand, MJ, Corbière, M, Briand, C, Coutu, MF, St-Arnaud, L. Facteurs contribuant à la situation de handicap au travail pour les personnes en absence prolongée du travail pour des raisons de santé mentale. (en préparation).

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Text Revision* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. Research and policy implications. *American Psychologist*, 39(5), 537-544.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1996). *Les troubles anxieux : Orientations futures de la recherche et du traitement* Ottawa: Ministre des Approvisionnement et Services Canada.
- Baril, R., Durand, M. J., Coutu, M. F., Côté, D., Cadieux, G., Rouleau, A., et al. (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*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barmby, T., Nolan, M., & Winkelmann, R. (2001). Contracted workdays and absence. *The Manchester School*, 69(3), 269-275.
- Berndt, E. R., Finkelstein, S. N., Greenberg, P. E., Howland, R. H., Keith, A., Rush, A. J., et al. (1998). Workplace performance effects from chronic depression and its treatment. *Journal of Health Economics*, 17(5), 511-535.
- Bilsker, D., Wiseman, S., & Gilbert, M. (2006). Managing depression-related occupational disability: a pragmatic approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 76-83.
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., & MacDonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 27-34.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 151, 979- 986.
- Boisvert, W. (2004). Prescrire un antidépresseur. *Le Médecin du Québec*, 39(5), 41-47.
- Bourbonnais, R., & Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec. *American Journal of Industrial Medicine*, 39(2), 194-202.
- Briand, C., Durand, M. J., St-Arnaud, L., & Corbière, M. (2007). Work and mental health: learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 444-457.
- Busch, H., Goransson, S., & Melin, B. (2007). Self-efficacy beliefs predict sustained long-term sick absenteeism in individuals with chronic musculoskeletal pain. *Pain Practice : the Official Journal of World Institute of Pain*, 7(3), 234-240.

- Carswell, A., Polatajko, H., Law, M., Baptiste, S., McColl, M. A., Pollock, N., et al. (1996). *Canadian Occupational Performance Measure*. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Casey, P., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, *179*(6), 479-481.
- Caveen, M., Dewa, C. S., & Goering, P. (2006). The influence of organizational factors on return-to-work outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *25*(2), 121-142.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (1997). *The Perceive: Recall: Plan: Perform (PRPP) System of task Analysis. Occupational Performance Model*. Sydney: Total Print Control.
- Chen, S.-Y., Jordan, C., & Thompson, S. (2006). The effect of cognitive behavioral therapy (CBT) on depression: The role of problem-solving appraisal. *Research on Social Work Practice*, *16*(5), 500-510.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potevin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Corbière, M., Lesage, A., Villeneuve, K., & Mercier, C. (2006). Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, *31*(2), 215-235.
- Cox, T., Griifins, D., Rial-Conzalez, E. (2000). *European Agency for Safety and Health at Work: research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, *80*(1-2), 329-339.
- Crook, J., Milner, R., Schultz, I. Z., & Stringer, B. (2002). Determinants of occupational disability following a low back injury: A critical review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *12*(4), 277-295.
- Dewa, C., Hoch, J., Lin, E., Paterson, M., & Goering, P. (2003). Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *British Journal of Psychiatry*, *183*(6), 507-513.
- Dewa, C., Lesage, A., Goering, P., & Caveen, M. (2004). Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *Healthcare Papers*, *5*(2), 12-25.
- Dick, N., & Shepherd, G. J. (1994). Work and mental health: A preliminary test of Warr's model in sheltered workshops for the mentally ill. *Journal of Mental Health*, *3*(3), 387-400.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: the tailored design method* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 658-670.

- Durand, M. J., Loisel, P., Hong, Q. N., & Charpentier, N. (2002). Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *Journal Occupational Rehabilitation, 12*(3), 191-204.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., Cenea, R., & Berasategui, T. (2006). Treatment of mixed anxiety-depression disorder: long-term outcome *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34*(1), 95-101.
- Elinson, L., Houck, P., Marcus, S. C., & Pincus, H. A. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services, 55*(1), 29-34.
- Engström, L.-G., & Janson, S. (2007). Stress-related sickness absence and return to labour market in Sweden. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal, 29*(5), 411-416.
- Fennig, S., Craig, T., Lavelle, J., Kovasznay, B., & Bromet, E. J. (1994). Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis. *Comprehensive Psychiatry, 35*(5), 341-348.
- Fischer, A. G. (1995). *Assessment of Motor and Process Skills*. Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. *International Journal of Quality in Health Care, 16*(2), 107-123.
- Fougeyrollas, P. (1991). Le processus de production des handicaps. *Cahiers ethnologiques, 19*(13), 99-132.
- Fougeyrollas, P., Bergeron, H., Cloutier, R., Côté, J., & St Michel, G. (1998). *Classification québécoise: Processus de production du handicap*. Québec: Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH).
- Freeman, D., Cromwell, C., Arenau, D., Hazelton, M., & Lapointe, M. (2004). Factors leading to successful workplace integration of employees who have experiences mental illness. *Employee Assistance Quarterly, 19*(4), 51-58.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M.-R. (Eds.). (2000). *Mental Health in the Workplace: Introduction, Executive Summaries*. Geneva: International Labour Organization.
- Gelhart, R. P., Hand-Ronga, N., & King, H. L. (2002). Group cognitive-behavioral treatment of depression and the interaction of demographic variables. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(4), 469-486.
- Goldner, E., Bilsker, D., Gilbert, M., Myette, L., Corbiere, M., & Dewa, C. S. (2004). Disability management, return to work and treatment. *Healthcare Papers, 5*(2), 76-90.
- Hamonet, C. (1990). *Les Personnes Handicapées*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K. H. (2005). Long term sickness absence. *British Medical Journal, 330*(7495), 802-803.
- ICSI (2006). *Depression Improvement Across Minnesota, Offering a New Direction*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement.
- International Labour Organization (1993). *Job Stress : The 20th century disease*. Geneva: United Nations Office.

- Johansson, G., Lundberg, O., & Lundberg, I. (2006). Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation, 16*(2), 185-195.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the swedish working population. *American Journal of Public Health, 78*(10), 1336-1342.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology 3*(4), 322-355.
- Karasek, R., Gordon, G., Pietrokovsky, C., Frese, M., Pieper, C., Schwartz, J., et al. (1985). *Job Content Questionnaire: Questionnaire and Users' Guide*. Lowell: University of Massachusetts.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*(1), 8-19.
- Koopmans, P. C., Roelen, C. A. M., & Groothoff, J. W. (2008). Sickness absence due to depressive symptoms. *International Archives of Occupational Environmental Health, 81*(6), 711-719.
- Kranzler, H. R., Kadden, R. M., Babor, T. F., Tennen, H., & Rounsaville, B. J. (1996). Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction, 91*(6), 859-868.
- Landry, R. (1997). L'analyse de contenu. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (pp. 329-356). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Larocque, B., Brisson, C., & Blanchette, C. (1998). Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du « Job Content Questionnaire » de Karasek. *Revue d'épidémiologie et de santé publique 46*(5), 371-381.
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry (Suppl), 166*(27), 19-22.
- Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(suppl 14), 4-8.
- Linton, S. J., Gross, D., Schultz, I. Z., Main, C., Cote, P., Pransky, G., et al. (2005). Prognosis and the identification of workers risking disability: research issues and directions for future research. *Journal of Occupational Rehabilitation, 15*(4), 459-474.
- Liu, P. M., & Van Liew, D. A. (2003). Depression and burnout. In J. P. Kahn & A. M. Langlieb (Eds.), *Mental health and productivity in the workplace. A handbook for organizations and clinicians* (pp. 433-457). San Francisco: Jossey-Bass.

- Marcotte, D. E., Wilcox-Gok, V., & Redmon, P. D. (1999). Prevalence and patterns of major depressive disorder in the United States labor force. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2(3), 123-131.
- Marhold, C., Linton, S. J., & Melin, L. (2002). Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(2), 65-75.
- Marois, E., & Durand, M.-J. (2009). Does participation in interdisciplinarity work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability & Rehabilitation* 31(12), 994-1007.
- Maue, S. K., Segal, R., Kimberlin, C. L., & Lipowski, E. E. (2004). Predicting physician guideline compliance: An assessment of motivators and perceived barriers. *American Journal of Managed Care*, 10(6), 383-391.
- Miller, D. D. (2004). Psychosocial issues and the return-to-work process. *OT Practice*, 9(3), 16-20.
- Millet, P., & Sandberg, K. W. (2003). Individual status at the start of rehabilitation: implications for vocational rehabilitation programs. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 20(2), 121-129.
- Millward, L. J., Lutte, A., & Purvis, R. G. (2005). Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 565-573.
- Minaire, P. (1983). Le handicap en porte-à-faux. *Prospective et santé*, 26(3), 39-46.
- Minaire, P. (1992). Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *Bulletin of the World Health Organization*, 70(3), 373-379.
- Mintz, J., Mintz, L. I., Arruda, M. J., & Hwang, S. S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 761-768.
- Moos, R. H., Nichol, A. C., & Moos, B. S. (2002). Global Assessment of Functioning ratings and the allocation and outcomes of mental health services. *Psychiatric Services*, 53(6), 730-737.
- Nieuwenhuijsen, K. (2004). *Employees with common mental disorders: from diagnosis to return to work [thesis]*. University of Amsterdam, Amsterdam.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J., de Boer, A. G. E. M., Blonk, R., & van Dijk, F. J. H. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(10), 817-823.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J., Siemerink, D., & Tummers-Nijssen, D. (2003). Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(suppl 1), i21-i25.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W., & van Dijk, F. J. (2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(1), 67-74.

- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and Anxiety, 20*(4), 198-202.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36*(2), 79-97.
- Nystuen, P., Hagen, K. B., & Herrin, J. (2001). Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scandinavian Journal of Public Health, 29*(3), 175-182.
- Oei, T. P. S., Bullbeck, K., & Campbell, J. M. (2006). Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *Journal of Affective Disorders, 92*(2-3), 231-241.
- Ohnhaus, E. E., & Adler, R. (1975). Methodological problems in the measurements of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale. *Pain, 1*(4), 377-384.
- Olie, J. P. (2005). *Stratégies thérapeutiques de la dépression = Therapeutic strategies for depression*. Paper presented at the Thérapie, Séminaire annuel de formation en pharmacologie expérimentale et clinique No 9, Cernay-la-ville, France.
- Pélissolo, A., André, C., Chignon, J.-M., Dutoit, D., Martin, P., Richard-Berthe, C., et al. (2002). Épidémiologie des troubles anxieux en psychiatrie libérale : prévalences, comorbidité et retentissement (étude DELTA). *L'Encéphale, 28*(6), 510-519.
- Plante, M. (2006). *La mesure de la capacité fonctionnelle au travail des personnes ayant un problème de santé mentale [mémoire]*. Université Laval, Québec.
- Pluta, D. J., & Accordino, M. P. (2006). Predictors of return to work for people with psychiatric disabilities: a private sector perspective. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 49*(2), 102-110.
- Post, M., Krol, B., & Groothoff, J. W. (2006). Self-rated health as a predictor of return to work among employees on long-term sickness absence. *Disability and Rehabilitation, 28*(5), 289-297.
- Préville, M., Boyer, R., & Potvin, L. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec*. Québec: Santé Québec.
- Ramirez Basco, M., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W., et al. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1599-1605.
- Ranno, J. P. (2000). *Santé mentale et stress au travail*. Montréal: Sun Life, Vice-présidence, opérations vie et groupe invalidité
- Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine, 25*(24), 3115-3124.
- Rude, S., & Bates, D. (2005). The use of cognitive and experiential techniques to treat depression. *Clinical Case Studies, 4*(4), 363-379.

- Rytsala, H. J., Melartin, T. K., Leskela, U. S., Sokero, T. P., Lestela-Mielonen, P. S., & Isometsa, E. T. (2005). Functional and work disability in major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(3), 189-195.
- Salkever, D. S., Shinogle, J. A., & Goldman, H. (2003). Return to work and claim duration for workers with long-term mental disabilities: impacts of mental health coverage, fringe benefits, and disability management. *Mental Health Services Research, 5*(3), 173-186.
- Schultz, I. Z., & Gatchel, R. J. (2008). *Handbook of Complex Occupational Disability Claims: Early Risk Identification, Intervention, and Prevention* (2 ed.). New York: Springer.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F., 3rd (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 293*(21), 2601-2608.
- Shear, M. K., Greeno, C., Kang, J., Ludewig, D., Frank, E., Swartz, H. A., et al. (2000). Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry, 157*(4), 581-587.
- Shiels, C., & Gabbay, M. B. (2007). Patient, clinician, and general practice factors in long-term certified sickness. *Scandinavian Journal of Public Health, 35*(3), 250-256.
- Shiels, C., Gabbay, M. B., & Ford, F. M. (2004). Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners, 54*(499), 86-91.
- Shih, F. J. (1998). Triangulation in nursing research: issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing, 28*(3), 631-641.
- Simon, G. E., Revicki, D., Heiligenstein, J., Grothaus, L., VonKorff, M., Katon, W. J., et al. (2000). Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *General Hospital Psychiatry, 22*(3), 153-162.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*(2), 167-173.
- Soderberg, P., Tungstrom, S., & Armelius, B. A. (2005). Reliability of global assessment of functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatric Services, 56*(4), 434-438.
- Spencer, D. C., & Nashelsky, J. (2005). Counseling or antidepressants for treating depression? *American family physician, 72*(11), 2309-2310.
- Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Endicott, J. (2000). *Global Assessment Scale (GAS), Global Assessment of Functioning (GAF) Scale, Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2007). Determinants of return-to-work among employees absent due to mental health problems. *Relations industrielles, 62*(4), 690-713.

- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Damasse, J. (2006). Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health, 25*(2), 303-315.
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2003). De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale. *Santé mentale au Québec, 28*(1), 193-211.
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Damasse, J. (2004). S'absenter du travail pour un problème de santé mentale: une épreuve qui exige du soutien. *Le Médecin du Québec, 39*(5), 89-93.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine, 56*(5), 302-307.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Sullivan, M. J. L., Adams, H., Thibault, P., Corbière, M., & Stanish, W. D. (2006). Initial depression severity and the trajectory of recovery following cognitive-behavioral intervention for work disability. *Journal of Occupational Rehabilitation, 16*(1), 60-71.
- van der Klink, J. J., & van Dijk, F. J. (2003). Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 29*(6), 478-487.
- Van der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles: De Boeck.
- Velozo, C., Kielhofner, G., & Fisher, G. (1998). *Worker Role Interview*. Chicago: University of Illinois.
- Waddell, G. (2004). *The back pain revolution* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Waddell, G., Burton, A. K., & Main, C. J. (2003). *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. London, UK: Royal Society of Medicine Press.
- Waghorn, G. R., & Chant, D. C. (2005). Employment restrictions among persons with ICD-10 anxiety disorders: characteristics from a population survey. *Anxiety Disorders, 19*(6), 642-657.
- Webster, T., & Bergman, B. (1999). Occupational stress: counts and rates. *Compensation and Working Conditions, 4*(3), 38-41.
- Wewiorski, J., & Fabian, E. (2004). Association between demographic and diagnostic factors and employment outcomes for people with psychiatric disabilities: a synthesis of recent research. *Mental Health Services Research, 6*(1), 9-21.
- Wilford, J., McMahon, A. D., Peters, J., Pickvance, S., Jackson, A., Blank, L., et al. (2008). Predicting job loss in those off sick. *Occupational Medicine, 58*(2), 99-106.
- Williams, J. B., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., et al. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry, 49*(8), 630-636.
- Williams, R. A., Pruitt, S. D., Doctor, J. N., Epping-Jordan, J. E., Wahlgren, D. R., Grant, I., et al. (1998). The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 79*(4), 366-374.

- Young, A. E., & Russel, J. (1995). Demographic, psychometric, and case progression information as predictors of return-to-work in teachers undergoing occupational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5(4), 219-234.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 369-374.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., et al. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 291-299.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Boerescu, D., & Attiullah, N. (2006). Discordance between self-reported symptom severity and psychosocial functioning ratings in depressed outpatients: Implications for how remission from depression should be defined. *Psychiatry Research*, 141(2), 185-191.

ANNEXE 1 : GUIDES D'ENTREVUES (OBJECTIF 1)

Guide d'entrevue pour les travailleurs

Introduction : Afin de mieux comprendre ce qui a facilité ou au contraire a été un obstacle lors de votre retour au travail, nous aimerions pour commencer, aborder le problème de santé qui a entraîné votre absence du travail.

A. Description de la situation initiale

1. Était-ce la première fois que vous avez eu une absence au travail pour un trouble mental transitoire?
2. Décrivez-moi ce problème de santé?
3. Quand avez-vous cessé de travailler?
4. Actuellement, croyez-vous présenter encore le même problème de santé?
5. Avez-vous décidé d'aller chercher une aide professionnelle? Si oui, quand?
6. Qu'est-ce qui a motivé cette action?
7. Avez-vous reçu un diagnostic? Par qui?
8. Quelle a été votre réaction face au diagnostic?
 - surprise
 - en accord
 - en désaccord
 - soulagement
 - stress
 - en colère
9. Avez-vous reçu un traitement? Quand? Précisez : nom, durée de prise de médicament et dosage
10. De qui vient cette initiative de traitement?
11. Quels intervenants avez-vous vus pour votre problème?
12. Aviez-vous confiance dans le jugement clinique des intervenants?
13. Vous sentiez-vous compris et écouté par les intervenants?
14. Quels résultats attendiez-vous des services offerts? (rétablissement, durée?)

B. Caractéristiques et impacts du problème

15. Quel impact votre problème de santé a-t-il eu sur votre vie?
 - sur votre entourage
 - à la maison
 - au travail
16. Combien de temps avez-vous souffert de ce problème de santé? Y a-t-il eu des hauts et des bas?
17. Plus précisément, combien de temps a duré votre absence du travail?
18. D'après vous, est-ce que le retrait du travail était d'une durée suffisante? Pourquoi?
19. Que suggèreriez-vous à une personne ayant la même problématique face à son retour au travail?

C. Retour au travail

20. De quelle manière votre retour au travail a été réalisé?
21. Accommodements (type), progression, étapes, type de rencontre, avec qui?
22. Si présence d'un retour progressif au travail, durée du retour progressif au travail et mode d'implantation
23. Qui a déterminé les modalités de votre retour?
24. Selon vous, qu'est-ce qui vous a aidé à retourner au travail?
25. Selon vous, qu'est-ce qui a nui à votre retour au travail?
26. Selon vous, est-ce que des éléments auraient pu être améliorés? Lesquels?
27. Avez-vous l'impression d'avoir pris part aux différentes décisions quant au retour au travail? Est-ce que vous désiriez participer aux décisions?
28. Actuellement, avez-vous repris l'ensemble de vos tâches de travail? Comment cela s'est-il déroulé?

D. Caractéristiques du travail

29. Pouvez-vous décrire les caractéristiques de votre travail?
30. Est-ce que vous jugez que certains éléments de votre travail sont exigeants pour votre santé mentale? Exemples :
 - Surcharge de travail
 - Rythme élevé de production exigé
 - Relations difficiles avec le supérieur
 - Absence de soutien social de la part des collègues de travail
 - Faible reconnaissance des pairs et du superviseur
 - Conflit de rôle majeur
 - Manque de participation aux décisions et circulation insuffisante de l'information (niveaux individuel et organisationnel)
 - Changements organisationnels rapides
 - Autres...
31. Au contraire, y a-t-il certains éléments de votre travail que vous jugez aidant pour votre santé mentale? Si oui, lesquels?

E. Impacts du trouble mental transitoire sur le travail

32. Depuis votre retour, avez-vous repris l'ensemble de vos tâches de travail? Comment cela s'est-il déroulé?
33. Est-ce que quelque chose a changé entre vous et vos collègues, votre superviseur?
34. Comment ont-ils réagi face à votre problème de santé?
35. Avez-vous eu à vous expliquer sur les raisons de votre absence? Quand l'avez-vous fait?
36. Comment décrivez-vous votre relation avec votre employeur? Avant et après votre absence?

En terminant, est-ce que vous aimeriez ajouter un élément qui vous a aidé ou a été un obstacle au retour au travail et que nous n'avons pas abordé?

Guide d'entrevue pour les cliniciens

Introduction : Nous nous intéressons actuellement aux obstacles et aux leviers associés au retour au travail de personnes qui ont eu des troubles mentaux transitoires, par exemple une dépression ou encore un épuisement professionnel. Vous avez été choisi car vous avez, comme clinicien, accompagné des personnes dans ce contexte particulier. Nous aimerions pour commencer aborder avec vous la clientèle que vous desservez et par la suite discuter les différentes composantes du processus de réadaptation.

A. Description de la clientèle desservie

1. En général, quel est le type de clientèle que vous rencontrez dans votre pratique?
 - Quels sont les principaux diagnostics?
 - Qui pose les diagnostics habituellement?
 - Quelle est la proportion de personnes que vous traitez qui occupe de façon régulière un travail rémunéré?
 - Quelles sont en général les durées d'absence au travail des personnes présentant des problèmes de santé mentale?
 - Par rapport à leur épisode de maladie, les personnes vous consultent à quel moment? (ex. début du problème, tardivement)
2. Généralement pour votre clientèle, qui est le référent? (CSST, SAAQ, assurances privées, médecin traitant, autres intervenants de la santé, etc.)

B. Description du processus de réadaptation

3. Comment définiriez-vous le retour progressif au travail?
4. Quel est, selon vous, le but d'un retour progressif au travail?
5. Est-ce que vous l'utilisez comme modalité d'intervention?
6. Comment procédez-vous?

Sous-questions au besoin :

 - Utilisez-vous la description des tâches fournie par l'employeur ou une banque comme REPÈRE?
 - Faites-vous un suivi téléphonique avec le travailleur?
 - Faites-vous d'autres interventions?
 - Allez-vous au poste de travail?
 - Faites-vous une analyse du poste?
 - Rencontrez-vous le superviseur et le responsable des ressources humaines (ou l'équivalent)?
 - Est-ce que vous rencontrez les collègues de travail?
 - Est-ce que vous participez à la détermination des tâches qui vont être attribuées lors du retour progressif au travail?
 - Évaluez-vous la possibilité de moduler les activités du retour au travail?
 - Comment modulez-vous l'activité au travail?
 - Donnez-vous de l'assistance?
 - Modifiez-vous les heures de travail?

- Modifiez-vous les tâches?
- Faites-vous une hiérarchisation des activités?
- Établissez-vous une gradation des exigences au travail?
- Sur quoi vous basez-vous pour établir cette gradation?
- Évaluez-vous la progression du travailleur? Comment?
- Est-ce que le travailleur a un rôle dans la détermination des activités du retour progressif?

C. Recherche des facilitants et des obstacles au retour au travail

7. Parmi les travailleurs que vous avez pris en charge :
 - Est-ce qu'il y a des cas typiques de succès et d'échec dans le processus d'intervention, c'est-à-dire ceux qui retournent au travail et ceux qui ne retournent pas au travail?
8. Plus précisément, ceux qui retournent au travail se caractérisent par :
 - Caractéristiques personnelles (incluant le diagnostic)
 - Environnement psychosocial de travail
 - Évènements de la vie hors travail
9. À l'inverse, ceux qui ne retournent pas au travail se caractérisent par :
 - Caractéristiques personnelles (incluant le diagnostic)
 - Environnement psychosocial de travail
 - Évènements de la vie hors travail

D. Évaluation des patients/ Environnement de travail

10. Comment procédez-vous pour évaluer :
 - Les capacités de travail
 - Les exigences du travail
 - Les exigences hors normes
 - Surcharge de travail
 - Rythme élevé de production exigé
 - Pauvres relations avec le supérieur
 - Absence de soutien social au travail
 - Faible reconnaissance (estime de l'entourage)
 - conflit de rôle majeur
 - Manque de participation aux décisions et circulation insuffisante de l'information (niveaux individuel et organisationnel)
 - Changements organisationnels rapides
11. Mesurez-vous les exigences du travail et les capacités du travailleur?
 - Si non, quelle en est la raison?
 - Si oui, quel est votre niveau de confort avec cette démarche?
12. Quelle est votre aisance à déterminer l'aptitude à reprendre un travail pour une personne qui vous consulte? (interaction entre capacités et exigences, compatibilité)

Guide d'entrevue pour les superviseurs

Introduction : Nous nous intéressons actuellement aux obstacles et aux leviers associés au retour au travail de personnes qui ont eu des problèmes de santé psychologique, par exemple une dépression ou encore un épuisement professionnel. Vous nous avez été référé car vous avez, comme superviseur ou gestionnaire en ressources humaines, accompagné des personnes dans ce contexte particulier. Afin de rendre les échanges très concrets, nous vous invitons à vous remettre en mémoire la dernière personne que vous avez accompagnée ou encore une personne dont l'expérience de retour au travail vous a marqué. Cette personne doit être de retour au travail à son poste de travail où à un autre, à temps complet ou partiel. Si vous pensez à d'autres personnes que vous avez accompagnées et dont le déroulement était très différent de celui dont vous nous entretenez, vous pouvez en faire mention durant l'entrevue. Nous aimerions pour commencer aborder avec vous les modalités du retour de la personne que vous avez maintenant en tête.

A. Retour au travail

1. Pour nous aider à comprendre vos réponses à propos de la personne que vous avez en tête, nous souhaitons savoir si vous connaissez le trouble mental transitoire dont il s'agissait.
 - Connaissez-vous l'origine de ce problème?
 - Est-ce que cette personne s'était déjà absente du travail? Pour quelle raison?
2. Selon vous, qu'est-ce qui a aidé la personne à retourner au travail?
3. De quelle manière le retour au travail de cette personne a-t-il été réalisé?
 - Y a-t-il eu un retour progressif?
 - Quelle(s) forme(s) d'accommodements a ou ont été mis en place?
 - Est-ce que vous avez assuré une forme de soutien à l'employé durant son absence du travail et à son retour?
 - Assuriez-vous un suivi dans les semaines qui ont suivi?
 - Qui a déterminé les modalités de retour au travail de la personne?
 - Est-ce que la personne a pris part aux différentes décisions quant à son retour au travail? De quelle façon selon vous?
 - Quelle a été votre propre implication dans la prise de décisions par rapport à cette personne?
4. Selon vous, qu'est-ce qui a nui ou rendu plus difficile le retour au travail?
5. Selon vous, est-ce que la durée du retrait du travail a été suffisante pour ce travailleur?
6. Avez-vous constaté que cette personne avait encore des difficultés à remplir ses fonctions au travail après son retour? Si oui, est-ce que des actions particulières ont été entreprises?
7. Pendant la démarche, qu'attendiez-vous des services professionnels? (psychologue, ergothérapeute, médecin)
8. Dans vos échanges, est-ce que cette personne a justifié son absence? Devait-elle le faire?
9. Quelles ont été les directives de la direction de votre entreprise (employeur) face au retour au travail de cette personne?
10. Quels appuis ou latitude avez-vous reçus de la direction de votre entreprise quant à la démarche de retour au travail pour cette personne? (forme d'accommodements, nombre et nature de la communication)

11. Lors du retour au travail, avez-vous déjà rencontré des conflits d'intérêts entre les différentes instances impliquées? (ex. : ressources humaines, superviseur, médecin, psychiatre)
12. Comment avez-vous ressenti la gestion de cette démarche ? (ex. : exigeante, facile, difficile à gérer avec les autres partenaires)
13. Selon vous, dans la démarche qui a été utilisée, y a-t-il des éléments à améliorer? Lesquels?
14. En tant que gestionnaire (ou superviseur), ressentez-vous parfois le besoin d'avoir de l'aide ou de discuter de la gestion de ces personnes avec d'autres?
15. Est-ce que vous vous sentez seul ou isolé parfois dans la gestion des retours au travail?

B. Caractéristiques du travail

Nous allons maintenant aborder les caractéristiques du poste du travailleur dont nous parlons. D'abord, il est nécessaire de bien distinguer le travail occupé par le travailleur avant sa période d'absence et le travail où le retour au travail s'est effectué.

S'agit-il du même travail?

Si oui,

16. Pouvez-vous identifier les caractéristiques du travail? (titre, exigences, organisation, conditions)
17. Est-ce que vous jugez que certains éléments du travail de la personne étaient exigeants pour la santé mentale du travailleur auquel vous pensez? Exemples :
 - Surcharge de travail
 - Rythme élevé de production
 - Relations difficiles avec le supérieur
 - Absence de soutien social de la part des collègues de travail
 - Faible reconnaissance des pairs et du superviseur
 - Conflit de rôle majeur
 - Manque de participation aux décisions et circulation insuffisante de l'information (niveaux individuel et organisationnel)
 - Changements organisationnels rapides
 - Autres
18. Au contraire, y a-t-il certains éléments du travail qui à votre avis ont été favorables pour la santé mentale du travailleur? Si oui, lesquels?

Si non (c.-à-d., postes de travail différents avant et après l'épisode d'absence au travail)

Quels sont les motifs justifiant le changement de poste? (changement dans l'organisation du travail, exigences de poste trop élevées)

Pour le travail avant l'épisode d'absence du travail :

19. Pouvez-vous identifier les caractéristiques du travail que la personne avait avant son absence? (titre, exigences, organisation, conditions)
20. Est-ce que vous jugez que certains éléments de ce travail étaient exigeants pour sa santé mentale? Exemples :
 - Surcharge de travail
 - Rythme élevé de production
 - Relations difficiles avec le supérieur
 - Absence de soutien social de la part des collègues de travail

- Faible reconnaissance des pairs et du superviseur
- Conflit de rôle majeur
- Manque de participation aux décisions et circulation insuffisante de l'information (niveaux individuel et organisationnel)
- Changements organisationnels rapides
- Autres

21. Au contraire, y a-t-il certains éléments du travail qui à votre avis ont été favorables pour la santé mentale du travailleur? Si oui, lesquels?

Pour le travail après l'épisode d'absence du travail :

22. Pouvez-vous identifier les caractéristiques du travail occupé lors du retour au travail? (titre, exigences, organisation, conditions)

23. Est-ce que vous jugez que certains éléments de ce travail sont exigeants pour la santé mentale de la personne? Exemples :

- Surcharge de travail
- Rythme élevé de production
- Relations difficiles avec le supérieur
- Absence de soutien social de la part des collègues de travail
- Faible reconnaissance des pairs et du superviseur
- Conflit de rôle majeur
- Manque de participation aux décisions et circulation insuffisante de l'information (niveaux individuel et organisationnel)
- Changements organisationnels rapides
- Autres

24. Au contraire, y a-t-il certains éléments de ce travail qui à votre avis ont été favorables pour la santé mentale du travailleur? Si oui, lesquels?

C. Freins et leviers pour la personne en processus de retour progressif au travail.

Nous allons maintenant aborder certaines dimensions de votre relation avec cette personne.

25. Quelle attitude avez-vous adoptée face au travailleur? (structurant, protecteur, amicale)

26. Quelles étaient vos attentes envers le travailleur lors du retour au travail?

27. En général, est-ce que vos attentes ou vos attitudes peuvent varier d'un employé à l'autre, selon le poste qu'il occupe? (professionnel vs soutien)

28. Comment décrivez-vous votre relation avec la personne? Avant et après son absence?

29. Est-ce que les collègues du travailleur ont été mis au courant du retour de la personne?

30. Comment les collègues ont-ils réagi lorsque vous leur avez annoncé le retour de la personne?

31. Si l'annonce a été faite aux collègues, est-ce que vous percevez que cela a été aidant ou au contraire nuisible?

En terminant, aimeriez-vous ajouter un élément qui aide ou qui nuit au retour au travail et que nous n'avons pas abordé?

Merci de votre précieuse collaboration.

ANNEXE 2: GUIDE D'ENTREVUE (OBJECTIF 3)

Dans le cadre du projet de recherche sur le développement de l'Outil d'Identification de la Situation de Handicap au Travail pour des personnes absentes du travail en raison du trouble mental transitoire (OISHT-TMT), nous vous avons demandé d'expérimenter l'outil auprès de quelques patients. À cette étape, nous aimerions recueillir votre avis sur différents aspects du guide.

- 1) D'abord, avec combien de patients vous avez réalisé l'OISHT-TMT? Sur quelle période de temps (durée en mois)?
- 2) Est-ce que les formulations des ISHT et les définitions dans le lexique sont claires et précises? Est-ce que le lexique est aidant et complet? Est-ce que la forme du lexique est conviviale pour son utilisation?
- 3) Est ce qu'il manque des ISHT selon votre expérience auprès de cette clientèle?
- 4) Est ce que selon vous, il manque des questions dans l'outil en lien avec les ISHT? Si oui, lesquelles?
- 5) Est-ce que selon vous, certaines questions devraient être reformulées, précisées dans l'outil avec les travailleurs? Si oui, lesquelles?
- 6) Est-ce que le format de l'OISHT est adéquat et convivial?
- 7) Pour opérationnaliser le concept de pondération et permettre certaines analyses en recherche, nous avons mis une échelle à la fin de l'outil.
 - a. Est-ce que cette échelle est facile à utiliser?
 - b. Est-ce que la formulation des descripteurs (pas du tout probable à tout à fait probable) est claire quant à leur interprétation?
 - c. Avez-vous des commentaires supplémentaires sur cet élément?
- 8) L'entrevue est maintenant terminée, est-ce vous auriez d'autres éléments que vous aimeriez partager sur le contenu, l'administration ou toute autre chose concernant l'outil?

Merci de votre collaboration!