



Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-841



Prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques

Une revue systématique de la littérature

Mise à jour 2008-2013

*Iuliana Nastasia
Marie-France Coutu
Ana Cibotaru*



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

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

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

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

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

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

Pour en savoir plus

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

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : www.csst.qc.ca/AbonnementPAT

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2014
ISBN : 978-2-89631-754-7 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
septembre 2014



Réadaptation au travail

Études et recherches

■ RAPPORT R-841

Prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques

Une revue systématique de la littérature

Mise à jour 2008-2013

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.

Iuliana Nastasia
Prévention des problématiques de SST et réadaptation, IRSST

Marie-France Coutu, Ana Cibotaru
Université de Sherbrooke



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

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à Lynda Cloutier, à Maryse Gagnon et à Ginette Vadnais pour leur précieuse contribution en ce qui a trait à l'interrogation des bases de données scientifiques et à l'utilisation du logiciel «*Reference Manager*».

Un merci particulier à Lucie Madden pour la qualité de la révision linguistique de ce rapport.

Cette activité de recherche a été rendue possible grâce à une subvention de recherche, reçue de la part de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

SOMMAIRE

Le présent rapport constitue une mise à jour de la revue de la littérature intitulée « *Stratégies de prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle* » publiée par l'IRSST en 2011¹. Cette mise à jour a permis de recenser les articles parus entre janvier 2008 et juillet 2013.

L'approche méthodologique est semblable à celle utilisée lors de la revue de la littérature originelle. En effet, la même stratégie de recherche a été employée par une bibliothécaire spécialisée pour identifier les références pertinentes à partir des mots-clés, des titres et des résumés contenus dans 10 bases de données scientifiques. Les critères d'inclusion et d'exclusion ayant servi à la sélection d'articles et la stratégie de collecte et d'analyse de données étaient sensiblement les mêmes. Les analyses ont permis de cartographier et de catégoriser les nouveaux articles identifiés, de déterminer les nouvelles tendances en recherche et de décrire les stratégies pour prévenir l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour des troubles musculo-squelettiques professionnels.

La présente mise à jour confirme et renforce les tendances déjà observées dans la revue de la littérature précédemment citée et couvrant la période 2000-2007 : l'intérêt pour le dépistage des travailleurs à risque d'incapacité prolongée, l'intérêt pour les points de vue de différents acteurs intervenant dans le processus de prévention, l'intérêt pour le développement et la validation des outils d'évaluation et d'intervention. Même si les recherches dans le domaine de la prévention de l'incapacité prolongée sont encore peu nombreuses, des progrès importants ont été réalisés, entre autres, sur le dépistage précoce des travailleurs à risque d'incapacité prolongée. En effet, bien que les études concernant les facteurs qui influencent l'incapacité soient peu nombreuses, il semble qu'un consensus s'installe en ce qui concerne l'importance d'identifier précocement les travailleurs à risque d'incapacité prolongée, en vue d'intervenir de façon ciblée sur les aspects propices au rétablissement des capacités des travailleurs et à leur retour au travail sain et durable. L'analyse transversale des différents sujets d'intérêt des articles a permis d'identifier six stratégies favorables à la prévention de l'incapacité prolongée : la détection précoce des travailleurs à risque d'incapacité prolongée, l'intervention ciblée pour les travailleurs à risque d'incapacité prolongée ou l'intervention multimodale pour les cas complexes, l'implication active du travailleur dans son propre plan de réadaptation et de retour au travail, l'intervention centrée sur le milieu de travail et sur l'activité de travail du travailleur, la prise en compte des conditions et du contexte d'implantation et la collaboration centralisée entre les différents acteurs pour réussir un retour au travail durable.

Cette mise à jour démontre que l'intervention pour prévenir l'incapacité prolongée devrait impliquer l'ensemble des acteurs engagés dans la conception et la mise en œuvre du plan de retour au travail. Toutefois, beaucoup d'efforts sont encore requis, en recherche et en pratique, pour mieux apprivoiser les aménagements et les ajustements aidants dans les différentes situations et contextes d'implantation des interventions dans les différents milieux de travail.

¹ <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-748.pdf>

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	1
1.1 Problématique	2
1.2 Objectifs	3
2. MÉTHODOLOGIE.....	5
2.1 Approche globale	5
2.2 Stratégie de recherche de la littérature.....	5
2.3 Sélection des articles	8
2.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	8
2.3.2 Évaluation de la qualité.....	8
2.3.3 Procédure	8
2.4 Collecte des données	9
2.5 Stratégie d'analyse des données.....	9
3. RÉSULTATS.....	13
3.1 Description de la littérature	13
3.1.1 Sélection des articles.....	13
3.1.2 Revues de la littérature.....	13
3.1.3 Articles théoriques	20
3.1.4 Études empiriques.....	22
3.2 Sujets d'intérêt	27
3.3 Groupes d'acteurs.....	29
3.4 Description des principaux sujets d'intérêt.....	33
3.4.1 Facteurs influençant l'incapacité ou le retour au travail.....	33
3.4.2 Intervention	38
3.4.3 Points de vue, expériences et pratiques des acteurs	42
3.4.4 Contexte d'indemnisation	48
3.4.5 Outils et mesures.....	50
3.5 Principaux constats.....	56
4. DISCUSSION	59

5. CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
ANNEXE Mots-clés et descripteurs recherchés.....	75

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Critères de sélection des articles.....	8
Tableau 2 Définition des catégories et des classes d'analyse	12
Tableau 3 Principaux constats et recommandations issus des revues de la littérature.....	15
Tableau 4 Principaux constats et recommandations issus des articles théoriques	21
Tableau 5 Répartition des articles par périodiques et années de publication.....	22
Tableau 6 Répartition comparative en % des études selon les groupes d'acteurs concernés	31
Tableau 7 Sujets d'intérêt en % des études selon les groupes d'acteurs concernés (N=51).....	32
Tableau 8 Facteurs influençant l'incapacité ou le retour au travail	34
Tableau 9 Interventions, stratégies et politiques.....	39
Tableau 10 Sommaire des articles mettant l'accent sur les points de vue, expériences et pratiques des acteurs	43
Tableau 11 Sommaire des articles portant sur un système d'indemnisation, une compétence régionale ou un pays en particulier	49
Tableau 12 Sommaire des articles mettant l'accent sur le développement ou la validation d'outils d'évaluation	51

LISTE DES FIGURES ET DES GRAPHIQUES

Figure 1 Stratégie de recherche de la littérature	5
Figure 2 Processus d'identification des références	7
Figure 3 Types d'analyse.....	10
Figure 4 Stratégies favorables à la prévention de l'incapacité prolongée	60
Graphique 1 Répartition comparative en % des études des années 2000-2007 et 2008-2013 selon le pays d'affiliation du premier auteur	23
Graphique 2 Répartition comparative en % des études des années 2000-2007 et 2008-2013 selon l'approche méthodologique	24
Graphique 3 Répartition comparative en % des études des années 2000-2007 et 2008-2013 selon le site de la blessure musculo-squelettique	25
Graphique 4 Répartition comparative en % des études des années 2000-2007 et 2008-2013 selon la phase de la blessure musculo-squelettique.....	26
Graphique 5 Répartition comparative en % des études selon leurs sujets d'intérêt.....	28
Graphique 6 Répartition comparative en % des études selon les groupes d'acteurs concernés.....	29

1. INTRODUCTION

Malgré les efforts importants consentis ces dernières années en prévention et en santé et en sécurité du travail, tant sur le plan de la recherche que sur celui de l'intervention, l'incapacité au travail affecte une proportion importante de la population. En 2010, le taux des employés à temps plein qui se sont absentés en raison d'une maladie ou d'une incapacité professionnelle s'élevait à 8,9 % (Statistique Canada, 2011). Les conséquences de l'incapacité sont très importantes autant sur le plan économique, social qu'individuel (Loisel et Côté, 2013).

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) comptent parmi les types de blessure professionnelle les plus répandus dans les pays industrialisés, et ils représentent un fardeau économique de taille pour la société contemporaine (Lidgren, 2013). L'incapacité au travail en raison d'un TMS constitue une problématique très coûteuse lorsqu'elle évolue vers l'incapacité prolongée (Waddell et Burton, 2004, Waddell et coll., 2002, Spitzer, 1987). Des statistiques révèlent qu'aux États-Unis, les travailleurs perdent plus de 647 000 jours de travail en raison de TMS, ce qui représente 34 % de l'ensemble des jours de travail perdus pour cause de blessure ou de maladie (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2009). Selon ces chiffres, les TMS coûtent aux employeurs, par année, entre 15 et 20 milliards de dollars en frais d'indemnisation. En outre, il est estimé que les coûts indirects liés aux TMS peuvent atteindre de 45 à 60 milliards de dollars (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2009).

Au Canada, les TMS représentent la principale cause d'incapacité et la majorité des cas de maladies liées au travail (Vézina et coll., 2011). En 2010, 5,1 % des employés canadiens à temps plein se sont absentés en raison d'une maladie ou d'une incapacité professionnelle (Vézina et coll., 2011).

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail constituent une des causes importantes d'incapacité dans la population active québécoise (INSPQ, 2013). Selon l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité de travail (EQCOTESST) (Vézina, 2011), un travailleur québécois sur cinq rapporte des troubles musculo-squelettiques (TMS) perçus comme étant liés au travail, soit des douleurs importantes qui dérangent ses activités, qu'il ressent souvent ou tout le temps, et qu'il attribue à son emploi principal (16 % des hommes et 25 % des femmes). Selon un rapport récent de la CSST, en 2013, le nombre de lésions de type TMS s'établit à 24 490, et représente 27,7 % des dossiers ouverts et acceptés à la CSST à titre des lésions professionnelles. Les rapports annuels de la CSST révèlent que, chaque année, les TMS coûtent environ 650 millions de dollars. Il apparaît qu'une grande partie de ce fardeau tient au grand nombre de jours de travail perdus par un faible pourcentage de travailleurs indemnisés pour une incapacité prolongée causée par des TMS (CSST, 2011). En effet, ces coûts sont surtout associés à une minorité d'individus qui, pour des raisons liées à leur incapacité, s'absentent de façon prolongée du travail et ont souvent besoin de réadaptation pour réintégrer le travail (CSST, 2011). Toutefois, comme le nombre de cas acceptés reste sensiblement constant d'une année à l'autre, on peut penser que ces coûts s'expliquent par la complexité et la lourdeur de ces cas.

1.1 Problématique

Dans le contexte actuel d'évolution rapide des connaissances scientifiques, il est important d'informer les décideurs et les praticiens des derniers progrès en recherche en termes de prévention de l'incapacité pour ainsi mieux guider les pratiques d'intervention. D'une part, la recherche sur la prévention de l'incapacité au travail évolue à un rythme vertigineux. En effet, nous assistons présentement à la multiplication d'études proposant des interventions et des outils d'évaluation pour prévenir le développement de l'incapacité (Feuerstein, 2013, Loisel et Côté, 2013, Pransky et coll., 2011, Shaw et coll., 2011). D'autre part, la diversité des interventions et des contextes d'application, ainsi que la multiplicité des intérêts et des points de vue des différents acteurs impliqués ajoutent à la complexité des défis à relever, non seulement par les chercheurs, mais aussi par les décideurs, gestionnaires et praticiens, en ce qui a trait à la prévention de l'incapacité prolongée.

Des revues de la littérature et des méta-analyses sont publiées en abondance dans le but de fournir aux décideurs des données probantes et factuelles leur permettant ultimement de mieux prévenir et gérer l'incapacité prolongée (Higgins et coll., 2012, Hoefsmit et coll., 2012, Steenstra et coll., 2011, Côté et Coutu, 2010, Lysaght et coll., 2010, Burton et coll., 2009). Des groupes de discussion de chercheurs sont aussi organisés dans le cadre de différents symposiums, afin de mieux orienter et faire avancer les connaissances dans ce domaine (Shaw et coll., 2013, Pransky et coll., 2011).

En dépit de données probantes et des progrès théoriques notés dans les recherches en ce qui concerne les facteurs pouvant influencer l'incapacité ou encore l'efficacité des différentes interventions pour réussir un retour au travail précoce, sain et durable, les experts du domaine admettent l'existence de lacunes, surtout au regard de l'implantation de certaines données probantes (Pransky et coll., 2011, Loisel et coll., 2005). Une description plus complète, premièrement, des caractéristiques des groupes de travailleurs (stade : aigu, subaigu, chronique) auxquels les interventions s'appliquent, et ensuite des composantes de l'intervention, pourrait rendre plus explicite et plus certaine l'application de ces données scientifiques probantes dans la pratique (Costa-Black, 2013).

Dans une précédente revue de la littérature (Nastasia et coll., 2011) sur l'intervention non clinique en prévention de l'incapacité prolongée, les auteurs observent certaines tendances en termes de stratégie d'intervention pour prévenir l'incapacité: l'intérêt pour le dépistage des travailleurs à risque d'incapacité prolongée et l'offre d'une intervention ciblée, l'intérêt pour les points de vue de différents acteurs intervenant dans le processus de prévention, l'intérêt pour le développement et la validation des outils d'évaluation et d'intervention.

De plus, une meilleure compréhension des facteurs facilitant ou faisant obstacle à l'implantation des interventions, y compris les représentations des responsables (décideurs cliniques, gestionnaires de la réadaptation clinique et professionnelle, assureurs) et leur connaissance de la mise en œuvre de bonnes pratiques, permettrait le développement de stratégies gagnantes pour obtenir de meilleurs résultats en matière de retour au travail sain et durable (Fassier, 2013, Marois et Durand, 2009). Pour acquérir cette compréhension et la traduire en termes de stratégies favorisant l'implantation des données probantes, une mise à jour constante des connaissances sur

les conditions favorisant un retour au travail sain et durable et aussi sur les facteurs contextuels visant leur implantation est nécessaire. En effet, de nombreuses questions subsistent, notamment en ce qui concerne l'applicabilité de ces stratégies d'intervention à d'autres contextes d'implantation, ainsi que le maintien de l'implantation des pratiques et des effets de ces dernières dans le temps.

Enfin, dans le contexte global qui change constamment et rapidement, plusieurs défis et opportunités interpellent les décideurs (gestionnaires de politiques gouvernementales et d'entreprises). Par exemple, l'équilibre démographique de jadis, longtemps illustré par le poids important des jeunes dans la pyramide des âges, est aujourd'hui inversé dans les pays industrialisés, les plus de 65 ans étant proportionnellement de plus en plus nombreux dans la population. De fait, selon les prévisions de l'Institut de la statistique du Québec, les personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec devraient voir leur poids démographique doubler, passant de 14 % en 2006 à 28 % en 2056. De plus, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus devrait passer de 1 253 550 en 2011 à 2 262 639 en 2031, soit une augmentation de 80 %, alors que la population totale ne s'accroîtra que de 10 %. Pour sa part, le nombre de personnes de 20 à 64 ans devrait fluctuer faiblement pour se situer, en 2056, à 4,8 millions, soit l'équivalent de son poids démographique de 2006. Ce groupe d'âge compterait alors pour 52.5 % de la population globale, comparativement à 63.4 % en 2006 (Institut de la statistique du Québec, 2009). Les intérêts qui émergent en recherche dans ce contexte sociodémographique sont, entre autres, le développement des stratégies permettant la participation sociale, notamment au travail. Dans ce contexte, on mise sur la rétention en emploi des travailleurs expérimentés.

1.2 Objectifs

En fonction des éléments précédemment mentionnés, une mise à jour de la revue de la littérature effectuée par Nastasia et coll. (2011) et qui dressait le portrait des stratégies d'intervention pour prévenir l'incapacité prolongée au travail chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle s'impose. En effet, alors que la précédente revue examinait la littérature publiée entre 2000 et 2007, l'objectif de cette mise à jour est de cartographier les études parues entre 2008 et 2013; d'examiner, en fonction des thèmes d'intérêt dans le domaine, les nouvelles tendances en recherche sur l'intervention en prévention de l'incapacité au travail et d'extraire des connaissances à jour sur les principales stratégies d'intervention susceptibles de contribuer à la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMS. Un objectif sous-jacent vise l'identification des interventions permettant d'agir sur les facteurs qui ont un impact sur l'incapacité et qui déterminent leur efficacité.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Approche globale

L'approche méthodologique utilisée pour cette mise à jour a déjà été publiée précédemment (Nastasia et coll., 2011). Pour jauger des nouvelles tendances en recherche et identifier les principales stratégies de prévention et les sujets de recherche en émergence, nous avons retenu les articles publiés dans les revues scientifiques et évalués par des pairs. Les critères de PRISMA (Liberati et coll., 2009) ont été considérés afin de guider la sélection des articles et la présentation des résultats selon une démarche rigoureuse.

2.2 Stratégie de recherche de la littérature

La recherche électronique systématique des documents scientifiques publiés entre janvier 2008 et juillet 2013, en anglais ou en français, a été réalisée par une bibliothécaire spécialisée. La Figure 1 résume la stratégie de recherche utilisée pour identifier la littérature pertinente.

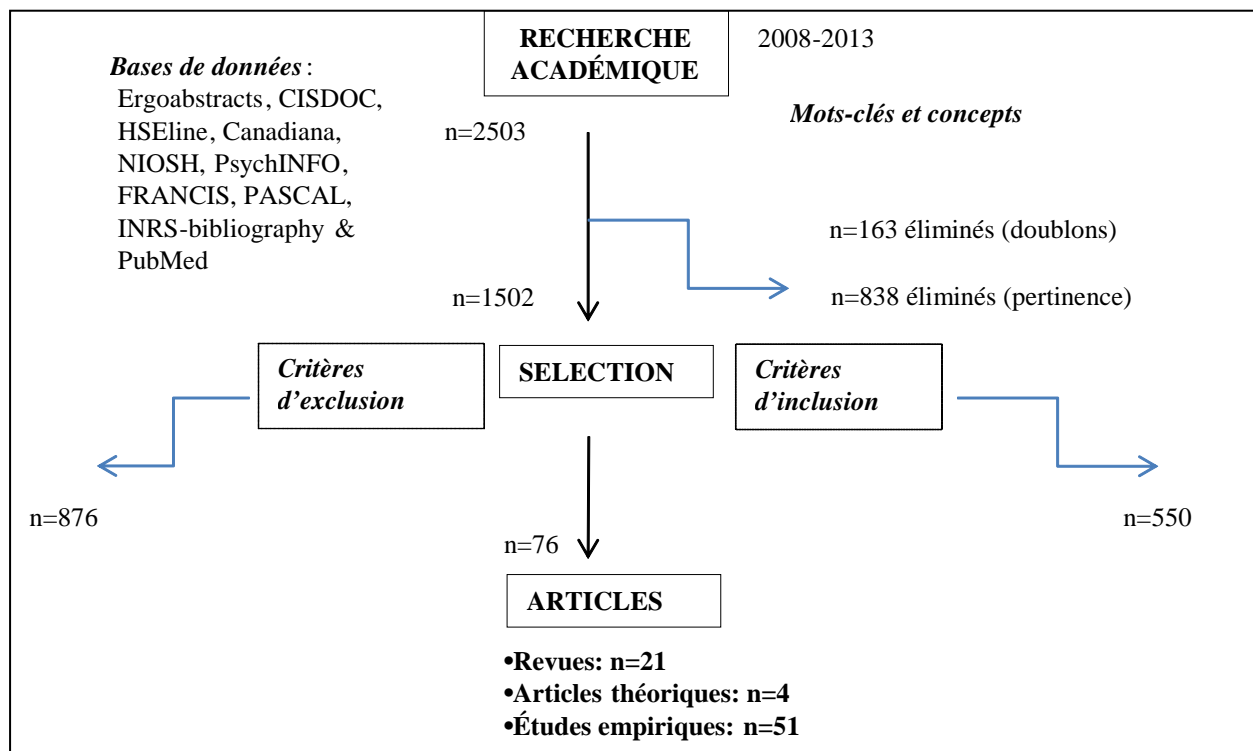


Figure 1 Stratégie de recherche de la littérature

Différents groupes de descripteurs, titres, résumés et mots-clés ont fait l'objet de recherches dans dix bases de données : Ergoabstracts, CISDOC, HSELINE, Canadiana, NIOSH, PsychINFO, FRANCIS, PASCAL, INRS-bibliographie et PubMed. Les bases ont été retenues en vertu de leur système d'indexation en général utilisé par les auteurs de revues en provenance des principales

disciplines cliniques et en santé et en sécurité du travail. L'Annexe 1 présente les mots-clés et les descripteurs recherchés dans les différentes bases de données. Des combinaisons de mots-clés appartenant aux cinq grands concepts-clés pertinents à notre recherche ont été agencées et les bases ont été interrogées selon différentes stratégies. Le premier concept comprenait des termes liés à l'absentéisme au travail pour cause de problèmes musculo-squelettiques. Le deuxième comprenait des termes liés aux troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle. Le troisième concept-clé comprenait des termes liés à l'incapacité au travail (p. ex. : invalidité, incapacité, handicap). Le quatrième comprenait des termes liés aux interventions axées sur la prévention de l'incapacité au travail (ex. : réadaptation, réinsertion, réintégration, retour au travail, tâches modifiées, renforcement, kinésithérapie, réadaptation professionnelle, intervention comportementale ou psychologique). Enfin, le dernier concept-clé comprenait des termes liés aux questions d'indemnisation. Les correspondances des termes ont aussi été recherchées en français dans les bases contenant des références en français. La Figure 2 présente le processus d'identification des références selon concept-clé. Au terme de cette recherche, 1502 résumés ont été soumis au processus de sélection en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

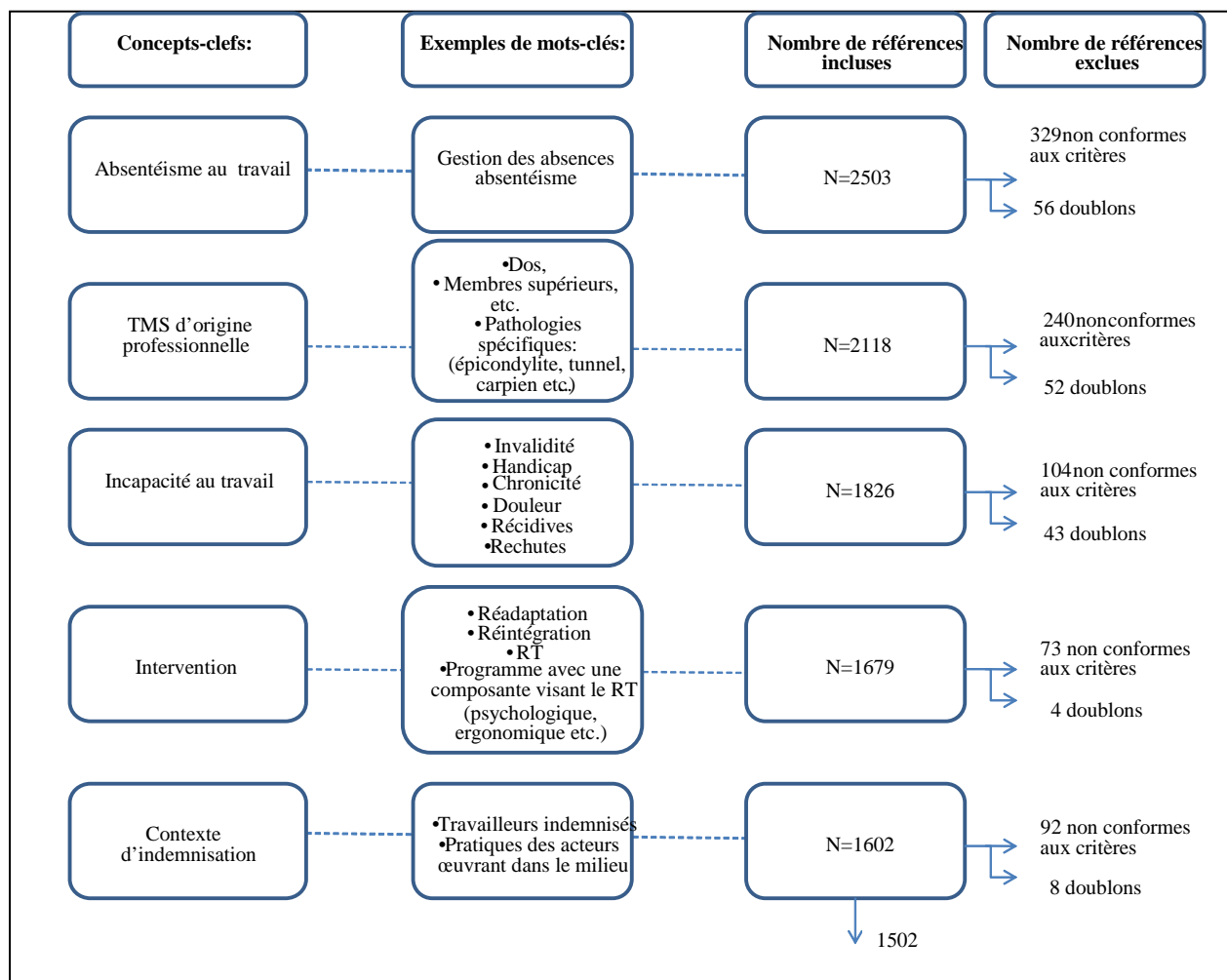


Figure 2 Processus d'identification des références

2.3 Sélection des articles

2.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants : articles publiés dans des revues spécialisées et évaluées par des pairs, la langue de publication en anglais ou en français. Les critères d'exclusion sont les suivants: articles sans résumé; articles traitant essentiellement d'une forme d'intervention clinique (ex. : chirurgie, médicaments) sans lien de résultats avec le retour au travail; études portant sur des diagnostics tels que les fractures, le cancer, les maladies rhumatismales et dégénératives. Bien que ces problèmes de santé puissent également entraîner une déficience ou un handicap au travail, ils nécessitent des interventions particulières et les évidences ne sont pas assez établies pour justifier leur intégration. Le Tableau 1 résume les critères de sélection utilisés pour la sélection finale des articles.

Tableau 1 Critères de sélection des articles

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Anglais ou Français 	<ul style="list-style-type: none"> • Doublons causés par des erreurs d'édition
<ul style="list-style-type: none"> • Publication évaluée par des pairs 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de résumé
<ul style="list-style-type: none"> • Pertinence par rapport à l'incapacité prolongée 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer, fractures et maladies dégénératives ou multisites
<ul style="list-style-type: none"> • Adéquation entre les objectifs énoncés, la méthodologie adoptée et les résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention primaire
	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention médicale ou pharmacologique

2.3.2 Évaluation de la qualité

La qualité des articles a été évaluée de manière qualitative, selon deux critères: la pertinence par rapport à la problématique de la prévention de l'incapacité prolongée et l'adéquation méthodologique par rapport aux objectifs poursuivis. La qualité méthodologique des articles n'a pas été évaluée selon une grille préétablie. La décision a été prise lors de la revue précédente, sur la base de deux raisonnements. D'une part, nous avons considéré que les articles publiés dans des revues scientifiques ont au préalable fait l'objet d'une évaluation de leur méthodologie par les pairs. Selon nous, ceci garantit le minimum nécessaire de qualité, sans trop exclure des articles. D'autre part, nous avons privilégié la diversification des méthodologies de recherche. Selon nous, le fait d'adopter une évaluation formelle aurait complexifié et limité davantage le processus de sélection des articles selon des critères communs. Toutefois, lorsqu'un article a été jugé faible d'un point de vue méthodologique lors de sa lecture, il n'a pas été retenu dans la sélection des articles analysés.

2.3.3 Procédure

Les titres et les résumés des documents de référence retenus ont ensuite été triés en fonction de leur pertinence par rapport au sujet et subséquentement par rapport à la qualité de l'étude. Cette opération a été effectuée de façon indépendante par deux des auteurs de cette revue de la

littérature (AC, IN²). Lorsqu'il y avait désaccord, les articles au complet étaient lus et discutés par les deux auteurs et la décision était consensuelle.

Une procédure d'accord interjuges a été pratiquée pour vérifier l'application uniforme des critères. Le taux de fidélité interjuges, entre 85 % et 97 %, selon le critère pris en compte (TMS, indemnisation, présence d'éléments stratégiques de prévention secondaire et tertiaire de l'incapacité, etc.) a été calculé sur un échantillon de 10 articles.

2.4 Collecte des données

Compte tenu de la diversité des méthodologies décrites dans les articles examinés et de la nature hétérogène des informations extraites sur l'intervention, il n'était pas possible d'utiliser une grille unique pour compiler l'information. Trois différentes grilles ont ainsi été utilisées pour colliger les données tirées des articles. Les grilles contenaient toutes des catégories descriptives : le titre de l'article, le nom des auteurs, l'année de publication, le pays d'affiliation du premier auteur, l'objectif principal énoncé dans le résumé, ainsi que le siège et la phase des blessures musculo-squelettiques.

La grille destinée aux études empiriques contenait, en plus de catégories descriptives, des catégories permettant de classer les articles selon l'objectif principal visé par les chercheurs (facteurs influençant l'incapacité, efficacité de l'intervention, points de vue et pratiques des acteurs concernés, rôle du contexte d'indemnisation, outils et mesures) et selon le groupe d'acteurs agissant dans le cadre des différents groupes d'acteurs visés par les études (système d'indemnisation, système de soins de santé, milieu de travail, travailleur). Les informations recherchées concernaient les composantes des interventions, les différents éléments de contexte des interventions, les stratégies d'implantation décrites par les auteurs ainsi que les recommandations pour les recherches futures.

La grille destinée aux revues de la littérature et aux articles théoriques, couvrait, outre les mêmes catégories descriptives, des informations sur les stratégies globales, les preuves d'efficacité ou les expertises liées aux différents contextes.

2.5 Stratégie d'analyse des données

La Figure 3 résume les principales analyses réalisées à partir des articles sélectionnés afin d'extraire l'information pertinente aux différents objectifs poursuivis.

² AC: Ana Cibotaru /Université de Sherbrooke; IN: Iuliana Nastasia / IRSST.

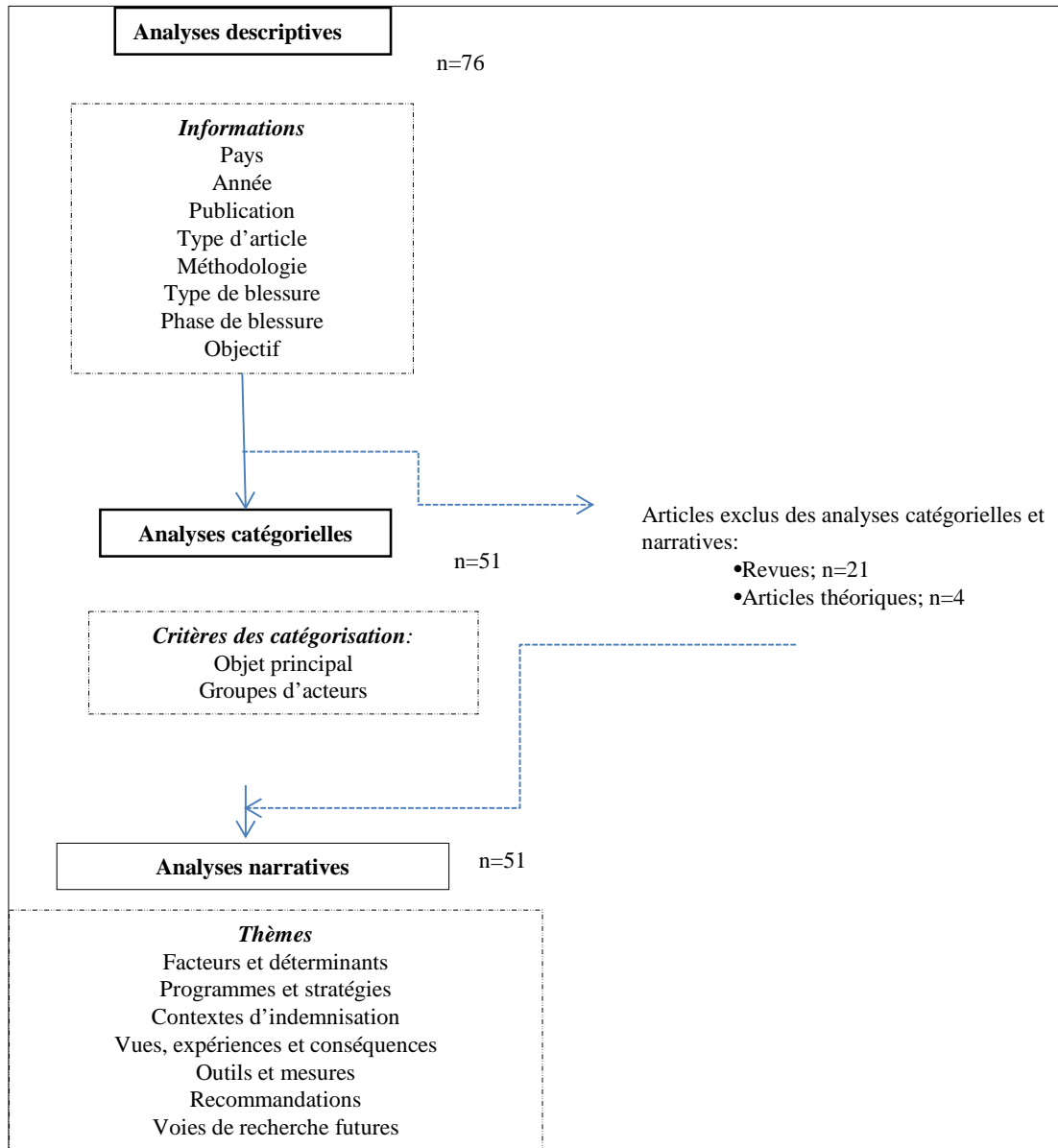


Figure 3 Types d'analyse

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont permis de décrire la littérature consultée et de la comparer à la revue réalisée précédemment. Des analyses comparatives (en pourcentage) ont été ainsi effectuées pour présenter les distributions des articles sélectionnés (N=76) dans la présente recherche documentaire et les situer par rapport à ceux de la revue de la littérature précédente en fonction de leur origine (continent, pays, centre d'affiliation du premier auteur, revue spécialisée), l'année de publication, l'objectif principal ainsi que le type et la phase des troubles à l'étude.

Dans un deuxième temps, des analyses catégorielles ont été réalisées à partir des articles traitant d'une ou de plusieurs études distinctes (N=51) afin de dégager les principaux thèmes et jauger

les nouvelles tendances en matière de recherche et d'interventions visant à prévenir l'incapacité prolongée. Les articles ont donc été classés selon deux critères : l'objectif principal et le ou les groupes d'acteurs impliqués dans l'étude. Une technique de regroupement des données en fonction de leur similitude a été utilisée pour construire les différentes classes au sein d'une même catégorie. Chaque article a été assigné à une seule catégorie ou classe. Le Tableau 2 résume la définition des catégories et des classes utilisées pour la mise à jour. Pour simplifier et éviter des redondances les catégories « Domaine d'application » et « Perspective de recherche » retenues dans la précédente revue ont été abandonnées. Une procédure d'accord interjuges a été appliquée pour établir la concordance entre les jugements des examinateurs. Le taux de fidélité interjuges, calculé sur l'ensemble des résumés, était d'environ 90 % dépendamment de la catégorie ou de la classe considérée. La décision finale d'assigner un article à une catégorie ou à une classe reposait sur un processus consensuel.

Pour les études empiriques seulement, des analyses narratives ont par la suite été effectuées à partir des différentes catégories et classes afin de mettre en lumière les stratégies d'intervention susceptibles de favoriser la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMS et de promouvoir un retour au travail durable au sein de cette population. Les analyses consistaient à extraire et à synthétiser les passages significatifs de chaque catégorie et classe, puis à les regrouper en fonction de principaux objectifs, constats sur la prévention de l'incapacité prolongée et recommandations énoncées par les auteurs. Les deux mêmes examinateurs (AC et IN) ont identifié les articles pertinents en fondant leurs décisions sur un processus consensuel reposant sur des critères préalablement définis. Le taux global de fidélité interjuges est de plus de 92 %.

Tableau 2 Définition des catégories et des classes d'analyse

Catégories	Définition de la catégorie	Classes¹
Sujet de l'article	L'objectif principal énoncé dans l'article.	<p><i>Facteurs influençant l'incapacité</i></p> <p><i>Intervention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Efficacité de programme /stratégie/politique <p><i>Points de vue, expériences et pratiques des acteurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conséquences de l'incapacité sur le travailleur blessé et sa famille - Trajectoires des travailleurs blessés <p><i>Contexte d'indemnisation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Impact du statut ou type d'indemnisation - Comparaison entre régions / pays / systèmes d'indemnisation <p><i>Outils et mesures</i></p>
Groupe d'acteurs impliqués	Un ou plusieurs acteurs ou représentants des groupes d'acteurs ayant des intérêts ou intervenant dans le processus d'indemnisation ou d'intervention sur l'incapacité.	<p><i>Un seul groupe d'acteurs</i></p> <p>Système d'indemnisation (SI)</p> <p>Système d'indemnisation + contexte sociétal (CS)</p> <p>Système de soins de santé (SSS)</p> <p>Système de soins de santé + contexte sociétal</p> <p>Milieu de travail (MT)</p> <p>Milieu de travail +contexte sociétal</p> <p>Travailleur (T)</p> <p>Contexte sociétal (CS)</p> <p>Travailleur + contexte sociétal</p> <p><i>Deux groupes d'acteurs</i></p> <p>Système d'indemnisation, système de soins de santé</p> <p>Système d'indemnisation, milieu de travail</p> <p>Système d'indemnisation, travailleur</p> <p>Système de soins de santé, milieu de travail</p> <p>Système de soins de santé, travailleur</p> <p>Milieu de travail, travailleur</p> <p>Système d'indemnisation, système de soins de santé + contexte sociétal</p> <p>Système d'indemnisation, milieu de travail + contexte sociétal</p> <p>Système d'indemnisation, travailleur + contexte sociétal</p> <p><i>Plusieurs groupes d'acteurs</i></p> <p>Système d'indemnisation, système de soins de santé, milieu de travail</p> <p>Système d'indemnisation, milieu de travail, travailleur</p> <p>Système de soins de santé, milieu de travail, travailleur</p> <p>Système d'indemnisation, système de soins de santé, milieu de travail, travailleur.</p>

¹Classes mutuellement exclusives

3. RÉSULTATS

3.1 Description de la littérature

3.1.1 Sélection des articles

Après l'élimination des références non pertinentes et la suppression des doublons, 1 502 références ont été retenues. Les critères de sélection ont permis de sélectionner 76 articles publiés entre janvier 2008 et juillet 2013, dont 21 revues de la littérature, 4 articles théoriques et 51 articles concernant des études empiriques réalisées sur des travailleurs indemnisés s'étant absentés du travail pour des raisons de troubles musculo-squelettiques.

3.1.2 Revues de la littérature

La recherche documentaire et l'application des critères d'inclusion et d'exclusion ont permis d'identifier vingt et une revues de la littérature publiées dans 13 publications différentes. Huit des revues sont publiées dans *Journal of Occupational Rehabilitation*. Les revues proviennent de sept pays différents : le Canada (8 articles), les Pays-Bas (4 articles), le Royaume-Uni (4 articles), la Suisse (1 article), la Suède (1 article), les États-Unis (2 articles) et l'Australie (1 article).

Quinze de ces revues sont des revues systématiques, deux sont des revues de revues et trois sont des revues narratives. Seulement deux d'entre elles sont également accompagnées de méta-analyses. Bien que les TMS au dos (aigus ou subaigus) constituent l'intérêt premier des auteurs (3 articles), d'autres troubles, comme le coup de fouet cervical (1 article), ou d'autres sièges de douleur, tels les membres supérieurs (2 articles), ont aussi retenu leur attention. Lorsque la visée principale de la revue est d'améliorer la gestion de l'incapacité prolongée, les questions sont abordées de façon générique, quel que soit la localisation ou le type de l'incapacité (ex. : douleur chronique, troubles musculo-squelettiques).

Le Tableau 3 présente les principaux sujets d'intérêt des revues de la littérature sélectionnées, ainsi que les principaux résultats et recommandations qui en découlent pour l'intervention. Les questions abordées par rapport à l'incapacité prolongée sont diversifiées. Certaines font la synthèse des composantes de programmes considérées comme de meilleures pratiques (Higgins et coll., 2012, Chamberlain et coll., 2009, Briand et coll., 2008). D'autres évaluent les caractéristiques des interventions et des outils qui facilitent la réadaptation et le retour au travail (Hoefsmit et coll., 2012; Coutu et coll., 2008) ou proposent des meilleures pratiques pour les acteurs (ex. : médecin, coordonnateur, intervenant en santé au travail dans l'entreprise) ou les milieux cliniques et professionnels œuvrant en réadaptation (Patel et coll., 2012, Schandelmaier et coll., 2012, Jezukaitis et Kapur, 2011, Steenstra et coll., 2011, Kennedy et coll., 2010, Lysaght et coll., 2010, Shaw et coll., 2009).

Quelques revues mènent à des repères tels qu'une intervention précoce ou au bon moment (Higgins et coll., 2012, Van Dujin et coll., 2010), une bonne communication et une coopération entre les principaux acteurs clés impliqués dans le processus (Schandelmaier et coll., 2012). En ce qui concerne l'intervention en soi, les études soulignent l'importance du dépistage des cas complexes à partir de facteurs cliniques et professionnels (Shaw et coll., 2009), de l'intervention

ergonomique avec ou sans ajustement de poste (Steenstra et coll., 2011, Shaw et coll., 2009), les traitements actifs, tels l'exercice (Verhagen et coll., 2011), et le retour au travail graduel en milieu réel de travail (Hoefsmits et coll., 2012). L'intervention multidisciplinaire ou mieux ciblée pour des groupes particuliers est également mise en relief (Norlund et coll., 2009).

Au terme d'une analyse de contenu descriptive des revues systématiques, Briand et coll. (2008) observent que la mise en œuvre des principes communs, des valeurs partagées à propos de la réadaptation au travail ainsi que des mécanismes d'action moins divisés entre les partenaires exige beaucoup en termes d'énergie et d'investissement. Par contre, d'autres auteurs souligneront que les stratégies de gestion, impliquant tous les partenaires et faisant en sorte qu'ils agissent de manière coordonnée, permettent aux cliniciens, aux travailleurs et aux employeurs de réellement s'engager et de participer plus activement au processus de réadaptation et de retour au travail (Burton et coll., 2009). En effet, des modalités favorisant la transition entre le statut d'invalidité et le statut de travailleur peuvent faciliter le retour ou le maintien en emploi. Aussi, les interventions multimodales semblent très prometteuses en milieu de travail, lorsque comparées aux traitements biomédicaux ou aux interventions ergonomiques utilisées de façon isolée en milieu clinique (Burton et coll., 2009). Par ailleurs, il semblerait qu'il existe des preuves modérées en ce qui concerne l'efficacité des interventions en milieu de travail pour réduire l'absentéisme chez les travailleurs souffrant de TMS (Kennedy et coll., 2010, van Oostrom et coll., 2009). Ces interventions ont un effet sur l'absentéisme, mais non sur la santé des travailleurs (van Oostrom et coll., 2009).

Le rôle de coordonnateur de retour au travail apparaît essentiel à une bonne organisation de l'ensemble des actions et à l'amélioration de leur communication autour des objectifs communs (Shaw et coll., 2008). Les compétences requises pour ce type d'intervenant ont aussi fait l'objet d'une étude (Shaw et coll., 2008).

Enfin, quelques autres revues se sont centrées sur un contexte particulier : les petites entreprises (Mac Eachen et coll., 2010), le milieu rural (Franche et coll., 2010) et la question du genre en lien avec le développement de l'incapacité (Côté et Coutu, 2010).

Tableau 3 Principaux constats et recommandations issus des revues de la littérature

Auteurs	Sujet de l'article	Principaux constats sur l'intervention en prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations et perspectives pour l'intervention et la recherche
Higgins et coll., 2012 R.-U., Revue réaliste systématique N ^o art=269	Identifier les théories de programme dominantes aux meilleures pratiques.	Composantes : intervention précoce, référence par les employeurs, procédures organisationnelles proactives, bonne communication et coopération entre les parties prenantes et les principaux groupes d'acteurs, réadaptation effectuée en milieu de travail.	Les facteurs contextuels peuvent avoir un impact important sur les interventions. Il est important de s'assurer que les intervenants aient une compréhension mutuelle par rapport à leur intervention, objectif, culture et pratique.
Hoefsmit et coll., 2012 Pays-Bas, Revue systématique N ^o art=23	Détecter et identifier les caractéristiques des interventions qui facilitent le retour au travail (RT) chez des populations cibles.	Les interventions dans les six premières semaines sont rares, mais elles s'avèrent efficaces pour soutenir le RT. Les interventions multidisciplinaires sont efficaces pour soutenir le RT dans plusieurs groupes. Pour les problèmes physiques, les interventions limitées dans le temps et privilégiant l'activation, tel le RT graduel, semblent efficaces.	Détailler les caractéristiques des interventions efficaces, tels les seuils d'admissibilité pour l'intervention précoce et le contenu exact multidisciplinaire. Soutenir par la pratique fondée sur des données probantes, une plus grande coopération entre les professionnels dans la pratique et les chercheurs notamment dans la formulation des questions de recherche.
Patel et coll., 2012 R.-U., Revue systématique N ^o art=91	Estimer le fardeau de la douleur chronique (DC) dans les milieux de travail.	La DC a un impact négatif substantiel sur l'individu qui souhaite un RT, mais qui en est incapable (incapacité permanente, retraite précoce, absentéisme). Elle a aussi des conséquences importantes en termes de pertes de productivité à cause du présentéisme.	Évaluer l'impact de la DC sur l'emploi et quantifier les coûts pour la société par des études prospectives de haute qualité.
Schandelmaier et coll., 2012 Suisse, Revue systématique N ^o art.=15 Méta-analyse à partir des neuf études randomisées contrôlées	Déterminer l'efficacité à long terme de la coordination des interventions de RT chez les patients ayant des risques d'incapacité à long terme.	La coordination du RT comporte des avantages susceptibles d'améliorer le RT, la fonction et la douleur des travailleurs. Les messages clés concernent : l'importance du maintien de l'activité, éviter le repos non nécessaire et identifier les facteurs de risque (médicaux et psychosociaux) avec exercice et intervention plus structurée pour les cas plus complexes.	Explorer si les effets de l'intervention de coordination du RT se maintiennent à long terme et si cette intervention est rentable financièrement.
Jezukaitis et Kapur, 2011 Australie, Revue narrative N ^o réf=126	Réaliser une revue de la question sur la gestion clinique des TMS d'origine professionnelle.	Les approches de gestion clinique (imagerie médicale, intervention médicale, intervention multidisciplinaire sur la douleur chronique) sont présentées et l'efficacité de concepts associés y est	Agenda de recherche (priorités): améliorer les données en provenance de systèmes d'indemnisation, incorporer des mesures de résultats incluant le RT, réaliser des études de

Auteurs	Sujet de l'article	Principaux constats sur l'intervention en prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations et perspectives pour l'intervention et la recherche
Steenstra et coll., 2011 Canada, Revue systématique N ^o art=30	Évaluer les facteurs qui permettent de prédire la durée des congés d'invalidité chez les travailleurs au début d'un épisode de congé de maladie à cause de lombalgie.	discutée. Approche par étapes de gestion de TMS : centrer sur le patient, identifier les facteurs cliniques et psychosociaux, établir des objectifs partagés, concentrer sur le RT et être basé en milieu de travail, collaborer avec ceux impliqués, mesurer les progrès, mesurer les impacts.	coût-bénéfice, réaliser des études de prévention, développer des stratégies précoces permettant de modifier la trajectoire de l'incapacité.
Verhagen et coll., 2011 Pays-Bas, Revue systématique N ^o art=23	Évaluer l'efficacité des traitements actifs et passifs des patients atteints de lésions cervicales (whiplash).	Il n'y a pas de preuve de l'efficacité de traitements que ce soit pour les symptômes aigus, subaigus ou chroniques des troubles associés aux lésions cervicales. Toutefois, une tendance semble indiquer que les traitements actifs, tel l'exercice, favorisent la réadaptation, mènent à des résultats positifs en matière de santé.	Se concentrer sur les traitements s'adressant aux symptômes évoquant l'évolution vers la chronicité, car il y a une grande variété de traitements disponibles, certains coûteux, et avec des données sur l'efficacité non disponibles.
Coté et Coutu, 2010 Canada, Revue systématique N ^o art=55	Décrire les modèles disponibles pour comprendre les questions de genre dans le développement de l'incapacité de travail prolongée liée à la douleur musculo-squelettique persistante.	Hommes et femmes ressentent la douleur et vivent le processus de réadaptation au travail de façon différente. Les différences portent sur trois thèmes: l'expérience liée à la méfiance, l'identité personnelle et la tâche domestique. Chacun de ces thèmes a un impact spécifique sur les expériences de RT et peut influencer le processus de réadaptation.	Adopter un cadre théorique qui intègre une analyse différenciée selon le sexe.
Franche et coll., 2010 Canada, Revue systématique compréhensive	Identifier les différences en ce qui concerne les facteurs de risque d'incapacité des travailleurs du milieu de la santé	Les travailleurs de la santé dans les régions rurales sont considérés plus à risque d'accidents et d'absence prolongée en raison d'un accès moindre à des mesures de prévention ainsi qu'à des conditions de travail plus difficiles, tels les charges	Déployer des efforts pour le développement de moyens d'améliorer l'accès et la qualité des soins de santé pour les travailleurs ruraux, y compris ceux du secteur de la santé.

Auteurs	Sujet de l'article	Principaux constats sur l'intervention en prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations et perspectives pour l'intervention et la recherche
N ^o art=30	entre les milieux rural et urbain.	de travail lourdes, les longues heures de travail, les niveaux élevés de stress, le soutien limité et la violence en milieu de travail.	Examiner les différences dans le processus de gestion de l'incapacité en milieux de travail rural et urbain.
Kennedy et coll., 2010 Canada, Revue systématique N ^o art=36	Vérifier si les interventions en santé au travail ont un effet sur les symptômes des TMS, les réclamations et les pertes de temps liés aux TMS aux membres supérieurs.	En absence d'une formation ergonomique, l'ajustement de poste de travail n'a pas d'effet positif sur la réduction de ces TMS. La plupart des études proviennent du secteur de la bureautique.	Les auteurs ne recommandent pas les interventions seulement sur les ajustements de poste; par contre, ils les recommandent lorsqu'accompagnées d'une formation ergonomique. Plus d'études dans d'autres secteurs.
Lysaght et coll., 2010 Canada, Revue systématique intégrative N ^o art=37	Examiner les meilleures pratiques en réadaptation des travailleurs ayant des blessures musculo-squelettiques et identifier les tendances.	Interventions : l'activation précoce, l'implication d'un médecin, les thérapies basées en clinique, les interventions en milieu de travail, l'intervention psychologique. Facteurs de changement : les préoccupations économiques, la réglementation gouvernementale en termes de sécurité au travail et de gestion des blessures et les coûts croissants de l'assurance.	Raffiner le modèle des interventions offertes en milieu de travail (documenter la nature des activités réalisées, établir le rôle et les responsabilités des acteurs impliqués, etc.). Guider davantage sur : le contenu et la durée des interventions éducationnelles offertes en milieu de travail, la nature des programmes de reprise graduelle du travail, etc.).
MacEachen et coll., 2010 Canada, Revue systématique de portée (scoping review) N ^o art=20	Décrire la compréhension et les processus mis en place en santé et sécurité du travail dans les petites entreprises (PE).	Les vues sur la santé et la sécurité et les façons de faire dans les PE sont façonnées par les relations sociales au travail, par les possibilités de contrôler les risques et les exigences législatives. Elles peuvent limiter l'appréhension du risque par les travailleurs et les employeurs.	S'intéresser davantage aux besoins en SST dans les petites entreprises (PE).
Van Dujin et coll., 2010 Pays-Bas, Revue systématique N ^o art= 11	Examiner comment la bonne intervention au bon moment, influence le coût-bénéfice des interventions structurées en RT des travailleurs absents en raison de douleurs au bas du dos.	Le coût-bénéfice d'une intervention structurée auprès des travailleurs absents en raison d'un mal de dos peut être évalué par l'efficacité de l'intervention, la vitesse du RT, le moment de l'admission des travailleurs dans l'intervention et les coûts de l'intervention.	Le moment le plus approprié pour offrir une intervention structurée aux travailleurs absents du travail en raison d'un problème au dos se situe entre la 8 ^e et la 12 ^e semaine d'absence.
Burton et coll., 2009 R.-U., Revue narrative	Déterminer des stratégies de gestion des TMS des membres supérieurs au travail et explorer si	Ni le traitement médical ni l'intervention ergonomique seule n'offrent de solution optimale, alors que les interventions multimodales semblent	Le modèle biopsychosocial s'applique. Même si les considérations médicales ne doivent pas être négligées, celles psychosociales sont les

Auteurs	Sujet de l'article	Principaux constats sur l'intervention en prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations et perspectives pour l'intervention et la recherche
N ⁰ réf*=101	l'adoption d'une approche biopsychosociale est adéquate.	prometteuses. Le RT ou le maintien en emploi sont facilités par des modalités de travail de transition (ex. : retour graduel au même poste de travail, assignation à un autre poste de travail. Des stratégies de gestion efficaces exigent que tous les acteurs concernés soient impliqués et agissent de manière coordonnée, ce qui inclut l'engagement et la participation du travailleur au processus.	principaux facteurs qui ont des impacts sur les résultats de retour au travail. Il devient alors important de mettre en œuvre des interventions qui répondent à la gamme complète de problèmes psychosociaux. Pour ceci, un changement culturel dans la façon dont sont considérées les plaintes relatives aux membres supérieurs semble nécessaire (éviter de surévaluer le travail comme cause du problème de précocité de l'intervention, stratégies de gestion de la douleur, etc.
Chamberlain et coll., 2009 R.-U., Revue de la question N ⁰ réf*=110	Décrire ce qui est pertinent pour un médecin visant à devenir un spécialiste en médecine physique de la réadaptation professionnelle.	Description des différents modèles de réadaptation professionnelle, l'efficacité des différentes interventions, les principaux types de patients en réadaptation professionnelle, l'influence des différents déterminants environnementaux et facteurs de risque individuels sur la reprise du travail.	Appliquer les concepts de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) à l'ergonomie et proposer des balises pour la rédaction des rapports par le médecin. Réaliser plus d'études sur les mesures et les instruments.
Norlund et coll., 2009 Suède, Revue systématique et méta-analyse N ⁰ art=7	Analyser l'efficacité des interventions multidisciplinaires sur le RT pour les personnes absentes en raison de douleurs chroniques au bas du dos.	Méta-analyse réalisée à partir de cinq études montre un effet cliniquement pertinent des interventions multidisciplinaires sur le RT.	Réaliser plus d'études avec le RT comme mesure de résultat. On devrait tenir compte des contextes de l'intervention (système de sécurité sociale, etc.).
Shaw et coll., 2009 É.-U., Revue de revues N ⁰ art=5 revues+8 articles	Identifier les facteurs importants dans le développement de la chronicité au dos et proposer des outils de détection précoce de cas à haut risque d'incapacité.	Sept facteurs clés de détection précoce de cas à risque d'incapacité : exigence physique au travail, stress au travail, attentes de RT, capacité de modifier les différentes tâches, peur de se reblesser, support social, satisfaction au travail.	Introduire des questions simples dans les outils cliniques de dépistage précoce de cas à risque d'incapacité prolongée, permet d'identifier les domaines d'action et les actions nécessaires pour mieux intervenir.
		Six outils représentatifs pour la détection des cas à risque d'incapacité : <i>Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire</i> (OMPQ), <i>Psychosocial Risk for Occupational Disability Instrument</i> (PRODI), <i>Back Disability Risk Questionnaire</i> , <i>Work Disability Diagnosis Interview</i> (WoDDI),	Les variables psychosociales devraient faire partie des outils cliniques de dépistage et d'intervention.

Auteurs	Sujet de l'article	Principaux constats sur l'intervention en prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations et perspectives pour l'intervention et la recherche
van Oostrom et coll., 2009 Pays-Bas, Revue systématique (Cochrane) N ⁰ art.=6	Déterminer l'efficacité des interventions en milieu de travail par rapport aux soins usuels à l'égard des résultats liés à la santé physique et mentale des travailleurs.	Des résultats mitigés montrent des effets modérés en ce qui concerne l'efficacité des interventions en milieu de travail pour réduire l'absentéisme. Cependant, elles ne semblent pas améliorer les résultats sur la santé au travail à court terme.	Réaliser plus d'études sur l'efficacité des interventions pour d'autres problèmes de santé et conditions.
Briand et coll., 2008 Canada, Revue de revues N ⁰ art=6	En se basant sur la littérature, décrire les interventions de RT accomplies dans une perspective globale et multicausale de l'incapacité auprès des travailleurs ayant des TMS.	Seuls deux programmes analysés portent sur une perspective globale et multicausale. Les composantes essentielles d'un tel programme sont : la coordination centralisée, des interventions psychologiques formelles et professionnelles, des interventions en milieu de travail, des accommodements et le contact entre différents intervenants pour favoriser une action concertée.	Favoriser des actions concertées en collaboration avec les partenaires.
Coutu et coll., 2008 Canada, Revue systématique N ⁰ art.=64	Identifier les méthodes d'évaluation des composantes de représentations de la maladie.	Mise en évidence de l'existence et de l'utilisation de multiples entrevues et questionnaires pour l'évaluation multidimensionnelle des représentations de la maladie. Tous étaient utilisés dans un contexte médical, mais aucun n'a été testé dans un contexte de travail.	Déterminer dans quelle mesure les méthodes d'évaluation des représentations de la maladie peuvent être utilisées dans un contexte d'incapacité de travail.
Shaw et coll., 2008 É.-U., Revue systématique, Descriptive N ⁰ art=51	Décrire les activités du coordonnateur de RT pour identifier les compétences nécessaires à la pratique.	Six domaines de compétences ont été identifiés: 1. évaluation ergonomique et du milieu de travail; 2. entrevue clinique; 3. résolution de problèmes sociaux; 4. médiation en milieu de travail; 5. connaissance des aspects administratifs et juridiques; 6. connaissances médicales. Les compétences des coordonnateurs ont surtout rapport à l'ajustement ergonomique des tâches, à la communication et à la résolution de conflits.	Déterminer les compétences nécessaires à une coordination efficace du RT. Évaluer si le contexte et l'environnement dans lequel le coordonnateur évolue peuvent influencer l'efficacité de son intervention. Évaluer l'efficacité des activités de RT du point de vue des travailleurs.

Légende : N⁰ art = Nombre d'articles inclus dans la revue N⁰ réf= Nombre de références citées dans la table de matières de l'article

3.1.3 *Articles théoriques*

Quatre articles théoriques ont été retenus pour les fins de cette mise à jour à partir de la recherche bibliographique et de l'application des critères d'inclusion et d'exclusion. Il s'agit d'un éditorial et de trois articles théoriques publiés dans trois revues différentes. Les premiers auteurs de chacun de ces articles proviennent du Canada ou bien des États-Unis, alors que les autres auteurs sont des chercheurs collaborateurs en provenance de différents centres de recherche dans le monde. Le Tableau 4 présente les principaux constats et recommandations pour la recherche et l'intervention quant à la prévention de l'incapacité prolongée.

Deux des articles constituent des synthèses des connaissances sur la prévention et la gestion des maux de dos en milieu de travail. Les auteurs de ces articles soulignent l'importance de privilégier l'adoption de stratégies préventives en milieu de travail à un stade précoce du processus de l'incapacité (Costa-Black et coll., 2010), les interventions multidisciplinaires pour les travailleurs en invalidité devant être considérées avant d'envisager la chirurgie (Weiner et Nordin, 2010).

Dans un éditorial récent, Pransky et coll. (2011) synthétisent, à l'occasion de la première conférence scientifique du groupe Work Disability Prevention and Integration, les tendances et les perspectives futures de la recherche en prévention de l'incapacité au travail. Les principales recommandations en matière d'intervention soutiennent l'identification précoce des facteurs de risque, les interventions multidisciplinaires effectuées en milieu de travail et la coordination du retour au travail. De plus, les interventions les plus efficaces semblent celles qui sont idiosyncrasiques en fonction des aspects physiques, relationnels et culturels associés au travail, au travailleur, et au contexte sociétal. L'importance de faire des choix éclairés, en tenant compte de bonnes pratiques recommandées, de politiques à respecter, et du fait que le TMS est d'origine multifactorielle, est également soulignée par les experts en réadaptation.

Enfin, un quatrième article propose un cadre conceptuel pour guider l'intervention ergonomique en réadaptation professionnelle (Leyshon et Shaw, 2008). Ce cadre est adapté selon les principaux concepts de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et rend compte d'aspects essentiels en intervention sur l'incapacité. Ceux-ci portent, par exemple, sur l'identification des problèmes, la compréhension des obstacles et des facilitateurs. Toutefois, le cadre conceptuel devra être validé dans différents contextes de pratique professionnelle. Il présente cependant un potentiel d'arrimage avec l'approche participative, afin de déterminer son efficacité dans la réduction de l'incapacité au travail associée aux troubles musculo-squelettiques.

Tableau 4 Principaux constats et recommandations issus des articles théoriques

Auteurs	Objectif/ principaux sujets	Principaux constats sur l'intervention en prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations et perspectives pour l'intervention et la recherche
Pransky et coll., 2011 É.-U., <i>Éditorial</i>	Présente l'évolution de la recherche sur la prévention de l'incapacité au travail, les problématiques courantes dans le domaine et les perspectives de développement des connaissances.	L'étiologie multifactorielle, incluant des causes individuelles, des facteurs environnementaux et sociétaux, est généralement acceptée. Même s'il y a compréhension de l'origine multifactorielle de l'incapacité, il n'y a pas de consensus en ce qui concerne les théories ou les modèles qui traitent d'incapacité au travail et de retour au travail.	Favoriser les études d'évaluation de l'implantation permettant l'identification précoce des facteurs influençant l'incapacité prolongée et celles visant les milieux et les problématiques de travail. Considérer l'effet positif des programmes multidisciplinaires, centrés sur le milieu de travail et la coordination du RT pour ceux à risque d'incapacité prolongée.
Costa-Black et coll., 2010 Canada, <i>Article théorique</i>	Examine l'opinion d'experts et les données disponibles sur les questions de gestion efficace des maux de dos liés au travail.	<i>Éléments stratégiques:</i> contact de l'intervenant de soins de santé avec le lieu de travail, visite ergonomique des lieux de travail, contact précoce avec le travailleur en milieu de travail, offre d'accommodements de travail (ex. : travail temporaire modifié, assignation temporaire, remplacements surnuméraires, activités graduées, retour progressif au travail).	Encourager des stratégies préventives, intervenir à un stade précoce pour identifier les signes précurseurs d'incapacité et développer des liens plus étroits avec les milieux de travail.
Weiner et Nordin, 2010 É.-U., <i>Article théorique.</i>	Présente une approche pour prévenir les incapacités et la persistance de la douleur chez les patients souffrant de douleurs non spécifiques au bas du dos.	Les différentes pratiques répertoriées en prévention de l'incapacité comprennent: l'éducation, le réconfort ou la prise des antalgiques pour le soulagement de la douleur, les massages ou les manipulations, les exercices, la thérapie cognitive comportementale, la prise en charge multidisciplinaire.	Privilégier des stratégies préventives liées au maintien d'une vie active à un stade précoce du processus de l'incapacité. Le contrôle de la douleur par les analgésiques et les soins multidisciplinaires devrait être considéré avant d'envisager la chirurgie.
Leyshon et Shaw, 2008 Canada, <i>Article théorique.</i>	Présente un nouveau modèle de pratique de l'ergonomie en réadaptation professionnelle, qui s'appuie sur la <i>Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé</i> (CIF).	Éléments du modèle : - identification des problèmes, des obstacles et des facilitateurs; - compréhension des obstacles et des facilitateurs à la pratique de l'ergonomie; - identification et évaluation de l'intervention ergonomique.	Évaluer le modèle dans des contextes de pratiques professionnelles différentes pour déterminer son efficacité dans la réduction de l'incapacité au travail associé aux TMS. Explorer comment ce nouveau modèle peut s'harmoniser avec l'approche ergonomique participative.

3.1.4 Études empiriques

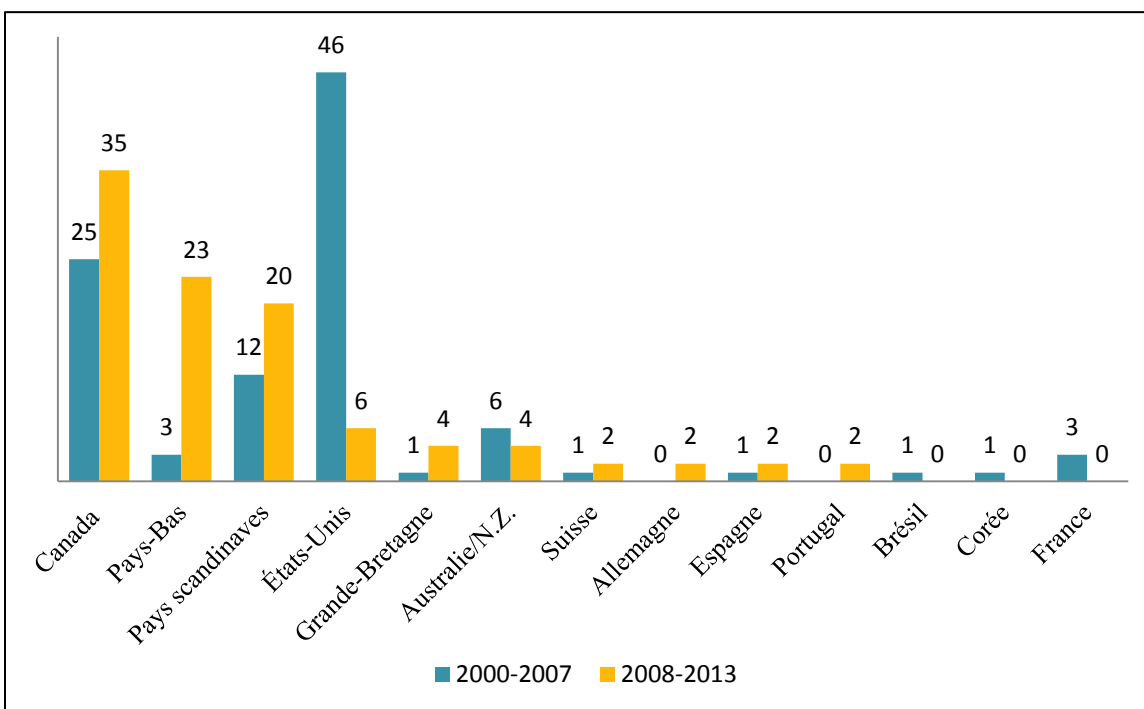
Cinquante et un articles portant sur une ou plusieurs études ont été recensés. Comme on peut l'observer au Tableau 5, les articles proviennent de 14 journaux différents. Toutefois, des vingt-sept articles sélectionnés, presque un article sur deux a été publié dans le *Journal of Occupational Rehabilitation*, dont plus de la moitié d'entre eux au cours de 2012 et 2013. Un rapide survol des tables des matières des revues publiées au cours de la période de référence a permis de constater que le domaine de la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour TMS compte pour une faible portion des études publiées. De fait, seulement 5 % des titres compilés pour la période à l'étude font référence à cette population.

Tableau 5 Répartition des articles par périodiques et années de publication

Journal scientifique	Année de publication						Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
<i>J Occup Rehabil</i>	1	1	5	6	11	3	27
<i>Disabil Rehabil</i>	-	1	1	3	-	1	6
<i>Work</i>	-	2	1	-	-	1	4
<i>BMC Musculoskeletal Disorders</i>	-	-	-	3	-	-	3
<i>BMC Public Health</i>	-	2	-	-	-	-	2
<i>Occup Med</i>	-	-	1	-	-	-	1
<i>Int Arch Occup Environ Health</i>	-	-	-	-	-	1	1
<i>Int J Qualit Studies Health and Well-being</i>	1	-	-	-	-	-	1
<i>Can J Occup Therapy</i>	-	-	-	1	-	-	1
<i>Scand J Work Environ Health</i>	-	-	1	-	-	-	1
<i>Soc Sci Med</i>	-	-	1	-	-	-	1
<i>Spine</i>	-	-	-	-	1	-	1
<i>J Rehabil Med</i>	1	-	-	-	-	-	1
<i>J Clin Epidemiol</i>	-	-	-	1	-	-	1
Total (N = 14)	3	6	10	14	12	6	51

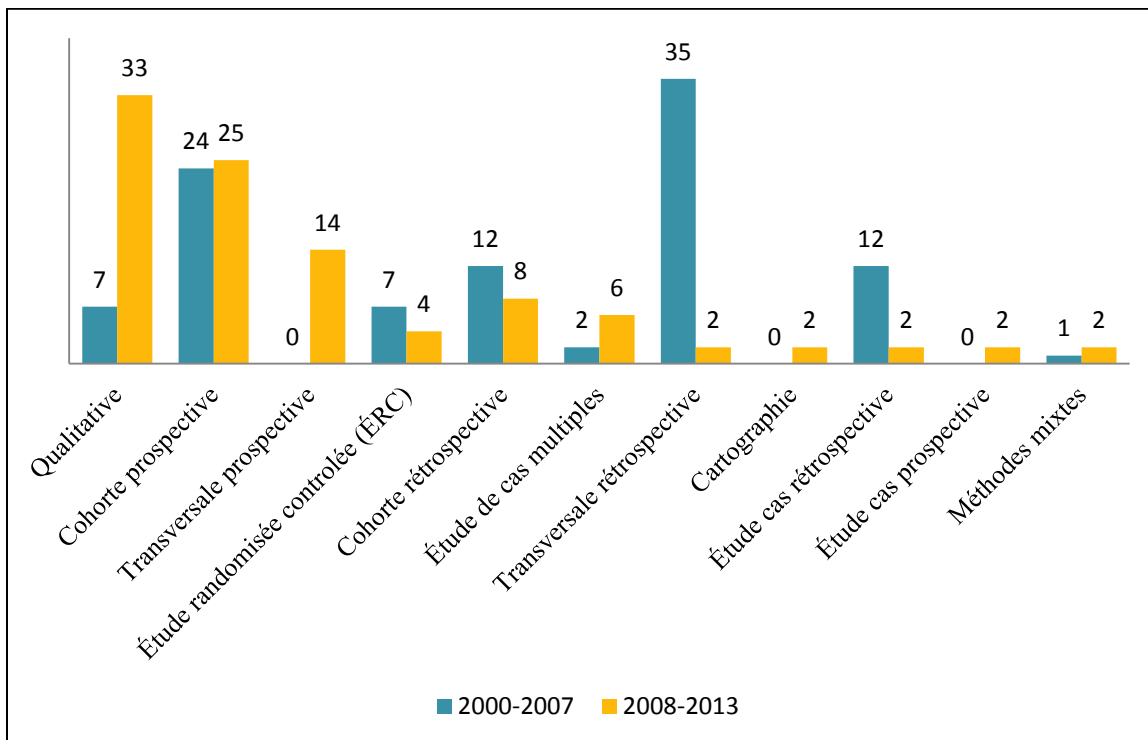
Le Graphique 1 présente la répartition des articles selon le pays d'affiliation du premier auteur de la recherche. Comme le montre ce graphique, le Canada se distingue par son leadership dans la recherche dans ce domaine, cette tendance étant encore plus prononcée lors de la période 2008-2013 que lors de la revue de la littérature précédente (2000-2007). D'autres pays se distinguent également à ce sujet, notamment les Pays-Bas et les pays scandinaves, en l'occurrence la Norvège et la Suède. Toutefois, il faut noter que les travaux de recherche résultent généralement d'une collaboration entre deux ou plusieurs auteurs, pouvant provenir de centres et de pays différents. La chute du nombre d'articles en provenance des États-Unis pourrait être liée à la crise économique que le pays a connue lors de cette période et à la diminution consécutive du financement de la recherche en santé.

Graphique 1 Répartition comparative en % des études des années 2000-2007 et 2008-2013 selon le pays d'affiliation du premier auteur



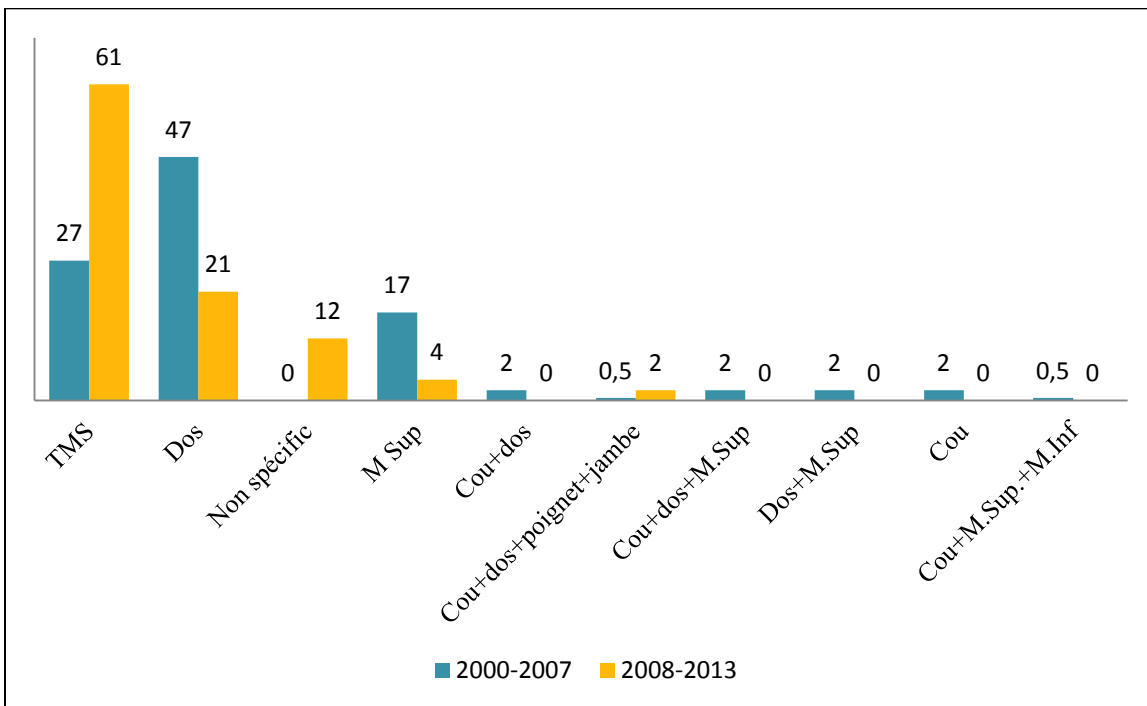
Comme l'indique le Graphique 2, les articles recensés dans la mise à jour font appel à des méthodologies variables. Les mêmes approches méthodologiques que dans la précédente revue ont été considérées. Toutefois, pour des fins de simplification des comparaisons, dans la présente revue, certaines catégories sont renommées ou regroupent diverses catégories que l'on retrouvait dans la précédente revue. Par exemple, « les études observationnelles » ont été regroupées avec « les suivis de cohorte », « les études de notes de cas » ont été incluses dans « les études de cas multiples » ainsi que « les séries de cas rétrospectifs ». Comme dans la revue précédente, peu d'études randomisées contrôlées (ÉRC) ont été dénombrées (4 % versus 7 %). On note cependant que les études qualitatives (33 %) sont à présent plus nombreuses que dans la revue précédente (7 %). Elles s'appuient le plus souvent sur des données administratives (extraites de bases de données de commissions des accidents du travail et autres) ou de questionnaires autoadministrés. De plus, dans le cadre de la présente mise à jour, environ 12 % des études se fondent sur des données rétrospectives, alors que près de 88 % sont de nature prospective. Les populations visées par les études se composent de travailleurs indemnisés pour TMS ou d'acteurs impliqués dans le processus de réadaptation.

Graphique 2 Répartition comparative en % des études des années 2000-2007 et 2008-2013 selon l'approche méthodologique



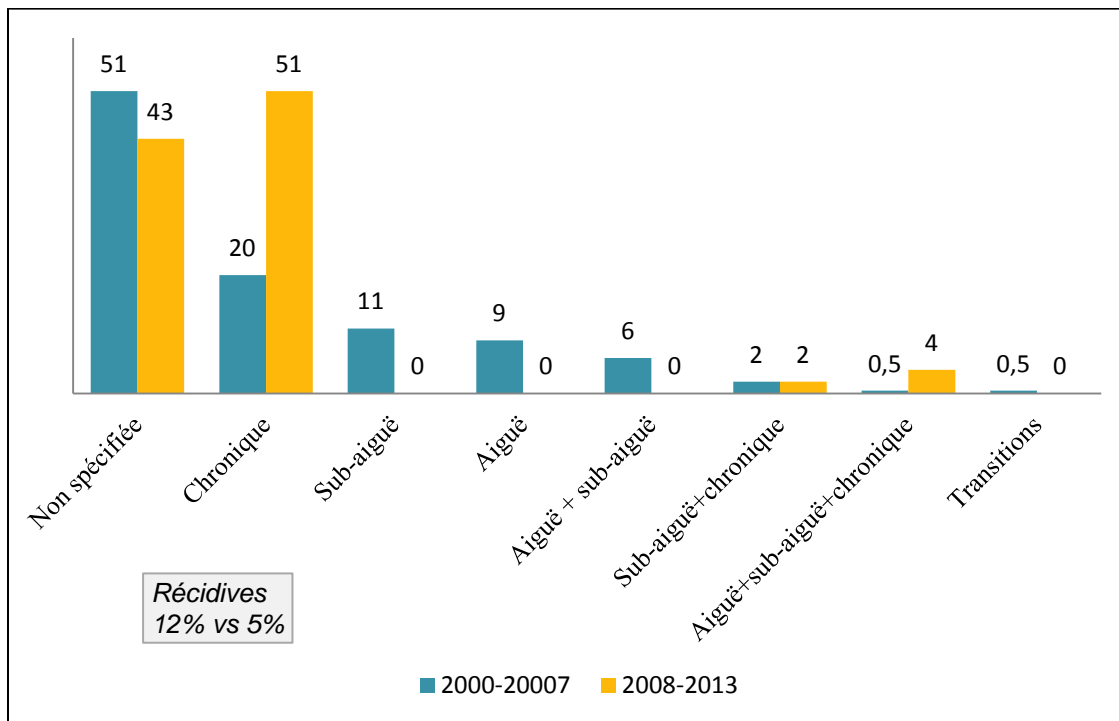
En ce qui concerne la localisation des TMS (voir Graphique 3), les articles examinés sont plus souvent génériques et portent sur les TMS en général (61 % versus 27 %). Pour des fins de simplification des comparaisons, certains regroupements ont été réalisés. Nous avons regroupé, par exemple, les études s'intéressant à des blessures multisites dans des catégories plus larges. Aussi, nous avons rassemblé les études s'intéressant à une pathologie en particulier, comme le syndrome du canal carpien, et celles correspondant à ce site en particulier (membres supérieurs). Dans la mise à jour, les auteurs sont moins nombreux à traiter des troubles spécifiques (ex. : douleurs lombaires, troubles des membres supérieurs [TDMS]), d'autres sites que le dos (ex. : membres supérieurs, cou, poignets, jambes) ou des affections particulières (ex. : syndrome cervical traumatique, syndrome du canal carpien). Ce fait semble indiquer qu'en dépit des spécificités de chaque diagnostic et du traitement médical qui lui est lié, les interventions favorisant le retour sain et durable en emploi présentent des similarités importantes, et ceci, quel que soit le type de blessure considéré.

Graphique 3 Répartition comparative en % des études des années 2000-2007 et 2008-2013 selon le site de la blessure musculo-squelettique



Enfin, comme on peut l'observer au Graphique 4, les études qui ne précisent pas la phase de la blessure musculo-squelettique (aiguë, subaiguë, chronique) sont moins nombreuses que dans la revue 2000-2007 (43 % versus 51 %). Une tendance visant les populations en phase chronique semble se préciser par rapport à la revue antérieure (51 % versus 20 %). Même si en majorité les auteurs utilisent un vocabulaire lié à la douleur chronique, ils deviennent plus nombreux à s'intéresser à des phénomènes moins étudiés, telles les récurrences (12 % versus 5 %).

Graphique 4 Répartition comparative en % des études des années 2000-2007 et 2008-2013 selon la phase de la blessure musculo-squelettique



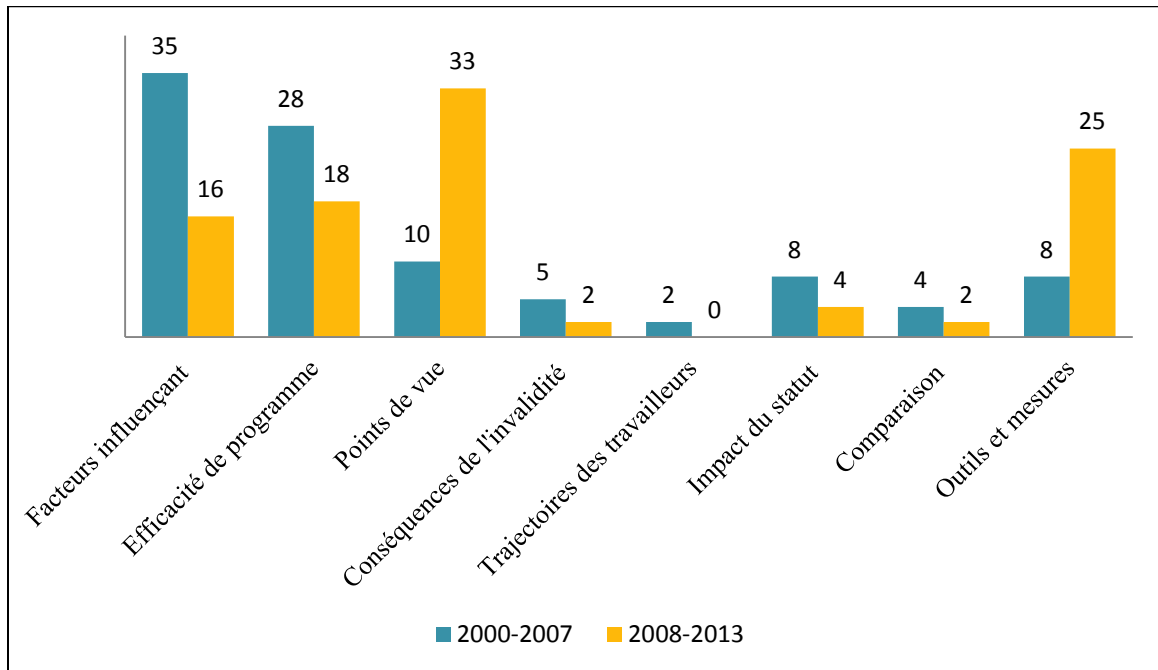
3.2 Sujets d'intérêt

À partir du principal objectif spécifié par les auteurs, les articles ont été catégorisés en huit classes différentes: facteurs influençant l'incapacité; efficacité des programmes/ stratégies/ politiques; points de vue, expériences et pratiques des acteurs; conséquences de l'incapacité sur le travailleur blessé et sa famille; trajectoire des travailleurs blessés; impact du statut ou type d'indemnisation; comparaison des résultats entre régions/ pays/ systèmes d'indemnisation; outils et mesures. À des fins de simplification des comparaisons, les classes ont ensuite été regroupées en cinq grands sujets de recherche en matière de prévention de l'incapacité prolongée : 1) facteurs influençant l'incapacité, 2) intervention, 3) points de vue, expériences et pratiques des acteurs, 4) contexte d'indemnisation et 5) outils et mesures.

Comme on peut l'observer au Graphique 5, dans la mise à jour, les articles s'intéressant au sujet *Points de vue, expériences et pratiques des acteurs* prédominent et sont plus nombreux que lors de la compilation antérieure (33 % versus 10 % lors de la dernière revue), alors que les articles portant sur les facteurs influençant l'incapacité sont moins abondants (16 % versus 35 %).

Aussi, on note une diminution du nombre d'articles portant sur l'efficacité des interventions, qu'il s'agisse d'interventions en réadaptation ou de différentes stratégies d'amélioration et d'implantation des bonnes pratiques dans les milieux concernés par l'incapacité prolongée (18 % versus 28 %).

Toujours dans ce même graphique, on observe que l'intérêt pour étudier le contexte d'indemnisation, qui comprend *Impact du statut ou du type d'indemnisation* et *Comparaison des résultats entre régions/pays/systèmes d'indemnisation*, diminue (6 % versus 12 %), alors que les articles traitant des questions de mesure sont plus nombreux (25 % versus 8 %). On constate un intérêt marqué pour le développement des outils et des techniques de mesure ou pour un ou plusieurs aspects de la validité ou de la fiabilité des outils employés ou devant être employés par les différents cliniciens et praticiens actifs dans les domaines de la réadaptation et du retour au travail.

Graphique 5 Répartition comparative en % des études selon leurs sujets d'intérêt**Légende**

Facteurs influençant l'incapacité

Efficacité des programmes/stratégies/politiques

Points de vue, expériences et pratiques des acteurs

Conséquences de l'incapacité sur le travailleur blessé et sa famille

Trajectoires des travailleurs

Impact du statut ou du type d'indemnisation

Comparaison des résultats entre régions/pays/systèmes d'indemnisation

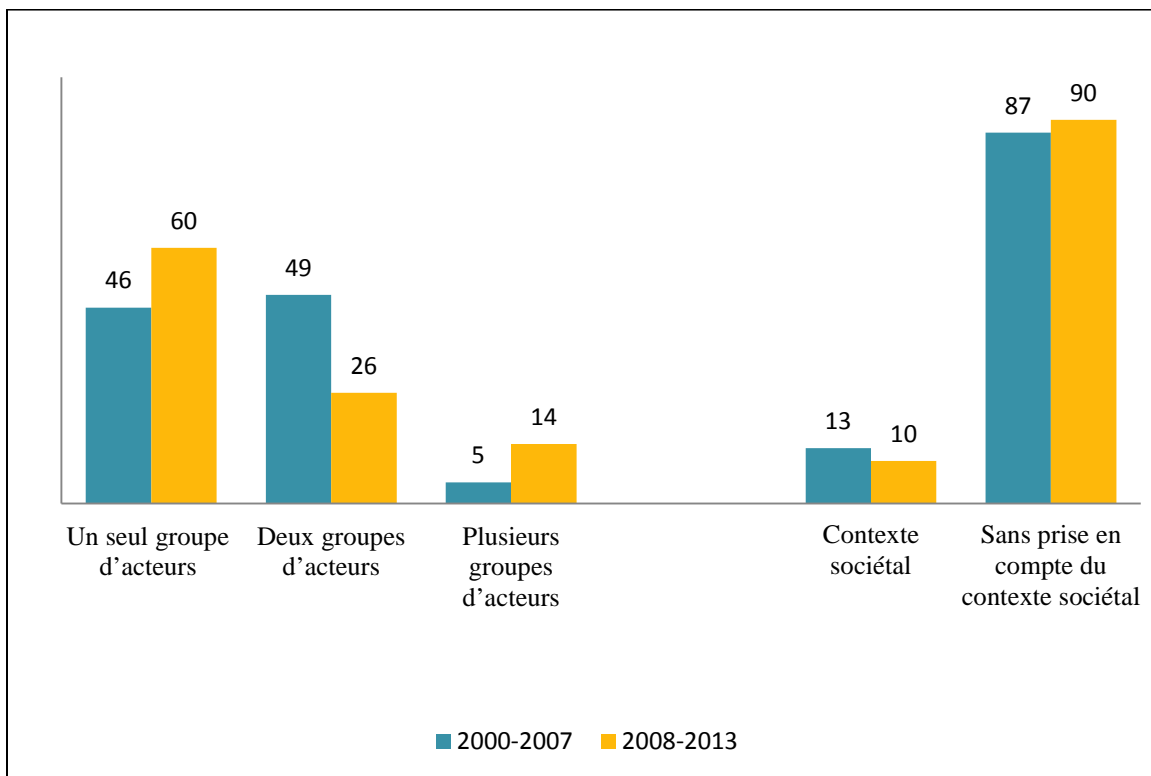
Outils et mesures

3.3 Groupes d'acteurs

Les principaux groupes d'acteurs mentionnés par les auteurs des articles sont présentés dans le Graphique 6. Un groupe d'acteurs est défini comme étant l'ensemble des acteurs clés agissant dans le cadre d'un même système impliqué dans la prévention de l'incapacité prolongée.

Dans cette mise à jour, l'implication de plusieurs groupes d'acteurs s'avère davantage considérée que dans la revue précédente (environ 14 % versus 5 %) (Graphique 6). Enfin, la prise en compte du contexte sociétal reste une tendance notable (13% versus 10 %) (Graphique 6).

Graphique 6 Répartition comparative en % des études selon les groupes d'acteurs concernés



De plus, dans le Tableau 6, on observe un intérêt croissant pour les perspectives des milieux de travail (21 % versus 4 %) et des travailleurs (15 % versus 1 %) lorsque comparé avec la revue précédente. De plus, les articles qui mentionnent le système d'indemnisation comme étant le principal groupe d'acteurs concernés sont moins nombreux que ceux identifiés lors de la revue de la littérature précédente (6 % versus 29 %).

Comme on peut l'observer au Tableau 7 qui présente la répartition des articles en fonction des différents groupes d'acteurs et des principaux sujets d'intérêt des études, les chercheurs semblent manifester un intérêt marqué (deux articles sur cinq) pour documenter les diverses pratiques, représentations et expériences des acteurs, notamment celles des acteurs clés impliqués dans le processus de réadaptation et de retour au travail (coordonnateurs de retour au travail, médecins, physiothérapeutes, agents d'indemnisation, travailleurs). De plus, l'évaluation de l'efficacité des différentes interventions en réadaptation et en retour au travail préoccupent les chercheurs, quoique dans une moindre mesure (un article sur cinq), surtout par rapport aux interventions en milieu de travail. Les questions de mesure préoccupent, elles, autant les chercheurs que les milieux de travail; l'intérêt des milieux de travail pour des interventions adaptées et applicables est notable.

Tableau 6 Répartition comparative en % des études selon les groupes d'acteurs concernés

Groupe d'acteurs	Années 2000-2007 % (N=186)	Années 2008-2013 % (N=51)
Un seul groupe d'acteurs	46	60
Système d'indemnisation	29	6
Système d'indemnisation + contexte sociétal	4	2
Système de soins de santé	7	14
Système de soins de santé + contexte sociétal	0,5	-
Milieu de travail	4	21
Milieu de travail + contexte sociétal	-	2
Travailleur	1	15
Travailleur + contexte sociétal	0,5	-
Deux groupes d'acteurs	49	26
Système d'indemnisation, système de soins de santé	29	6
Système d'indemnisation, milieu de travail	3	-
Système d'indemnisation, travailleur	3	-
Système de soins de santé, milieu de travail	2	6
Système de soins de santé, travailleur	3	4
Milieu de travail, travailleur	1	4
Système d'indemnisation, système de soins de santé + contexte sociétal	7	6
Système d'indemnisation, milieu de travail + contexte sociétal	0,5	-
Système d'indemnisation, travailleur + contexte sociétal	0,5	-
Plusieurs groupes d'acteurs	5	14
Système d'indemnisation, système de soins de santé, milieu de travail	0,5	-
Système d'indemnisation, milieu de travail, travailleur	1	-
Système de soins de santé, milieu de travail, travailleur	0,5	-
Système d'indemnisation, système de soins de santé, milieu de travail, travailleur	3	14

Tableau 7 Sujets d'intérêt en % des études selon les groupes d'acteurs concernés (N=51)

Groupes d'acteurs	Facteurs influençant l'incapacité	Efficacité de l'intervention: programmes/stratégies/politiques	Points de vue/ expériences/ pratiques des acteurs	Conséquences sur le travailleur blessé et sa famille	Impact du statut ou du type d'indemnisation	Comparaison entre régions / pays / SI	Outils et mesures	Total
SI	-	-	-	-	-	-	6	6
SI+ CS	-	-	-	-	2	-	-	2
SSS	6	-	2	-	-	-	6	14
MT	4	8	6	-	2	-	2	21
MT+ CS	-	-	2	-	-	-	-	2
T	-	-	14	2	-	-	-	15
<i>Total Un groupe d'acteurs</i>	<i>10</i>	<i>8</i>	<i>24</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>-</i>	<i>14</i>	<i>60</i>
SI, SSS+ CS	4	-	-	-	-	2	-	6
SSS, MT	-	4	-	-	-	-	2	6
SSS, T	-	-	2	-	-	-	2	4
MT, T	-	2	-	-	-	-	2	4
SI, SSS	-	2	-	-	-	-	4	6
<i>Total Deux groupes d'acteurs</i>	<i>4</i>	<i>8</i>	<i>2</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>2</i>	<i>10</i>	<i>26</i>
SI, SSS, MT, T	-	4	8	-	-	-	-	14
<i>Total Plusieurs groupes d'acteurs</i>	<i>-</i>	<i>4</i>	<i>8</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>14</i>
<i>Total</i>	<i>14</i>	<i>20</i>	<i>34</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>24</i>	<i>100</i>

Légende

SI : système d'indemnisation
SSS : système de soins de santé
MT : milieu de travail
T : travailleur
CS : contexte sociétal

¹ Chaque article a été classé sous un seul grand thème, mais il peut faire référence à un ou plusieurs groupes d'acteurs

3.4 Description des principaux sujets d'intérêt

Cette section décrit les éléments stratégiques pour prévenir l'incapacité prolongée identifiés par article et pour chacun des sujets d'intérêt mentionnés précédemment.

3.4.1 Facteurs influençant l'incapacité ou le retour au travail

Huit articles s'intéressent aux facteurs influençant l'incapacité ou le retour au travail. Comme on peut l'observer au Tableau 8, les variables dépendantes dont la prédiction intéresse les auteurs sont de deux types. Un premier type de variable concerne l'incapacité prolongée au travail (Hämmig et coll., 2011) et les variables associées tel le risque de statut d'incapacité prolongée et de pension d'invalidité (Gjesdal et coll., 2011) ou les limitations fonctionnelles (Dionne et coll., 2011). Le deuxième type de variable concerne la mesure du retour au travail, incluant le retour au travail à temps partiel, à temps complet, ou avec allègement ou modification des tâches (Lederer et coll., 2012, Laisné et coll., 2013) et sa durabilité (Lydel et coll., 2009), et aussi les obstacles et les facilitateurs du retour au travail après avoir complété un programme de réadaptation sous la supervision d'une équipe multidisciplinaire (Marois et Durand, 2009).

De nouveaux modèles de dépistage précoce des travailleurs à risque d'incapacité prolongée continuent à susciter l'intérêt. L'utilisation de méthodes de dépistage précoce est considérée comme une stratégie intéressante de prévention des limitations fonctionnelles d'un point de vue clinique (Dionne et coll., 2011).

Comme dans la revue précédente, les études soulevant des interrogations par rapport aux facteurs démographiques, sociaux et cliniques prédominent. Toutefois, les auteurs soulèvent de plus en plus l'importance d'autres variables en lien avec le retour au travail, par exemple la participation au travail, la durabilité et l'efficacité personnelle à réaliser ses tâches lors du retour au travail (Laisné et coll., 2013, Lydel et coll., 2009, Marois et Durand, 2009). De plus, les facteurs liés aux exigences physiques (p. ex. : adoption de postures contraignantes, maintien de postures statiques) et psychologiques de l'emploi (stress psychologique, peur de l'aggravation des symptômes lors du retour, équipement de travail jugé inadapté par le travailleur) et aux pratiques des travailleurs au regard de leur travail (convictions, opinions, croyances sur le milieu de travail, attentes par rapport à la reprise du travail, peur de se blesser à nouveau) semblent particulièrement utiles aux cliniciens pour le dépistage précoce des patients à risque d'incapacité prolongée (Marois et Durand, 2009).

D'autre part, les facteurs hors travail, bien que peu explorés, paraissent jouer un rôle médiateur dans le développement des invalidités musculo-squelettiques (Laisné et coll., 2013, Hämmig et coll., 2011, Lydel et coll., 2009). De plus en plus, des articles mettent l'accent sur de nouvelles variables telles, la conciliation travail et vie privée, les événements de la vie, la signifiante du travail, éventuellement intéressantes à introduire dans les modèles de prédiction pour le dépistage des travailleurs à risque et dont il faut tenir compte dans le développement des outils et interventions. Les travailleurs sans contrat de travail constituent une population vulnérable, présentent un faible taux de retour au travail après une première absence de 7 à 9 mois et ont une perception plutôt mauvaise de leur santé (passée, présente, future) (Vermeulen et coll., 2009a).

Tableau 8 Facteurs influençant l'incapacité ou le retour au travail

Auteurs	Population et variable prédite	Facteurs	Recommandations pour l'intervention et la recherche
Laisné et coll., 2013 Québec, Canada	Travailleurs recevant une indemnisation de la CSST. Variable dépendante: <i>Retour au travail</i> (incluant le travail à des tâches allégées ou modifiées, à temps partiel ou à temps complet.	Prédicteurs pour <i>deux mois</i> et/ou <i>huit mois</i> d'absence : Sociodémographiques: <i>deux mois</i> : genre (hommes : OR=7,83); <i>deux et huit mois</i> : <u>âge</u> (0,91;0,83) Cliniques et liés aux soins de santé: <i>huit mois</i> : peu d'attentes par rapport à la consolidation médicale (0,04), peu de support au travail (2,63), troubles de stress post-traumatique (0,94). Diminution du retour au travail. Croyances liées aux exigences psychologiques: <i>deux mois</i> : peu d'attentes d'intégration (1,80), <i>deux et huit mois</i> : peu d'importance accordée au travail (1,30; 1,40). Diminution du retour au travail.	Engager les travailleurs dans un processus de RT précoce pour maintenir la relation avec le milieu de travail et renforcer le soutien social. L'importance que les gens accordent à leur travail est le seul facteur prédictif aux deux moments de suivi. C'est un facteur à prendre en considération dans les recherches et les interventions futures.
Lederer et coll., 2012 Québec, Canada	Travailleurs indemnisés par la CSST pendant de longues durées Variable dépendante: Durée d'au moins trois jours jusqu'au premier <i>retour au travail</i> à temps partiel ou à temps complet.	Déterminants de la durée de RT après une l'incapacité prolongée (<i>cinq ans</i>): Sociodémographiques: Hommes et Femmes: ≥ 40 h de travail par semaine (HR=0,720; 0,508) Économiques/organisationnels: Hommes : âgés de plus de 55 ans (0,458), insécurité au travail (0,825), Femmes: âge (0,734), chaque tranche de 10,000 \$ de revenu annuel (1,225), méconnaissance des programmes de SST en milieu de travail (0,598), Hommes et Femmes : faible statut économique (0,653; 0,625).	Les caractéristiques personnelles et professionnelles ont un impact significatif sur le RT. Globalement, le genre, le contexte professionnel (physique, psychologique, organisationnel), et les déterminants sociaux (le rôle de la famille, le statut d'emploi et la position socioéconomique) peuvent prédire l'évolution du statut de retour au travail.

Auteurs	Population et variable prédite	Facteurs	Recommandations pour l'intervention et la recherche
Dionne et coll., 2011 Québec, Canada	<p>Patients avec des limitations fonctionnelles sévères et à long terme liés au dos</p> <p>Variable dépendante: <i>L'incapacité prolongée</i></p>	<p>Augmentation de la durée d'absence avant de retourner au travail.</p> <p>Prédicteurs significatifs d'incapacité à deux ans :</p> <p>Règle de prédiction clinique à cinq questions: percevoir que tout est un effort, difficultés à respirer, sensations de chaud/froid (frissons), engourdissements, picotements dans des parties du corps et douleurs au cœur ou à la poitrine. (LR=0,35).</p>	<p>Utilisation d'une règle de prédiction des limitations fonctionnelles du dos avec cinq items pour aider les médecins à se concentrer sur les soins cliniques de première ligne aux patients à haut risque.</p>
Gjesdal et coll., 2011 Norvège	<p>Travailleurs absents hommes et femmes pour plus de huit semaines</p> <p>Variable dépendante: <i>risque d'incapacité prolongée</i> à cause de TMS et de percevoir une pension.</p>	<p>Prédicteurs significatifs d'être prestataire d'une pension d'incapacité dans cinq ans :</p> <p>Sociodémographiques: femmes versus hommes (HR=1,21). Hommes et femmes: âge 50-59 (9,33), niveau bas d'éducation (1,67), faible revenu (1,61).</p> <p>Diagnostic : dos (2,14), cou (1,09), fractures et blessures (0,50).</p>	<p>Stratégies pour réduire l'incidence et les conséquences : une meilleure protection des travailleuses et de leur position en société, les programmes de réadaptation devraient avoir des spécificités par rapport au genre.</p>
Hämmig et coll., 2011 Suisse	<p>Travailleurs ayant ou non des TMS dans quatre entreprises différentes</p> <p>Variable dépendante : <i>L'incapacité prolongée</i></p>	<p>Facteur explicatif : conflits vie professionnelle et vie personnelle ($\beta=0.21$), après avoir contrôlé l'âge, le sexe, l'éducation et le niveau d'activité physique ($\beta=0.10$, $R^2=.24$).</p> <p>Les travailleurs qui subissent des conflits vie professionnelle-vie privée présentent plus de risque d'incapacité (risque relatif (OR=3,8 versus 6,3). La force de l'association diminue lorsqu'on tient compte de la variable stress (1,9-versus 4,1), ce qui indique</p>	<p>L'intervention en milieu de travail et la recherche devraient considérer les conflits entre la vie professionnelle et personnelle comme un facteur de stress pouvant avoir un effet sur les TMS.</p>

Auteurs	Population et variable prédite	Facteurs	Recommandations pour l'intervention et la recherche
Lydell et coll., 2009 Suède	Travailleurs ayant des TMS chroniques ayant participé à un programme de réadaptation. Variable dépendante : RT (durabilité)	la possibilité d'un effet indirect du stress. Prédicteurs significatifs du retour au travail durable <i>cinq et dix ans</i> après avoir suivi un programme de réadaptation. Sociodémographiques: genre (homme) (0,310), âge (0,928), travail à temps complet ou à temps partiel, douleur (0,925), certificat maladie (0,989), événements de la vie (0,956).	D'autres suivis à long terme devraient inclure un nombre plus important de variables psychosociales, au regard du travail et des conditions de travail lors du RT.
Marois et Durand, 2009 Québec, Canada	Travailleurs ayant participé à un programme de réadaptation (PRÉVICAP) Variable dépendante : Retour au travail après avoir complété un programme de réadaptation.	Liés aux exigences physiques de l'emploi: rester assis pendant de longues périodes, travailler penché, réaliser un travail dur physiquement et soulever des poids lourds. Diminution du nombre de travailleurs dont le retour au travail se maintient. Prédicteurs du nombre de travailleurs de retour au travail <i>à la fin</i> du programme. Sociodémographiques: genre : homme ($\chi=14,59$), OR=0,326 Cliniques et liés aux soins de santé: diagnostic (2,419) Croyances liées aux exigences physiques de l'emploi: l'adoption de postures contraignantes (2,753), le maintien des postures statiques (2,773), l'absence des tâches légères (3,672). Croyances liées aux exigences psychologiques de l'emploi:	Ces résultats peuvent être utilisés dans le cadre des programmes de réadaptation au travail des personnes en phase chronique. Les cliniciens doivent intégrer les leviers et les obstacles de RT dans leur plan d'intervention.

Auteurs	Population et variable prédite	Facteurs	Recommandations pour l'intervention et la recherche
Vermeulen et coll., 2009a	<p>Pays-Bas</p> <p>Travailleurs sans contrat de travail depuis au moins 13 semaines.</p> <p>Variable dépendante : Perception de l'état de santé et du RT</p>	<p>perception par le travailleur de l'insuccès de l'intervention (0,326), durée de maintien en poste (0,412)</p> <p>Croyances des travailleurs sur l'impact du RT: peur de l'aggravation des symptômes lors du RT(2,828), perception du travailleur sur l'incapacité (0,982), durée de participation au programme PRÉVICAP (1,061).</p> <p>Perception de la santé et le RT <i>sept à neuf mois</i> après le début de l'absence.</p> <p>Interventions significatives pour une perception meilleure de la santé et du RT: une discussion avec un professionnel de la santé sur le RT (OR= 1,573). Plan d'action discuté et mis en l'application (OR= 1,003). Référence à une agence de placement professionnel (OR=0,034).</p>	<p>Cette étude propose, parmi plusieurs interventions, le retour thérapeutique au travail comme une stratégie d'intervention gagnante réalisée en partie grâce à la <i>communication</i> et la <i>collaboration</i> structurée entre les différents acteurs clés impliqués.</p>

3.4.2 Intervention

Au total, neuf articles ont pour objet principal la description ou l'évaluation d'une intervention en prévention de l'incapacité prolongée. Le contenu des programmes, les types d'intervention et l'impact sur l'incapacité prolongée sont présentés au Tableau 9.

Les programmes en milieu de travail sont fréquemment signalés comme ayant produit des résultats positifs en prévention de l'incapacité prolongée (van Beurden et coll., 2012, Vermeulen et coll., 2011). On ne note cependant pas d'effet de l'intervention participative en milieu de travail sur la santé et le maintien au travail. Par contre, ce type d'intervention réduit considérablement la durée d'absence des employés.

Certains programmes d'intervention en milieu de travail comprennent une intervention ergonomique (Calvo-Cerrada et coll., 2012) ou de conditionnement physique en milieu de travail (Macedo et coll., 2011), des composantes efficaces pour réduire la perception de la douleur au dos des travailleurs et augmenter leur capacité fonctionnelle. Plusieurs de ces programmes s'adressent à des populations de travailleurs spécifiques, parfois vulnérables (travailleurs sur une base temporaire, sans contrat de travail, employés d'agence (Van Beurden et coll., 2012, Vermeulen et coll., 2011). Ces interventions sont proposées dans le cadre de contextes particuliers et à l'aide de différentes politiques. Ainsi, l'utilisation du congé à temps partiel (Andrén et Svensson, 2012), l'adoption des mesures préventives après le retour au travail (Calvo-Cerrada et coll., 2012), l'emploi des interventions primaires, secondaires et tertiaires auprès des populations vulnérables (Vermeulen et coll., 2009b), l'appel à des soins de santé (Löters et coll., 2011), la réalisation d'un travail modifié (Van Dujin et Burdorf, 2008), constituent toutes des stratégies rapportées par les auteurs comme favorisant le retour au travail durable.

Le processus d'implantation des interventions en milieu de travail est en partie démystifié par le volet descriptif de certaines études (Van Beurden et coll., 2012, Vermeulen et coll., 2011) qui présentent, par exemple, les étapes à franchir lors de l'implantation d'une intervention basée sur une approche participative (Vermeulen et coll., 2009b). Elles abordent de cette manière les obstacles à l'implantation des interventions en faisant ressortir les éléments suivants : l'absence d'offre de travail thérapeutique temporaire et le temps considérable consacré aux tâches administratives. Les facteurs qui aident l'implantation sont: la présence d'un coordonnateur de retour au travail (Van Beurden et coll., 2012, Stahl, 2012), la recherche de consensus dans le cadre d'un plan d'action conçu en accord avec le travailleur et le superviseur, le recours à une agence responsable de trouver une correspondance entre le lieu de travail et les capacités du travailleur et la description claire des objectifs de l'intervention et du rôle des différents intervenants.

Tableau 9 Interventions, stratégies et politiques

Auteurs	Type et contenu des interventions/stratégies/politiques	Constats sur les effets des interventions	Recommandations et perspectives futures
Andrén et Svensson, 2012 Suède	Congé de maladie à temps partiel à la suite d'un TMS. Une stratégie d'intervention utilisée à titre de traitement.	L'utilisation du congé de maladie à temps partiel pour les travailleurs ayant un TMS favoriserait le rétablissement complet de la capacité de travail. Description de l'absence à temps partiel : 25, 50, 75, 100 % d'absence Moments : ≤30 jours (r =1,5), ≤90 jours (1,29), ≤150 jours (1,25, ≤210 jours, ≤270, ≤330 jours.	Le temps partiel constitue une intervention permettant de récupérer complètement la capacité de travail. Toutefois, des études sur le rapport coût-bénéfice de cette stratégie demeurent nécessaires.
Calvo-Cerrada et coll., 2012 Espagne	Mesures préventives après le RT des travailleurs atteints de la ténosynovite De Quervain (TDQ) : (ergonomiques, information générale sur des facteurs de risque, régulation de pauses lors de la période de travail, etc.).	La proportion de travailleurs pour lesquels des mesures de prévention ont été adoptées lors de leur RT à la suite d'une intervention chirurgicale est plus élevée que celle pour lesquels des mesures préventives ont été prises avant l'intervention chirurgicale. Les mesures ayant apporté le plus de changement dans la condition des travailleurs sont les mouvements répétitifs et les postures contraignantes.	L'implantation d'une intervention ergonomique (ex. : adoption des postures, temps de travail et pauses de récupération), basée sur l'analyse ergonomique de chaque tâche réduit l'incidence des TDQ. L'intervention pourrait augmenter la productivité, l'efficacité et la satisfaction des travailleurs et par conséquent diminuer possiblement les coûts ou les rechutes associés au TDQ ou autres TMS.
Stahl, 2012 Suède	Processus d'implantation de la législation suédoise et évaluation des stratégies telles la coopération interorganisationnelle et la coordination financière sur le marché du travail.	Les stratégies de coopération et de coordination (financement conjoint à long terme) se sont révélées efficaces pour surmonter les obstacles organisationnels.	L'adaptation aux conditions locales, la flexibilité et la constante évaluation permettent le développement durable de la coopération interorganisationnelle sur le marché du travail lors de l'implantation des politiques ou législations.
Van Beurden et coll., 2012 Pays-Bas	Programme participatif présentant une intervention de RT pour les travailleurs sur une base temporaire auprès de gens n'ayant pas de lien d'emploi et absents du travail à cause de TMS.	Obstacles à l'implantation : temps investi dans la gestion des dossiers, information peu claire sur l'intervention, absence d'offre de travail temporaire qui pourrait être conciliée avec la visée thérapeutique et au moment opportun, nécessite un soutien supplémentaire en cas de problème complexe de santé.	L'implantation d'une telle intervention est faisable dans le contexte décrit. Toutefois, pour mieux contourner les barrières, une plus grande attention devrait être portée à l'offre temporaire de postes de travail adaptés à la condition du travailleur.

Auteurs	Type et contenu des interventions/stratégies/politiques	Constats sur les effets des interventions	Recommandations et perspectives futures
Löters et coll., 2011 Pays-Bas	Utilisation des soins de santé par les travailleurs en congé de maladie à cause de TMS : visite chez le médecin spécialiste, le physiothérapeute, le médecin généraliste.	<p>Les éléments favorisant l'implantation sont : améliorer l'offre de travail temporaire, décrire clairement les objectifs du programme et les rôles des différents professionnels, offrir un support additionnel aux travailleurs souffrant de problèmes multicausaux complexes.</p> <p>Les travailleurs qui visitent un médecin spécialiste rapportent plus de douleur et de limitations fonctionnelles; ils ont l'impression d'avoir une santé moins bonne que ceux ne l'ayant pas visité. Ceux qui visitent un physiothérapeute sont de RT plus rapidement. Une augmentation de la douleur et des limitations au moment du RT prédisent une récurrence.</p>	<p>La consultation des différents médecins spécialistes en plus de celle du médecin traitant retarde le RT significativement.</p> <p>L'intégration de la composante du travail au sein des lignes directrices médicales reste difficile, mais nécessaire pour les patients ayant des limitations fonctionnelles dues à des TMS.</p>
Macedo et coll., 2011 Portugal	Intervention de reconditionnement physique en milieu de travail auprès de travailleurs dans un département administratif.	50 % des personnes ont bénéficié de l'intervention complète. En comparaison avec le groupe contrôle, l'intervention permet d'observer une réduction significative de la douleur à la fin de l'intervention de huit mois.	Ce type d'intervention constitue une innovation dans le contexte portugais. Elle semble peu coûteuse et offre des résultats prometteurs en prévention secondaire. L'aspect de l'adhésion et de la « motivation » à effectuer les exercices demeure cependant à explorer dans des contextes de travail.
Vermeulen et coll., 2011 Pays-Bas	Programme participatif présentant une intervention de RT pour les travailleurs contractuels, sans lien d'emploi et absents du travail à cause de TMS (évaluation des résultats du programme après un an).	<p>L'intervention a entraîné un retard non significatif dans le taux de RT durable lors des 90 premiers jours, suivi d'un avantage en termes de nombre de jours avant le RT durable après 90 jours d'absence</p> <p>L'intervention est guidée par un coordonnateur de RT indépendant. Elle est basée sur un plan d'implantation réalisé dans une perspective de RT réelle et durable. Les compétences cliniques et en matière de marché du travail du coordonnateur sont essentielles à la réussite de l'intervention.</p>	Globalement l'implantation d'une telle intervention améliore la reprise du travail parmi les travailleurs d'une agence sans contrat de travail ou parmi ceux non employés après un TMS (groupe vulnérable de la population des travailleurs).

Auteurs	Type et contenu des interventions/stratégies/politiques	Constats sur les effets des interventions	Recommandations et perspectives futures
Vermeulen et coll., 2009b Pays-Bas	Développement d'une intervention participative visant le retour au travail de travailleurs d'agences ou ayant perdu leur lien d'emploi et ayant un TMS.	La méthode utilisée, fondée sur la théorie du modèle dit de comportement planifié a permis d'impliquer plusieurs acteurs, incluant des travailleurs, et de développer avec eux des solutions viables de RT.	La cartographie comme méthode de recherche est une avenue prometteuse pour décrire et adapter des interventions à des contextes particuliers, et ce, tout en tenant compte des utilisateurs potentiels.
Van Duijn et Burdorf, 2008 Pays-Bas	Évaluer l'impact d'une modification des tâches de travail lors du RT après une période d'absence.	Cette étude suggère que les travailleurs qui retournent au travail sans avoir complètement récupéré et qui ont la possibilité d'exécuter un travail modifié sont moins à risque de rechute que ceux qui retournent à leurs tâches habituelles.	La présence des symptômes résiduels lors du RT augure une récurrence de l'absentéisme pour des TMS.

3.4.3 Points de vue, expériences et pratiques des acteurs

Au total, 18 articles ont pour objet principal la description des points de vue, des expériences et des pratiques des acteurs clés impliqués dans le processus de réadaptation et de retour au travail. Les principaux constats relatifs aux éléments favorables à la prévention de l'incapacité prolongée au travail et les recommandations des auteurs sur l'intervention et sur l'avancement des connaissances sont présentés au Tableau 10.

Le travailleur est au centre des intérêts de la recherche en prévention de l'incapacité. On le constate entre autres dans les études portant sur les représentations de l'incapacité au travail ou les expériences et les conséquences vécues par les travailleurs lors du processus de rétablissement des capacités de travail ou de retour au travail (Coutu et coll., 2013, Coole et coll., 2010, Coutu et coll., 2011, Coutu et coll., 2010; De Souza et Frank, 2011, De Vries et coll., 2011, Tveito et coll., 2010, Varekamp et van Dijk, 2010, Dellve et Hallberg, 2008). D'autres études documentent les pensées et les croyances des travailleurs relativement à leur vie future au travail (Lydel et coll., 2011, Tveito et coll., 2010).

De façon analogue, les appréhensions des supérieurs immédiats vis-à-vis l'employé en incapacité ont une influence déterminante sur le succès du retour au travail (Wrapson et Mewse, 2011). Bon nombre d'articles s'intéressent au point de vue des principaux groupes d'acteurs et aux pratiques des acteurs clés impliqués dans le processus de réadaptation et de retour au travail. Ils portent surtout sur la compréhension systémique du problème et de la trajectoire de l'individu en incapacité (Seing et coll., 2012, MacEachen et coll., 2010, Maiwald et coll., 2010, Soklaridis et coll., 2010, Young et coll., 2010).

Enfin, un autre type d'études s'intéresse aux représentations afin de fournir des repères visant l'intervention en réadaptation pour restaurer la capacité de travail (MacEachen et coll., 2012, Seing et coll., 2012). Par ailleurs, en ce sens, Poitras et coll. (2012) analysent les obstacles à l'utilisation d'un guide de pratique visant la prévention de l'incapacité prolongée au travail et s'adressant aux médecins généralistes, aux ergothérapeutes et aux physiothérapeutes.

Il faut mentionner que les enjeux de communication, de collaboration et de coordination sont implicitement présents dans les recommandations des plusieurs auteurs que ce soit en rapport avec le succès des interventions ou les orientations futures de la recherche (Wrapson et Mewse, 2011, MacEachen et coll., 2010, Tveito et coll., 2010).

Tableau 10 Sommaire des articles mettant l'accent sur les points de vue, expériences et pratiques des acteurs

Auteurs	Objectif	Éléments favorables à la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations relatives à l'intervention et à l'avancement des connaissances
Coutu et coll., 2013 Canada	Décrire les différents scénarios d'écart entre le jugement clinique, les représentations des travailleurs sur leur l'incapacité et la compréhension de ces représentations par les cliniciens.	Différents scénarios ont été observés. Ceux où le clinicien identifie des stratégies concrètes qui ont du sens aux yeux du travailleur sont associés aux trajectoires de retour au travail. À l'inverse, lorsque des problèmes sont identifiés et qu'ils n'ont pas de sens pour le travailleur, ces scénarios sont associés à une trajectoire de non-retour au travail.	Durant la réadaptation, les objectifs doivent être partagés entre les cliniciens et les travailleurs. La prise de décision partagée dans le cadre des programmes de réadaptation serait une avenue prometteuse. Davantage de recherches devraient être effectuées dans une perspective dyadique étudiant les convergences et les divergences entre les représentations des cliniciens et celles des travailleurs.
MacEachen et coll., 2012 Canada	Comprendre le fonctionnement des services de réentraînement professionnel en Ontario, au Canada.	Le mandat des services de réentraînement professionnel en Ontario, au Canada, basé sur le principe de la préparation, consiste à restaurer la capacité des travailleurs à gagner leur vie après une blessure liée au travail.	La préparation du RT exige la prise en considération des conditions environnementales à travers l'implantation de politiques et de programmes sociaux qui permettent de s'assurer de la capacité du travailleur à retourner au travail.
Poitras et coll., 2012 Canada	Évaluer les barrières à l'utilisation d'un guide de pratique visant la prévention de l'incapacité au travail pour les travailleurs blessés au dos auprès des médecins généralistes, des ergothérapeutes, et physiothérapeutes (Québec).	Les ergothérapeutes sont en accord avec les principes du guide et les trouvent compatibles avec leur pratique actuelle. Pour leur part, les médecins généralistes et les physiothérapeutes estiment que le guide ne fournit pas assez d'information sur la gestion physiopathologique de la blessure. Tous les groupes pensent que les recommandations peuvent être en conflit avec les attentes des patients.	Pour améliorer l'implantation du guide, un instrument a été utilisé pour identifier et réduire les obstacles à l'implantation. Considérant le type et l'ampleur des obstacles repérés, les auteurs recommandent d'adapter le processus de soins en fonction de sa compatibilité avec l'offre de service du fournisseur.
Seing et coll., 2012 Suède	Analyser les perspectives des principaux groupes d'acteurs quant aux pratiques locales d'évaluation de la capacité de travail, en se basant sur des aspects théoriques et pratiques.	Les représentants du système de santé agissent au nom du travailleur pour décrire sa situation et ses problèmes face à l'assureur. Les assureurs ont souligné l'importance du milieu de travail en tant qu'élément clé pour favoriser l'adaptation nécessaire ou maintenir les capacités de travail. Les traitements médicaux et la réadaptation ont été préférés par tous les acteurs aux adaptations effectuées en milieu de travail pour aider le travailleur à regagner sa capacité de travail.	Il existe une distribution inégale des pouvoirs parmi les acteurs clés impliqués dans la gestion de l'incapacité. Les employeurs détiennent le pouvoir décisionnel en ce qui a trait aux adaptations du poste de travail. Les futures études devraient appréhender les différentes logiques organisationnelles, les intérêts et les ressources pour favoriser la reprise des capacités de travail des individus.

Auteurs	Objectif	Éléments favorables à la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations relatives à l'intervention et à l'avancement des connaissances
Coutu et coll., 2011 Canada	Documenter les représentations de la santé et de la maladie en général et des TMS liés au travail, ainsi que leur influence sur l'intervention interdisciplinaire de réadaptation.	Les travailleurs décrivent leur santé et leur maladie en termes de : 1. nature de la maladie; 2. absence ou présence de symptômes; 3. santé physique et capacité; 4. engagement dans un mode de vie sain; 5. maintien de l'indépendance; 6. maintien du bien-être mental; 7. guérison à la suite de l'accident ou de la blessure. Les travailleurs utilisent les concepts de santé et de maladie comme point de référence pour juger de leur réadaptation.	Les professionnels de la santé doivent s'intéresser aux représentations de la santé et de la maladie des travailleurs afin de connaître leurs points de références, lorsqu'ils jugeront de l'efficacité de l'intervention. La compréhension de ces représentations par les cliniciens pourrait favoriser une pratique adaptée aux différences culturelles.
De Souza et Frank, 2011 Gr.-B.	Documenter les expériences des patients ayant des maux de dos en phase chronique et l'impact de l'incapacité sur la vie de famille, le réseau social et le travail.	Les patients ressentent de l'anxiété au regard de l'impact de leur douleur sur les autres membres de la famille, regrettent d'avoir perdu leur capacité de travail et craignent les conséquences financières liées à leur perte de revenu.	Le fait de vivre avec une douleur persistante transcende le niveau strictement « individuel ». La douleur a des répercussions sociales impliquant la famille proche et élargie, les amis et les collègues de travail.
De Vries et coll., 2011 Pays-Bas	Explorer pourquoi des personnes avec une douleur non spécifique en phase chronique à cause de TMS restent au travail en dépit de la douleur (motivateurs) et comment elles gèrent la douleur tout en travaillant (facteurs de succès).	Motivateurs : le travail est une valeur, le travail est une thérapie, le travail est générateur de revenus et le travail est une responsabilité. Facteurs de succès: les caractéristiques personnelles, la latitude décisionnelle dans l'organisation de son travail, les stratégies de contrôle de la douleur, l'accès à des services de santé pour se maintenir au travail, les croyances relatives au seuil de douleur acceptable.	La connaissance des facteurs motivateurs et des facteurs de succès ouvre des pistes dans le développement des interventions pour prévenir l'absentéisme et promouvoir un RT durable. La recherche doit tenir compte des facteurs contextuels tels l'environnement de travail, le système de sécurité sociale, la situation sociale et le système de santé.
Lydell et coll., 2011 Suède	Décrire les pensées et les croyances envers la future vie au travail des travailleurs absents à cause de TMS liés au RT.	L'analyse qualitative a permis d'identifier trois catégories de pensées et croyances: 1) motivation et optimisme: force conductrice, retour à l'état normal, nouvelle opportunité; 2) résultats limités: avoir à chercher un autre travail, besoin d'accommodement, réduction du temps de travail; 3) désavantage et hésitation: découragement, problèmes non résolus, obstacles majeurs personnels et organisationnels. L'analyse quantitative a permis de constater que dans les groupes associés aux deux premières catégories il	Questionner sur les pensées et les croyances des travailleurs pourrait aider le clinicien à élaborer un plan de retour au travail plus individualisé et plus efficace.

Auteurs	Objectif	Éléments favorables à la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations relatives à l'intervention et à l'avancement des connaissances
Wrapson et Mewse, 2011 N.-Z.	Comprendre comment les supérieurs immédiats réagissent en présence des certificats maladies pour un épisode de mal de dos de travailleurs.	<p>y a plus de personnes de retour au travail après un an.</p> <p>Deux types de réactions ont été observés de la part des supérieurs immédiats : on se revoit plus tard et tu prends le temps d'aller mieux; les deux concernent le RT de l'employé après qu'il ait complètement récupéré.</p> <p>Au début de l'absence maladie les réponses des supérieurs immédiats étaient typiquement passives en dépit de leur responsabilité de garder le contact avec le travailleur. Lorsqu'il y avait communication entre l'employé et l'employeur, celle-ci était parfois initiée par l'employé.</p>	<p>Favoriser des réponses proactives serait une avenue prometteuse. Ces réponses incluent des actions visant l'encouragement et l'aide à l'employé à retourner au travail.</p> <p>Les auteurs suggèrent que les résultats pourraient s'appliquer à d'autres types de blessure.</p> <p>Plusieurs recherches devront confirmer les résultats à propos des types de réponse des employeurs.</p>
Coole et coll., 2010 Gr.-B.	Explorer les expériences individuelles et les croyances des patients admis en réadaptation concernant leur capacité de travailler malgré leurs maux de dos récurrents et persistants.	<p>Les travailleurs ayant des maux de dos demeurent dans l'incertitude au regard de l'adéquation entre la gestion de leur condition sur les lieux de travail et les soins encore à recevoir. Ils sont préoccupés par la façon dont ils sont perçus par leur employeur et leurs collègues de même que par les conséquences de leur condition sur leur sécurité d'emploi. Les travailleurs ressentent le besoin de justifier leur condition par un diagnostic médical et des preuves.</p>	<p>La discussion fait état du stigma social occasionné par un mal de dos persistant. Les cliniciens et les employeurs devraient considérer les expériences et les croyances des travailleurs quant au besoin de ces derniers d'avoir à justifier leur condition par un diagnostic et des preuves de façon à leur permettre d'être plus confiants en leur capacité de reprendre leur travail à la suite d'un mal de dos persistant.</p>
Coutu et coll., 2010 Canada	Explorer les représentations de la douleur des travailleurs absents en raison d'un TMS persistant lors d'une intervention interdisciplinaire visant le retour au travail.	<p>Quatre types de représentation émergent des descriptions de la douleur: normale, anormale, nécessaire et reconstruite. Les représentations sont liées aux stratégies que les travailleurs utilisent pour gérer leur condition. Des facteurs contextuels peuvent moduler la représentation de la douleur de la personne.</p>	<p>Cette étude met en évidence l'importance d'identifier et de reconnaître les représentations de la douleur des travailleurs pour faciliter leur RT.</p>
MacEachen et coll., 2010 Canada	Comprendre de façon systémique le processus qui mène à l'incapacité prolongée.	<p>Le travailleur est confronté à différents systèmes lors de sa réadaptation: système de soins de santé, lieu de travail et système d'indemnisation.</p> <p>L'accumulation de plusieurs problèmes peut devenir toxique pour la réadaptation du travailleur.</p>	<p>Propose la notion de « dose toxique » pour expliquer l'effet de l'accumulation de plusieurs problèmes qui semblent anodins de prime à bord, mais qui finissent par nuire à la réadaptation.</p> <p>Des nouvelles solutions de RT peuvent émerger à</p>

Auteurs	Objectif	Éléments favorables à la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations relatives à l'intervention et à l'avancement des connaissances
Maiwald et coll., 2010 Pays-Bas	Analyser les appréciations des différents acteurs clés en ce qui concerne les causes de l'incapacité, les objectifs et l'évaluation des interventions de prévention de l'incapacité au travail dans une organisation canadienne de soins de santé.	<p>Ces problèmes se situent à l'intérieur d'un système ou à l'intersection de plusieurs systèmes.</p> <p>Les croyances et les stratégies de prévention préférées diffèrent selon les acteurs clés : concepteurs des interventions, fournisseurs des interventions et travailleurs. Les concepteurs proposent de changer les lieux de travail, l'organisation du travail et les comportements des travailleurs. Les fournisseurs privilégient des mesures dirigées vers l'individu. Les travailleurs prestataires privilégient des mesures orientées vers le travail.</p> <p>Pour évaluer l'intervention, les concepteurs proposent un large éventail de mesures des résultats, alors que les fournisseurs de soins se concentrent sur la réduction de la durée d'absence. Les travailleurs mentionnent que l'intervention offre des résultats bénéfiques à court terme, mais elle ne présente pas d'effets durables pour le RT.</p>	<p>partir d'une perspective critique sur les relations sociales qui planifie en fonction des ressources et intérêts des principaux groupes d'acteurs.</p> <p>Il est proposé qu'un paradigme basé sur le « consensus » influence les politiques et les procédures de retour au travail. Les prémisses : les problèmes sont de nature bénigne; c'est par des relations sociales harmonieuses et un processus de communication entre les parties impliquées qu'on peut favoriser le RT.</p>
Soklaridis et coll., 2010 Canada	Identifier les variables psychosociales les plus importantes pour les différents groupes d'acteurs clés impliqués dans le processus de RT d'un travailleur ayant un mal de dos.	La communauté culturelle d'appartenance et la culture de la communauté (d'où le travailleur vient et où il travaille) peuvent engendrer des facteurs psychosociaux qui ont un impact sur le RT. Le fonctionnement, de même que le dysfonctionnement des systèmes d'indemnisation, de soins et de milieu de travail (ex. : problèmes de communication, durée de prise en charge), peuvent également retarder le RT.	La tendance en recherche en santé au travail de « psychosocialiser » les travailleurs en transformant les facteurs structurels en des traits de personnalité devra être évitée. Le retour au travail devra être conceptualisé de façon à prendre en considération les interactions entre les différents systèmes.

Auteurs	Objectif	Éléments favorables à la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations relatives à l'intervention et à l'avancement des connaissances
Tveito et coll., 2010 É.-U	Identifier les défis et les stratégies d'autogestion de la douleur rapportée par les travailleurs au travail ayant des maux de dos récurrents et persistants.	Les défis liés au milieu de travail: interférence avec l'activité, la perception négative de soi, les défis interpersonnels et le manque de flexibilité au travail. Les stratégies d'autogestion de la douleur au travail: modification de l'activité de travail et des habitudes (routines), réduction des symptômes de la douleur, utilisation des stratégies cognitives et de communication effectives.	Les interventions futures devront considérer la communication avec le travailleur ainsi que les facteurs cognitifs liés à la douleur, au rythme de travail et aux efforts de l'employeur pour attribuer au travailleur une marge de manœuvre qui lui permettra d'alterner les habitudes de travail. L'individu autant que le milieu de travail ont une influence en matière de gestion de la douleur.
Varekamp et Van Dijk, 2010 Pays-Bas	Identifier les obstacles de la réintégration au travail des employés ayant des maladies chroniques, identifier leurs problèmes au travail et connaître leurs aménagements préférés au travail.	Pour les employés, le plus important problème lié au travail est de nature psychosociale, incluant le conflit travail / famille et un manque d'acceptation de leur état chronique. Les tâches et les relations avec les supérieurs et les collègues ont aussi été perçues comme problématiques. Des aménagements de travail sont proposés: horaire de travail allégé, télétravail, cadence de travail moins rapide, plus d'autonomie dans la planification des tâches.	Les employés ayant des maladies chroniques physiques qui ont des problèmes au travail font face à des limitations physiques et aussi à des défis psychosociaux.
Young, 2010 É.-U	Comprendre les facteurs facilitant le processus de RT.	Des facteurs en lien avec les caractéristiques de l'environnement de travail et le contexte personnel, le fonctionnement du corps au travail et la participation au travail ont été identifiés comme facilitant le RT: les croyances que le travail et le soutien offert par les collègues et les supérieurs au travail sont appropriés, la satisfaction envers le travail, le sens d'accomplissement lié au fait d'être au travail.	Les résultats suggèrent que des interventions proactives sont à même de prévenir les difficultés avant qu'elles ne se manifestent.
Dellve et Hallberg, 2008 Suède	Mieux comprendre les problématiques liées à l'identification, à la reconnaissance, à la communication et au rapport des blessures parmi les soignants à domicile.	La perception de la situation de travail aussi bien que celle du processus de socialisation du groupe, la communicabilité et la provenance du désordre déterminent la manière de définir, de reconnaître, de communiquer et de rapporter les problèmes.	Des efforts de communication devront toucher le travail, les attitudes, la culture et l'efficacité dans les groupes de travail, pour promouvoir la santé des travailleurs prodiguant des soins à domicile.

3.4.4 Contexte d'indemnisation

Seulement trois articles portent sur une problématique liée à un contexte d'indemnisation particulier. Le Tableau 11 résume l'objectif principal, ainsi que les principaux constats et recommandations des auteurs en ce qui concerne l'intervention et l'avancement des connaissances. Non seulement les articles abordant cette problématique du contexte d'indemnisation sont moins nombreux que ceux recensés lors de la précédente revue de la littérature, mais ils semblent également avoir changé d'orientation. On ne compare plus les résultats des différents pays ou systèmes d'indemnisation, et l'on s'intéresse davantage aux politiques, lois et règlements, aux barrières propres à un système, et ce, dans un cadre national ou local. Un premier article, en provenance d'Australie, évalue notamment les coûts des demandes d'indemnisation selon les multiples aspects d'un modèle de gestion de cas (Iles et coll., 2012). L'étude, réalisée dans 16 entreprises et à partir de 3 312 demandes d'indemnisation, propose un modèle de gestion des demandes d'indemnisation basé sur, entre autres, le rapport précoce du TMS, la gestion de cas centrée sur l'employé et la réduction des barrières au retour au travail. Les résultats montrent l'efficacité du modèle pour réduire le coût moyen de demandes d'indemnisation, le nombre total de jours d'absence indemnisés, les coûts médicaux, ainsi que les montants des indemnités hebdomadaires versées aux travailleurs. L'intervention au travail consistait essentiellement à améliorer la communication entre toutes les parties et à modifier les attitudes des supérieurs immédiats.

Les auteurs des deux autres études (Ekberg et coll., 2011, Bjelland et coll., 2010) font ressortir des aspects intéressants liés au contexte dans lequel l'incapacité et le retour au travail se produisent. Ainsi, Ekberg et coll. (2011) rapportent, dans le cadre d'une étude réalisée dans le contexte d'indemnisation suédois, que les attentes en matière de stabilité professionnelle à long terme sont associées à une meilleure santé et un meilleur pronostic de retour au travail. Plus précisément, l'objectif de l'étude était d'identifier les caractéristiques des travailleurs s'étant récemment absentés en raison de TMS en termes d'attentes en ce qui a trait à leur stabilité en emploi. Les travailleurs ayant une attente au regard de la stabilité de leur emploi étaient en moyenne plus jeunes, plus éduqués, occupaient des emplois de cols blancs et vivaient moins de contraintes financières. Ceux n'ayant pas d'attentes en matière de stabilité, rapportaient des conditions de travail non satisfaisantes, présentaient des scores élevés d'épuisement et de déséquilibre efforts-récompenses ou des problèmes de santé mentale et manifestaient l'intention de quitter leur emploi. Quant à Bjelland et coll. (2010), leur étude concerne le système de traitement des plaintes de discrimination reçues par la US Equal Employment Opportunity Commission. Elle porte sur la nature des charges invoquées en vertu d'une des deux lois fédérales que sont l'Americans with Disabilities Act et l'Age Discrimination in Employment Act. Les auteurs ont examiné les plaintes associées au travail, quelle que soit leur nature. L'analyse des demandes a permis d'observer que les accusations de discrimination au travail provenaient souvent de travailleurs âgés qui ne bénéficiaient pas d'accommodement raisonnable ou étaient victimes de représailles à la fin de leur emploi. Les travailleurs âgés et ceux souffrant d'une invalidité sont considérés par les auteurs de cette étude comme une population dont on doit tenir compte lorsque l'on souhaite remédier aux problèmes de pénurie de main-d'œuvre.

Tableau 11 Sommaire des articles portant sur un système d'indemnisation, une compétence régionale ou un pays en particulier

Auteurs	Objectif	Principaux constats sur les éléments favorables à la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations pour l'intervention et l'avancement des connaissances
Iles et coll., 2012 Australie	Déterminer l'impact d'un modèle multidimensionnel de gestion des TMS au travail en termes de coûts des demandes d'indemnisation et des jours d'absence indemnisés pour les travailleurs blessés.	Dans les entreprises où l'intervention a été introduite le coût moyen des sinistres a été réduit de 6,019 \$ à 3,913 \$ et le nombre de jours d'absence indemnisés a diminué de 33,5 à 14,1. Les frais médicaux et les coûts des indemnités hebdomadaires ont également diminué après l'intervention. Des réductions des coûts des réclamations ont été notées pour différents types d'industrie, tailles des entreprises et localisations des lésions.	D'autres recherches devraient examiner si l'intervention améliore les résultats non financiers.
Ekberg et coll., 2011 Suède	Identifier les caractéristiques associées aux attentes à long terme en ce qui concerne la stabilité ou la mobilité professionnelle des travailleurs récemment absents pour cause de maladie.	Les attentes en termes de stabilité dans un même emploi sont associées à une meilleure santé, à l'accès à des ressources liées à la santé et ceci dès un jeune âge, à la scolarité et à un meilleur équilibre efforts-récompenses. D'un autre côté, le déséquilibre efforts-récompenses, l'incapacité mentale, les résultats élevés d'épuisement professionnel ont été associés à des intentions de départ. Deux groupes vulnérables en matière de RT : ceux qui n'ont pas l'intention de quitter leur emploi, étant plus âgés, ayant moins de ressources personnelles et présentant souvent des TMS et un taux de RT plus bas, et ceux qui ont des intentions de roulement avec un déséquilibre efforts-récompenses clair et des taux d'épuisement professionnel élevés.	Les programmes d'intervention visant à réduire les congés de maladie à long terme devraient inclure des mesures pour faciliter la mobilité d'emploi des personnes en congé de maladie, tandis que pour d'autres les interventions de RT devraient se concentrer sur le retour à l'emploi précédent combiné à des ajustements du travail.
Bjelland et coll., 2010 États-Unis	Mieux comprendre la nature des accusations de discrimination dans emploi des personnes âgées présentant des invalidités, à partir de l'analyse des citations de l' <i>Americans with Disabilities Act</i> (ADA) ou de l' <i>Age Discrimination in Employment Act</i> (ADEA) séparément ou conjointement.	Les invalidités en lien avec l'âge sont plus fréquemment citées dans les cas conjoints de l'ADA et de l'ADEA que dans l'ensemble de cas de l'ADA alors que les troubles psychiatriques sont moins souvent cités dans les cas conjoints. Les plaintes de discrimination de la part de personnes âgées avec des incapacités concernent l'accommodement raisonnable, les représailles et le licenciement.	La réadaptation et les pratiques des milieux de travail devront favoriser l'embauche et la rétention des travailleurs âgés présentant des invalidités.

3.4.5 Outils et mesures

Au total, 13 articles portent sur des questions de mesure. Les types de mesures, les principaux constats en ce qui a trait à l'intervention en prévention de l'incapacité prolongée, ainsi que les principales recommandations relatives à l'intervention et les perspectives de recherche sont présentés au Tableau 12. En premier lieu, plusieurs questionnaires et échelles de mesure permettent de recenser les difficultés perçues par les employés par rapport aux exigences du travail, leurs problèmes de santé physique ou émotionnelle (Abma et coll., 2013), leurs représentations liées à l'incapacité au travail (Albert et coll., 2013) et leurs motivations à l'égard des changements dans leur vie et leur situation de travail (Grahn et Gard, 2008). Certains de ces questionnaires et échelles permettent également de dépister les travailleurs présentant des risques d'absence prolongée ou de récurrence, susceptibles de bénéficier des interventions de prévention de l'incapacité (Truchon et coll., 2012, Steenstra et coll., 2010), comme le dépistage des travailleurs qui ont des peurs, des croyances et des comportements d'évitement (Inrig et coll., 2012).

En deuxième lieu, on remarque une application innovante de concepts extrinsèques aux disciplines cliniques auxquelles on a traditionnellement recours en réadaptation et en retour au travail. Ainsi, des concepts comme la marge de manœuvre (Durand et coll., 2009) et l'efficacité personnelle (Albert et coll., 2011, Brouwer et coll., 2011) sont à la base de nouveaux instruments d'évaluation de la capacité de reprendre le travail. Ces nouveaux outils pourraient être indicateurs du passage d'un paradigme de l'incapacité vers un paradigme de la capacité, ancré dans le contexte de travail et tenant compte des exigences de l'activité de travail. De plus, les nouveaux instruments proposés semblent s'accorder pour l'adoption d'une perspective systémique du processus de réadaptation et de retour au travail. Ainsi, l'utilisation de la lettre de décharge *JobReha* (JR-DL) est rapportée comme étant une stratégie gagnante de réadaptation professionnelle de travailleurs en contexte d'indemnisation allemand. Cet outil est en effet remarquable notamment par sa capacité d'améliorer la communication et l'échange d'information pour les professionnels de la réadaptation et plus particulièrement entre les médecins et les autres professionnels de la réadaptation au travail (Schwarze et coll., 2013). En ce sens, certaines échelles proposent de mesurer les déterminants motivationnels de retour au travail, telles les attitudes de différents acteurs clés à l'égard du retour au travail. On estime toutefois que d'autres études seraient nécessaires préalablement à leur utilisation, car ces échelles de mesure pourraient favoriser tout aussi bien une intervention de retour au travail (de Rijk et coll., 2009) qu'une stigmatisation de travailleurs concernés si leur usage se faisait de façon discriminatoire, les travailleurs motivés étant ceux à qui on offrirait uniquement l'intervention.

Enfin, on constate l'adoption d'un modèle biopsychosocial et d'une certaine standardisation des mesures et des interventions qui s'y réfèrent. Des auteurs conçoivent, par exemple, que l'utilisation de certaines approches standardisées comme celles de la *Classification internationale du fonctionnement* (CIF), adaptées aux différents groupes de patients et intégrant l'environnement pourrait conduire (Saltychev et coll., 2013) à améliorer les pratiques en réadaptation professionnelle. Au reste, la diversité des mesures de retour au travail rend difficile la comparaison de résultats obtenus dans des contextes de travail distincts (Steenstra et coll., 2012).

Tableau 12 Sommaire des articles mettant l'accent sur le développement ou la validation d'outils d'évaluation

Auteurs	Objectif	Description de l'outil	Résultats sur l'utilité pour la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations pour l'intervention et l'avancement des connaissances
Abma et coll., 2013 Pays-Bas	Évaluer la fiabilité, la validité et la sensibilité du <i>Work Role Functioning Questionnaire 2.0</i> (WRFQ 2.0, Dutch Version) dans la population active.	Le <i>Work Role Functioning Questionnaire 2.0</i> (WRFQ 2.0, - Dutch Version) mesure les difficultés perçues par les employés par rapport aux exigences du travail (27 items, 5 sous-échelles: l'horaire de travail et les exigences physiques, mentales, sociales et de flexibilité).	Le questionnaire montre une bonne fiabilité et validité de construit, et une sensibilité modérée pour mesurer le fonctionnement lié au travail. Le questionnaire permet de distinguer les groupes ayant différents niveaux de santé mentale, santé physique, état de fatigue et besoin de récupérer.	Établir la validité du questionnaire pour d'autres populations (ex. : travailleurs féminins, personnes ayant des blessures chroniques) Vérifier la capacité de prédire l'état de santé physique ou émotionnel à partir des difficultés à réaliser certaines parties du travail.
Albert et coll., 2013 Québec, Canada	Évaluer la cohérence interne et la validité de construit du questionnaire de représentations de l'incapacité au travail (QRIT)	Le Questionnaire est une adaptation du <i>Revised - Illness Perception Questionnaire</i> (IPQ-R) pour les personnes ayant une incapacité au travail liée à un TMS. 88 items répartis en neuf dimensions (identité, causes, conséquences, contrôle personnel, contrôle du traitement, parcours aigu/ chronique, parcours cyclique, cohérence et représentation émotionnelle).	La cohérence et la validité de construit sont satisfaisantes, appuyant l'utilisation du questionnaire en recherche et en clinique.	L'utilisation systématique du QRIT en clinique lors de l'évaluation des patients pourrait aider au dépistage des représentations pouvant nuire à l'adaptation et au retour au travail.
Saltychev et coll., 2013 Finlande	Identifier les limitations fonctionnelles les plus fréquentes selon la <i>Classification internationale du fonctionnement</i> (CIF) à partir des évaluations cliniques non standardisées auprès de patients en phase chronique de la douleur attribuable aux TMS.	L'évaluation initiale de réadaptation professionnelle a été menée par une équipe multidisciplinaire dans une clinique externe d'un hôpital universitaire.	Les résultats mettent en valeur l'utilisation de la grille CIF de l'OMS pour l'évaluation exhaustive de limitations fonctionnelles (approche non standardisée).	La version simplifiée de CIF pourrait être adaptée aux besoins particuliers des patients. La version de l'CIF nommée <i>Comprehensive and Brief Score Sets</i> semble la plus utile aux professionnels des équipes multidisciplinaires.

Auteurs	Objectif	Description de l'outil	Résultats sur l'utilité pour la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations pour l'intervention et l'avancement des connaissances
	Comparer les résultats avec deux versions de l'CIF : grille de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et <i>Comprehensive and Brief Score Sets</i> (outil proposé par les chercheurs).			
Schwarze et coll., 2013 Allemagne	Analyser les avantages et l'acceptation de la lettre de décharge <i>JobReha</i> (JR-DL), un instrument utilisé pour améliorer l'interface de communication entre les professionnels en réadaptation au travail	La JR-DL est un outil clé dans le cadre de <i>JobReha</i> , qui est une intervention à plusieurs niveaux pour la réadaptation professionnelle de travailleurs ayant des TMS.	L'utilisation de la lettre de décharge <i>JobReha</i> (JR-DL) pour l'amélioration de la communication et l'échange d'information est pertinente et faisable, tant pour les médecins œuvrant en réadaptation que pour ceux du travail. L'impact positif sur la réadaptation et le RT est sans équivoque.	L'utilisation d'un groupe contrôle dans les prochaines recherches pour soutenir les avantages d'une telle procédure structurée de communication à travers la lettre de décharge <i>JobReha</i> est recommandée.
Inrig et coll., 2012 Ontario, Canada	Évaluer la fiabilité et la validité du <i>Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire</i> (FABQ) pour les travailleurs ayant des blessures aux membres supérieurs.	Le <i>Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire</i> (FABQ) est un questionnaire (Waddell et coll. 1993) utilisé en clinique pour identifier les travailleurs ayant des peurs et des comportements d'évitement. Initialement développé pour le dos, il a été adapté pour les membres supérieurs. Il présente 11 items répartis en deux échelles : peurs et comportements d'évitement du travail (FABQ-W) et de l'activité physique (FABQ-PA).	Les résultats révèlent un effet de plafond, une plus faible fiabilité et une plus faible validité que ce qui était attendu.	Le questionnaire FABQ ne semble pas être l'outil adéquat pour mesurer les croyances et les comportements des travailleurs ayant des blessures aux membres supérieurs.
Steenstra et coll., 2012 Ontario,	Examiner les définitions courantes et les propriétés métrologiques des mesures du statut de	La mesure du statut de travail est analysée à partir de données concernant la rémunération des travailleurs lombalgiques du	Les études de deux cohortes, CECC et ASE, présentent de bonnes corrélations et une bonne validité prédictive des résultats ainsi que de	Des comparaisons entre les mesures de statut de travail issues de différentes études sont possibles pour autant que leurs définitions ne

Auteurs	Objectif	Description de l'outil	Résultats sur l'utilité pour la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations pour l'intervention et l'avancement des connaissances
Canada	travail à partir de deux études provenant du Canada et des Pays-Bas.	<i>Canadian Early Claimant Cohort</i> (CECC) et d'un essai contrôlé randomisé évaluant l'efficacité d'une intervention intégrée, comprenant un milieu de travail et une intervention clinique, soit le <i>Amsterdam Sherbrooke Evaluation</i> (ASE).	construit. Lorsque comparées avec le statut fonctionnel des participants, les mesures sont faiblement ou peu corrélées dans les deux études, plus particulièrement dans l'ASE.	concernent pas le statut fonctionnel du travailleur. L'effet du contexte et l'existence d'un effet de plafonnement de cohorte sont mentionnés comme étant des limites.
Truchon et coll., 2012 Québec, Canada	Valider un questionnaire de dépistage pour identifier les travailleurs à risque d'être absents du travail pendant plus de 182 jours cumulés et susceptibles de bénéficier d'interventions de prévention.	L' <i>Absenteeism Screening Questionnaire</i> (ASQ) est un outil de dépistage de la probabilité d'absence de plus de 182 jours cumulés dans une population de travailleurs indemnisés pour des troubles au bas du dos. Le questionnaire est basé sur 67 items regroupés dans 12 dimensions.	Le questionnaire présente une validité acceptable; toutefois certains aspects comme la spécificité et la sensibilité, quoique comparables à ce qui est obtenu dans certaines études, sont moins bons que dans le cas d'autres questionnaires.	Ce questionnaire identifie des aspects psycho-socio-organisationnels du processus de réadaptation qui peuvent être significativement associés à l'absentéisme à long terme causé par des problèmes au dos au travail. Valider ce questionnaire dans d'autres contextes et auprès d'autres populations.
Albert et coll., 2011 Québec, Canada	Évaluer la cohérence interne d'un questionnaire portant sur l'efficacité personnelle à reprendre ses tâches de travail.	L' <i>Échelle d'efficacité personnelle</i> , originellement proposée par Dionne et coll. (2004) comporte des items mesurant la confiance du travailleur en ses capacités à réintégrer ses tâches de travail malgré la présence d'obstacles spécifiques.	L'analyse factorielle révèle une structure unidimensionnelle. La cohérence interne est satisfaisante.	L'utilisation du questionnaire est recommandée autant en recherche qu'en clinique. La triangulation avec d'autres observations demeure toutefois nécessaire pour augmenter la validité de l'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle lié au travail.
Brouwer et coll., 2011 Pays- Bas	Développement et validation d'une échelle évaluant l'efficacité personnelle chez des travailleurs indemnisés pour des TMS (dos et membres supérieurs)	L' <i>échelle d'efficacité personnelle du retour au travail</i> (RTWSE) comporte 10 sous-échelles (trois items concernent la gestion de la douleur au travail, six items concernent l'aide des autres (superviseurs, collègues) et un item l'efficacité en général.	L'analyse factorielle des items de l'échelle a permis de mettre en évidence trois principaux facteurs : 1) l'obtention de l'aide du superviseur 2) gestion de la douleur 3) obtenir l'aide de collègues. Les différents items de l'échelle d'efficacité personnelle au RT présentent des corrélations le statu	Même si des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces échelles dans des études longitudinales et sur différentes populations, ces échelles peuvent être utiles dans l'évaluation de l'efficacité des interventions.

Auteurs	Objectif	Description de l'outil	Résultats sur l'utilité pour la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations pour l'intervention et l'avancement des connaissances
Steenstra et coll., 2010 Ontario, Canada	Identifier des catégories de facteurs de risque permettant d'identifier des grappes de travailleurs (avec différents niveaux de risque) et de prédire la durée d'absence après la blessure et les récidives.	La stratégie, originellement proposée par Shaw et coll. en 2006, est basée sur le dépistage des patients pour intervention sélective.	<p>d'être de retour au travail ou non et avec la durée de l'incapacité.</p> <p>Trois groupes ont été identifiés: 1) les travailleurs ayant des problèmes au travail ; 2) les travailleurs n'ayant pas de problèmes au travail, mais aux prises avec des maux de dos; 3) les travailleurs ayant de multiples problèmes.</p> <p>Les groupes 2 et 3 avaient un taux similaire de RT, mais il était inférieur à celui obtenu pour le groupe 1. Le statut de travail et les récidives mesurées aux six mois ont été similaires pour les trois groupes.</p>	<p>Cette étude confirme le potentiel d'identification des groupes de patients à risque à partir d'une règle de prédiction, tel que suggéré par le modèle de Shaw et coll. (2006). Des groupes de travailleurs pourraient ainsi être identifiés et bénéficier d'interventions particulières.</p> <p>Groupe 1 : intervention ergonomique en milieu de travail. Groupe 2 : exercices de renforcement ciblant le mal de dos. Groupe 3 : intervention multidisciplinaire.</p>
De Rijk et coll., 2009 Pays-Bas	Vérifier la validité de construit et la faisabilité d'un outil qui incorpore plusieurs instruments de mesure des déterminants motivationnels de RT.	Dix échelles ont été explorées auprès des travailleurs et des acteurs clés: attitudes des travailleurs (27 items), normes sociales (5 items), efficacité personnelle (14 items), motivation (5 items); attitudes des acteurs clés tel le médecin du travail (6 items), médecin généraliste (3 items), le supérieur immédiat (4 items), le collègue (4 items), le partenaire (2 items), l'attitude de l'autre personne signifiante (2 items).	L'analyse a permis de constater que les 10 échelles présentent une fiabilité satisfaisante.	<p>Les différentes échelles sont spécifiques au retour au travail et basées sur un modèle conceptuel portant sur l'influence des attitudes, des normes sociales et de l'efficacité personnelle sur la motivation et les comportements en matière de RT. Les qualités psychométriques des échelles sont satisfaisantes.</p> <p>Les items ont été développés dans le contexte néerlandais. Une validation transculturelle devrait être effectuée avant d'être implantée dans d'autres contextes.</p>
Durand et coll., 2009 Québec, Canada	Identifier les indicateurs permettant d'évaluer la marge de manœuvre (MM) des travailleurs	L'outil est basé sur le concept de marge de manœuvre issu de l'ergonomie et défini comme étant la capacité du travailleur de	Des groupes de discussion avec des ergothérapeutes et ergonomes ont permis d'identifier 50 indicateurs, répartis en six dimensions: contexte	Cette nouvelle approche validée auprès d'experts pourrait être transposée à d'autres clientèles ayant une incapacité au travail, comme la

Auteurs	Objectif	Description de l'outil	Résultats sur l'utilité pour la prévention de l'incapacité prolongée	Recommandations pour l'intervention et l'avancement des connaissances
	ayant des TMS lors du RT graduel et dans le cadre d'un processus de réadaptation.	développer différentes stratégies lui permettant d'atteindre les objectifs de production sans toutefois nuire à sa santé.	de travail, exigences et attentes de l'employeur, moyens et outils, caractéristiques personnelles, l'activité de travail, impacts de la situation de travail	population ayant des problèmes de santé mentale. D'autres études portant sur la validité de contenu et sur la fiabilité de l'outil sont nécessaires.
Grahn et Gard, 2008 Suède	Évaluer la validité du <i>Questionnaire sur la motivation au changement (QMC)</i> auprès de patients ayant une douleur persistante due à des TMS et référés en réadaptation interdisciplinaire.	L'instrument mesure le niveau de motivation des individus à opérer des changements dans leur vie (partie 1) et dans les situations de travail (partie 2). Sept dimensions : soutien social (6 items), maîtrise (6 items), défis (3 items), contrôle (3 items), valeurs (3 items), efficacité personnelle (4 items), confiance en soi (3 items).	La validité apparente a été documentée à partir d'un groupe d'experts. L'instrument est capable de bien détecter, dans le temps, ceux qui améliorent leur motivation au changement. La validité de convergence (corrélations avec QPS Nordic et KASAM) s'est aussi révélée satisfaisante.	Les résultats soutiennent la validité apparente de contenu et de convergence de l'outil de même que son utilisation en réadaptation professionnelle pour identifier les patients en invalidité ayant plus de difficultés à accepter les changements.

3.5 Principaux constats

La présente mise à jour de la revue de la littérature a permis de constater que les mêmes sujets de recherche intéressent les auteurs des articles récents, bien qu'en proportions différentes. Ainsi, un premier sujet d'intérêt concerne les facteurs prédisant l'incapacité. Même si moins d'études ont été recensées sur le sujet dans cette mise à jour, les auteurs se préoccupent davantage de l'identification précoce de l'incapacité, quel que soit l'angle d'analyse: milieu de travail, système d'indemnisation, système de soins de santé, système individuel. En général, ces études se campent dans une perspective de prévention de l'incapacité prolongée (Dionne et coll., 2011, Shaw et coll., 2009). Le lien entre le dépistage des travailleurs à risque et l'offre d'une intervention appropriée est aussi de plus en plus présent. En établissant un lien entre l'évaluation et l'intervention, les chercheurs prennent davantage en considération les croyances et l'environnement de travail, que des facteurs intrinsèques à la personne, tels que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, etc.

Un deuxième sujet d'intérêt porte sur l'efficacité des différents programmes et des composantes d'interventions prometteuses en termes de retour au travail. La revue de la littérature a permis d'identifier une préoccupation soutenue pour les approches ergonomiques (Costa-Black et coll., 2010, Leyshon et Shaw, 2008, Shaw et coll., 2008). Les interventions axées sur les facteurs d'ordres psychosociaux, organisationnels et ergonomiques liés au milieu de travail favorisent le succès d'un retour au travail durable et contribuent à prévenir l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour des TMS d'origine professionnelle. De plus, les approches participatives démontrent les bienfaits d'une implication de tous les acteurs clés concernés.

Le troisième sujet d'intérêt, à savoir la documentation des points de vue, expériences et pratiques des acteurs clés en réadaptation et en retour au travail, révèle une attention manifeste de la part des chercheurs à l'égard d'une meilleure compréhension de la mise en œuvre de différentes interventions ainsi que des facteurs à même d'influencer leur implantation. Les points de vue associés à la prévention de l'incapacité prolongée se rapportent, entre autres, à des pratiques qui favoriseront le retour au travail. La coopération et la coordination des actions des différents acteurs clés sont gage de succès de même que l'accès précoce à des conseils appropriés, le maintien en emploi avec des exigences temporaires ou permanentes réduites, la garantie d'un retour au travail aussi rapidement que possible, ou encore le fait, pour un employeur ou un assureur, de rester en contact avec la personne et ses médecins pendant la période d'absence du travail. Les acteurs dont les points de vue, expériences et pratiques intéressent sont les praticiens en réadaptation (médecins et autres fournisseurs de soins de santé, infirmiers ou infirmières responsables des cas d'incapacité, représentants en assurance), mais aussi les acteurs clés en provenance de milieux de travail et impliqués dans le processus de retour au travail (supérieurs immédiats, collègues de travail, coéquipiers). En pratique, la coordination des actions des intervenants clés semble essentielle à l'implantation des interventions en milieu de travail. En effet, cette implantation peut être facilitée et maintenue grâce à une démarche collaborative multidisciplinaire, impliquant l'ensemble des acteurs clés, incluant le travailleur et ses proches ainsi que les groupes d'acteurs concernés ou qui ont des intérêts dans le processus (Wrapson et Mewse, 2011; Tveito et coll., 2010; Mac Eachen, 2010). On s'intéresse entre autres aux rôles des acteurs clés, aux obstacles ou aux facilitateurs de la réadaptation et du retour au travail liés au contexte. Alors que dans la précédente revue de la littérature, la compréhension de ces éléments

était un objet en soi, elle a évolué, dans le cadre des articles plus récents, vers une façon de mobiliser les différents groupes d'acteurs autour d'un objectif partagé : le retour au travail sain et durable (Briand et coll., 2008, Coutu et coll., 2010, Burton et coll., 2009).

Le quatrième sujet d'intérêt concerne la question du contexte d'indemnisation. La mise à jour de la revue de la littérature révèle un quasi-abandon des études comparatives entre différents pays ou régions portant strictement sur l'impact d'être indemnisé. Les auteurs des articles retenus dans cette mise à jour partagent plutôt des expériences critiques de modèles d'interventions implantées ayant plus ou moins bien fonctionné dans un contexte d'indemnisation donné (Iles et coll., 2012).

Enfin, un cinquième sujet d'intérêt porte sur les différentes questions méthodologiques liées à l'élaboration, la validation et l'évaluation des outils essentiels dans le cadre du processus de gestion et de prévention de l'incapacité prolongée. De nouvelles approches, telles l'évaluation de la marge de manœuvre et l'évaluation de l'efficacité personnelle, semblent prometteuses pour le terrain en permettant d'explorer l'équilibre entre les exigences du travail et les capacités des individus. Ces concepts semblent annoncer un changement de paradigme vers la notion de capacité du travailleur à reprendre son rôle dans la société en opposition à une incapacité supposée à assumer ce rôle.

4. DISCUSSION

Le principal objectif de ce rapport était de déterminer les nouvelles tendances en recherche et les stratégies d'intervention en prévention de l'incapacité prolongée, chez les travailleurs indemnisés pour des TMS d'origine professionnelle. La présente mise à jour des articles scientifiques publiés sur le sujet de 2008 à 2013 confirme et renforce à certains égards les tendances déjà observées dans la revue de la littérature couvrant la période 2000-2007. Ainsi, les recherches dans le domaine de la prévention de l'incapacité prolongée sont encore peu nombreuses. Des progrès importants ont toutefois été réalisés, entre autres, en matière de dépistage précoce des travailleurs à risque d'incapacité prolongée.

Globalement, à partir des analyses transversales des différents sujets de recherche, nous avons dégagé, six grandes stratégies favorables à la prévention de l'incapacité prolongée (Figure 4). Les éléments stratégiques identifiés lors de la précédente revue de la littérature ont également été considérés dans cette synthèse afin de mieux refléter les principales recommandations proposées à ce jour en matière de prévention de l'incapacité prolongée au travail chez les travailleurs indemnisés pour TMS d'origine professionnelle. Plus précisément, les six stratégies pour prévenir le développement de l'incapacité prolongée sont: 1) la détection précoce des travailleurs à risque d'incapacité prolongée et l'identification de cas complexes ou pouvant le devenir; 2) l'intervention ciblée sur les facteurs appropriés (la bonne intervention au bon moment auprès de la bonne personne) ou l'intervention multimodale (clinique, ergonomique, psychologique, psychosociale) pour les cas complexes; 3) l'intervention en milieu de travail et dans une perspective d'activation du travailleur; 4) la collaboration entre les différents acteurs clés dans le cadre d'un processus de réadaptation multidisciplinaire pour réussir un retour au travail sain et durable; 5) l'implication du travailleur dans la démarche de retour au travail; 6) le suivi constant des conditions et du contexte d'implantation du plan de retour et de maintien au travail.

La mise en place de ces stratégies n'est pas séquentielle. Par rapport au parcours du travailleur ayant une incapacité, ces stratégies demandent la coordination constante des actions concrètes, et ce, dans le cadre d'une démarche mobilisant l'ensemble des acteurs clés autour d'un plan commun visant le retour sain et durable au travail. Le suivi de ces actions et de leurs résultats semble la clé de la durabilité du retour au travail et de la prise en compte des conditions et des contextes en constante évolution.

De plus en plus, la prévention de l'incapacité prolongée est appréhendée dans une perspective systémique. Ainsi, les études sur les facteurs prédisant l'incapacité ne se limitent plus à l'évaluation des résultats d'incapacité prolongée à partir des facteurs cliniques. Les interventions en milieu de travail (ergonomiques) et participatives (avec la participation du travailleur et des acteurs clés concernés) émergent comme des éléments efficaces. Par ailleurs, les outils conçus dernièrement semblent intégrer des facteurs se rapportant à différents systèmes (médical, de soins, milieu de travail, travailleur). Comme mentionné auparavant, les chercheurs s'intéressent en effet aux points de vue des principaux groupes d'acteurs concernés et des acteurs clés impliqués dans le processus de réadaptation et de retour au travail, afin de mieux les prendre en compte en intervention et en conception des outils. Ceci n'est pas étonnant si l'on considère la difficulté de transférer, au niveau de la société, les connaissances acquises dans la pratique (Pransky et coll., 2011, Stenstra et coll., 2011).

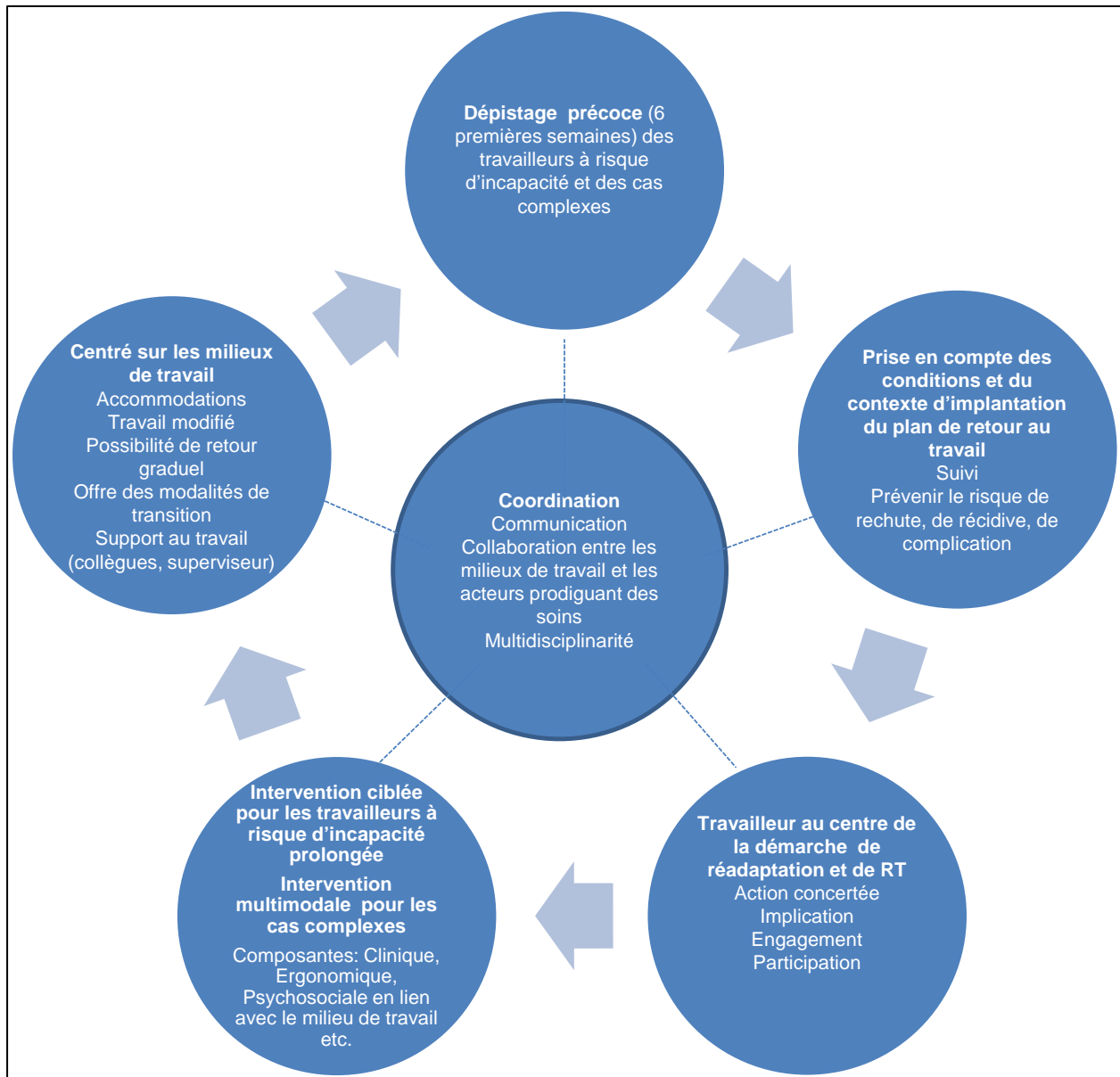


Figure 4 Stratégies favorables à la prévention de l'incapacité prolongée

L'efficacité de certaines stratégies en prévention d'incapacité, comme l'identification précoce des risques et l'intervention ciblée, l'intervention dirigée plus spécifiquement vers les aspects du travail, la multidisciplinarité des interventions pour les cas les plus complexes, les programmes orientés vers les milieux de travail et la coordination du retour au travail est bien documentée par les auteurs de différents articles. Cependant, l'implantation au sein des pratiques actuelles est difficile, alors qu'on note inversement, aujourd'hui, une évolution rapide des conditions économiques et sociales caractérisant la main-d'œuvre et le marché de travail (par exemple, le vieillissement de la population). Les recherches devraient par conséquent se concentrer de plus

en plus sur le transfert et l'échange des connaissances avec les milieux concernés, afin d'éviter de générer des connaissances inertes. Effectuer des études en lien étroit avec les acteurs clés concernés constitue certainement une stratégie prometteuse. Il ne s'agit donc pas de chercher de nouvelles alternatives aux interventions actuelles, mais plutôt d'agencer des composantes essentielles dans une démarche visant le retour au travail sain et durable qui pourraient être adaptées, par la suite, à différents contextes. Le recouvrement par les travailleurs de leur capacité à réaliser leurs tâches sera alors possiblement plus facile. En se concentrant sur la question de la reprise des capacités, on remarque que certaines études tendent vers le passage d'un paradigme de gestion des incapacités à celui de prévention systémique, basée sur la capacité. Par conséquent, les actions ne seront pas séquentielles ou séparées. Un continuum de soins pourrait en effet permettre une meilleure harmonisation entre les services visant la réadaptation et le retour au travail sain et durable.

Certaines limitations doivent toutefois être ici mentionnées. Comme dans le cas de la précédente revue de la littérature, la recherche a porté sur les principales bases de données bibliographiques. Les articles publiés dans des revues n'étant pas indexées n'ont donc pas été répertoriés. De plus, les manuels, éditoriaux et lignes directrices, bien qu'importants pour les décideurs et les praticiens, ne sont pas indexés. Ensuite, la littérature portant sur des travailleurs absents pour cause de maladie en raison de blessures autres que les TMS n'a pas été couverte dans le cadre de la présente mise à jour, l'objet de celle-ci étant d'identifier des stratégies globales pour le retour au travail sain et durable des travailleurs indemnisés pour des TMS. Le choix de ce critère d'inclusion restreint les conclusions sur le plan des connaissances relatives aux meilleures pratiques d'intervention. En effet, cette littérature peut se révéler essentielle quant à la compréhension des facteurs organisationnels tels le support au travail, le harcèlement, et ceci avec un impact potentiel important sur tout type de blessure, incluant les blessures musculo-squelettiques (Franche et coll., 2011, Kivimaki et coll., 2000, Ortega et coll., 1999). Aussi, la sélection de la littérature pertinente a été faite à partir de titres et de résumés d'articles, de sorte que d'autres articles intéressants peuvent avoir été ignorés. Enfin, une évaluation formelle de la qualité n'a pas été réalisée dans le cadre de cette mise à jour. Toutefois, les articles ont fait l'objet d'une appréciation de la pertinence et de la rigueur des études examinées – par consensus – de la part des évaluateurs. Cela a permis, entre autres, d'inclure dans la revue de nombreuses études descriptives et qualitatives lesquelles présentent une valeur informative appréciable pour le processus décisionnel en réadaptation et lors du retour au travail. Enfin, même si le processus de recherche et d'extraction de données était essentiellement le même que celui utilisé lors de la revue précédente, les analyses ont été légèrement différentes. Par exemple, certains regroupements ont été opérés à des fins de simplification de la compréhension et, par conséquent, sur plusieurs catégories d'informations, nous n'avons pas pu réaliser des comparaisons.

5. CONCLUSION

La présente mise à jour confirme et renforce à certains égards les tendances déjà observées dans la revue de la littérature couvrant la période 2000-2007. La recherche dans le domaine de la prévention de l'incapacité prolongée a connu de progrès importants entre autres, sur le dépistage précoce des travailleurs à risque d'incapacité prolongée. De plus, les résultats de cette mise à jour ont mis en évidence des stratégies essentielles pour prévenir l'incapacité prolongée. La mise en place de ces stratégies ne concerne pas une séquence précise de la trajectoire invalidité-retour au travail, mais plutôt l'ensemble des actions et des interventions.

L'intégration de ces stratégies aux pratiques des entreprises permet une démarche systémique visant le retour au travail sain et durable. Elle permet également d'adapter l'implantation de différentes composantes d'intervention aux divers contextes d'implantation et d'intervenir sur les capacités des travailleurs à réaliser leur travail. On observe finalement le passage d'un paradigme de gestion des incapacités à celui de prévention systémique basée sur la capacité, ce qui favorisera peut-être un meilleur continuum de soins entre les services visant la réadaptation et ceux favorisant le retour au travail sain et durable.

BIBLIOGRAPHIE

- Abma FI, van der Klink JJJ, Bültmann U. The Work Role Functioning Questionnaire 2.0 (Dutch Version): Examination of its Reliability, Validity and Responsiveness in the General Working Population. *J Occup Rehabil* 2013;23(1):135-47.
- Albert V, Coutu MF, Durand MJ. Internal consistency and construct validity of the Revised Illness Perception Questionnaire adapted for work disability following a musculoskeletal disorder. *Disability&Rehabilitation* 2013;35(7):557-565.
- Albert V, Coutu MF, Durand MJ. Structure factorielle et cohérence interne de l'Échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2011;78(5):311-317.
- Andrén D, Svensson M. Part-Time Sick Leave as a Treatment Method for Individuals with Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil* 2012;22(3):418-426.
- Bjelland MJ, Bruyère SM, von Schrader S, Houtenville AJ, Ruiz-Quintanilla A, Webber DA. Age and Disability Employment Discrimination: Occupational Rehabilitation Implications. *J Occup Rehabil* 2010;20(4):456-71.
- Briand C, Durand M-J, St-Arnaud L, Corbière M. How Well Do Return-to-work Interventions for Musculoskeletal Conditions Address the Multicausality of Work Disability. *J Occup Rehabil* 2008;18(2):207-17.
- Brouwer S, Franche R-L, Hogg-Johnson S, Lee H, Krause N, Shaw WS. Return-to-work self-efficacy: Development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2011;21:244-58.
- Burton AK, Kendall NAS, Pearce BG, Birrell LN, Bainbridge LC. Management of work-relevant upper limb disorders: a review. *Occup Med* 2009;59(1):44-52.
- Calvo-Cerrada B, Martínez JM, Dalmau A. Adoption of Preventive Measures After Returning to Work Among Workers Affected by De Quervain's Tenosynovitis. *J Occup Rehabil* 2012;22(4):579-88.
- Chamberlain MA, Fialka Moser V, Schüldt Ekholm K, O'Connor RJ, Herceg M, Ekholm J. Vocational Rehabilitation: An Educational Review. *J Rehabil Med* 2009;41(11):856-69.
- Coole C, Drummond A, Watson PJ, Radford K. What Concerns Workers with Low Back Pain? Findings of a Qualitative Study of Patients Referred for Rehabilitation. *J Occup Rehabil* 2010;20(4):472-80.

- Costa-Black KM. Core Components of Return-to-Work Interventions in Handbook of Work Disability. Prevention and Management. Éd Loisel P and Anema JR, Springer, London, 2013, 513 pages.
- Costa-Black KM, Loisel P, Anema JR, Pransky G. Back pain and work. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2010;24(2):227-240.
- Côté D, Coutu MF. A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: how are they relevant to rehabilitation? *Disabil Rehabil* 2010;32(2):87-102.
- Coutu MF, Baril R, Durand MJ, Côté D, Cadieux G. Clinician–Patient Agreement About the Work Disability Problem of Patients Having Persistent Pain: Why it Matters. *J Occup Rehabil* 2013;23(1):82-92.
- Coutu MF, Baril R, Durand MJ, Côté D, Cadieux G. Health and Illness Representations of Workers with a Musculoskeletal Disorder-Related Work Disability During Work Rehabilitation: A Qualitative Study. *J Occup Rehabil* 2011;21(4):591-600.
- Coutu MF, Baril R, Durand MJ, Côté D, Rouleau A, Cadieux G. Transforming the meaning of pain : An important step for the return to work. *Work* 2010;35(2):209-19.
- Coutu MF, Durand MJ, Baril R, Labrecque ME, Ngomo S, Côté D, Rouleau A. A Review of Assessment Tools of Illness Representations: Are These Adapted for a Work Disability Prevention Context? *J Occup Rehabil* 2008;18(4):347-61.
- CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec) 2012. Rapport annuel de gestion 2011. 208 pages.
- CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail) 2013. Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2010-2013. 36 pages.
- De Rijk A, Janssen N, Van Lierop B, Alexanderson K, Nijhuis F. A behavioral approach to RTW after sickness absence: The development of instruments for the assessment of motivational determinants, motivation and key actors' attitudes. *Work* 2009;33(3): 273-85.
- De Souza L, Frank AO. Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. *Disabil Rehabil* 2011; 33(4) :310-8.
- de Vries HJ, Brouwer S, Groothoff JW, Geertzen JHB, Reneman MF. Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011;12:126.

- Dellve, L; Hallberg, L.R.-M. Making it work in the frontline" explains female home care workers' defining, recognizing, communicating and reporting of occupational disorders. *Int J of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2008;3(3):176-184.
- Dionne CE, Le Sage N, Franche RL, Dorval M, Bombardier C, Deyo RA. Five questions predicted long-term, severe, back-related functional limitations: evidence from three large prospective studies. *J Clin Epidemiol* 2011; 64(1):54-66.
- Dionne C, Bourbonnais R, Frémont P, Rossignol M, Stock S. (2004) Le pronostic occupationnel de travailleurs aux prises avec des affections vertébrales. Montréal. Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Durand M-J, Vézina N, Baril R, Loisel P, Richard MC, Ngomo S. Margin of Manoeuvre Indicators in the Workplace During the Rehabilitation Process: A Qualitative Analysis. *J Occup Rehabil* 2009; 19(2):194-202.
- Ekberg K, Wåhlin C, Persson J, Bernfort L, Öberg B. Is Mobility in the Labor Market a Solution to Sustainable Return to Work for Some Sick Listed Persons? *J Occup Rehabil* 2011; 21(3):355-65.
- Fassier JB. Identifying Local Obstacles and Facilitators of Implementation in Handbook of Work Disability. Prevention and management. Éd Loisel P and Anema JR, Springer, London, 2013, 513 pages.
- Feuerstein M. Foreward to Handbook of Work Disability. Prevention and management. Éd Loisel P and Anema JR, Springer, London, 2013, 513 pages.
- Franche R-L, Murray E, Ibrahim S, Smith P, Carnide N, Côté, P, Gibson J, Koehoorn M. Examining the impact of worker and workplace factors on prolonged work absences among canadian nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2011; 53(8):919-927.
- Franche R-L, Murray EJ, Ostry A, Ratner PA, Wagner SL, Harder HG. Work disability prevention in rural areas: a focus on healthcare workers. *Work disability prevention in rural areas: a focus on healthcare workers. Rural and Remote Health* 2010; 10:1502. (Online)
- Gjesdal S, Bratberg E, Mæland JG. Gender differences in disability after sickness absence with musculoskeletal disorders: five-year prospective study of 37,942 women and 26,307 men. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011; 12:37.
- Grahn B, Gard G. Content and Concurrent Validity of the Motivation for Change Questionnaire. *J Occup Rehabil* 2008; 18(1):68-78.

- Hämmig O, Knecht M, Läubli T, Bauer GF. Work-life conflict and musculoskeletal disorders: a cross-sectional study of an unexplored association. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011; 12:60.
- Higgins A, O'Halloran P, Porter S. Management of Long Term Sickness Absence: A Systematic Realist Review. *J Occup Rehabil* 2012; 22(3):322-32.
- Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil* 2012; 22(4):462-77.
- Iles RA, Wyatt M, Pransky G. Multi-Faceted Case Management: Reducing Compensation Costs of Musculoskeletal Work Injuries in Australia. *J Occup Rehabil* 2012; 22(4):478-88.
- Inrig T, Amey B, Borthwick C, Beaton D. Validity and reliability of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) in workers with upper extremity injuries. *J Occup Rehabil* 2012; 22(1):59-70.
- Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056. Édition 2009. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2006-2056.pdf>.
- INSPQ (Institut national de santé publique du Québec) 2013. Évaluation de l'implantation du Programme de prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail du Réseau de santé publique en santé au travail. Synthèse. 33 pages.
- Jezukaitisa P, Kapur D. Management of occupation-related musculoskeletal disorders. *Regional Musculoskeletal Problems with a Focus on Occupational Factors. Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2011; 25(1):117-29.
- Kennedy CA, Amick BC 3rd, Dennerlein JT, Brewer S, Catli S, Williams R, Serra C, Gerr F, Irvin E, Mahood Q, Franzblau A, Van Eerd D, Evanoff B, Rempel D. Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time. *J Occup Rehabil* 2010; 20(2):127-62.
- Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental medicine* 2000; 5:656-660.
- Laisné F, Lecomte C, Corbière M. Biopsychosocial determinants of work outcomes of workers with occupational injuries receiving compensation: A prospective study. *Work* 2013; 44(2):117-32.

- Lederer V, Rivard M. Gender Differences in Personal and Work-Related Determinants of Return-to-Work Following Long-Term Disability: A 5-Year Cohort Study. *J Occup Rehabil* 2012; 22(4):522-31.
- Leyshon RT, Shaw LE. Using the ICF as a conceptual framework to guide ergonomic intervention in occupational rehabilitation. *Work* 2008; 31(1):47-61.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Murlow C, Gottzche PC, Ioannidis JPA, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ* 2009; 339.
- Lidgren L. The Bone and Joint Decade 2000 -2010. *Bull World Health Organ* [online]. 2003;81(9):629-629 [cited 2013-10-08]. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862003000900002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0042-9686. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862003000900002>.
- Loisel P et Coté P. The Work Disability Paradigm and Its Public Health Implication in Handbook of Work Disability. Prevention and Management. Éd Loisel P and Anema JR, Springer, London, 2013, 513 pages.
- Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, Webster B. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil* 2005; 15(4):507-524.
- Lötters FJB, Foets M, Burdorf A. Work and Health, a Blind Spot in Curative Healthcare? A Pilot Study. *J Occup Rehabil* 2011; 21(3):304-12.
- Lydell M, Hildingh C, Månsson J, Marklund B, Grahn B. Thoughts and feelings of future working life as a predictor of return to work: a combined qualitative and quantitative study of sick-listed persons with musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation* 2011; 33(13-14):1262-71.
- Lydell M, Grahn B, Månsson J, Baigi A, Marklund B. Predictive factors of sustained return to work for persons with musculoskeletal disorders who participated in rehabilitation. *Work* 2009; 33(3):317-28.
- Lysaght R, Donnelly C, Luong D. Best practices in the rehabilitation of acute musculoskeletal disorders in workers with injuries: An integrative review and analysis of evolving trends. *Work* 2010; 35(3):319-333.

- MacEachen E, Kosny A, Ferrier S, Chambers L. The “Toxic Dose” of System Problems: Why Some Injured Workers Don’t Return to Work as Expected. *J Occup Rehabil* 2010; 20(3):349-66.
- MacEachen E, Kosny A, Ferrier S, Lippel K, Neilson C, Franche RL, Pugliese D. The ‘ability’ Paradigm in Vocational Rehabilitation: Challenges in an Ontario Injured Worker Retraining Program. *J Occup Rehabil* 2012; 22(1):105-17.
- MacEachen E, Kosny A, Scott-Dixon K, Facey M, Chambers L, Breslin C, Kyle N, Irvin E, Mahood Q. Small Business Systematic Review Team. Workplace Health Understandings and Processes in Small Businesses: A Systematic Review of the Qualitative Literature. *J Occup Rehabil* 2010; 20(2):180-98.
- Macedo AC, Trindade CS, Brito AP, Socorro Dantas M. On the Effects of a Workplace Fitness Program upon Pain Perception: a Case Study Encompassing Office Workers in a Portuguese Context. *J Occup Rehabil* 2011; 21(2):228-33.
- Maiwald K, de Rijk A, Guzmán J, Schonstein E, Yassi A. Evaluation of a Workplace Disability Prevention Intervention in Canada: Examining Differing perceptions of stakeholders. *J Occup Rehabil* 2011; 21(2):179-189, (Online le 23 octobre 2010).
- Marois E, Durand M-J. Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability and Rehabilitation* 2009; 31(12):994-1007.
- Nastasia I, Tcaciuc, R; Coutu, M-F. (2011) Strategies for Preventing Prolonged Disability in Workers Compensated for Work Related Musculoskeletal Disorders - A Systematic and Comprehensive Literature Review (Stratégies pour prévenir l’invalidité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour des troubles musculo-squelettiques - Une revue systématique et descriptive de la littérature). *Studies and Research Projects / Report R-719*, Montréal, IRSST, 2011, 146 pages.
- Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: Review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med* 2009; 41(3):115–121.
- Ortega A, Christensen KB, Høgh A, Rugulies R, Borg V. One-year prospective study on the effect of workplace bullying on long-term sickness absence. *Journal of Nursing Management* 2011; 19:752-759.
- Patel AS, Farquharson R, Carroll D, Moore A, Phillips CJ, Taylor RS, Barden J. The Impact and Burden of Chronic Pain in the Workplace: A Qualitative Systematic Review. *Pain Practice* 2012; 12(7):578-89.

- Poitras S, Durand MJ, Côté AM, Tousignant M. Guidelines on Low Back Pain Disability. Interprofessional Comparison of Use Between General Practitioners, Occupational Therapists, and Physiotherapists. *SPINE* 2012; 37(14):1252-59.
- Pransky GS, Loisel P, Anema JR. Work Disability Prevention Research: Current and Future Prospects. *J Occup Rehabil* 2011; 21(3):287-92.
- Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey. *British Medical Journal* 1999; 318(7178):228–232.
- Saltycev M, Kinnunen A, Laimi K. Vocational rehabilitation evaluation and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). *J Occup Rehabil* 2013; 23(1):106-14.
- Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SCA, de Boer WEL, Zumbunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R. Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLOS One* 2012; 7(11).
- Schwarze M, Spallek M, Korallus C, Manecke IA, Teumer F, Wrbitzky R, Gutenbrunner C, Rebe T. Advantages of the JobReha discharge letter: an instrument for improving the communication interface in occupational rehabilitation. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013; 86(6):699-708.
- Seing I, Stähl C, Nordenfelt L, Bülow P, Ekberg K. Policy and Practice of Work Ability: A Negotiation of Responsibility in Organizing Return to Work. *J Occup Rehabil* 2012; 22(4):553-64.
- Shaw WS, Tveito TH, Boot CRL. Introduction to the Special Section: Sustainability of Work with Chronic Health Conditions. *J Occup Rehabil* 2013; 23:157-161.
- Shaw WS, Findley PA, Feuerstein M. Twenty Years of Multidisciplinary Research and Practice: The Journal of Occupational Rehabilitation Then and Now. *J Occup Rehabil* 2011; 21:449-454.
- Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ, “Decade of the Flags” Working Group. Early Patient Screening and Intervention to Address Individual-Level Occupational Factors (“Blue Flags”) in Back Disability. *J Occup Rehabil* 2009; 19(1):64-80.
- Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A Literature Review Describing the Role of Return-to-Work Coordinators in Trial Programs and Interventions Designed to Prevent Workplace Disability. *J Occup Rehabil* 2008; 18(1):2-15.

- Shaw WS, Linton SJ, Pransky G. Reducing sickness absence framework due to low back pain: how well the intervention strategies match modifiable risk factors? *J Occup Rehabil*. 2006.
- Soklaridis S, Ammendolia C, Cassidy D. Looking upstream to understand low back pain and return to work: Psychosocial factors as the product of system issues. *Soc Sci Med* 2010; 71(9):1557-66.
- Spitzer WO. Approche scientifique de l'évaluation et du traitement des affections vertébrales chez les travailleurs. Rapport E-018, Toronto (Ontario), Société Canadienne de Recherches cliniques, 1987, 57 pages.
- Stahl C. Implementing Interorganizational Cooperation in Labour Market Reintegration. *J Occup Rehabil* 2012; 22(2):209-19.
- Steenstra IA, Lee H, de Vroome EM, Busse JW, Hogg-Johnson SJ. Comparing current definitions of return to work: a measurement approach. *J Occup Rehabil* 2012; 22(3):394-400.
- Steenstra I, Irvin E, Heymans M, Mahood Q, Hogg-Johnson S. Systematic review of prognostic factors for workers' time away from work due to acute low-back pain: An update of a systematic review (Toronto: Institute for Work & Health, 2011).
- Steenstra IA, Ibrahim SA, Franche RL, Hogg-Johnson S, Shaw WS, Pransky GS. Validation of a Risk Factor-Based Intervention Strategy Model Using Data from the Readiness for Return to Work Cohort Study. *J Occup Rehabil* 2010; 20(3):394-405.
- Truchon M, Schmouth MÈ, Côté D, Fillion L, Rossignol M, Durand MJ. Absenteeism Screening Questionnaire (ASQ): A New Tool for Predicting Long-term Absenteeism Among Workers with Low Back Pain. *J Occup Rehabil* 2012; 22(1):27-50.
- Tveito TH, Shaw WS, Huang YH, Nicholas M, Wagner G. Managing pain in the workplace: a focus group study of challenges, strategies and what matters most to workers with low back pain. *Disability and Rehabilitation* 2010; 32(24):2035-45.
- van Beurden KM, Vermeulen SJ, Anema JR, van der Beek AJ. A Participatory Return-to-Work Program for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: a Process Evaluation Alongside a Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil* 2012; 22(1):127-40.
- van Duijn M, Eijkemans MJ, Koes BW, Koopmanschap MA, Burton KA, Burdorf A. The effects of timing on the cost-effectiveness of interventions for workers on sick leave due to lowback pain. *Occup Environ Med* 2010; 67(11):744-50.

- van Duijn M, Burdorf A. Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaint. *J Rehabil Med* 2008; 40(7):576-81.
- van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche R-L, Schonstein E, Loisel P, van Mechelen W, Anema JR. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 15(2).
- Varekamp I, van Dijk FJH. Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases. *Occupational medicine* 2010; 60:287-293.
- Verhagen AP, Scholten-Peeters GGM, van Wijngaarden S, de Bie R, Bierma-Zeinstra SMA. Conservative treatment for whiplash (Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. 2011
- Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJ, Knol DL, van Mechelen W, van der Beek AJ. A Participatory Return-to-Work Intervention for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil* 2011; 21(3):313-24.
- a. Vermeulen SJ, Tamminga SJ, Schellart AJM, Ybema JF, Anema JR. Return-to-work of sick-listed workers without an employment contract – what works? *BMC Public Health* 2009; 9:232.
- b. Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJM, van Mechelen W, van der Beek AJ. Intervention mapping for development of a participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders. *BMC Public Health* 2009; 9:216.
- Vézina M, Cloutier E, Stock S, Lippel K, Fortin É, Delisle A, St-Vincent M, Funes A, Duguay P, Vézina S, Prud'homme P. Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). *Études et recherches/Rapport R-691*, Montréal, IRSST, 2011, 270 pages.
- Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of common health problems. London: The Stationery Office; 2004.
- Waddell G, Aylward M, Sawney P. Back pain, incapacity for work and social security benefits. London: Royal Society of Medicine Press; 2002.
- Weiner SS, Nordin M. Prevention and management of chronic back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2010;24(2):267-79.

Wrapson W, Mewse AJ. Supervisors' responses to sickness certification for an episode of low back pain: employees' personal experiences. *Disability and Rehabilitation* 2011; 33(19-20):1728-36.

Young A. Return to work following disabling occupational injury – facilitators of employment continuation. *Scand J Work Environ Health* 2010; 36(6):473-83.

ANNEXE
Mots-clés et descripteurs recherchés

Base de données	Mots-clés et descripteurs recherchés
1. Ergoabstracts 2. CISDOC	physically AND handicapped OR rehabilitation OR hardening OR absenteeism Search <IN> Title capacity <OR> capacities <OR> predicting <OR> hardening <OR> return reentry <OR> reinsertion <OR> rehabilitation <OR> hadicaped <OR> absenteeism <OR> absence <OR> absences <OR> incapacity <OR> incapacities <OR> recurrence <OR> recovery <OR> outcome <OR> outcomes <OR> prognostic <OR> prognostics <IN> Title <OR> predictor <OR> predictors <OR> limitation <OR> limitations <OR> <IN> Descriptor sickness absenteeism <OR> severity rates <OR> handicaped worker <OR> rehabilitation <OR> accident absenteeism <OR> work capacity <OR> prediction <OR> degree of disability
3. HSEIINE+ 4. CANADIANA+ 5. NIOSH+ 6. PsychINFO	Search Title (capacity <OR> capacities <OR> predicting <OR> hardening <OR> return <OR> reentry <OR> reinsertion <OR> rehabilitation <OR> absenteeism <OR> absence <OR> absences <OR> incapacity <OR> incapacities <OR> recurrence <OR> recovery <OR> outcome <OR> outcomes <OR> prognostic <OR> prognostics <OR> predictor <OR> predictors <OR> limitation <OR> limitations <OR> sickness absenteeism <OR> severity <OR> capacity <OR> prediction <OR> disability <OR> disabilities) <OR> Descriptor (sick leave <OR> disabled workers <OR> rehabilitation <OR> workplace adaptations <OR> disabled workers <OR> sickness absence <OR> return to work <OR> vocational rehabilitation <OR> long term absence <OR> long term incapacity <OR> disabilities <OR> work capability)
7. FRANCIS	Recherché (handicapé* or handicapé physique or handicap* or réadaptation or handicaps physiques)/de AND (travailleur* or poste de travail* or organisation du travail* or relations de travail or médecine travail or intégration sociale or formation professionnelle or entreprise or marche du travail or politique de l'emploi or sécurité du travail or accès a l'emploi or adaptation professionnelle)
8. MEDLINE	Search #1 [MeSH Major Topic]: "occupational diseases/complications" OR "occupational diseases/economics" OR "occupational diseases/psychology" OR "occupational diseases/rehabilitation" OR "occupational diseases/statistics and numerical data" OR "musculoskeletal diseases/complications" OR "musculoskeletal diseases/psychology" OR "musculoskeletal diseases/economics" OR "musculoskeletal diseases/rehabilitation" OR "sprains and strains/complications" OR "sprains and strains/economics" OR "sprains and strains/psychology" OR "sprains and strains/rehabilitation" OR "back pain/complications" OR "back pain/economics" OR "back" Search #2 [MeSH Major Topic] "workers' compensation" OR "insurance, disability" Search #3 [MeSH Terms] "workers' compensation" OR "insurance, disability" Search #4 [Title] (chronic OR rehabilitation OR chronicity OR in hardening) AND [MeSH Terms] ("accidents, occupational" OR "occupational diseases" OR "musculoskeletal diseases" OR "sprains and strains" OR "back pain" OR "neck pain" OR "cumulative trauma disorders" OR "carpal tunnel syndrome" OR "tendon injuries" Search #5 [MeSH Terms] "injury severity score" OR "employment, supported" OR "disability evaluation" OR "disabled persons" OR "professional impairment" OR "length of stay" OR rehabilitation OR "work capacity evaluation" OR "absenteeism" OR "health status indicators" OR "recovery of function" OR "injury severity score" OR recurrence OR "chronic disease" OR "treatment failure" OR "functional residual capacity" Search #6 [MeSH Terms] ("injury severity score" OR "employment, supported" OR "disability evaluation" OR "disabled persons" OR "professional impairment" OR "length of stay" OR rehabilitation OR "work capacity evaluation" OR "absenteeism" OR "health status indicators" OR "recovery of function" OR "injury severity score" OR recurrence OR "chronic disease" OR "treatment failure" OR "functional residual capacity" OR [Title] chronic OR rehabilitation OR chronicity OR hardening) AND

	[MeSH Terms] (work OR workplace OR worker OR workers OR employee OR employees OR occupational OR occupations OR employment OR industrial OR occupational exposure) OR "accidents, occupational" OR "occupational exposure" OR employer OR employers"
9. Pascal	Réadaptation physique, Réadaptation professionnelle, Réadaptation, Réhabilitation, Reprise-travail, Absentéisme, Invalidité, Congé-maladie, Invalidité-travail, Récurrence, Rétablissement, Reconditionnement, Capacité fonctionnelle, Réadaptation socioprofessionnelle
10. INRS	Réadaptation, Invalidité, Absentéisme, Réinsertion, Reprise du travail, Handicapé, Séquelle, Insertion professionnelle, Capacité physique
