

É

Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-938



Validation du questionnaire Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter (ORTESES) auprès de travailleurs avec un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique

*Marc Corbière
Alessia Negrini
Marie-José Durand
Louise St-Arnaud
Catherine Briand
Jean-Baptiste Fassier
Patrick Loisel
Jean-Philippe Lachance*



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 des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2016
ISBN : 978-2- 89631-898-8
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
Septembre 2016



Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-938

Validation du questionnaire Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Effacité pour les Surmonter (ORTESES) auprès de travailleurs avec un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique

Avis de non-responsabilité

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

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



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

Marc Corbière^{1, 2}
Alessia Negrin³
Marie-José Durand^{4, 5}
Louise St-Arnaud⁶
Catherine Briand⁷
Jean-Baptiste Fassier^{4, 8}
Patrick Loise⁹
Jean-Philippe Lachance^{2, 5}

¹ Université du Québec à Montréal

² Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

³ Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

⁴ Centre de recherche, Hôpital Charles-Le Moyne

⁵ Université de Sherbrooke

⁶ Université Laval

⁷ Université de Montréal

⁸ Université Claude Bernard Lyon 1

⁹ Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto

ÉVALUATION PAR DES PAIRS

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

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement les intervenants en réadaptation au travail qui ont proposé à leurs clients de participer à cette étude ainsi que les personnes atteintes d'un trouble mental courant ou d'un trouble musculosquelettique qui ont participé à la validation du questionnaire ORTESES. Soulignons aussi le soutien financier de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) qui a permis la réalisation de cette étude.

SOMMAIRE

Les absences prolongées du travail, et particulièrement celles liées aux troubles mentaux courants (TMC) et aux troubles musculosquelettiques (TMS), engendrent des coûts économiques et humains considérables. Devant cet enjeu, il apparaît nécessaire de mieux comprendre les facteurs qui nuisent au retour au travail (RAT) de ces deux populations. Selon la littérature, il est bien établi que le RAT est le résultat d'une interaction complexe entre l'individu et les acteurs provenant de divers systèmes tels que le milieu de travail, le système de santé et celui de l'indemnisation. Mis à part quelques particularités ou caractéristiques individuelles telles que les symptômes inhérents à un trouble particulier, ou encore la variation des délais de rétablissement, les obstacles perçus par les personnes souffrant d'un TMC ou d'un TMS lors de leur processus de RAT se recoupent en général, à tel point que de récents travaux commencent à étudier les travailleurs en incapacité comme une seule et même population, sans égard à la nature de la maladie ou de la lésion. La littérature met en exergue le besoin non seulement d'évaluer les obstacles perçus lors du RAT, mais aussi de prendre en compte le sentiment d'efficacité pour les surmonter, deux notions essentielles et complémentaires à l'évaluation des facteurs du RAT. Or, dans la littérature, il n'existe à notre connaissance aucun outil adapté aux populations aux prises avec un TMC ou un TMS qui mesure à la fois les obstacles liés au RAT et le sentiment d'efficacité pour les surmonter.

L'objectif de cette étude prospective visait la validation de l'outil intitulé « Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter » (ORTESES) auprès d'employés en processus de RAT suite à un TMC ou un TMS. Plus précisément, il s'agissait de valider les propriétés psychométriques relatives à l'ORTESES : (1) validité de contenu, (2) validité apparente, (3) validité de construit, (4) stabilité temporelle (fidélité) et (5) validité prédictive.

Cette étude comportait trois phases. D'abord, dans la phase 1, les participants qui répondaient aux critères d'inclusion et qui ont consenti à participer à l'étude ont rempli le questionnaire ORTESES (TMC (n=157) ou TMS (n=206)) et un questionnaire sociodémographique. Ensuite, la phase 2 a eu lieu une à deux semaines plus tard, pour répondre aux exigences de l'évaluation de la fidélité test-retest. Enfin, la phase 3, qui se déroulait six mois après la phase 1, a permis d'évaluer la validité prédictive de l'ORTESES grâce à l'utilisation d'analyses de régression. Tous les participants de la phase 1 étaient alors recontactés par téléphone pour prendre connaissance de la reprise ou non de leur activité professionnelle.

Validités de contenu et apparente. La version initiale de l'ORTESES comptait 97 énoncés répartis entre six grandes catégories conceptuelles. *Validité de construit.* Au terme des analyses factorielles (exploratoires et confirmatoires) et des analyses de cohérence interne effectuées sur les catégories conceptuelles construites *a priori*, un total de 46 énoncés répartis sur dix dimensions sont ressorties: (1) appréhension d'une rechute, (2) difficultés cognitives, (3) difficultés liées aux médicaments, (4) exigences du poste de travail, (5) sentiment d'injustice organisationnelle, (6) relation difficile avec le supérieur immédiat, (7) relations difficiles avec les collègues, (8) relations difficiles avec la compagnie d'assurance, (9) conciliation famille-travail difficile, (10) perte de motivation à retourner au travail. *Fidélité.* Les résultats des analyses de corrélation ont montré que les dix dimensions demeurent stables dans le temps (2 semaines) chez les deux populations (TMC et TMS). *Validité prédictive.* En plus du nombre de semaines

d'absence du travail et de la douleur perçue, quatre dimensions (obstacles perçus et sentiment d'efficacité) prédisent le RAT des personnes ayant un TMS : l'appréhension d'une rechute, les exigences du poste de travail, le sentiment d'injustice organisationnelle, la relation difficile avec le supérieur immédiat. Chez les personnes ayant un TMC, ce sont seulement les exigences du poste de travail et les difficultés cognitives qui ressortent comme significatives.

En conclusion, cette étude a permis de valider l'outil intitulé ORTESES. Elle comble un vide théorique dans la littérature en montrant que les obstacles biopsychosociaux ainsi que le sentiment d'efficacité pour les surmonter doivent être pris en compte dans la prédiction du RAT de personnes aux prises avec un TMC ou un TMS. Sur le plan clinique, l'étude offre aux intervenants la possibilité de travailler avec un outil valide et d'administration brève – 46 énoncés couvrant dix dimensions – qui leur permettra d'évaluer systématiquement ces deux notions chez leurs clients. Ainsi, ils pourront optimiser leurs interventions en vue de faciliter le RAT de leurs clients. L'ORTESES est donc un outil de travail et de dialogue pour les deux interlocuteurs. Une fois effectuée l'identification des dimensions ou couples d'énoncés « problématiques », l'intervenant peut entamer une discussion avec son client et mettre en place l'intervention et les stratégies pertinentes. Enfin, l'intervenant pourra décider d'utiliser l'ORTESES comme outil de suivi dans le but d'évaluer si certains obstacles disparaissent ou persistent dans l'environnement de travail ou dans la vie personnelle de son client.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION À LA PROBLÉMATIQUE	1
1.1 Modèle biomédical	2
1.2 Modèle biopsychosocial	3
1.3 Paradigme de l'incapacité au travail	3
1.4 Facteurs du retour au travail chez les personnes souffrant d'un TMC	3
1.5 Facteurs du retour au travail chez les personnes souffrant d'un TMS	5
1.6 Facteurs communs du retour au travail	7
1.7 Le sentiment d'efficacité et les obstacles perçus au RAT	8
2. OBJECTIF	11
3. MÉTHODE	13
3.1 Planification et opérationnalisation de l'ORTESES	13
3.2 Description de l'ORTESES	15
3.3 Validation de l'ORTESES	16
3.3.1 Phases de l'étude pour répondre aux types de validité et de fidélité.....	16
3.3.2 Collectes de données	17
3.3.3 Description sociodémographique des participants	18
3.3.4 Analyses	20
4. RÉSULTATS	25
4.1 Validité de construit	25
4.1.1 Analyses factorielles exploratoires (AFE)	25
4.1.2 Analyse factorielle confirmatoire (AFC)	26
4.2 Fidélité test-retest	33
4.3 Validité prédictive	33
4.4 Régressions univariées TMC et TMS	36

5. DISCUSSION.....	39
5.1 Validité de construit, fidélité test-retest et implications théoriques.....	39
5.2 Validité prédictive et implications théoriques.....	42
5.3 Implications pratiques pour les cliniciens.....	44
5.4 Apports et limites.....	46
6. CONCLUSION.....	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Caractéristiques sociodémographiques des participants	19
Tableau 2 - Caractéristiques de l'étude selon les trois phases.....	24
Tableau 3 - Analyse factorielle exploratoire sur la catégorie conceptuelle intitulée « Perturbations affectives, cognitives et médicales »- TMC (n = 157).....	27
Tableau 4 - Analyse factorielle exploratoire sur la catégorie conceptuelle intitulée « Exigences du poste et sentiment d'injustice organisationnelle » - TMC (n = 157).....	28
Tableau 5 - Analyse factorielle exploratoire sur la catégorie conceptuelle intitulée « Relations difficiles avec le supérieur immédiat et les collègues de travail » - TMC (n=157)	29
Tableau 6 - Les trois catégories conceptuelles n'ayant pas fait l'objet des analyses factorielles exploratoires (n=157)	30
Tableau 7 - Analyses factorielles confirmatoires pour l'ORTESES- TMS (n = 206)	31
Tableau 8 - Corrélations et cohérence interne des dix dimensions de l'ORTESES (Partie A) – TMC (n=157) et TMS (n=206).....	32
Tableau 9 - Moyenne des dimensions de l'ORTESES selon le problème de santé (TMC et TMS) et le statut d'emploi	35
Tableau 10 - Régressions logistiques prédisant le RAT (TMC : N = 135 ; TMS : N = 167).....	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Structure de l'ORTESES	16
Figure 2 - Arbre des participants (TMC, TMS) selon les trois phases de l'étude (T1, T2, T3).....	34
Figure 3 - Repères permettant d'identifier les zones problématiques.....	45

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AFC	Analyse factorielle confirmatoire
AFE	Analyse factorielle exploratoire
CFI	Comparative Fit Index
DOA	Dialogue About Ability Related to Work
IFI	Incremental Fit Index
NNFI	Non-Normed Fit Index
ORTESES	Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter
OITES	Obstacles à l'Insertion au Travail et sentiment d'Efficacité pour les Surmonter
ORQ	Obstacles to Return-to-Work
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of sampling adequacy
RAT	Retour au travail
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RTWSE	Return-to-Work Self-Efficacy
SE	Sentiment d'efficacité
TMC	Trouble mental courant
TMS	Trouble musculosquelettique
WoDDI	Development of a Work Disability Diagnostic Interview
WRI	Worker Role interview

1. INTRODUCTION À LA PROBLÉMATIQUE

Dire de l'incapacité au travail qu'elle est coûteuse sur les plans financier et humain relève de l'euphémisme. L'Organisation internationale du travail (OIT) estime que les coûts directs et indirects engendrés par les maladies professionnelles et les accidents de travail représentent environ 4 % du PIB mondial, soit 2 800 milliards de dollars pour l'année 2012 (OIT, 2013). Avec les maladies cardiovasculaires et les divers types de cancer, les troubles mentaux courants (TMC¹) et les troubles musculosquelettiques (TMS²) représentent les causes d'absence du travail les plus répandues (Dewa et coll., 2010; Koopmans et coll., 2011). En ce qui concerne la perte de productivité au Canada, les TMC et les TMS engendrent respectivement des coûts de 8 milliards et 7,5 milliards de dollars chaque année (Koopmanschap et coll., 2013; Loisel et Côté, 2013). Au Québec, l'incapacité au travail due à un TMC ou à un TMS a généré des coûts globaux annuels moyens d'un milliard de dollars pour la période 2005-2007 (adapté de Lebeau et coll., 2013). Au-delà du fardeau économique, les conséquences psychologiques et sociales qui découlent de l'incapacité au travail s'avèrent également fort préoccupantes. Les effets délétères engendrés par l'incapacité au travail et les absences prolongées suffisent à convaincre de l'importance de s'attaquer à cette problématique (Squires et coll., 2012).

En vue de faciliter le retour au travail (RAT) d'un employé³ en absence maladie due à un TMC ou un TMS – et tout en reconnaissant l'importance de la mise en place d'interventions interdisciplinaires soutenue par des actions concertées entre les acteurs du RAT – une démarche essentielle consiste à établir non seulement les facteurs et obstacles perçus par le travailleur quant à son RAT, mais aussi comment ce dernier pense y faire face. C'est en effet à partir de cette première évaluation qu'il semble possible d'intervenir de façon adéquate auprès des personnes concernées, tout en s'appuyant sur les données probantes de la littérature spécialisée. Par ailleurs, les connaissances actuelles mettent en évidence que les facteurs qui entravent le RAT de personnes ayant un TMS ou un TMC sont en général communs, et cela est d'autant plus vrai que la durée d'absence se prolonge (Dionne et coll., 2005; Frank et coll., 1998; Loisel et Anema, 2013). En effet, mis à part quelques particularités ou caractéristiques individuelles telles que les symptômes inhérents à un trouble particulier ou encore la variation des délais de rétablissement, les obstacles perçus par les personnes ayant un TMC ou un TMS lors de leur processus de RAT, se recoupent en général (Briand et coll., 2007; Shaw et coll., 2013), à tel point que de récents travaux commencent à étudier les travailleurs en incapacité au travail comme une seule et même population, sans égard à la nature de la maladie ou de l'accident (Vlasveld et coll., 2012).

¹ Parmi les TMC, on compte la dépression, le trouble de l'adaptation, le trouble anxieux, le stress post-traumatique, et le syndrome d'épuisement professionnel.

² Les TMS regroupent tous les accidents de travail acceptés par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) qui ne sont pas des accidents traumatiques, ainsi que les maladies professionnelles, résultant d'efforts excessifs, de gestes répétitifs, de postures statiques prolongées, de postures inadéquates ou de vibrations ayant causé des lésions au système musculosquelettique des membres inférieurs, des membres supérieurs, du dos ou du cou. Les principales lésions sont les foulures, les ligamentites, les bursites, les synovites, les tendinites, les affections du dos, les syndromes du canal carpien, les douleurs, les arthrites et arthroses.

³ Les termes *employé*, *salarié* et *travailleur* seront utilisés dans ce rapport sans distinction.

Au fil des années, plusieurs modèles théoriques ont eu pour objectif d'identifier les facteurs gênant ou facilitant le RAT, parmi lesquels on compte le modèle biomédical, le modèle biopsychosocial (Engel, 1977; Engel, 1980) et le paradigme de l'incapacité au travail (Loisel et coll., 2001). Ces modèles seront présentés succinctement dans les prochains paragraphes. Ensuite, les facteurs s'étant avérés significatifs pour prédire le RAT d'employés aux prises avec un TMC ou un TMS seront abordés et une attention particulière sera portée aux notions d'obstacles au RAT et de sentiment d'efficacité pour les surmonter. Enfin, l'outil « Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter » (ORTESES) qui fait l'objet de ce rapport sera décrit, afin notamment de mettre en relief de quelle façon il se démarque des questionnaires existants dans le domaine de l'incapacité au travail.

1.1 Modèle biomédical

Le modèle biomédical, qui prédomine dans la médecine moderne, s'intéresse exclusivement aux facteurs biologiques et physiologiques afin d'expliquer le RAT de personnes aux prises avec un problème de santé. La logique qui sous-tend ce modèle consiste à dire que le problème de santé, une fois traité par des moyens biomédicaux (p. ex. : physiothérapie, médicaments), amènera très probablement l'individu à reprendre avec succès son activité professionnelle. L'essentiel de la solution réside dans le traitement de la maladie, dans la réparation de la « machine corporelle » (Berquin, 2010), un peu à l'image grossière du garagiste qui sait exactement quelle pièce il doit changer pour remettre en bon état une voiture défectueuse. Telles que définies par Waddell (2006), ce modèle comporte quatre étapes : (1) repérer les symptômes par l'historique et l'examen du patient, (2) inférer la pathologie sous-jacente aux symptômes observés, c'est-à-dire poser un diagnostic médical, (3) prescrire une thérapie pour traiter la pathologie dans une optique de réadaptation, et enfin (4) s'attendre à ce que le patient guérisse de sa pathologie et retrouve sa capacité de travailler à nouveau. Le modèle biomédical suppose donc une relation causale simple entre la maladie, les symptômes et l'incapacité (Waddell, 2006). Si ce modèle peut éventuellement fonctionner pour certaines maladies d'évolution brève (p. ex. l'arthrite de la hanche), il est toutefois insuffisant pour comprendre et traiter plusieurs incapacités de travail reliées à d'autres troubles non spécifiques comme ceux liés à la santé psychologique ou aux troubles musculosquelettiques (Waddell, 2006). En ce qui concerne les maux de dos, par exemple, la maladie, les limitations fonctionnelles et l'incapacité au travail ne sont que faiblement intercorrélées (Waddell et coll., 1993).

Or, il est rapidement devenu évident, après plus de 2 000 articles publiés (Crook et coll., 2002), qu'une approche strictement basée sur la « réparation » des lésions issues de l'accident ou de la maladie, sans considérer l'environnement, n'est pas suffisante pour optimiser la probabilité du RAT de l'employé absent pour cause de maladie. Par conséquent, d'autres facteurs importants ont dû être pris en compte, notamment les facteurs d'ordre psychosocial (p. ex. relation avec les acteurs de l'organisation) pour prédire le RAT. C'est à partir de ce constat qu'une nouvelle manière de penser l'incapacité au travail et son traitement a été proposée, notamment grâce au développement du modèle biopsychosocial (Engel, 1977; Mosey, 1974; Waddell, 1992). En ce sens, les chercheurs ont progressivement commencé à intégrer dans leurs études des variables de nature psychosociale en vue d'expliquer, avec plus de précision, les facteurs pronostiques de l'incapacité prolongée et le RAT de personnes en congé maladie.

1.2 Modèle biopsychosocial

Comme l'explique Berquin, « le modèle biopsychosocial est à la fois un modèle théorique, c'est-à-dire un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie, et un outil clinique, c'est-à-dire un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicables » (Berquin, 2010, p. 1512). Sans négliger les aspects biologiques et physiologiques, il stipule que l'ajout des facteurs psychologiques et sociaux/organisationnels est nécessaire pour mieux expliquer la maladie, en particulier la maladie professionnelle et l'incapacité au travail qui peut en découler. Dans cette perspective, la chronicité de la maladie et l'incapacité au travail ne sont plus simplement la conséquence de la déficience ou de la lésion, mais bien la résultante d'une interaction complexe individu-environnement. Bien qu'il ait pu faire face à certaines difficultés, que ce soit dans l'évaluation (Laisné et coll., 2012) ou dans l'applicabilité de ses principes (Berquin, 2010; Pincus et coll., 2013), le modèle biopsychosocial est aujourd'hui reconnu comme étant celui sur lequel doit reposer la recherche et la pratique dans le domaine des incapacités reliées aux problèmes de santé (Nachemson, 1999).

1.3 Paradigme de l'incapacité au travail

Poursuivant dans la perspective « multifactorielle » du modèle biopsychosocial, le paradigme de l'incapacité au travail (Loisel et coll., 2001) stipule qu'elle est la résultante de l'interaction des acteurs de quatre systèmes : (1) le système personnel (p. ex. le travailleur), (2) le système de l'entreprise (p. ex. le supérieur immédiat, les collègues de travail), (3) le système de santé (p. ex. le médecin soignant) et (4) le cadre législatif et le régime d'assurance (p. ex. l'agent d'indemnisation). La métaphore de « l'arène de l'incapacité au travail » illustre l'interaction des acteurs de ces quatre systèmes. D'ailleurs, plusieurs prédicteurs du RAT relatifs aux acteurs de ces quatre systèmes ont, au cours des dernières années, été répertoriés dans la littérature scientifique (Nicholas et coll., 2011; Shaw et coll., 2009). Le paradigme de l'incapacité au travail ainsi qu'une revue de la littérature sur les facteurs du RAT de personnes aux prises avec un TMS ou un TMC ont d'ailleurs été très utiles pour la conception des énoncés de l'outil ORTESES.

1.4 Facteurs du retour au travail chez les personnes souffrant d'un TMC

Depuis 2008, on dénombre trois revues de la littérature concernant les facteurs du RAT des personnes aux prises avec un TMC (Blank et coll., 2008; Cornelius et coll., 2011; Lagerveld et coll., 2010a). De ces revues ressortent plusieurs facteurs, parmi lesquels certains sont modifiables (p. ex. stresseurs au travail) alors que d'autres ne le sont pas (p. ex. âge). Les résultats les plus saillants de ces revues sont décrits dans les prochains paragraphes.

Les prédicteurs du RAT non modifiables, tels que l'âge et la durée de la dépression sont ceux pour lesquels un niveau d'évidence élevé (Cornelius et coll., 2011) ou limité (Blank et coll., 2008; Lagerveld et coll., 2010a) a été observé. Ainsi, plus la personne est âgée, plus elle risque de retarder son RAT, voire de ne pas y retourner. Par ailleurs, plus l'épisode de dépression est de longue durée, et plus la personne réduit ses chances de réintégrer son poste de travail (Blank et coll., 2008).

Pour ce qui est des facteurs significatifs *peu ou non modifiables* entravant le RAT et dont le niveau d'évidence reste modéré ou limité, la revue de Lagerveld et coll. (2010a) a fait ressortir principalement des facteurs de nature clinique, parmi lesquels on retrouve notamment l'altération des capacités de travail, le fait d'avoir déjà vécu un épisode dépressif et le peu d'améliorations cliniques. Quant à la sévérité et au type des symptômes dépressifs ou anxieux ainsi qu'à la présence de comorbidité psychologique ou physique, les auteurs des trois revues les ont identifiés comme des facteurs importants à considérer pour le RAT. Blank et coll. (2008) ont pour leur part établi certaines variables sociodémographiques entravant le RAT, telles qu'une faible scolarité, un emploi précaire ou de moindre qualité, ainsi que le fait d'être un homme célibataire. Cette dernière variable se retrouve d'ailleurs dans la revue de Cornelius et coll. (2011), laquelle évoque de surcroît qu'un statut socioéconomique inférieur représente un facteur qui gêne significativement le RAT.

En ce qui concerne les facteurs *modifiables* dont le niveau d'évidence demeure modéré ou limité, Lagerveld (2010a) a déterminé un certain nombre de variables psychosociales telles que le sentiment de désespoir à propos du futur (*Hopelessness about future*), une faible estime de soi et un niveau de fonctionnement social peu élevé. En revanche, dans la revue systématique de Cornelius et coll. (2011), mis à part une attente négative de la personne vis-à-vis de son RAT, ce sont les interventions de faibles qualités du médecin ou caractérisées par un manque de suivi qui constituent des facteurs négativement liés au RAT. Enfin, Blank et coll. (2008) désignent le stress au travail comme un prédicteur important à considérer dans le dépistage de l'incapacité prolongée.

Sur le plan de la communication entre le supérieur immédiat et l'employé, l'un des seuls, sinon le seul article ayant examiné cette variable est celui de Nieuwenhuijsen et coll. (2004); article qui se retrouve d'ailleurs dans les trois revues de la littérature susmentionnées. Les résultats indiquent qu'une mauvaise communication entre le supérieur immédiat et l'employé est associée négativement au RAT chez les employés non dépressifs (Blank et coll., 2008; Cornelius et coll., 2011; Lagerveld et coll., 2010a). Cornelius et coll. (2011) ont aussi montré que lorsque le supérieur immédiat entre en communication avec les professionnels de la santé, cela nuit au RAT de l'employé. Selon les auteurs, il est possible que cette relation négative soit confondue avec la sévérité des symptômes dépressifs de l'employé. En effet, le supérieur immédiat consulte davantage l'équipe soignante lorsque la personne en arrêt de travail présente des symptômes dépressifs plus sévères, ce qui entraîne de plus faibles chances de reprendre son travail « rapidement » (Cornelius et coll., 2011). Devant ces deux résultats contre-intuitifs qui ne réussissent pas à désigner clairement le supérieur immédiat comme un facteur prédisant significativement le RAT, Lagerveld et coll. (2010a) recommandent d'effectuer une réplique de l'étude incluant cet acteur. Depuis quelques années, les recherches tendent justement à mettre l'accent sur l'influence que les différents acteurs peuvent exercer sur le RAT (Corbière et coll., 2009, 2012 ; Durand et coll., 2014), notamment le rôle du supérieur immédiat (Lemieux et coll., 2011; Negrini et coll., 2014).

Dans leur étude, Olsen et coll. (2015) ont invité plus de 1 000 personnes – en arrêt de travail ou dont la participation au travail est limitée en raison d'un TMC – afin de déterminer les trois facteurs qui constituent, selon leurs perceptions, la cause de leur incapacité au travail. Sur les 3 000 réponses recueillies, 19 % sont reliées au travail, ce qui en fait la deuxième catégorie la

plus citée après celle des facteurs d'ordre psychologique (26 %). Parmi les facteurs reliés au travail, 42 % des items renvoient : 1) à la notion de stress au travail (p. ex. : charge mentale, demandes de travail trop élevées), 2) à la relation avec le supérieur immédiat ou les collègues, par exemple, un conflit avec l'un de ces deux acteurs, 3) à l'environnement social du travail (p. ex. : mauvais climat de travail, difficulté à travailler en équipe ou manque de soutien des collègues), 4) à l'instabilité/imprévisibilité du travail (p. ex. : consignes floues, réorganisation du travail, nouvelles tâches), 5) à des situations d'intimidation et de harcèlement au travail (p. ex. : harcèlement par le supérieur, harcèlement de nature sexuelle), et 6) à une charge physique excessive ou à un trop grand risque de blessure. Mentionnons, par ailleurs, que le facteur « stress au travail » vient étayer les résultats des deux revues de la littérature susmentionnées (Blank et coll., 2008; Cornelius et coll., 2011).

Pour finir, il est important de souligner que les résultats des trois revues de la littérature susmentionnées sont aussi appuyés par des études plus récentes. Notons, par exemple, l'étude de Hees et coll. (2013) qui montre qu'un faible niveau de sévérité des symptômes de la dépression, une absence de symptômes anxieux, une forte motivation à retravailler et le fait de posséder une personnalité consciencieuse constituent des facteurs positivement corrélés au RAT. Par ailleurs, les auteurs soulignent l'importance de considérer ces dernières variables psychologiques dans la mesure où 25 % de leur échantillon n'est pas encore retourné travailler. Plus récemment, Løvvik et coll. (2014) ont mis en évidence que des attentes incertaines ou négatives à l'égard du RAT sont reliées négativement à un RAT effectif. Dans leur étude qualitative utilisant une « approche par acteurs », de Vries et coll. (2014) montrent qu'au-delà de certaines différences sur le plan de la pondération accordée à chaque facteur, les employés, les supérieurs immédiats ainsi que les médecins considèrent tous que la comorbidité, le niveau de sévérité des symptômes dépressifs, les traits de personnalité (p. ex. manque de confiance en soi), des stratégies de *coping* inadéquates, les relations de travail difficiles, un faible soutien au travail, et une insuffisance d'accès aux services offerts en santé mentale dans l'organisation (p. ex. programme d'aide aux employés) constituent des facteurs qui entravent le RAT des personnes ayant un TMC.

L'ensemble de ces résultats, provenant de revues de la littérature ou d'études plus récentes, corroborent l'importance d'aborder les facteurs du RAT de personnes souffrant d'un TMC, en tenant compte à la fois des caractéristiques de la personne concernée (ex. : biologique, sociodémographique, clinique), des facteurs liés à l'organisation (ex. : stresseurs au travail, organisation du travail) et du rôle incontestable des acteurs des différents systèmes de l'incapacité au travail, notamment ceux provenant de l'organisation.

1.5 Facteurs du retour au travail chez les personnes souffrant d'un TMS

Si seulement trois revues systématiques ont été réalisées auprès d'une population souffrant d'un TMC, il en va tout autrement pour les travaux sur les facteurs qui prédisent le RAT d'employés aux prises avec un TMS. En effet, une recherche sur les principales bases de données (ex. : Google Scholar, PubMed, PsycInfo) a permis de recenser près de 44 revues systématiques, qui au total couvrent des études publiées entre 1996 et 2015. Considérant le nombre élevé des revues publiées sur ce thème, une attention particulière a été accordée aux revues des 15 dernières années. Par ailleurs, il faut savoir que certaines revues constituent des « revues de revues », avec

des chevauchements possibles ou d'autres encore dont le niveau d'évidence n'est pas suffisant (Steenstra et coll., 2013). Par conséquent, il a fallu analyser avec précaution la synthèse de ces résultats. Enfin, notons que la grande majorité des études portant sur les TMS se sont limitées aux douleurs lombaires (Shaw et coll., 2013) et que parfois les données sont traitées selon la phase de la douleur – aigüe, subaigüe, chronique – (Laisné et coll., 2012).

Parmi les facteurs ayant obtenu un niveau d'évidence élevé en vue de prédire de plus faibles chances de retourner au travail, on observe le fait d'être plus âgé (Hayden et coll., 2009) ainsi qu'une limitation fonctionnelle diagnostiquée dès le début du congé maladie (Hayden et coll., 2009; Laisné et coll., 2012). En ce qui concerne les facteurs *modifiables* présentant un niveau d'évidence élevé, on compte la durée de l'absence (Foreman et coll., 2006), l'absence d'une gestion de l'invalidité au sein de l'entreprise, les attentes négatives vis-à-vis du RAT (Laisné et coll., 2012), une détresse psychologique (Burton et coll., 2003), un faible sentiment de contrôle quant à son état de santé (Truchon et Fillion, 2000), une faible satisfaction au travail (Hoogendoorn et coll., 2000; Steenstra et coll., 2013; Truchon et Fillion, 2000), la dramatisation et les craintes relatives au travail (Iles et coll., 2008; Truchon et Fillion, 2000; Wertli et coll., 2014a), ainsi que les croyances menant à l'évitement de l'activité physique (*Fear-avoidance behaviors*, Wertli et coll., 2014b) .

Les facteurs qui entravent le RAT dont le niveau d'évidence est modéré ou limité sont relatifs à un faible contrôle sur la réalisation de son travail, une ancienneté dans l'organisation d'une durée de moins de deux ans (Crook et coll., 2002; S. Shaw, 2001), le fait d'être un travailleur dans le secteur du bâtiment (Shaw et coll., 2001, 2013) , une charge de travail auto-rapportée élevée (Hartvigsen et coll., 2004; Shaw et coll., 2013), l'impossibilité de prendre des pauses au moment souhaité (Crook et coll., 2002, Shaw, 2001, 2013), le manque de soutien social, l'isolement social et le stress au travail (Shaw, 2001, 2013), et enfin la perception d'une mauvaise cohésion entre les collègues, voire la présence de conflits (Crook et coll., 2002; Shaw et coll., 2013).

D'autres revues qui n'ont pas nécessairement effectué un calcul du niveau d'évidence des facteurs de prédiction du RAT, mais qui semblent toutefois pertinentes, sont présentées dans ce paragraphe. Mentionnons tout d'abord que dans la revue systématique de 30 études de Steenstra et coll. (2013), parmi les facteurs les plus saillants (négatifs et positifs) du RAT, on compte l'intensité de la douleur, les exigences et la charge de travail et les attentes de l'employé quant à son RAT, ainsi que les aménagements de travail. Dans le cadre d'un atelier de transfert des connaissances, Steenstra et coll. (2013) ont également demandé à sept groupes de cliniciens (n=34 cliniciens) de se prononcer sur l'importance de certains facteurs sur le plan de leur impact sur le RAT. Sur les 7 groupes, au moins 4 d'entre eux ont mentionné les attentes de l'employé vis-à-vis de son rétablissement, la charge physique du milieu de travail, le type de soins reçu, la douleur irradiante ainsi que les limitations fonctionnelles de l'employé. La récente revue systématique et méta-analyse de Lee et coll. (2015), sans indiquer non plus le niveau d'évidence des facteurs, a en outre montré que le sentiment d'efficacité, la détresse psychologique ainsi que la peur jouent un rôle de médiateur entre la douleur et l'incapacité au travail. Ces résultats corroborent ceux obtenus par d'autres auteurs qui stipulent que le sentiment d'efficacité personnelle et la capacité à résoudre des problèmes sont des facteurs qui prédisent le RAT (Corbière et coll., 2011; Sullivan et coll., 2005).

1.6 Facteurs communs du retour au travail

Bien qu'il existe une littérature abondante sur l'évaluation des facteurs biopsychosociaux qui influencent le RAT à la suite d'une maladie ou d'une lésion particulière, force est de constater que peu d'études ont tenté d'établir les facteurs communs du RAT, quelle que soit l'origine de l'absence du travail (Brouwer et coll., 2009; Franche et Krause, 2002). Comme nous l'avons vu plus haut, les études se sont tout d'abord penchées sur les facteurs biologiques et physiologiques du RAT (Young, 2010), mais de plus en plus, les chercheurs reconnaissent la pertinence d'étudier les similarités ou facteurs communs qui peuvent rendre compte du RAT, et ce, quelle que soit l'origine ou la cause de l'absence du travail (Krause et coll., 2001b).

Comme le soulignent Shaw et coll. (2013), il semble y avoir un recoupement des facteurs biopsychosociaux entre les employés aux prises avec un TMC et celles ayant un TMS. C'est d'ailleurs ce que les revues systématiques de la littérature mentionnées plus haut tendent aussi à montrer. Tout d'abord, on comprend que le RAT constitue un phénomène multifactoriel qui ne s'explique pas uniquement par des facteurs biomédicaux, mais bien par un ensemble de variables psychosociales appartenant à chacun des quatre systèmes du paradigme de l'incapacité au travail évoqué plus haut (Loisel et coll., 2001). Par ailleurs, en considérant les revues systématiques réalisées pour tenter d'expliquer le RAT d'employés ayant un TMC ou un TMS, un certain nombre de facteurs communs ressortent. Ceux-ci sont de nature sociodémographique (p. ex. : l'âge, le fait d'être célibataire), clinique (p. ex. : une longue durée de l'absence, des antécédents d'incapacité, de sévérité et de persistance des symptômes), psychosociale (p. ex. : les attentes négatives vis-à-vis du RAT, les craintes de l'employé), ou encore organisationnelle (p. ex. : stressseurs au travail, relations difficiles avec le supérieur immédiat ou avec les collègues). L'ensemble de ces facteurs renvoient d'ailleurs à des obstacles potentiels du RAT après une absence pour des maux d'origine psychologique ou physique.

Dans l'optique de déterminer les facteurs communs à diverses populations ayant un problème de santé, d'autres revues systématiques ont été récemment effectuées et des facteurs favorables au RAT ont aussi été identifiés. Dans la recension de Vooijs et coll. (2015), dans laquelle on retrouve diverses populations en congé maladie (p. ex. : en raison d'un TMS ou de maladies cardiovasculaires), le fait d'être absent du travail depuis moins d'un an, de ressentir moins de douleur, de percevoir que l'on sera bien accueilli lors du RAT, de ne pas être âgé de plus de 55 ans, et finalement d'avoir des attentes positives à l'égard du RAT, constituent les facteurs positivement associés au RAT. Ce dernier facteur – les attentes positives vis-à-vis du RAT – émerge par ailleurs comme étant le plus fortement corrélé au RAT. En effet, l'étude de Heijbel et coll. (2006), sur laquelle s'appuient les auteurs de la revue de Vooijs et coll. (2015), mentionne que seulement six personnes parmi les 132 ayant des attentes négatives sont retournées à leur poste de travail. On souligne en outre que le fait d'entretenir des attentes positives à l'égard du RAT augmente de plus de huit fois les chances de l'employé de retourner à son poste.

La revue systématique de la littérature d'Ebrahim et coll. (2015), qui vise les personnes atteintes d'un TMC, d'un TMS, d'un cancer ou d'une maladie cardiovasculaire, a également mis en évidence les attentes relatives au RAT comme un facteur important à considérer, et ce, quel que soit le diagnostic. Sur les 46 études recensées (dont la qualité varie de « élevée » à « faible »), 44 d'entre elles (96 %) ont confirmé le lien significatif entre ce facteur et le RAT. À cet effet, les

auteurs de la revue insistent sur le fait que s'il s'agit d'un concept fortement significatif pour prédire le RAT, son application demeure toutefois relativement hétérogène et les manières de le mesurer vont du simple énoncé qui porte sur une probable date de retour (Løvvik et coll., 2014; Nieuwenhuijsen et coll., 2006) à des questionnaires recouvrant des dimensions comme celle du sentiment d'efficacité pour accomplir les tâches reliées à son travail. Ainsi, dans Løvvik et coll. (2014), les attentes relatives au RAT s'opérationnalisent par l'unique énoncé (échelle de Likert en cinq points) « Je m'attends à retourner au travail en l'espace de quelques semaines » alors que dans Gross et Battié (2005), on mesure les attentes en utilisant le *Work-related Recovery Expectations Questionnaire* (3 énoncés). Dans ce dernier questionnaire, il est par exemple demandé au travailleur dans quelle mesure il pense être physiquement capable de retourner à ses tâches de travail habituelles.

Par ces derniers constats, on comprend alors que les attentes négatives ou positives, souvent liées à la notion d'obstacles perçus à son RAT et au sentiment d'efficacité pour y faire face, peuvent affecter significativement le RAT des personnes aux prises avec un problème de santé, notamment celles ayant un TMC ou un TMS. Ces dernières notions représentent donc des éléments fondamentaux qu'il convient d'intégrer dans la construction d'outils de RAT d'employés en congé maladie. C'est d'ailleurs une recommandation fréquente des chercheurs que de conseiller aux intervenants de travailler avec leurs clients sur les notions d'attentes, de craintes, d'obstacles perçus et de sentiment d'efficacité (SE) vis-à-vis de leur RAT (Ebrahim et coll., 2015; Shaw et coll., 2011; Vooijs et coll., 2015). En ce sens, plusieurs études montrent que le SE est un concept incontournable dans notre compréhension du RAT de personnes ayant un TMC ou un TMS (Brouwer et coll., 2009; Franche et Krause, 2002; Lagerveld et coll., 2010a). D'ailleurs, sans un SE élevé, il est difficile de mobiliser la personne pour qu'elle atteigne son objectif/résultat, en l'occurrence le RAT. Dans les prochains paragraphes, les notions de sentiment d'efficacité et d'obstacles perçus dans le RAT, deux notions essentielles et complémentaires à l'évaluation des facteurs significatifs du RAT, seront présentées de manière plus explicite.

1.7 Le sentiment d'efficacité et les obstacles perçus au RAT

Nous avons vu que les attentes ou les croyances de l'individu quant à sa capacité à retourner au travail constituent un facteur significatif de réussite qui est transversal aux deux populations d'intérêt, soit les personnes ayant un TMC ou un TMS. Comme mentionné plus haut, ce concept est à rapprocher du sentiment d'efficacité (SE) personnelle développé originellement par Bandura (1977). Le SE renvoie à la croyance d'une personne en ses capacités à adopter avec succès un comportement nécessaire pour lui permettre d'atteindre un objectif ou un résultat escompté. Selon cette théorie, 4 types d'informations sont à la source d'une attitude d'approche ou d'évitement: 1) les expériences de succès antérieures, 2) les apprentissages vicariants (par observation), 3) l'encouragement et le soutien reçus, et 4) les sources émotives reliées au comportement (la joie, le stress, etc.). Dans cette veine, les individus choisiront d'adopter un comportement plutôt qu'un autre en fonction de leur niveau de SE. Autrement dit, ils auront tendance à éviter ou à investir moins d'efforts dans les activités/comportements pour lesquels ils jugent ne pas avoir les capacités nécessaires à leur accomplissement, alors qu'ils s'engageront plus volontiers dans des activités/comportements qu'ils perçoivent être en mesure de réussir. En l'occurrence, un travailleur en congé maladie qui possède un faible SE pour faire face, par

exemple, aux symptômes (ou douleur) inhérents à la maladie aura tendance à négliger son état de santé ou encore à faire de l'évitement, ce qui affectera en retour ses chances de reprendre son activité professionnelle (Corbière et coll., 2011).

Appliqué à la problématique particulière du RAT, le SE constitue donc la croyance qu'a l'employé en ses capacités pour accomplir les comportements/actions nécessaires en vue de reprendre son activité professionnelle (Lagerveld et coll., 2010b). Pour reprendre les notions abordées plus haut, la propension du travailleur à vouloir dépasser ou surmonter certains obstacles éventuels qu'il perçoit à son RAT, sera en bonne partie influencée par son SE pour les surmonter. Par conséquent, un obstacle éventuel au RAT perçu par l'individu aura d'autant plus de chances d'être surmonté que le SE sera élevé. Une personne pourrait, par exemple, juger que le conflit qu'elle entretient avec ses collègues représente un obstacle important à son RAT, tout en se sentant tout à fait capable de surmonter cette difficulté (Hackett et Byars, 1996). Au fil des années, un certain nombre d'outils de mesure intégrant les notions d'obstacles ou de SE ont été développés pour tenter d'expliquer, dans une perspective biopsychosociale, l'incapacité au travail en général et le RAT en particulier. Dans leur revue non exhaustive de ces outils, Durand et Hong (2013) en répertorient cinq qui portent spécifiquement sur l'évaluation des obstacles au RAT chez les personnes ayant un TMC ou un TMS. Il s'agit des questionnaires *Obstacles to Return-to-Work* (ORQ) (Marhold et coll., 2002), *Worker Role interview* (WRI) (Veloza et coll., 1999), *Return-to-Work Self-Efficacy* (RTWSE) (Brouwer et coll., 2011), *Dialogue About Ability Related to Work* (DOA) (Norrby et Linddahl, 2006) et *Development of a Work Disability Diagnostic Interview* (WoDDI) (Durand et coll., 2002). Sur ces cinq outils, seuls l'ORQ et le RTWSE, prennent la forme d'un questionnaire autoadministré que la personne remplit dans un contexte de congé maladie.

L'ORQ (Marhold et coll., 2002) est l'outil le plus utilisé dans le domaine de l'incapacité au travail (Durand et Hong, 2013). Il a l'avantage de couvrir un grand nombre d'obstacles psychosociaux reliés au travail, mais présente l'inconvénient de ne pas mesurer le SE pour surmonter ces obstacles, alors que le SE constitue un bon prédicteur du niveau d'effort et des stratégies mises en place pour faire face à ces obstacles (Bandura, 1977; Bandura, 1993; Bandura, 1995). Pour sa part, le RTWSE (Brouwer et coll., 2011) mesure le SE sur une dizaine d'obstacles potentiels, mais sans au préalable évaluer si l'énoncé en question représente bel et bien pour la personne un obstacle à son RAT. Or, il apparaît logique, à la lecture de divers auteurs (Corbière et coll., 2004; Gushue et coll., 2006) d'évaluer d'abord la perception de l'obstacle potentiel à son RAT et ensuite d'évaluer son SE pour le surmonter, deux notions complémentaires. De plus, peu d'énoncés dans le RTWSE sont relatifs aux acteurs du RAT. L'autre inconvénient relatif à ces deux outils – ORQ et RTWSE – est qu'ils ne tiennent compte que d'une population à la fois, soit celle aux prises avec un TMC, soit celle souffrant d'un TMS, alors que la littérature plus récente indique qu'il faut s'attarder aux facteurs communs du RAT, en respectant les particularités de chacune des populations sous étude (p. ex. symptômes).

Pour combler ces lacunes, il semble nécessaire de concevoir un outil qui prend en compte, d'une part, les deux concepts centraux du RAT – obstacles perçus au RAT et SE pour les surmonter – et, d'autre part, l'évaluation des facteurs qui s'inscrivent dans le paradigme de l'incapacité au travail, notamment ceux relatifs aux acteurs du RAT. Enfin, une attention particulière sera portée aux facteurs communs du RAT des populations sous étude, TMC et TMS.

2. OBJECTIF

Eu égard aux fondements théoriques présentés en introduction ainsi qu'aux études du domaine de l'incapacité au travail, l'objectif principal de cette étude consiste à valider le questionnaire intitulé *Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter* (ORTESES) auprès de travailleurs ayant un trouble mental courant (TMC) ou un trouble musculosquelettique (TMS). Plus précisément, il s'agit de valider plusieurs propriétés psychométriques de l'outil, à savoir les validités de contenu et apparente, la validité de construit, la fidélité (test-retest) et la validité prédictive. Une fois validé, l'ORTESES sera disponible pour les chercheurs et intervenants du domaine qui désirent l'utiliser auprès de personnes aux prises avec un TMC ou un TMS et qui sont engagées dans un processus de RAT.

3. MÉTHODE

Le développement d'un outil de mesure, en l'occurrence l'ORTESES, comprend plusieurs étapes telles que la planification, l'opérationnalisation du concept sous étude et la validation de ses propriétés psychométriques (Corbière et Fraccaroli, 2014). Les deux premières étapes seront d'abord présentées, suivies par la description de l'ORTESES, et enfin l'étape de validation de l'outil sera abordée.

3.1 Planification et opérationnalisation de l'ORTESES

Comme évoqué en introduction, la conception de l'ORTESES résulte d'une double lacune dans la littérature scientifique; d'une part, pour mesurer de façon systématique les obstacles biopsychosociaux qui entravent le RAT de personnes aux prises avec un TMC ou un TMS et, d'autre part, pour évaluer le sentiment d'efficacité perçu par le répondant afin de surmonter ces éventuels obstacles. Autrement dit, la conception de l'ORTESES intègre à la fois les notions d'obstacles au RAT et de sentiment d'efficacité pour les surmonter, et ce, pour deux populations, les personnes ayant un TMC et celles ayant un TMS.

Les énoncés de l'ORTESES ont été conçus en fonction de deux cadres théoriques, le paradigme de l'incapacité au travail (Loisel et coll., 2001) et la participation au travail (Corbière et Durand, 2011). Les résultats de revues de la littérature, de rapports de recherche et d'articles scientifiques ont été aussi considérés par l'équipe afin de déterminer les indicateurs/facteurs/variables les plus souvent associés au RAT chez les personnes ayant un TMC ou un TMS (Corbière et coll., 2013; Durand et coll., 2011; Laisné et coll., 2012; St-Arnaud et Corbière, 2011). Quant au choix de la structure de l'ORTESES, notamment pour l'intégration des deux notions – obstacles et sentiment d'efficacité – notre équipe s'est appuyée sur l'expérience déjà acquise lors de la conception et de la validation de l'outil *Obstacles à l'insertion au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter* (OITES) (Corbière et coll., 2004). L'OITES se distingue toutefois de l'ORTESES par un élément fondamental – dans le premier cas, la personne est à la recherche d'un emploi sur le marché du travail, alors que dans le second, il s'agit d'un travailleur en congé maladie qui est en processus de retour au poste de travail qu'il occupait avant sa maladie. Autrement dit, les personnes qui répondent à l'ORTESES connaissent leur milieu de travail avant leur congé maladie alors que pour l'OITES, la personne n'a pas encore connaissance de son milieu de travail. Il en résulte que pour les répondants de l'ORTESES, il est possible d'évaluer, en connaissance de cause, les facteurs ou risques psychosociaux de l'environnement de travail.

En vue de suivre une procédure rigoureuse pour concevoir l'ORTESES-TMC et l'ORTESES-TMS, notre équipe a décidé, dans un premier temps, de formuler les énoncés de l'ORTESES pour la population ayant un TMC et ensuite pour celle ayant un TMS, tout en sachant que les facteurs du RAT sont en grande partie communs aux deux populations. À l'issue de ce travail, une soixantaine d'énoncés a été générée pour concevoir l'ORTESES-TMC. Par ailleurs, il est important de préciser que les facteurs du RAT recensés dans la littérature tels que l'âge, le sexe, la scolarité ou encore la gravité auto-rapportée de la symptomatologie ont été inclus dans la partie sociodémographique du questionnaire. Cette décision d'exclure ces variables des énoncés de l'ORTESES découle du fait qu'elles ne sont pas considérées comme modifiables (p. ex. âge)

ou encore parce qu'il existe d'autres questionnaires pour évaluer plus en profondeur certaines notions (p. ex. symptômes cliniques).

Afin d'assurer la pertinence et la clarté des énoncés, quatre chercheurs de l'équipe (CB, LSA, MC et MJD) ainsi que six intervenants en réadaptation au travail ont pris connaissance de la première version de l'ORTESES-TMC. Après discussion, certains énoncés ont été reformulés et d'autres ont été ajoutés, notamment ceux qui renvoient à la relation avec les représentants des régimes d'indemnisation; un système qui demeure important dans le paradigme de l'incapacité au travail (Loisel et coll., 2001). Au terme de ce processus, l'ORTESES-TMC comportait 74 énoncés. Cette étape correspond à ce qu'il est convenu d'appeler la validité de contenu, à partir de laquelle les experts s'assurent que les énoncés représentent bien le ou les concepts évalués, pour ainsi peaufiner l'application du concept sous investigation (Corbière et Fraccaroli, 2014). Cette étape est nécessaire pour ensuite être en mesure de démontrer que l'outil *mesure ce qu'il est censé mesurer*. En gardant toujours à l'esprit que la structure et les énoncés de l'ORTESES soient bien compris par la population à laquelle il est destiné, il a été demandé à dix personnes aux prises avec un TMC et qui étaient en arrêt de travail de répondre à l'ORTESES. La consigne transmise aux répondants renvoyait à leur évaluation personnelle de la clarté et de la compréhension des 74 énoncés. À la suite de leur rétroaction, certains énoncés ont été retravaillés pour en rendre la lecture et la compréhension plus aisées. Cette étape renvoie à la validité apparente; elle consiste à évaluer, en les lisant, si les énoncés semblent clairs et pertinents (Corbière et Fraccaroli, 2014). Ces ajouts et reformulations d'énoncés par des experts du domaine de la recherche en milieu clinique, ainsi que par la population cible ont permis de couvrir adéquatement les éléments essentiels pour concevoir l'ORTESES-TMC.

Par la suite, tout en tenant compte de la littérature spécialisée (Laisné et coll., 2012) et du principe selon lequel plusieurs facteurs du RAT sont communs aux deux populations (Loisel et Anema, 2013), l'ORTESES-TMC a été adapté pour la population ayant un TMS. Pour assurer la qualité de l'adaptation de l'ORTESES-TMC à la population ayant un TMS, l'ORTESES-TMS a été présenté à quatre cliniciens et à quatre chercheurs de l'équipe ayant une connaissance des deux populations sous étude, pour ainsi juger de la validité de contenu de la nouvelle version de l'ORTESES. L'ORTESES-TMS a aussi été soumis à la population cible pour en déterminer la validité apparente. À la suite de la vérification de la pertinence et de la clarté des énoncés, notre équipe a procédé à une comparaison des deux versions de l'ORTESES – TMC et TMS – pour vérifier la compatibilité des énoncés pour les deux populations. Ce travail de va-et-vient entre les deux versions de l'ORTESES – TMC et TMS – était appuyé par le fondement théorique selon lequel les obstacles perçus au RAT sont en grande partie communs aux deux populations. Ce travail s'est conclu par l'ajout de 23 nouveaux énoncés, pour un total de 97. Bien que les deux versions de l'outil – ORTESES-TMC et ORTESES-TMS – comprennent chacune 97 énoncés, huit ont été adaptés soit au contexte d'une personne ayant un TMC soit à celui d'une personne ayant un TMS, et ce, dans le but de tenir compte des particularités inhérentes aux deux populations cibles. Par exemple, l'énoncé « La peur d'aggraver vos problèmes de santé mentale après être retourné au travail » de la version TMC trouve son équivalent dans la version TMS avec « La peur d'aggraver votre problème musculosquelettique après être retourné au travail ». À titre indicatif, bien que le nombre d'énoncés de l'ORTESES restait élevé à ce stade-ci, il a été décidé de tous les conserver afin de les tester lors de l'utilisation d'analyses factorielles (voir

section *Analyses*) et ainsi, retenir *a posteriori*, ceux qui étaient les plus pertinents pour les deux populations.

Afin que l'ORTESES puisse être également validé auprès d'une population anglophone, l'outil a été traduit du français à l'anglais par deux traducteurs bilingues indépendants. Une alternative intéressante à la traduction inversée classique, qui d'ailleurs a été retenue par notre équipe, était de réunir les deux traducteurs professionnels dans le but de comparer leurs traductions, en leur demandant d'expliquer comment et pourquoi ils avaient opté pour telle ou telle interprétation. Bien que les traducteurs puissent avoir certaines préférences linguistiques, ils ont établi un large consensus sur une version anglaise de l'ORTESES (TMS et TMC. Les deux traducteurs ainsi que trois chercheurs bilingues de l'équipe (AN, MC et MJD) ont ensuite échangé à propos de ces préférences. Les discussions ont permis alors de révéler que les différences de traductions étaient souvent dues à certaines formulations encore ambiguës dans la version francophone. Ainsi, grâce au processus de traduction, et au terme de cette étape d'ajustement linguistique, deux versions « finales », une anglophone et une francophone, ont pu être acceptées par tous. Ce type de réunion entre chercheurs et traducteurs pour échanger à propos des divergences et convergences est certes laborieux (environ 3-4 heures), mais il a néanmoins permis de repérer certaines erreurs et de relever des ambiguïtés dans la version originale (syntaxe approximative, intervalles d'échelle boiteux, etc.). Cette démarche est d'ailleurs très fructueuse lors de la conception de nouveaux outils alors qu'il est encore possible de modifier la version originale (Corbière et Fraccaroli, 2014).

Pour finir, les membres de l'équipe ont été invités à effectuer un exercice de cartographie conceptuelle des énoncés (Felx et coll., 2014). Comme l'explique Kane et Trochim (2007), le concept de cartographie de concepts (*concept mapping*) constitue un processus de conceptualisation structuré qui aide les chercheurs à déterminer les catégories conceptuelles principales du phénomène étudié (en l'occurrence les obstacles au retour au travail) en regroupant les énoncés dont le contenu conceptuel est commun. Au terme de ce travail, les énoncés ont été répartis en six grandes catégories conceptuelles : (1) perturbations affectives, cognitives et médicales (26 énoncés), (2) exigences du poste et sentiment d'injustice organisationnelle (28 énoncés), (3) relations difficiles avec le supérieur immédiat et les collègues (32 énoncés), (4) relations difficiles avec la compagnie d'assurance (4 énoncés), (5) conciliation famille-travail difficile (4 énoncés) et (6) perte de motivation à retourner au travail (3 énoncés). Ce travail de cartographie conceptuelle est d'ailleurs important pour conduire par la suite les analyses factorielles et pour ainsi dégager les dimensions éventuelles de l'ORTESES.

3.2 Description de l'ORTESES

L'ORTESES est conçu sous la forme de deux questions (A et B), dont la seconde est conditionnelle à la réponse de la première. En premier lieu, il est demandé à la personne en arrêt de travail de répondre à la question suivante de la partie A : « Est-ce que vous percevez que l'énoncé ci-dessous (au total 97 énoncés) est un obstacle à votre retour au travail ? ». Les choix de réponses s'échelonnent sur une échelle de Likert en sept points (1 = pas un obstacle à 7 = gros obstacle). Si et seulement si le participant donne une réponse supérieure à 1 à cette échelle (c'est-à-dire que l'énoncé représente un éventuel obstacle à son RAT), il est alors invité à répondre à la seconde question de la partie B : « Jusqu'à quel point vous sentez-vous capable de surmonter cet

obstacle ? ». Les choix de réponses se situent sur une échelle de Likert en sept points (1 = pas du tout capable à 7 = tout à fait capable). Les réponses à ces deux questions permettent donc d'évaluer « les obstacles perçus » par la personne lors de son RAT et son « sentiment d'efficacité » pour les surmonter. La figure 1 illustre la structure du questionnaire avec un exemple d'énoncé selon lequel l'obstacle perçu est de niveau 5 alors que le sentiment d'efficacité pour le surmonter se situe à 2.

Partie A) EST-CE QUE VOUS PERCEVEZ QUE L'ITEM CI-DESSOUS EST UN OBSTACLE À VOTRE RETOUR AU TRAVAIL ?	1- Pas un obstacle	2	3	4	5	6	7- Gros obstacle	Partie B) JUSQU'À QUEL POINT VOUS SENTEZ-VOUS CAPABLE DE SURMONTER CET OBSTACLE ?	1- Pas du tout capable	2	3	4	5	6	7- Tout à fait capable
...	1	2	3	4	5	6	7	...	1	2	3	4	5	6	7
26A. Des difficultés à atteindre vos objectifs de travail dans les délais fixés après être retourné au travail.	1	2	3	4	5	6	7	26B. Des difficultés à atteindre vos objectifs de travail dans les délais fixés après être retourné au travail.	1	2	3	4	5	6	7
...	1	2	3	4	5	6	7	...	1	2	3	4	5	6	7

Figure 1 Structure de l'ORTESES

3.3 Validation de l'ORTESES

3.3.1 Phases de l'étude pour répondre aux types de validité et de fidélité

En plus des validités apparente et de contenu décrites dans la section précédente, l'ORTESES a aussi fait l'objet, dans la présente étude, d'une évaluation de nouvelles propriétés psychométriques : validité de construit, fidélité test-retest et validité prédictive. D'abord, dans une première phase (phase 1), les participants qui répondaient aux critères d'inclusion (voir ci-dessous) et qui consentaient à participer à l'étude ont rempli le questionnaire ORTESES (TMC ou TMS) et un questionnaire sociodémographique (p. ex. : âge, sexe, scolarité). Lors de cette phase, un échantillon égal ou supérieur à 150 répondants pour chaque version de l'ORTESES (TMS ou TMC) était requis pour conduire les analyses factorielles (validité de construit). Les dimensions émergentes des analyses factorielles ont été soumises à un calcul de cohérence interne pour assurer l'homogénéité de contenu de ces dernières. Ensuite, la deuxième phase (phase 2) a eu lieu une à deux semaines plus tard, pour répondre aux exigences de l'évaluation de la fidélité test-retest. Sélectionné au hasard, un échantillon de 20 à 30 participants a répondu une seconde fois à l'ORTESES (TMC ou TMS), en utilisant la même modalité de passation qu'à la

phase 1 (le questionnaire sociodémographique n'était toutefois pas ré-administré). Enfin, une troisième phase (phase 3), soit six mois après la phase 1, a permis d'évaluer la validité prédictive de l'ORTESES. Tous les participants de la phase 1 étaient recontactés par téléphone pour s'informer de la reprise ou non de leur activité professionnelle (durée de l'entrevue d'environ 5 minutes). La validité prédictive permet d'évaluer si les dimensions de l'ORTESES (évaluées à la phase 1) parviennent à prédire le *critère de rendement*, en l'occurrence le retour ou non au travail après six mois d'absence (phase 3).

3.3.2 Collectes de données

En tout premier lieu, le coordonnateur de projet (JPL) a informé par téléphone les intervenants en réadaptation au travail des grandes lignes de l'étude de l'ORTESES. Le coordonnateur de projet et le chercheur principal ont aussi rencontré les professionnels de la santé dans les cliniques/centres de réadaptation pour présenter le projet avec plus de détails. Si l'intervenant acceptait de collaborer, il était alors invité à présenter l'étude à ses clients ayant un TMC ou un TMS qui respectaient les critères d'inclusion et d'exclusion présentés ci-dessous. Dans la mesure où un client avait un intérêt à participer à l'étude, alors le coordonnateur le contactait. Après avoir expliqué le déroulement de l'étude et les autres détails relatifs à son éventuelle participation, le coordonnateur invitait le client à prendre connaissance du formulaire de consentement, lequel devait alors être lu et signé par celui-ci pour autoriser sa participation aux trois phases de l'étude.

L'administration de l'ORTESES (TMC ou TMS) et du questionnaire sociodémographique, qui pouvait être réalisée selon le choix du répondant – par le biais du logiciel *Survey Monkey*⁴, par téléphone ou par la version papier disponible à la clinique – était d'une durée d'environ 45 minutes. Outre le temps nécessaire pour remplir les questionnaires, qui peut constituer un inconvénient pour certains répondants, le seul risque connu était que certains énoncés de l'ORTESES puissent évoquer des souvenirs qui provoqueraient une certaine émotion chez les participants. Pour assurer le bon déroulement de l'étude, l'intervieweur restait disponible pour répondre aux questions des répondants, soit en personne lorsque la version papier du questionnaire était remplie à la clinique, soit par le biais du téléphone. Lorsque le participant décidait de répondre en ligne, il était aussi possible pour ce dernier de rejoindre le coordonnateur de projet en tout temps par téléphone. Une fois le questionnaire complété, le participant rédigeait un courriel ou téléphonait au coordonnateur pour l'en aviser. Cette procédure permettait ainsi au coordonnateur de s'assurer du bon déroulement de l'étude. Par ailleurs, les personnes qui acceptaient de participer à cette première phase étaient inscrites

⁴ *SurveyMonkey* est une plateforme web facile à utiliser et à un coût raisonnable, tout en respectant les mesures de confidentialité de rigueur dans le domaine de la recherche (Coutu et coll., 2011). Les questionnaires de l'étude ont été intégrés à la plateforme *SurveyMonkey* pour permettre aux participants de les remplir en ligne. Par la suite, les données colligées étaient directement transmises dans une base de données SPSS pour rendre possible les analyses statistiques.

d'office à un tirage comportant trois prix (1^{er} prix : 300 \$; 2^e prix : 200 \$; 3^e prix : 100 \$). Ce tirage était également effectué pour les participants de la phase 3 de l'étude. Notons enfin que le projet ORTESES a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ainsi que par celui de cinq établissements de santé ayant pris part à l'étude.

Le questionnaire ORTESES a été soumis au Québec entre 2011 et 2015 à des personnes en arrêt de travail pour des raisons relatives à leur état de santé, soit un TMS soit un TMC. Les deux échantillons – personnes ayant un TMC ou un TMS – provenaient de cliniques de réadaptation privées du Québec, d'hôpitaux et de cliniques publiques ou privées. Pour participer à l'étude, les personnes recrutées devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : (1) être en arrêt de travail ou en retour progressif en raison d'un TMC ou d'un TMS, (2) avoir conservé un lien d'emploi avec leur employeur (c.-à-d. en congé maladie avec l'objectif de reprendre le travail chez le même employeur), (3) être âgé entre 18 et 65 ans et (4) lire le français ou l'anglais. Des critères d'exclusion étaient aussi considérés : (1) être travailleur autonome, (2) ne pas travailler au moment du diagnostic (TMS ou TMC) et, (3) avoir un diagnostic de déficience intellectuelle ou un déficit cognitif important (p. ex. problème de mémoire).

3.3.3 Description sociodémographique des participants

Comme l'indique le tableau 1, l'échantillon TMC est composé de 157 personnes (75,8 % de femmes) et l'échantillon TMS de 206 personnes (53 % d'hommes). Leur moyenne d'âge respective est de 44 ans (é.t. = 9,9) pour les personnes ayant un TMC et de 42 ans (é.t. = 12) pour les personnes ayant un TMS. La dépression (57 %) s'avère de loin le diagnostic le plus répandu parmi l'échantillon TMC, suivi de l'épuisement professionnel (23 %) et des troubles de personnalité (6 %) et d'adaptation (6 %). Chez les personnes qui ont un TMS, les sièges de la douleur les plus fréquents et comptant pour les trois quarts des blessures se situent aux membres supérieurs (46 %) et au dos (29 %). En ce qui concerne la scolarité, on remarque que plus de la moitié de l'échantillon TMC possède un diplôme d'études collégiales (24 %) ou universitaires (34 %) alors que chez les personnes ayant un TMS plus du quart des participants a une formation professionnelle (27 %) et 12 % détiennent un diplôme universitaire. On retrouve pratiquement autant de personnes mariées ou conjointes de fait parmi celles qui ont un TMC (54 %) que celles qui ont un TMS (49 %), mais moins de célibataires chez les premières (28 %) que chez les secondes (38 %). Notons qu'il y a deux fois plus de personnes ayant un TMC que de personnes ayant un TMS qui travaillent dans le secteur public (59 % par rapport à 30 %), les seconds étant en grande majorité (70 %) à l'emploi d'une entreprise privée. Aussi, ils sont deux fois plus nombreux chez les personnes ayant un TMS (33 %) que celles ayant un TMC (4,5 %) à travailler plus de 40 heures par semaine, tandis qu'à l'autre extrême, on compte quatre fois plus d'employés ayant un TMC (45 %) qu'un TMS (12 %) qui travaillent 35 heures ou moins par semaine. Par ailleurs, on remarque, dans les mêmes proportions, que 41 % de l'échantillon TMS est en retour progressif, et 11 % de l'échantillon TMC présente ce même statut. Enfin, la durée moyenne du congé maladie pour les participants ayant un TMC est de 49,6 semaines (é-t. = 45,5) et de 33,5 semaines (é-t. = 36) pour ceux ayant un TMS.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

	Échantillon de départ			
	TMC		TMS	
	N = 157		N = 206	
	N	%	N	%
Genre (homme)	38	24,2	111	53,0
Âge	M = 44,4	é.t. = 9,9	M = 41,6	é.t. = 11,9
20-29	12	7,6	41	19,9
30-39	45	28,7	49	23,8
40-49	46	29,3	46	22,3
≥ 50	54	34,4	70	34,0
Plus haut niveau de scolarité				
Primaire	12	7,6	8	3,88
Secondaire	37	23,6	82	39,8
Diplôme professionnel	18	11,5	56	27,2
Collégial	37	23,6	35	17,0
Universitaire	53	33,8	25	12,1
Statut civil				
Célibataire	44	28,0	78	37,9
Marié/conjoint de fait	84	53,5	102	49,5
Séparé/divorcé/veuf	29	18,5	26	12,6
Statut d'emploi au moment de répondre à l'ORTESES				
En retour progressif	18	11,5	85	41,3
En arrêt complet	139	88,5	121	58,7
Revenu du ménage depuis l'arrêt de travail (en milliers de \$)				
< 20	10	6,4	32	15,5
20-40	38	24,2	67	32,5
41-60	39	24,9	53	25,7
61-80	26	16,6	28	13,6
> 80	41	26,1	22	10,7
Manquant	3	1,9	4	1,9
Diagnostic				
Dépression	90	57,3		
Épuisement professionnel	23	14,6		
Trouble obsessionnel-compulsif	1	0,6		
Trouble de personnalité	10	6,4		
Trouble de l'adaptation	10	6,4		
Trouble panique	4	2,6		
Trouble de stress post-traumatique	5	3,2		
Autres (abus de substance, bipolarité)	11	7,0		
Manquant	3	1,9		
Siège de la douleur physique				
Membres supérieurs (tête, épaules, bras, mains)			95	46,1
Dos (bas et milieu)			60	29,1
Membres inférieurs (jambes, genoux, pieds)			17	8,3
Multisites (mixte des trois catégories précédentes)			34	16,5

	Échantillon de départ			
	TMC N = 157		TMS N = 206	
	N	%	N	%
Sévérité des symptômes lors de la dernière semaine*	M = 5,9	é.t. = 2,2	M = 5,3	é.t. = 2,1
Nombre de semaines d'absence du travail	M = 49,6	é.t. = 45,5	M = 33,5	é.t. = 36,0
Nombre d'heures travaillées par semaine au moment de l'arrêt				
≤ 35	71	45,2	24	11,7
36-40	79	50,3	112	54,4
> 40	7	4,5	68	33,0
Taille de l'entreprise				
1 à 4 employés	0	0,0	9	4,4
5 à 99 employés	31	19,8	70	34,0
100 à 499 employés	25	15,9	51	24,8
500 employés ou plus	101	64,3	75	36,4
Secteur				
Public	93	59,2	62	30,1
Privé	60	38,2	144	69,9
Autre (ex. communautaire)	3	1,9	0	0,0
Manquant	1	0,6	0	0,0
Secteur d'activité économique				
Art, lettres et communications	3	1,9	1	0,5
Éducation et services de garde	22	14,0	13	6,3
Entreprises commerciales (détaillants et grossistes)	15	9,6	56	27,2
Entreprises de services	26	16,6	33	16,0
Fonction publique	23	14,7	10	4,9
Industries agricoles et agroalimentaires	4	2,6	20	9,7
Industries et entreprises de la <i>construction</i>	13	8,3	25	12,1
Professions libérales et consultants	12	7,6	1	0,5
Santé et services sociaux	38	24,2	43	20,9
Manquant	1	0,6	2	1,0

Notes. M = moyenne ; é.t. = écart-type

* La sévérité des symptômes au cours de la dernière semaine est mesurée à l'aide d'une échelle analogue visuelle en dix points, où 10 correspond aux symptômes les plus sévères.

3.3.4 Analyses

3.3.4.1 Analyses factorielles exploratoires et confirmatoires (validité de construit)

Bien que les validités de contenu et apparente représentent des étapes préliminaires incontournables à la validation d'un outil, la validité par analyse factorielle constitue la pierre angulaire de la validité de construit. Il existe deux types d'analyses factorielles, celle dite *exploratoire* et celle appelée *confirmatoire*. Comme leur adjectif les qualifie, la première analyse factorielle n'impose aucune solution factorielle préétablie, alors que la seconde permet de confirmer ou d'infirmer une solution factorielle qui est mise à l'épreuve (Corbière, 2014, p.518). L'analyse factorielle exploratoire (AFE) permet notamment la validation d'outils de mesure (p.

ex. l'ORTESES), et plus particulièrement l'exploration de dimensions conceptuelles inhérentes à un construit (recherche d'une multidimensionnalité conceptuelle), la réduction du nombre d'énoncés appartenant à chacune des dimensions, en vue de refléter l'essence d'un construit se rapportant à la loi de la parcimonie (Corbière, 2014). Dans le cadre de cette étude, l'analyse factorielle exploratoire (AFE) a été privilégiée, dans un premier temps, pour, d'une part, vérifier la présence éventuelle de dimensions pour chacune des trois catégories conceptuelles – perturbations affectives, cognitives et médicales, exigences du poste et sentiment d'injustice organisationnelle, relations difficiles avec le supérieur immédiat et les collègues – et, d'autre part, pour réduire le nombre d'énoncés. Les trois autres catégories conceptuelles – relations difficiles avec la compagnie d'assurance, conciliation travail-famille difficile, perte de motivation à retourner au travail – ne contenaient pas, quant à elles, suffisamment d'énoncés pour faire l'objet d'une AFE. Le calcul de l'alpha de Cronbach a par conséquent été privilégié pour déterminer le niveau d'homogénéité interne de ces trois dernières catégories conceptuelles. En ce qui concerne la taille d'échantillon requise pour l'AFE, plusieurs auteurs font mention du ratio énoncé/sujet devant être d'au moins 1 pour 5 (Bryant et Yarnold, 1995; Gorsuch, 1983; Tabachnick et Fidell, 2001) avec un échantillon toujours supérieur à 100 individus (Corbière, 2014). Ces critères statistiques sont respectés sachant que l'on a, non seulement un échantillon de 157 individus ayant un TMC, mais aussi trois catégories conceptuelles (perturbations affectives, cognitives et médicales, exigences du poste et sentiment d'injustice organisationnelle, relations difficiles avec le supérieur immédiat et les collègues) qui comprennent respectivement 26, 28 et 32 énoncés.

Pour des raisons théoriques visant à considérer tout d'abord les obstacles perçus au RAT avant même d'évaluer le sentiment d'efficacité pour les surmonter, mais aussi pour des aspects de faisabilité (plus faible taux de réponse à la partie B de l'ORTESES – réponse conditionnelle à la question A), les AFE (factorisation des axes principaux) avec rotation orthogonale (Varimax) ont seulement été réalisées avec les réponses aux énoncés de la partie A de l'ORTESES (voir la figure 1 à la sous-section 3.2 « Structure de l'ORTESES »). À l'aide du logiciel SPSS, une AFE a été conduite sur chacune des trois catégories conceptuelles de la partie A de l'ORTESES-TMC. Pour ce faire, des étapes préliminaires ont toutefois été réalisées afin de cerner d'éventuels problèmes de collecte de données (p. ex. données manquantes ou aberrantes) et de multicolinéarité des énoncés (Tabachnick et Fidell, 2007). Par la suite, le *Bartlett's Test of Sphericity* (Bartlett, 1954), dont la valeur du p doit être inférieure à 0,05, ainsi que le *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of sampling adequacy* (KMO) (Thompson, 2004), pour lequel un coefficient d'au moins 0,60 est recherché (Tabachnick et Fidell, 2001), constituent deux critères qui nécessitent d'être considérés lors de la réalisation des AFE initiales. Le nombre de facteurs à extraire a ensuite été déterminé en fonction de l'observation des cassures (test d'éboullis) et des valeurs propres supérieures à 1 ainsi que de la variance totale cumulée devant être supérieure ou égale à 50 % (Corbière, 2014). Une fois ces informations connues et ces étapes franchies, de nouvelles AFE ont été menées sur les trois catégories conceptuelles susmentionnées. Les énoncés respectifs de ces trois solutions factorielles ont été retenus si leur indice de saturation était au moins égal à 0,40 et, dans la mesure du possible, s'ils ne saturaient pas sur plus d'un facteur (Corbière, 2014).

Le coefficient alpha de Cronbach a ensuite été calculé pour obtenir le degré de cohérence interne des *dimensions conceptuelles (ou facteurs)* ayant émergé des AFE de l'échantillon TMC. Comme Corbière et Fraccaroli (2014) l'indiquent, le calcul de la cohérence interne vient renforcer les résultats des analyses factorielles au sens où il permet de soutenir l'homogénéité des énoncés appartenant à la dimension en question. Il est à noter que le coefficient peut varier selon le nombre d'énoncés par dimension. Selon la grille d'interprétation fournie par DeVellis (2001), les coefficients d'homogénéité (ou alpha de Cronbach) peuvent être considérés comme « très bons » lorsqu'ils oscillent entre 0,80 et 0,90, comme « acceptables » lorsqu'ils se situent entre 0,70 et 0,80, et comme « minimalement acceptables » lorsqu'ils sont entre 0,60 et 0,70. Les coefficients de cohérence interne peuvent par ailleurs indiquer la présence d'une certaine redondance lorsqu'ils atteignent 0,90 ou plus. Ces qualificatifs doivent cependant être interprétés avec précaution dans la mesure où l'alpha de Cronbach est en bonne partie déterminé par le nombre d'énoncés retenus pour l'analyse (Streiner et Normand, 2008). En guise d'explication, Corbière et Fraccaroli (2014) soulignent d'ailleurs qu'un nombre d'énoncés inférieur à cinq peut souvent mener à un coefficient alpha qui est autour de 0,65 et qu'il est probable que dix énoncés ou plus produisent un alpha proche de 0,90 ou plus. Par ailleurs, « même si un coefficient trop élevé peut indiquer qu'il y a une redondance des items (Vallerand, 1989) [...], dans certains contextes comme dans le milieu clinique, il est recommandé d'avoir un coefficient très élevé lorsque par exemple le professionnel de la santé souhaite réduire les erreurs pour poser un diagnostic (DeVellis, 2001; Streiner et Normand, 2008) » (Corbière et Fraccaroli, 2014, p. 601).

Dans le but de vérifier si les solutions factorielles produites par l'AFE sur l'échantillon TMC s'ajustaient bien aux données de l'échantillon TMS, deux chercheurs de l'équipe (AN et MC) ont procédé à des analyses factorielles confirmatoires (AFC), au moyen du logiciel EQS (Bentler, 1995). *L'AFC se distingue de l'AFE (vue plus haut), car cette première exige du chercheur d'émettre des attentes précises en matière de résultats, notamment le nombre de facteurs à retenir (s'ils sont corrélés ou non) et le nombre d'observables (ou énoncés) qui saturent aux(x) facteurs. Autrement dit, dans le cadre d'une AFC, tous les paramètres implicites du modèle à tester doivent être estimés* (Corbière, 2014, p.529). Tout d'abord, la méthode d'estimation de « maximum de vraisemblance robuste » a été préconisée (*Maximum Likelihood-Robust*) pour tester les modèles avec les AFC. Ce type de méthode permet de pallier la non-normalité des données. Par la suite, l'évaluation de l'ajustement du modèle aux données empiriques de l'échantillon TMS a été réalisée en fonction de plusieurs indices d'ajustement tels que le chi-carré, le ratio chi-carré/degré de liberté, le *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), le *Non-Normed Fit Index* (NNFI), le *Comparative Fit Index* (CFI) et l'*Incremental Fit Index* (IFI) (Corbière, 2014). Un modèle est généralement bien ajusté aux données empiriques lorsque le ratio chi-carré/degré de liberté est égal ou inférieur à 2 (Byrne, 1989; Hofmann, 1995), et lorsque les indices NNFI, IFI et CFI robuste sont plus élevés que 0,90 (Jöreskog et Sörbom, 1993; Mueller, 1996), et le RMSEA inférieur ou égal à 0,08. En ce qui concerne la taille de l'échantillon requise pour ce type d'analyse, Corbière (2014) mentionne que plusieurs auteurs fixent le seuil à au moins 200 individus afin de respecter les exigences des indices d'ajustement susmentionnées (Bollen, 2014; Chou et Bentler, 1995). Enfin, comme cela a été fait avec l'échantillon TMC, les alphas de Cronbach ont été calculés pour chacune des dimensions afin de mesurer leur cohérence interne.

3.3.4.2 Analyses de corrélation (fidélité test-retest)

La deuxième propriété psychométrique a été testée au moyen de la méthode du test-retest, laquelle « évalue la stabilité dans le temps d'un outil de mesure » (Corbière et Fraccaroli, 2014, p. 602). Elle consiste à soumettre le questionnaire aux mêmes sujets à deux moments différents et à mesurer la stabilité temporelle (DeVellis, 2001) de leurs réponses au moyen du coefficient de corrélation (ex. r de Pearson). Il est important que le nombre de sujets soit au moins égal à 20, que la situation ou l'état de ces personnes n'ait pas changé de façon significative entre les deux évaluations (p. ex. hospitalisation) et que l'intervalle entre les deux évaluations ne dépasse pas deux semaines (Streiner et Normand, 2008). En respectant ces trois conditions, plus le questionnaire est fiable et moins les réponses d'un même sujet devraient être fluctuantes entre les phases 1 et 2 de l'étude. On s'attend donc à un coefficient de corrélation élevé entre les deux moments de l'évaluation. Plus précisément, un coefficient supérieur à 0,60 indique en général que l'outil dispose d'un degré de fidélité satisfaisant (Vallerand, 1989). La fidélité test-retest sera calculée sur les dimensions qui auront émergé des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires (AFC) ou encore celles présentant un coefficient de cohérence interne satisfaisant (catégories conceptuelles qui n'ont pas été testées par analyses factorielles). En se rapportant à ces repères statistiques, une vingtaine de participants ($n=20$) sélectionnés au hasard sur les 157 ont répondu une seconde fois au questionnaire ORTESES-TMC une à deux semaines après la phase 1. En ce qui concerne les participants ayant un TMS, une trentaine ($n=33$) a été sélectionnée à la phase 2.

3.3.4.3 Régressions logistiques (validité prédictive)

Comme le soulignent Corbière et Fraccaroli (2014), la validité prédictive consiste à déterminer si un outil de mesure permet de prédire significativement le rendement à un critère, lequel constitue la variable qui fait l'objet de la prédiction. L'une des techniques utilisées pour tester la validité prédictive d'un outil est la régression logistique, en particulier lorsque le critère ou la variable dépendante est de nature catégorielle ou dichotomique (Houffort et Laurent, 2014). Afin d'évaluer la validité prédictive des dimensions de l'ORTESES, TMC et TMS, une régression logistique (méthode *Enter*), avec comme variable dépendante dichotomique le retour au travail (retour par rapport à non-retour)⁵ chez le même employeur six mois suivant la phase 1 de l'étude, a été effectuée sur chacune des dimensions de l'ORTESES (parties A et B) qui ont émergé des AFE et qui ont été confirmées par les AFC, ainsi que les trois catégories conceptuelles qui ne se prêtaient pas à l'AFE (mais testées avec l'indice de Cronbach). Le sexe, l'âge, la scolarité, la durée d'absence du poste de travail à la suite d'un TMC ou d'un TMS (évaluée en nombre de semaines), le niveau de douleur (TMS) ou de sévérité des symptômes cliniques (TMC) perçus au cours de la semaine précédant la phase 1, et la présence d'un retour progressif lors de la phase 1 sont des variables qui ont été incluses dans chacune des analyses de régression, et ce, à titre de variables contrôles. Autrement dit, les résultats des analyses de régression logistique permettent d'évaluer la contribution unique de chacune des dimensions conceptuelles de l'ORTESES dans

⁵Le retour au travail est défini dans cette étude comme un retour au travail complet chez le même employeur, signifiant ainsi qu'un retour progressif est exclu. Seules les personnes qui sont retournées chez le même employeur (sans retour progressif) détiennent le statut de *retour travail*. Les personnes qui ne sont pas retournées à leur poste (excluant du même coup celles qui sont en retour progressif) ont le statut *non-retour au travail*.

la prédiction du RAT, en considérant les variables contrôles. Enfin, la question de complémentarité et de saillance des notions - obstacles et sentiment d'efficacité – pour prédire le RAT semblait intéressante à tester. En ce sens, lorsque les analyses de régressions univariées indiquaient que les « obstacles » et le « sentiment d'efficacité » étaient significatifs pour prédire le RAT de manière séparée, de nouvelles analyses de régression ont été réalisées simultanément sur les deux types de réponses. Autrement dit, lorsque les résultats de régressions univariés s'y prêtaient, les deux types d'échelles (obstacles et sentiment d'efficacité) ont été inclus dans une seule et même analyse de régression pour ainsi prendre connaissance de leur complémentarité ou de leur saillance.

Tableau 2 Caractéristiques de l'étude selon les trois phases

	Phase 1 (Référence)	Phase 2 (2 semaines après)	Phase 3 (6 mois après la phase 1)
Propriété psychométrique	Validité de construit	Fidélité ou stabilité (test-retest)	Validité prédictive
Analyses statistiques	Analyses factorielles exploratoires et confirmatoires	Corrélations de Pearson	Régressions logistiques
Variables étudiées	ORTESES T1 et questions sociodémographiques	ORTESES T1 et ORTESES T2	Variable à prédire ou critère de rendement : statut d'emploi (retour / non-retour)
Durée de passation (min.)	45	30	5
Mode de passation	SurveyMonkey, téléphone ou en face à face	Le même qu'à la phase 1	Téléphone

4. RÉSULTATS

4.1 Validité de construit

4.1.1 Analyses factorielles exploratoires (AFE)

Comme mentionné plus haut, certaines étapes préalables ont été considérées avant d'effectuer les AFE. Dans le cadre de cette étude, peu de données manquantes et aberrantes ont été repérées. De plus, le calcul des corrélations entre les énoncés de chacune des catégories conceptuelles indiquait des coefficients qui oscillaient entre 0,30 et 0,70, respectant ainsi un niveau de multicolinéarité acceptable entre les énoncés (Tabachnick et Fidell, 2001). Trois analyses factorielles exploratoires (AFE) initiales ont donc pu être effectuées avec l'échantillon TMC sur les trois catégories conceptuelles construites *a priori* (voir plus haut la cartographie de concept). Les trois AFE initiales présentaient des valeurs de p inférieures à 0,05 (en général $p=0,01$) pour le *Bartlett's Test of Sphericity* (Bartlett, 1954) et des coefficients variant de 0,85 à 0,90 pour le KMO (Tabachnick et Fidell, 2001), soulignant ainsi la pertinence d'utiliser des AFE dans le cadre de cette étude.

Les résultats des AFE par factorisation des axes principaux avec rotation Varimax indiquent des valeurs propres variant de 1,47 à 5,05. Le pourcentage de variance totale expliquée est quant à lui de 59,8 %, 50,4 % et 53,7 % respectivement pour les trois catégories conceptuelles : 1) perturbations affectives, cognitives et médicales (26 énoncés), 2) exigences du poste et sentiment d'injustice organisationnelle (28 énoncés) et 3) relations difficiles avec le supérieur immédiat et les collègues (32 énoncés) (tableaux 3-5). Au total, 35 énoncés répartis sur sept dimensions conceptuelles ont émergé de ces trois analyses factorielles. Cela signifie que 50 énoncés ont été retranchés des AFE parce qu'ils saturaient à plus d'un facteur ou qu'ils présentaient des indices de saturation inférieurs à 0,40 (Corbière, 2014). À la lecture du tableau 3, on note toutefois que l'item intitulé *Des difficultés à penser, réfléchir et prendre des décisions comme avant l'apparition de votre problème de santé mentale* présente une double saturation aux dimensions *Difficultés cognitives* et *Appréhension d'une rechute*. Une double saturation indique que l'énoncé est lié à (ou exerce un poids sur) deux dimensions conceptuelles ou facteurs. Comme l'AFE reste un outil statistique, qui sollicite le raisonnement des chercheurs notamment pour ce qui est de l'interprétation des résultats, nous pensons que sur le plan conceptuel, l'énoncé correspond davantage à l'échelle *Difficultés cognitives*. Il faut savoir, par ailleurs, que sur le plan statistique, une dimension ou un facteur qui comprend moins de trois énoncés n'est pas solide en soi et ne permet pas de calculer la cohérence interne de cette même dimension (minimum de 3 énoncés requis pour le calcul de la cohérence interne). Pour ces raisons de natures conceptuelle et statistique, il a été décidé de conserver l'énoncé *Des difficultés à penser, réfléchir et prendre des décisions comme avant l'apparition de votre problème de santé mentale*, dans la dimension intitulée : *Difficultés cognitives*.

Comme écrit plus haut, les trois autres grandes catégories conceptuelles (relations difficiles avec la compagnie d'assurance, conciliation famille-travail difficile et perte de motivation à retourner au travail) présentaient moins de six énoncés et, par conséquent, les AFE n'ont pas été réalisées sur celles-ci. En revanche, des calculs de cohérence interne ont été effectués pour chacune des catégories conceptuelles, comme cela a été fait d'ailleurs avec les dimensions émergentes des

AFE. Au final, 10 dimensions conceptuelles ont émergé des AFE ou ont été raffinées grâce au calcul de cohérence interne. Les 10 dimensions conceptuelles, présentées dans les tableaux 3 à 6, ont été intitulées : appréhensions d'une rechute (4 énoncés), difficultés cognitives (3 énoncés), difficultés liées aux médicaments (3 énoncés), exigences du poste de travail (7 énoncés), sentiment d'une injustice organisationnelle (4 énoncés), relation difficile avec le supérieur immédiat (7 énoncés), relations difficiles avec les collègues (7 énoncés), relations difficiles avec la compagnie d'assurance (4 énoncés), conciliation famille-travail difficile (4 énoncés), perte de motivation à retourner au travail (3 énoncés).

4.1.2 Analyse factorielle confirmatoire (AFC)

L'analyse factorielle confirmatoire (AFC) a été effectuée sur l'échantillon TMS afin de vérifier si le modèle précédemment obtenu avec l'échantillon TMC – 7 dimensions qui ont émergé des 3 AFE – cadrerait aussi avec les données TMS. Comme l'indique le tableau 7, les résultats des trois AFC sont très satisfaisants puisque tous les indices respectent les seuils requis. Autrement dit, les indices chi-carré/degré de liberté et RMSEA sont respectivement inférieurs à 2 (1,29; 1,10; 1,53) et à 0,08 (0,04; 0,02; 0,05). De plus, les indices NNFI (0,97; 0,99; 0,92), IFI (0,98; 0,99; 0,94) et CFI robuste (0,98; 0,99; 0,94) sont tous plus élevés que le seuil recommandé de 0,90. À titre indicatif, les modèles testés avec les AFC l'ont été avec comme prémisses que les dimensions étaient intercorrélées. Les résultats des corrélations entre les 10 dimensions sont présentés dans le tableau 8. Aussi, comme illustré dans le tableau 8, les coefficients alphas de Cronbach oscillent entre 0,69 et 0,93, ce qui constitue un niveau de cohérence interne satisfaisant, sachant, d'une part, que le nombre d'énoncés peut être faible (inférieur à 5) et, d'autre part, qu'il s'agit d'un milieu clinique où il est préférable d'avoir une certaine redondance pour représenter une dimension conceptuelle.

Tableau 3 Analyse factorielle exploratoire sur la catégorie conceptuelle intitulée « Perturbations affectives, cognitives et médicales » - TMC (n = 157)

Énoncés de l'ORTESES	Dimension		
	Appréhension d'une rechute	Difficulté Cognitive	Difficulté – Médicament
	4 énoncés $\alpha = 0.87$	3 énoncés $\alpha = 0.79$	3 énoncés $\alpha = 0.74$
75. La peur d'aggraver votre problème de santé mentale après être retourné au travail.	0,79		
71. La crainte de l'apparition de nouveaux symptômes lors de votre retour au travail.	0,71		
89. Avoir de la difficulté à récupérer après une journée de travail.	0,63		
65. La peur de faire une rechute à cause des exigences de votre travail.	0,57		
7. D'éventuelles difficultés de concentration ou d'attention au travail.		0,85	
25. Des problèmes de mémoire.		0,80	
43. Des difficultés à penser, réfléchir et prendre des décisions comme avant l'apparition de votre problème de santé mentale.	0,57	0,58	
31. Les effets dus à des changements dans la prise de médicaments pour votre problème de santé mentale lors de votre retour au travail			0,69
13. Des inquiétudes quant à la prise de médicaments dans votre milieu de travail.			0,67
48. Les effets secondaires de la prise de médicaments (ex. : problèmes de sommeil, tremblements, prise de poids).			0,60
Valeurs propres (<i>eigenvalues</i>)	2,45	2,06	1,47
% de variance (cumulative = 59,81 %)	24,52	20,60	14,70

Note. ORTESES = Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter. TMC = Trouble mental courant. Les saturations des énoncés aux facteurs qui sont inférieures à 0,40 ne sont pas présentées.

Tableau 4 Analyse factorielle exploratoire sur la catégorie conceptuelle intitulée « Exigences du poste et sentiment d'injustice organisationnelle » - TMC (n = 157)

Énoncés de l'ORTESES	Dimension	
	Exigence du poste	Sentiment d'Injustice organisationnelle
	n = 7 énoncés $\alpha = 0.88$	n = 4 énoncés $\alpha = 0.74$
17. Les responsabilités associées à votre poste de travail.	0,78	
23. La pression reliée à votre poste de travail (ex. productivité).	0,78	
11. Faire face à nouveau aux exigences de votre poste de travail.	0,74	
26. Des difficultés à atteindre vos objectifs de travail dans les délais fixés après être retourné au travail.	0,71	
5. Être surchargé dès les premiers jours de votre retour au travail.	0,66	
44. La crainte de ne pas retrouver l'ensemble des aptitudes et habiletés requises pour effectuer votre travail.	0,55	
34. L'absence de mesures d'accommodement (ex. : aménagement des horaires, rendement) dans votre milieu de travail.	0,42	
85. La crainte de ne plus être admissible à l'ensemble des mouvements internes de carrière (ex. : promotions, formation) après votre retour au travail.		0,73
90. La crainte de ne plus être impliqué dans des tâches ou projets stimulants dans votre milieu de travail.		0,71
45. La crainte de perdre votre emploi après votre retour au travail (ex. contrat non renouvelé).		0,61
83. Le manque de reconnaissance (gratitude) dans votre milieu de travail quant aux efforts fournis pour reprendre votre travail.	0,43	0,51
Valeurs propres (<i>Eigenvalues</i>)	3,43	2,12
% de variance (cumulative = 50,44 %)	31,14	19,30

Tableau 5 Analyse factorielle exploratoire sur la catégorie conceptuelle intitulée « Relations difficiles avec le supérieur immédiat et les collègues de travail » - TMC (n=157)

Énoncés de l'ORTESES	Dimension	
	Supérieur immédiat	Collègue de travail
	n = 7 énoncés α = 0.91	n = 7 énoncés α = 0.86
58. L'absence de communication avec votre supérieur immédiat.	0,82	
81. L'absence de soutien de la part de votre supérieur immédiat à la suite de votre retour au travail.	0,82	
61. Une perception négative de votre supérieur immédiat quant à votre condition de santé.	0,76	
95. Le manque de connaissances de votre supérieur immédiat concernant le processus de retour au travail d'employés avec des problèmes de santé mentale.	0,66	
70. Le manque de disponibilité de votre supérieur immédiat pour vous donner du feedback à propos de votre travail.	0,66	
24. Les réticences de votre supérieur immédiat à vous réintégrer au travail.	0,62	
42. Sentir dès votre retour au travail de la pression de votre supérieur immédiat pour produire davantage.	0,62	
80. Des réactions négatives de la part de vos collègues après avoir parlé de votre problème de santé mentale.		0,83
36. Des craintes à reprendre contact avec vos collègues de travail.		0,72
76. Vous sentir obligé de révéler les motifs de votre absence à vos collègues de travail.		0,66
91. Remarquer chez vos collègues un changement d'attitude à votre égard (ex. : hypocrisie, manque d'authenticité) lors de votre retour au travail.		0,67
82. La crainte d'être observé par vos collègues après être revenu au travail.		0,66
21. L'absence de soutien de vos collègues lors de votre retour au travail.		0,59
84. L'indifférence de vos collègues quant à votre retour au travail.		0,50
Valeurs propres (<i>Eigenvalues</i>)	4,05	3,46
% de variance (cumulative = 53,65 %)	28,90	24,74

Note. ORTESES = Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter. TMC = Trouble mental courant. Les saturations des énoncés aux facteurs qui sont inférieures à 0,40 ne sont pas présentées.

Tableau 6 Les trois catégories conceptuelles n'ayant pas fait l'objet des analyses factorielles exploratoires (n=157)**Relations difficiles avec la compagnie d'assurance (n = 4 énoncés)**

- 78. Une mauvaise relation avec l'agent de la compagnie d'assurance (ex. problèmes de communication).
- 16. La difficulté à comprendre les documents de la compagnie d'assurance en lien avec votre problème de santé mentale.
- 97. La difficulté d'obtenir des informations de votre compagnie d'assurance à propos de votre absence maladie.
- 52. Sentir de la pression de l'agent de la compagnie d'assurance pour reprendre le travail rapidement.

Conciliation famille-travail difficile (n = 4 énoncés)

- 3. Les personnes de votre entourage (famille, amis) pensent que votre retour au travail n'est pas une bonne idée.
- 9. Le manque de soutien de votre entourage (famille, amis).
- 28. La charge familiale (parent ou enfant à charge).
- 40. Des difficultés à gérer à la fois les exigences professionnelles et familiales.

Perte de motivation à retourner au travail (n = 3 énoncés)

- 2. Une faible motivation, un manque d'intérêt à reprendre le travail.
- 54. Avoir perdu l'intérêt de travailler.
- 14. Vous n'êtes pas sûr de vouloir retourner au travail.

Note. Les coefficients alphas de Cronbach de ces trois dimensions sont indiqués dans la diagonale du tableau 8, et ce, pour les deux populations (TMC, TMS)

Tableau 7 Analyses factorielles confirmatoires pour l'ORTESES-TMS (n = 206)

Modèle	Indice d'ajustement						
	Df	χ^2	χ^2/df	NNFI	CFI robuste	IFI	RMSEA (Intervalle de confiance à 90)
ORTESES TMS – Trois dimensions							
Perturbations affectives, cognitives et médicales (3 facteurs corrélés; 10 énoncés)	32	41,39	1,29	,97	,98	,98	,04 (0,00 – 0,07)
Exigences du poste et du milieu de travail (2 facteurs corrélés; 11 énoncés)	43	47,18	1,10	,99	,99	,99	,02 (0,00 – 0,05)
Relations difficiles avec le supérieur immédiat/collègues (2 facteurs corrélés; 14 énoncés)	76	116,11	1,53	,92	,94	,94	,05 (0,03 – 0,07)

Tableau 8 Corrélations et cohérence interne des dix dimensions de l'ORTESES (Partie A) – TMC (n=157) et TMS (n=206)

Dimension TMC / TMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Appréhension d'une rechute	$\alpha = .87$ $r = .76$ $\alpha = .82$ $r = .77$	0,39	0,43	0,77	0,53	0,55	0,45	0,43	0,36	0,44
2. Difficultés cognitives	0,57	$\alpha = .79$ $r = .89$ $\alpha = .86$ $r = .91$	0,54	0,42	0,38	0,34	0,29	0,30	0,36	0,32
3. Difficultés liées aux médicaments	0,44	0,45	$\alpha = .74$ $r = .83$ $\alpha = .74$ $r = .87$	0,44	0,43	0,33	0,33	0,30	0,34	0,33
4. Exigences du poste de travail	0,69	0,58	0,38	$\alpha = .88$ $r = .85$ $\alpha = .86$ $r = .91$	0,57	0,62	0,49	0,40	0,41	0,49
5. Sentiment d'injustice organisationnelle	0,48	0,42	0,37	0,49	$\alpha = .74$ $r = .81$ $\alpha = .76$ $r = .83$	0,79	0,69	0,51	0,36	0,42
6. Relation difficile – supérieur immédiat	0,36	0,20	0,23	0,47	0,64	$\alpha = .91$ $r = .83$ $\alpha = .89$ $r = .91$	0,63	0,47	0,39	0,46
7. Relations difficiles – collègues	0,45	0,42	0,44	0,52	0,58	0,52	$\alpha = .86$ $r = .91$ $\alpha = .87$ $r = .78$	0,39	0,34	0,49
8. Relations difficiles – assurance	0,36	0,35	0,39	0,25	0,43	0,3	0,37	$\alpha = .64$ $r = .72$ $\alpha = .74$ $r = .88$	0,29	0,25
9. Conciliation famille-travail difficile	0,57	0,48	0,40	0,41	0,35	0,31	0,44	0,44	$\alpha = .62$ $r = .80$ $\alpha = .63$ $r = .90$	0,38
10. Perte de motivation à retourner au travail	0,57	0,41	0,32	0,57	0,32	0,35	0,39	0,16	0,40	$\alpha = .84$ $r = .87$ $\alpha = .82$ $r = .91$

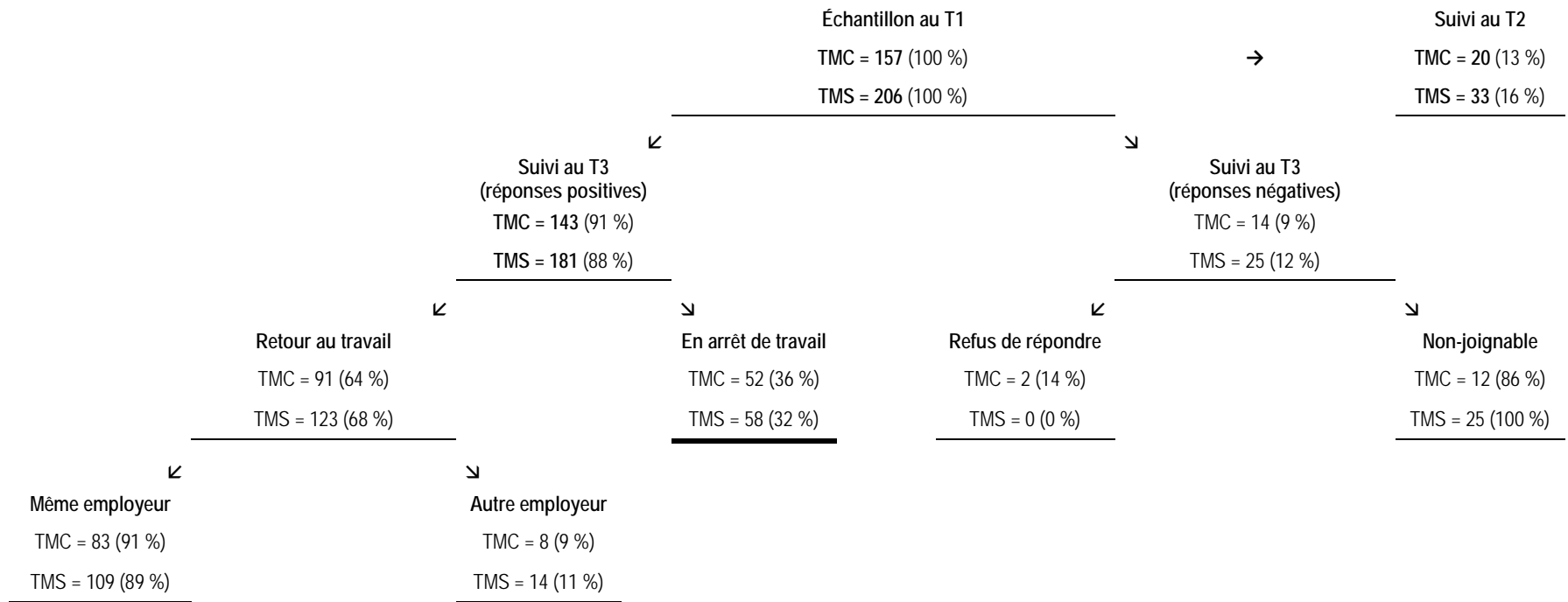
Notes. ORTESES = Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter. TMC = Trouble mental courant. TMS = Trouble musculosquelettique. Les corrélations pour l'échantillon TMC sont présentées sous la diagonale alors que celles de l'échantillon TMS apparaissent au-dessus. Sur la diagonale, les alphas et les coefficients de Pearson (r) test-retest du haut correspondent à l'échantillon TMS. Tous les coefficients sont significatifs à $< 0,01$ excepté le coefficient 0,16 pour lequel la valeur de p est de 0,05.

4.2 Fidélité test-retest

Comme indiqué sur la diagonale du tableau 8, les coefficients de corrélation tous significatifs à $p < 0,01$, fluctuent entre 0,77 et 0,91 chez les personnes ayant un TMC et entre 0,72 et 0,91 chez les personnes ayant un TMS. Le seuil de satisfaction étant généralement fixé à 0,60 (Vallerand, 1989), les dix dimensions conceptuelles de l'ORTESES peuvent être considérées comme des mesures stables dans un laps de temps de deux semaines.

4.3 Validité prédictive

Mentionnons tout d'abord que 143 personnes (90 %) aux prises avec un TMC ont accepté de participer à la troisième phase consistant à fournir de l'information sur leur retour (ou non-retour) au travail. Chez celles ayant un TMS, ce nombre est de 181, soit un pourcentage s'élevant à 88 %, ce qui constitue un excellent taux de réponse (voir figure 2). Les réponses à l'entrevue téléphonique ont permis de constater que chez les personnes ayant un TMC et un TMS, 64 % et 68 % d'entre elles étaient respectivement retournées au travail six mois après avoir répondu à l'ORTESES. Parmi les personnes qui ont repris leur activité professionnelle, 91 % des personnes ayant un TMC et 89 % de celles ayant un TMS travaillent pour le même employeur (d'avant le congé maladie). La figure 2 illustre le cheminement des participants aux trois phases. Étant donné la perte de participants au suivi de 6 mois et les critères d'inclusion (p. ex. retourner chez le même employeur) pour évaluer la validité prédictive de l'ORTESES, les analyses de régression ont été réalisées sur des échantillons plus restreints (TMC=135 et TMS=167). Dans le tableau 9, les moyennes des 10 dimensions pour les échantillons TMC et TMS (les échelles obstacles et sentiment d'efficacité) sont présentées, et ce, pour les deux sous-groupes, soit ceux qui sont retournés au travail et ceux qui sont toujours en arrêt de travail.



Notes. Le pourcentage des échantillons (entre parenthèses) est calculé à partir de la cellule précédente.

La variable dépendante dichotomique « Statut du RAT », utilisée dans les analyses de régression, est composée des modalités « Même employeur » et « En arrêt de travail » soulignées d'un trait en gras.

Figure 2 Arbre des participants (TMC, TMS) selon les trois phases de l'étude (T1, T2, T3)

Tableau 9 Moyenne des dimensions de l'ORTESES selon le problème de santé (TMC et TMS) et le statut d'emploi

Dimensions de l'ORTESES	TMC (RAT : N = 83 ; ARRÊT : N = 52)				TMS (RAT : N = 109 ; ARRÊT : N = 58)			
	Obstacle perçu		Sentiment d'efficacité		Obstacle perçu		Sentiment d'efficacité	
	RAT	ARRÊT	RAT	ARRÊT	RAT	ARRÊT	RAT	ARRÊT
	M (é.t.)	M (é.t.)	M (é.t.)	M (é.t.)	M (é.t.)	M (é.t.)	M (é.t.)	M (é.t.)
Appréhension d'une rechute	4,7 (1,8)	5,2 (1,5)	3,4 (1,4)	3,0 (1,4)	3,2 (1,6)	4,0 (1,9)	4,8 (1,2)	3,9 (1,6)
Difficultés cognitives	4,7 (1,8)	5,2 (1,9)	3,7 (1,4)	3,0 (1,3)	1,6 (1,0)	2,1 (1,5)	5,0 (1,4)	4,6 (1,4)
Difficultés liées aux médicaments	3,1 (1,8)	3,1 (1,8)	4,0 (1,5)	3,7 (1,2)	1,7 (1,1)	2,1 (1,7)	4,5 (1,5)	3,5 (1,9)
Exigences du poste de travail	4,3 (1,6)	5,1 (1,5)	3,8 (1,2)	3,1 (1,3)	2,5 (1,3)	3,3 (1,8)	4,8 (1,1)	3,9 (1,5)
Sentiment d'injustice organisationnelle	3,2 (1,8)	3,6 (1,9)	3,5 (1,1)	3,4 (1,6)	1,7 (1,0)	2,5 (1,7)	4,7 (1,3)	3,7 (1,6)
Relation difficile - supérieur immédiat	3,5 (1,9)	3,9 (1,8)	3,6 (1,4)	3,2 (1,5)	1,9 (1,2)	2,9 (1,9)	4,5 (1,0)	3,4 (1,6)
Relations difficiles - collègues	3,4 (1,6)	4,1 (1,9)	3,8 (1,3)	3,2 (1,3)	1,6 (1,0)	2,0 (1,3)	5,0 (0,9)	4,4 (1,8)
Relations difficiles - assurance	2,3 (1,4)	2,4 (1,5)	3,8 (1,2)	3,9 (1,2)	1,6 (0,9)	2,0 (1,2)	4,6 (1,5)	4,1 (1,6)
Conciliation famille-travail difficile	2,6 (1,4)	2,9 (1,4)	4,2 (1,5)	3,8 (1,3)	1,5 (0,8)	1,7 (1,0)	5,4 (1,1)	4,5 (1,5)
Perte de motivation à retourner au travail	3,3 (2,0)	4,1 (1,9)	4,0 (1,4)	3,7 (1,4)	1,6 (1,2)	1,8 (1,3)	4,9 (1,4)	4,5 (1,6)

TMC = Trouble mental courant, TMS = Trouble musculosquelettique, RAT = Groupe retourné au travail, ARRÊT = Groupe non retourné au travail, M = Moyenne, é.t. = Écart-type

4.4 Régressions univariées TMC et TMS

Pour les échantillons TMC et TMS, les analyses de régression logistique (méthode *Enter*) indiquent qu'aucune des trois variables contrôles – sexe, âge, scolarité – n'est significativement associée au RAT. Seules chez les personnes ayant un TMS, les variables sociodémographiques **le nombre de semaines d'absence du travail** (OR = 0,99; 95 % CI = 0,98-1,00; $p < 0,03$), **la douleur ressentie au cours de la dernière semaine** (OR = 0,79; 95 % CI = 0,68-0,93; $p < 0,01$) et **le retour au travail progressif** (OR = 2,1; 95 % CI = 0,25-0,93; $p < 0,03$) ressortent comme significatives. Le rapport de cotes (OR pour *odd ratio*) inférieur à 1 de ces prédicteurs (0,99 et 0,79) signifie, par exemple, qu'un plus grand nombre de semaines d'absence du travail augmente la probabilité de ne pas y retourner (chez le même employeur) au terme des 6 mois.

Lorsque ces régressions logistiques (méthode *Enter*) sont effectuées sur chacune des dimensions de l'ORTESES-TMC, pour la partie A (obstacles au RAT) et en intégrant les cinq variables de contrôle, seule la dimension **Exigences du poste de travail** prédit significativement le RAT des personnes aux prises avec un TMC, le rapport de cotes étant de 0,71 (tableau 10). On observe, par ailleurs, chez les personnes ayant un TMS, que quatre dimensions de la partie A de l'ORTESES s'avèrent statistiquement significatives pour prédire le RAT. Il s'agit de **l'appréhension d'une rechute**, des **exigences du poste de travail**, du **sentiment d'injustice organisationnelle**, et de la **relation difficile avec le supérieur immédiat**. Les rapports de cote pour ces quatre dimensions sont, dans l'ordre, de 0,77, 0,65, 0,68, et 0,69. À titre indicatif, un rapport de cote de 0,5 signifierait que la personne double ses chances de ne pas retourner au travail à chaque fois qu'elle augmente son score d'une unité sur l'échelle en sept points de la dimension en question.

Menées en utilisant cette fois le sentiment d'efficacité (partie B) plutôt que l'obstacle comme prédicteur, les analyses de régression logistiques (méthode *Enter*) révèlent que les **difficultés cognitives** et les **exigences du poste de travail** prédisent significativement le RAT pour l'échantillon TMC. Leur rapport de cotes positif de 1,45 et 1,59 indique que la probabilité de retourner au travail augmente d'autant plus que le sentiment d'efficacité sur ces deux dimensions s'accroît. Chez les personnes ayant un TMS, en plus des **exigences du poste de travail** s'ajoutent **l'appréhension d'une rechute**, le **sentiment d'injustice organisationnelle**, et la **relation difficile avec le supérieur immédiat**. Pour ces dimensions, les rapports de cote sont respectivement de 1,62, 1,52, 1,79 et de 2,75. Un fort sentiment d'efficacité pour ces dernières dimensions de l'ORTESES indique que l'on augmente d'une fois et demie à plus de deux fois les chances de reprendre ses activités professionnelles, et ce, pour chaque unité supplémentaire obtenue sur l'échelle en sept points.

Enfin, en tenant compte des résultats significatifs des analyses de régression effectuées sur chacune des dimensions de l'ORTESES, de nouvelles analyses de régression logistique incluant à la fois les échelles d'obstacle (partie A) et de sentiment d'efficacité (partie B) comme prédicteurs révèlent que les **exigences du poste de travail – partie B** (OR = 1,67; $p < 0,02$) et les **exigences du poste de travail – partie A** (OR = 0,52; $p < 0,01$) étaient significativement liées au RAT des personnes ayant un TMC et un TMS respectivement. Pour les personnes ayant un TMS uniquement, toujours en incluant les parties A et B de l'ORTESES, les dimensions qui se sont avérées significatives sont : **l'appréhension d'une rechute – partie B** (OR = 1,52; $p < 0,003$),

le *sentiment d'injustice organisationnelle* – partie A (OR = 0,38; $p < 0,002$) et la *relation difficile avec le supérieur immédiat* – partie A (OR = 0,35; $p < 0,001$).

Tableau 10 Régressions logistiques prédisant le RAT (TMC : N = 135 ; TMS : N = 167)

	Obstacle perçu au RAT*			Sentiment d'efficacité*			Obstacle (A) et sentiment d'efficacité (B)**			
	OR	95 IC	P Value	OR	95 IC	P Value	(A) or (B)	OR	95 IC	P Value
TMC										
Appréhension d'une rechute	0,84	0,66-1,08	0,17	1,13	0,84-1,51	0,42				
Difficultés cognitives	0,93	0,74-1,17	0,52	1,45	1,04-2,01	0,03				
Difficultés liées aux médicaments	1,12	0,90-1,39	0,32	1,01	0,65-1,56	0,97				
Exigences du poste de travail	0,71	0,54-0,93	0,01	1,59	1,11-2,28	0,01	(B)	1,67	1,20-2,29	0,02
Sentiment d'injustice organisationnelle	0,93	0,76-1,15	0,52	0,99	0,70-1,41	0,95				
Relation difficile – supérieur immédiat	0,90	0,73-1,10	0,31	1,20	0,84-1,71	0,31				
Relations difficiles – collègues	0,83	0,66-1,05	0,12	1,43	0,99-2,07	0,06				
Relations difficiles – assurance	1	0,76-1,31	0,98	0,99	0,57-1,70	0,96				
Conciliation famille-travail difficile	0,98	0,74-1,31	0,90	1,34	0,89-2,01	0,16				
Perte de motivation à retourner au travail	0,82	0,67-1,00	0,06	1,04	0,75-1,44	0,80				
TMS										
Appréhension d'une rechute	0,77	0,61-0,97	0,03	1,52	1,13-2,03	0,01	(B)	1,52	1,15-2,00	0,003
Difficultés cognitives	0,75	0,56-1,02	0,06	1,27	0,77-2,08	0,35				
Difficultés liées aux médicaments	0,87	0,66-1,15	0,34	1,50	0,91-2,48	0,11				
Exigences du poste de travail	0,65	0,50-0,86	0,01	1,62	1,09-2,42	0,02	(A)	0,52	0,36-0,75	0,001
Sentiment d'injustice organisationnelle	0,68	0,51-0,91	0,01	1,79	1,12-2,85	0,02	(A)	0,38	0,21-0,71	0,002
Relation difficile – supérieur immédiat	0,69	0,54-0,88	0,01	2,75	1,45-5,21	0,01	(A)	0,35	0,20-0,63	0,001
Relations difficiles – collègues	0,72	0,51-1,01	0,06	1,55	0,77-3,13	0,22				
Relations difficiles – assurance	0,83	0,59-1,16	0,27	1,20	0,66-2,16	0,56				
Conciliation famille-travail difficile	0,75	0,49-1,13	0,17	1,80	0,98-3,29	0,06				
Perte de motivation à retourner au travail	0,90	0,66-1,22	0,49	1,19	0,66-2,16	0,56				

TMC = Trouble mental courant; TMS = Trouble musculosquelettique

* La méthode *Enter* a été utilisée pour ces régressions logistiques.

** La méthode BSTEP a été utilisée pour ces régressions logistiques.

Toutes les régressions logistiques incluent le sexe, l'âge, la scolarité, le nombre de semaines d'absence du travail, les symptômes ressentis au cours de la dernière semaine ainsi que le retour au travail progressif à titre de variables contrôles.

Les coefficients en caractères gras signifient qu'ils sont significatifs à $p < .05$

5. DISCUSSION

L'outil *Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter* » (ORTESES) a été conçu à la suite de lacunes observées dans la littérature spécialisée, à propos notamment de l'évaluation des facteurs biopsychosociaux du RAT pour les personnes aux prises avec un TMC ou un TMS. Ces lacunes peuvent se résumer selon trois niveaux. Tout d'abord, il n'existe pas à notre connaissance d'outils qui mesurent à la fois la perception des obstacles perçus au RAT et le sentiment d'efficacité pour les surmonter, alors que ces deux notions sont ressorties dans le domaine d'étude comme essentielles et complémentaires, notamment à la compréhension du RAT de personnes atteintes d'un problème de santé. Ensuite, il est important de considérer parmi ces facteurs ceux relatifs au modèle biopsychosocial et plus particulièrement ceux qui concernent les acteurs du RAT des divers systèmes du paradigme de l'incapacité au travail. Le supérieur immédiat, les collègues de travail ainsi que les représentants des régimes d'indemnisation semblent, selon les revues présentées en introduction de ce rapport, avoir une influence significative sur le RAT de personnes ayant un TMS ou un TMC. Enfin, de nouvelles orientations dans le domaine de l'incapacité au travail soulignent l'importance de considérer les facteurs communs au RAT quel que soit le problème de santé, tout en portant une attention aux particularités des populations sous étude, par exemple, les symptômes cliniques liés à un problème de santé spécifique. En l'occurrence, il faudra tenir compte des symptômes cliniques d'un trouble mental (p. ex. la sévérité des symptômes dépressifs) tandis qu'il importera d'évaluer l'intensité de la douleur chez les personnes ayant un TMS. Eu égard à ces constats, l'objectif principal de cette étude était de valider l'ORTESES auprès de personnes aux prises avec un TMC ou un TMS. À la suite d'un travail rigoureux entrepris par l'équipe pour concevoir le contenu et la structure de l'ORTESES, et ainsi satisfaire aux concepts de validités apparente et de contenu, trois autres propriétés psychométriques de l'outil ont été évaluées dans la présente étude : la validité de construit, la fidélité test-retest (stabilité temporelle) et la validité prédictive.

Les résultats indiquent que les 10 dimensions de l'ORTESES sont valides sur le plan du construit théorique multidimensionnel (validité de construit), et celles-ci présentent une stabilité à l'intérieur d'un court laps de temps (≤ 2 semaines) (fidélité test-retest). Plusieurs dimensions permettent aussi de prédire six mois plus tard le RAT d'un employé en congé maladie (validité prédictive), et ce, tout en contrôlant pour certaines variables sociodémographiques et cliniques reconnues dans la littérature comme significatives. Dans les prochains paragraphes, les principaux résultats de la validation de l'ORTESES seront abordés, suivis des implications théoriques et pratiques. Enfin les apports et limites de l'étude ainsi que les pistes futures dans le domaine de l'incapacité au travail seront abordés.

5.1 Validité de construit, fidélité test-retest et implications théoriques

L'étape de validation de construit est essentielle pour faire émerger les dimensions permettant d'évaluer systématiquement et de façon précise les obstacles perçus dans le processus du RAT, ainsi que le sentiment d'efficacité pour les surmonter. Comme les réponses à la seconde question de l'ORTESES (sentiment d'efficacité) sont conditionnelles à celles de la première question (obstacles perçus au RAT), il semblait essentiel de réaliser les analyses factorielles sur les réponses à la question qui porte sur la perception des obstacles au RAT. Dans un premier temps,

les analyses factorielles exploratoires ont fait ressortir 7 dimensions à partir de l'échantillon TMC, lesquelles ont été ensuite confirmées avec l'échantillon TMS. Les 7 dimensions et les trois catégories conceptuelles (ces dernières n'ayant pas fait l'objet d'analyses factorielles en raison de leur nombre d'énoncés inférieur à 5), présentent toutes une cohérence interne très satisfaisante, assurant ainsi l'homogénéité conceptuelle recherchée (Corbière et Fraccaroli, 2014). Au total, on compte 10 dimensions conceptuelles (46 énoncés) : 1) l'appréhension d'une rechute, 2) les difficultés cognitives, 3) les difficultés liées aux médicaments, 4) les exigences du poste de travail, 5) le sentiment d'injustice organisationnelle, 6) la relation difficile avec le supérieur immédiat, 7) les relations difficiles avec les collègues, 8) les relations difficiles avec la compagnie d'assurance, 9) la conciliation famille-travail difficile et, 10) la perte de motivation à retourner au travail. Il est à noter que ces dimensions sont intercorrélées de façon modeste, ce qui indique que chacune apporte de l'information spécifique en évaluant des aspects du RAT qui sont différents. Ces 10 dimensions renvoient en grande partie au paradigme de l'incapacité au travail développé par Loisel et coll. (2001), notamment les caractéristiques de la personne et les systèmes organisationnel, de santé et législatif/d'assurances. À notre connaissance, aucun questionnaire ne couvre l'ensemble de ces éléments ni n'évalue la perception des obstacles au RAT et le sentiment d'efficacité pour les surmonter.

La dimension de l'ORTESES « appréhension d'une rechute », s'inscrivant dans le système personnel, est un facteur psychologique que l'on retrouve dans différentes études notamment sous les libellés de « peur de retourner au travail » (TMC : Andersen et coll., 2012; St-Arnaud et coll., 2006; TMS : Pélissier et coll., 2014) ou encore « peur menant à l'évitement » (*fear-avoidance belief*) (Corbière et coll., 2011; Iles et coll., 2008; Laisné et coll., 2012; Øyeflaten et coll., 2014; Wertli et coll., 2014b). Bien que les études sur le RAT soient beaucoup plus abondantes en ce qui concerne les TMS (seulement trois revues systématiques portent sur les TMC), il est notable que le facteur relié à la peur de retourner au travail soit très peu présent dans la littérature de personnes ayant un TMC. Le « Fear Avoidance Belief Questionnaire » (Waddell et coll., 1993), est l'un des questionnaires biopsychosociaux les plus cités dans la littérature sur l'incapacité au travail, mais il n'a été validé à notre connaissance qu'avec des personnes aux prises avec un TMS. Par ailleurs, très proches de la notion de la peur de rechuter, les concepts d'attentes (*expectations*) et de sentiment d'efficacité (SE), comme nous le verrons plus loin, constituent des éléments très souvent pris en compte pour prédire le RAT (Brouwer et coll., 2015; Brouwer et coll., 2011). La particularité de l'ORTESES est d'ailleurs d'arrimer la mesure de sentiment d'efficacité aux obstacles du RAT appartenant aux systèmes du paradigme de l'incapacité au travail, mais aussi de déterminer si l'un des deux concepts est plus saillant pour prédire le RAT selon le type d'échantillon (TMC ou TMS).

La seconde dimension, qui appartient elle aussi au système personnel et qui est intitulée « difficultés cognitives », se retrouve dans la littérature pour la population souffrant d'un TMC sous l'appellation de « sévérité du trouble/des symptômes » (Blank et coll., 2008; Lagerveld et coll., 2010a). Chez les TMS, l'outil « Obstacles to Return to Work Questionnaire » (ORQ) est le seul questionnaire possédant des propriétés psychométriques satisfaisantes (Gray et coll., 2011); il ne traite pas en revanche de l'aspect cognitif, mais utilise plutôt la dépression comme facteur général d'évaluation.

En ce qui concerne la dimension « exigences du poste de travail » (psychologiques autant que physiques), les études biopsychosociales l'ont prise en considération dans une large mesure, en l'appliquant de façon très différente. Chez la population ayant un TMC, par exemple, Nieuwenhuijsen et coll. (2006) ont testé la validité prédictive des exigences de travail en utilisant l'unique énoncé « J'ai à travailler très fort » alors que d'autres, comme Vlasveld et coll. (2012), ont recours à la dimension « exigences psychologiques » tirée de l'outil « Job Content Questionnaire » (Karasek et coll., 1998) et comprenant cinq items (p. ex. « Mon travail requiert que je travaille rapidement »). Du côté des outils validés auprès de personnes ayant un TMS, l'ORQ (Marhold et coll., 2002) possède quant à lui une dimension « charge de travail physique et nocivité » (*Physical Workload and Harmfulness*) de huit énoncés tels que « J'ai trop de tâches au travail » ou encore « Une journée de travail exige beaucoup de tâches difficiles ». Pour l'ORTESES, les énoncés inhérents à la dimension « exigences du poste de travail », comme le fait « d'être surchargé dès les premiers jours du retour au travail », constituent des construits théoriques semblables à ceux nommés précédemment.

Deux des acteurs clés du milieu de travail, le supérieur immédiat et les collègues, ont également été utilisés en tant que dimensions biopsychosociales importantes du RAT. Ces deux acteurs sont d'ailleurs considérés dans les questionnaires *Return-to-Work Self-Efficacy* (RTWSE) (Brouwer et coll., 2010) et l'ORQ (Marhold et coll., 2002). Ces deux outils destinés aux TMS se différencient sur un point cependant : alors que l'ORQ comporte une dimension « soutien social » intégrant à la fois des énoncés relatifs au supérieur immédiat (« Mon supérieur immédiat essaie de me soutenir et de me faciliter la tâche à mon poste de travail ») et aux collègues (« Cela m'attriste que mes collègues ne comprennent pas ma douleur »), le RTWSE est construit à partir d'une solution factorielle ayant mené, comme ce fut le cas avec l'ORTESES, à une séparation entre les énoncés du supérieur immédiat et ceux des collègues de travail, apportant ainsi plus de nuances entre ces deux acteurs en les distinguant. À l'instar de l'ORQ, l'étude de Nieuwenhuijsen et coll. (2006) portant cette fois sur les TMC a appliqué la dimension « facteurs environnementaux » en amalgamant toutefois l'énoncé le supérieur immédiat avec celui les collègues, ce qui correspond à une perte de nuances importantes dans la mesure où ces deux acteurs n'influencent probablement pas de la même manière le RAT de l'employé en congé maladie.

À notre connaissance, la conciliation famille-travail n'a pas encore été appliquée au contexte spécifique du RAT à la suite d'un problème de santé psychologique ou musculosquelettique. Toutefois, certains auteurs, qui étudient les relations entre cette dimension et divers facteurs tels que le niveau de stress (Higgins et coll., 2008), utilisent l'échelle de mesure « interférence de la famille sur le travail » développée par Burley (1989). Comme l'ORTESES, celle-ci comporte quatre items, comme par exemple le fait « d'être souvent trop fatigué au boulot en raison de la charge de travail à la maison ». La dernière dimension de l'ORTESES, intitulée « perte de motivation à retourner au travail », s'inscrit dans le système personnel de Loisel et coll. (2001) et a été largement utilisée dans la littérature portant sur le RAT.

Comme nous pouvons le constater, plusieurs échelles ou dimensions de l'ORTESES font écho à la littérature, avec la particularité d'intégrer l'ensemble de ces dimensions conceptuelles dans un seul et même outil, plutôt que de les voir éparses dans plusieurs études ou questionnaires. Qui plus est, trois autres dimensions conceptuelles n'ont, à notre connaissance, pas été couvertes dans

ce champ d'étude ou dans le contexte de RAT de personnes ayant un TMS ou un TMC. Ces dernières échelles sont intitulées « les difficultés liées aux médicaments » (ex. les effets secondaires), « les relations difficiles avec la compagnie d'assurance » et « le sentiment d'une injustice organisationnelle ». Pour ce qui est de cette dernière dimension conceptuelle, il faut reconnaître toutefois que c'est un concept qui a été largement abordé dans le domaine des facteurs de risques psychosociaux (Zawieja et coll., 2014).

À l'issue du test-retest, les analyses de corrélation entre les passations de l'ORTESES effectuées à deux semaines d'intervalle indiquent que les mesures du questionnaire restent stables dans le temps puisque les coefficients de fidélité (r de Pearson) sont tous supérieurs à 0,60 (DeVellis, 2001). L'intervalle de deux semaines, relativement court, a été choisi parce que le phénomène sous étude – la perception d'obstacles au RAT et le sentiment d'efficacité pour les surmonter – est par nature très sensible aux influences extérieures telles que l'intervention du clinicien au cours des séances de réadaptation au travail. Au final, les intervenants peuvent se fier à l'ORTESES puisque les perceptions de leurs clients sont peu variables dans ce laps de temps. Il faut savoir que l'une des prémisses à respecter dans une analyse de fidélité test-retest consiste à ce que l'état du participant ne change pas trop entre les deux passations de questionnaires. À titre d'exemple, le fait d'être à nouveau hospitalisé pour le problème de santé qui a entraîné le congé maladie pourrait engendrer chez la personne des réajustements de perceptions d'obstacles au RAT et de sentiment d'efficacité pour les surmonter.

5.2 Validité prédictive et implications théoriques

Les résultats d'analyses de régression logistique indiquent que **l'appréhension d'une rechute, les exigences du poste de travail, le sentiment d'injustice organisationnelle, la relation difficile avec le supérieur immédiat** constituent les quatre dimensions (sur dix) qui prédisent le RAT des personnes ayant un TMS malgré la prise en compte de variables « contrôles » (p. ex. le nombre de semaines d'absence du travail). Chez la population souffrant d'un TMC, seules **les exigences de travail et les difficultés cognitives** ressortent comme significatives. Les résultats montrent en outre qu'il convient, la plupart du temps, de prendre en considération à la fois la perception de l'obstacle et le sentiment d'efficacité afin de mieux prédire le RAT des deux populations à l'étude. Toutefois, quand de nouvelles analyses de régression logistique sont conduites, incluant à la fois les deux types de réponses – obstacles et sentiment d'efficacité – les résultats montrent qu'une seule d'entre elles ressort comme significative (voir ci-dessous pour plus de détails). Il vaut la peine de souligner au passage que ces relations de prédiction significatives entre les différentes dimensions et le RAT peuvent être considérées comme généralisables sachant que le taux de réponse au suivi de six mois pour les populations TMC et TMS est respectivement de 91 % et de 88 %, ce qui est largement supérieur au seuil de 70 % considéré comme minimalement satisfaisant (Brouwer et coll., 2015; Lyles et coll., 2007).

On retrouve, dans la littérature couvrant les études prospectives sur le RAT des personnes ayant un TMC, des résultats qui corroborent ceux de l'ORTESES (Blank et coll., 2008; Busch et coll., 2007). Netterstrøm et coll. (2015) observent, par exemple, que les personnes qui ne sont pas retournées au travail après un an sont celles qui appréhendent le plus souvent les exigences relatives au travail – exigences mesurées par l'échelle « Demands at Work » du « Copenhagen Psychosocial Questionnaire » (Kristensen et coll., 2005). L'ORTESES, révèle que plus la

personne perçoit des obstacles relatifs aux exigences de son poste de travail, plus elle réduit ses chances d'y retourner. Le fait que ce soit cette dimension qui ressorte comme significativement associée au RAT fait directement écho à la problématique de l'épuisement professionnel (burnout), un trouble directement relié aux exigences du poste de travail et associé de très près à la dépression (Zawieja, 2015). Ces relations ne sont pas sans rappeler les concepts inclus dans les théories de Karasek (*job demand - control*) et de Siegrist (*effort-reward imbalance*) qui ont surtout été étudiées pour comprendre ou expliquer l'occurrence de problèmes de santé en milieu de travail (pour une revue : Corbière et coll., 2013 ; Vézina et coll., 2013). Plusieurs échelles de l'ORTESES permettent d'appuyer la validité prédictive de l'outil chez la population TMS, avec quatre dimensions sur dix qui parviennent à prédire significativement le RAT après six mois de suivi. Qui plus est, chacune de ces dimensions est également significative sur la notion de sentiment d'efficacité. Il s'agit des dimensions suivantes : l'appréhension d'une rechute, les exigences du poste de travail, le sentiment d'injustice organisationnelle, la relation difficile avec le supérieur immédiat. Ces résultats sont cohérents avec la récente étude prospective de Brouwer et coll. (2015) dans laquelle le sentiment d'efficacité de la personne à obtenir de l'aide de la part de ses collègues et de son supérieur immédiat est un prédicteur significatif du RAT. L'étude de Boot et coll. (2014) a également montré que l'attitude du supérieur immédiat rapportée par l'employé en congé maladie est aussi un élément prédictif du RAT un an plus tard. Par ailleurs, en lien avec les deux dimensions de l'ORTESES – exigences du poste et relation difficile avec le supérieur immédiat – Negrini et coll. (2014) ont montré que la seule variable significativement reliée au RAT de l'employé après une dépression s'avère être la motivation du supérieur immédiat à prendre des mesures d'aménagement pour faciliter la reprise des activités professionnelles de l'employé (p. ex. : introduction graduelle des tâches, flexibilité des horaires). D'ailleurs, les intervenants du RAT de grandes entreprises québécoises ont identifié le supérieur immédiat comme l'acteur charnière du RAT, un acteur qui peut être à la fois le levier principal ou à l'opposé l'obstacle majeur du RAT (Durand et coll., 2016).

Lorsque les deux notions de l'ORTESES – obstacles et sentiment d'efficacité – sont considérées ensemble, les résultats indiquent que pour les dimensions intitulées *sentiment d'injustice organisationnelle* et *relation difficile avec le supérieur immédiat*, seule la notion « obstacles » est significative, alors que pour la dimension appréhension d'une rechute, seule la notion « sentiment d'efficacité » est significative. Autrement dit, lorsque la dimension est davantage de nature externe à l'individu, la perception des obstacles reste le seul prédicteur significatif du RAT tandis que c'est l'inverse (c.-à-d. sentiment d'efficacité) quand la dimension est de nature interne (p. ex. l'appréhension d'une rechute). Ces résultats mettent en relief l'importance d'évaluer les deux notions – obstacles et sentiment d'efficacité – en considérant la nature de la dimension, et non de les séparer comme c'est le cas dans d'autres questionnaires (voir ci-dessus). Toutefois, on note des résultats divergents pour la dimension *exigences du poste de travail*. En effet, la perception des obstacles est plus saillante pour prédire le RAT des personnes ayant un TMS, alors que c'est la perception du sentiment d'efficacité qui est plus saillante pour les personnes ayant un TMC. Une interprétation de ces résultats consiste à dire que pour les personnes ayant un TMS, les exigences du poste de travail peuvent, avec le soutien du médecin, être révisées dans l'environnement de travail (p. ex. réduire la charge de travail physique). Pour les personnes aux prises avec un TMC les mesures d'aménagements de travail peuvent être plus difficiles à implanter car l'évaluation d'une charge cognitive est plus complexe à évaluer (les restrictions du médecin pourraient être moins explicites comparativement à une charge





physique). En l'occurrence, les personnes ayant un TMC pourraient évaluer, de manière plus importante, leur sentiment d'efficacité (et l'utilisation de stratégies) quand il est temps de voir à l'utilisation et la mise en place de mesures d'aménagement de travail avec le supérieur immédiat.

5.3 Implications pratiques pour les cliniciens

Selon Bandura (Bandura, 1977; Bandura, 1993; Bandura, 1995), un sentiment d'efficacité élevé amène l'individu à investir plus d'efforts et à persévérer pour atteindre son objectif. À l'inverse, sans cette croyance en sa capacité à réussir, la personne n'a que peu de raisons de vouloir s'engager dans l'effort, compromettant ainsi l'atteinte du but. Le sentiment d'efficacité constitue donc une condition nécessaire à prendre en compte pour prédire la réussite. Dans le domaine de la réadaptation au travail, le but consiste, pour la personne en congé maladie en raison d'un TMS ou d'un TMC, à reprendre ses activités professionnelles à l'intérieur d'un délai qui ne soit pas trop long, compte tenu que la durée de l'absence est inversement corrélée à la probabilité de retourner au travail (Brouwers et coll., 2009; Dekkers-Sánchez et coll., 2008; Frank et coll., 1996; Gatchel et coll., 1995; Lagerveld et coll., 2010a). Par conséquent, afin d'optimiser les chances que l'employé réintègre son poste, l'intervenant a tout avantage à concentrer une partie de ses énergies à améliorer le sentiment d'efficacité de son client, avec au préalable l'évaluation des obstacles perçus lors du RAT. Pour y parvenir, Bandura propose quatre sources à partir desquelles un individu peut augmenter son sentiment d'efficacité : l'expérience de maîtrise personnelle, l'expérience par l'observation, la persuasion verbale et enfin les états émotionnels de la personne (Bandura, 1977, 1995 et Sterrett, 1998 pour l'application de ces sources au contexte spécifique d'une préparation au RAT par un « job club »). À cela, il est important de ne pas omettre le rôle crucial de l'organisation, en offrant à l'employé des aménagements de travail réalistes ou des ressources matérielles et humaines pour lui permettre de composer à nouveau avec les responsabilités de son poste de travail (Corbière et coll., 2013).

Puisque l'ORTESES est construit de telle sorte qu'à chaque obstacle correspond une mesure de sentiment d'efficacité, l'intervenant peut établir systématiquement les « couples problématiques », c'est-à-dire les dimensions dont les obstacles élevés sont arrimés à un faible sentiment d'efficacité. De plus, à partir des résultats de cette étude, notamment ceux relatifs aux moyennes des sous-groupes (retour et non-retour au travail) et aux dimensions significatives du RAT (validité prédictive), l'intervenant pourrait y accorder une attention particulière. Ces couples problématiques sont facilement repérables grâce à l'image d'un gabarit rectangulaire englobant les valeurs de la partie « obstacle » (à gauche) et les valeurs de la partie « sentiment d'efficacité » (à droite). Enfin, en fonction des résultats plus généraux de cette étude, un rectangle en pointillés pourrait aussi être utilisé par l'intervenant (voir figure 3).

Dimensions de l'ORTESES	Obstacle perçu							Sentiment d'efficacité						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Appréhension d'une rechute	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Difficultés cognitives	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Difficultés liées aux médicaments	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Exigences du poste de travail	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Sentiment d'injustice organisationnelle	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Relation difficile – supérieur immédiat	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Relations difficiles – collègues	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Relations difficiles – assurance	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Conciliation famille-travail difficile	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Perte de motivation à retourner au travail	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

	Zone problématique – TMC
	Zone problématique – TMS
	Zone problématique générale – TMC
	Zone problématique générale – TMS

Les dimensions qui prédisent significativement le retour au travail sont en caractères gras

Figure 3 Repères permettant d'identifier les zones problématiques

L'exercice du repérage systématique des « couples problématiques » pourrait aussi être effectué avec les énoncés appartenant à cette même dimension (voir les tableaux 3 à 6). Bien entendu, l'intervenant peut aussi, et il s'agit là d'une autre manière de procéder, examiner les valeurs 5, 6 et 7 de la partie « obstacles » sans considérer les valeurs 1, 2 et 3 de la partie « sentiment d'efficacité », et vice-versa. Une fois l'identification des dimensions ou des énoncés « problématiques » effectuée, l'intervenant en réadaptation au travail peut entamer une discussion avec son client et mettre en place l'intervention qu'il jugera pertinente selon son analyse fine et personnalisée de la situation. Pour faire écho à l'importance du sentiment d'efficacité évoquée plus haut, il pourra, par exemple, s'appuyer sur les quatre sources proposées par Bandura afin de modifier positivement le sentiment d'efficacité de son client vis-à-vis des obstacles ou encore mettre en place, toujours avec son client, des stratégies pour surmonter les obstacles au RAT et ainsi renforcer son sentiment d'efficacité (Corbière et coll., 2004). Comme écrit plus haut, ce SE ne pourra que se décupler si des mesures organisationnelles sont mises en place pour faciliter ce RAT durable (p. ex. aménagements de travail). À titre d'illustration, en mesurant l'évolution du SE entre l'évaluation du point de départ et celle d'un point intermédiaire six mois plus tard, Brouwer et coll. (2015) ont montré que les personnes ayant amélioré leur SE durant cette période, notamment sur l'échelle des relations avec les collègues, avaient de meilleures chances de retourner à leur poste au terme des 12 mois suivant leur évaluation du point de départ (comparativement à ceux chez qui une stagnation ou une diminution avait été observée). Ce résultat suggère qu'il est faisable d'intervenir cliniquement pour tenter d'améliorer le sentiment d'efficacité chez la personne en arrêt de travail. Enfin, comme nous avons pu le constater, il est aussi important de considérer la nature de la dimension de l'ORTESES (interne par rapport à externe) pour intervenir de façon plus adéquate. La dimension *exigences du poste de travail*, devra quant à elle, être considérée selon que la personne a une charge de travail physique ou mentale plus ou moins exigeante à son poste de travail. Sur le plan de la validité prédictive, l'intervenant doit cependant se garder de croire que l'ORTESES constitue un instrument de diagnostic « sans appel ». L'ORTESES constitue avant tout un outil de discussion et d'orientation pour l'intervention, tout en considérant les autres informations (p. ex. : réponses à des questionnaires, entrevues cliniques) dont dispose l'équipe soignante (pour une revue des outils d'évaluation du RAT, voir Coutu, et coll., 2011 et Durand et Hong, 2013).

5.4 Apports et limites

Grâce aux analyses factorielles exploratoires, une version « courte » de l'ORTESES comprenant 46 énoncés répartis sur 10 dimensions a pu être élaborée. La version originale du questionnaire en comportait 97 et requérait environ 30 minutes pour y répondre (sans le questionnaire sociodémographique). En diminuant environ de moitié le nombre d'énoncés, la version courte de l'ORTESES devient ainsi plus facile à utiliser. Autre avantage non négligeable, les analyses factorielles confirmatoires ont montré que les dimensions qui ont émergé sont les mêmes pour les deux populations à l'étude (thèse de la transversalité des facteurs), ce qui facilite la tâche du clinicien lorsqu'il a une clientèle ayant un TMC ou un TMS. À titre indicatif, l'ORTESES est en cours de validation auprès de deux autres populations : des femmes ayant un cancer du sein et des personnes affligées d'un trouble cardiovasculaire.

Découverte fort intéressante, au-delà de sa valeur prédictive, l'ORTESES s'est révélé en soi « thérapeutique ». En effet, plusieurs participants ont déclaré lors des entrevues téléphoniques de

fin d'étude que le seul fait d'avoir répondu au questionnaire ORTESES les avait aidés à mettre le doigt sur certains obstacles auxquels ils n'auraient jamais pensé autrement. Bien souvent, c'était d'ailleurs le clinicien qui invitait son client à participer à l'étude en invoquant justement cet effet de prise de conscience dont la personne allait quasi assurément bénéficier en répondant à l'ORTESES.

Nonobstant les apports théoriques (pour la recherche) et cliniques (pour les intervenants) sans conteste importants, cette étude comporte certaines limites. Premièrement, il aurait été pertinent de tester les validités convergentes et discriminantes de l'ORTESES (Corbière et Fraccaroli, 2014), c'est-à-dire de vérifier si ses dimensions sont corrélées avec des construits théoriques similaires (validité convergente) et non corrélées avec des construits théoriques avec lesquels elles ne devraient pas l'être (validité discriminante). Par exemple, en ce qui concerne la validité convergente, on peut s'attendre à ce que la dimension de l'ORTESES *relation difficile avec le supérieur immédiat*, sur le plan du sentiment d'efficacité, soit significativement corrélée avec la dimension *capacité à obtenir du soutien de la part du supérieur immédiat* de l'outil « Return to Work Self-Efficacy » (RTWSE) (Brouwer et coll., 2015). Sur le plan pratique cependant, procéder à la validation de ces deux propriétés exigeait d'avoir accès aux données d'autres questionnaires pour effectuer les analyses corrélationnelles, ce qui a par conséquent rendu l'exercice impossible. Enfin, il est à noter que le RTWSE a été récemment validé et il aurait donc été difficile de l'inclure au début de l'étude de la validation de l'ORTESES.

Deuxièmement, si l'ORTESES parvient à prédire le RAT six mois plus tard, il ne donne aucune information sur le caractère durable de ce retour. Or, il est connu que le taux de rechute demeure très élevé, notamment chez les personnes qui souffrent d'une dépression. En effet, selon la revue systématique de Gili et coll. (2015), une personne ayant vécu un épisode de dépression risque deux fois plus de rechuter. En mesurant le RAT six mois plus tard, la présente étude n'a pas permis de déterminer si les dimensions de l'ORTESES prédisent significativement le maintien en emploi une fois que la personne aura réintégré son poste. D'ailleurs, ce n'était pas non plus l'objectif de cette étude. Aussi, dans la mesure où l'intervenant envisage d'utiliser l'ORTESES dans un devis à mesures répétées, cet outil pourrait être utile pour évaluer si des obstacles au RAT ayant disparu lors du RAT peuvent réapparaître plusieurs mois après, et ainsi intervenir au besoin.

Troisièmement, étant donné que l'échantillon TMS se composait de 80 % de personnes en phase chronique, c'est-à-dire dont l'absence du travail datait de plus de 3 mois, il faut se montrer prudents sur le plan de la généralisabilité des résultats aux populations en phases aiguë et subaiguë, même si ce facteur (durée de l'absence) a été intégré à titre de variable *contrôle* dans les régressions logistiques. Par ailleurs, plusieurs auteurs mentionnent qu'il faut prendre en compte le lien entre la phase de chronicité et le type de facteur pour prédire le RAT (Dasinger et coll., 2000; Krause et coll., 2001a; Oleinick et coll., 1996). La durée d'absence ayant un impact significatif sur le développement de l'incapacité au travail prolongée (Waddell et coll., 2003), il semble que les facteurs cliniques tels que la sévérité de la blessure soient plus importants durant la phase aiguë mais que les phases subaiguës et chroniques soient quant à elle davantage influencées par des facteurs de types psychosocial et occupationnel (Dasinger et coll., 2000; Krause et coll., 2001a). Or, le fait que plusieurs dimensions de l'ORTESES concernent des

aspects qui dépassent le strict cadre biomédical, en évaluant par exemple la qualité des relations avec les collègues, va exactement dans le sens de la thèse des auteurs susmentionnés.

Quatrièmement, puisque les obstacles listés dans le questionnaire portent sur le milieu de travail que la personne en congé de maladie connaît, il s'ensuit que les personnes ne prévoyant pas retourner dans le même milieu, mais souhaitant éventuellement retourner sur le marché du travail, auront peut-être une certaine difficulté à répondre à l'ORTESES (p. ex. les exigences du poste de travail sont difficiles à appréhender). Par conséquent, la capacité prédictive de l'outil n'inclut pas les personnes qui auront réussi leur retour au travail dans une autre entreprise, une stratégie qui, dans certaines circonstances et pour certaines personnes, peut être préférable à un retour à l'ancien poste (Ekberg et coll., 2011). En effet, des personnes ont déclaré lors de l'entrevue téléphonique six mois plus tard qu'elles ne seraient probablement pas retournées au travail si elles n'avaient pas décidé en cours de route de changer d'emploi.

6. CONCLUSION

Pour combler une lacune de la littérature et des milieux de la réadaptation au travail, l'objectif de cette étude prospective était de valider l'outil intitulé « *Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter* » (ORTESES). Validé auprès de personnes aux prises avec un trouble mental courant (TMC) ou avec un trouble musculosquelettique (TMS) en processus de retour au travail, l'ORTESES permet d'explorer un large spectre de 46 obstacles au RAT répartis sur 10 dimensions conceptuelles : (1) appréhension d'une rechute, (2) difficultés cognitives, (3) difficultés liées aux médicaments, (4) exigences du poste de travail, (5) sentiment d'injustice organisationnelle, (6) relation difficile avec le supérieur immédiat, (7) relations difficiles avec les collègues, (8) relations difficiles avec la compagnie d'assurance, (9) conciliation famille-travail difficile, (10) perte de motivation à retourner au travail. Plusieurs dimensions de l'ORTESES (#1, #2, #4, #5, #6) permettent également de prédire le RAT du participant six mois après qu'il ait complété l'outil. Selon la nature de la dimension, parfois la notion d'obstacles ou celle de sentiment d'efficacité s'avère plus saillante pour prédire le RAT. La dimension « exigences du poste de travail » devrait être évaluée avec précaution en fonction de la problématique de santé (TMC ou TMC). Les obstacles évalués et arrimés à une mesure de sentiment d'efficacité pour les surmonter sont des facteurs biopsychosociaux appartenant aux différents systèmes du paradigme de l'incapacité au travail. D'un point de vue clinique, l'ORTESES s'avère pertinent à utiliser pour au moins quatre raisons. **Premièrement**, il mesure systématiquement à la fois la perception d'obstacles *ET* le sentiment d'efficacité pour les surmonter, une première dans la littérature. **Deuxièmement**, les dix dimensions de l'ORTESES sont transversales aux deux populations à l'étude (TMC et TMS), ce qui facilite la tâche de l'intervenant qui doit souvent travailler avec diverses clientèles ayant un trouble mental ou physique. **Troisièmement**, cinq dimensions sur dix sont reliées significativement au retour au travail, ce qui indique que le clinicien pourrait accorder une attention particulière à ces dimensions, notamment celle relative aux exigences du poste de travail. **Quatrièmement**, l'ORTESES permet aux personnes de réfléchir sur des dimensions qu'elles n'avaient pas explorées par elles-mêmes auparavant, ce qui peut avoir pour effet d'augmenter leur capacité d'agir et de travailler sur leur sentiment d'efficacité dans le temps. Si l'ORTESES constitue un outil précieux à ajouter au coffre des cliniciens, des études futures devront maintenant être menées afin de s'attaquer à la « suite logique » de l'ORTESES, à savoir la problématique du maintien en emploi une fois le retour effectué. En effet, comme la personne qui réintègre son poste de travail après une absence prolongée est à risque de rechuter, il importe d'identifier et d'approfondir notre compréhension des facteurs modifiables reliés au retour *durable en santé*, et d'agir sur eux tout au long des premiers mois du retour.

BIBLIOGRAPHIE

- Andersen MF, Nielsen KM & Brinkmann S (2012) Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Educ Psychol Meas* 38:93-104.
- Bandura A (1995) Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 26:179-190.
- (1993) Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ Psychol* 28:117-148.
- (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84:191.
- Bartlett MS (1954) A note on the multiplying factors for various χ^2 approximations. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)*:296-298.
- Bentler PM (1995) *EQS structural equations program manual*. Encino CA: Multivariate Software.
- Berquin A (2010) Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Médecine du sport* 258:1511-1513.
- Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J & Macdonald E (2008) A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil* 18:27-34.
- Bollen KA (2014) *Structural equations with latent variables*. John Wiley & Sons.
- Boot CR, Hogg-Johnson S, Bültmann U, Amick III BC & van der Beek AJ (2014) Differences in predictors for return to work following musculoskeletal injury between workers with and without somatic comorbidities. *Int Arch Occup Environ Health* 87:871-879.
- Briand C, Durand M-J, St-Arnaud L & Corbière M (2007) Work and mental health: learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International journal of law and psychiatry* 30:444-457.
- Brouwer S, Amick III BC, Lee H, Franche R-L & Hogg-Johnson S (2015) The Predictive Validity of the Return-to-Work Self-Efficacy Scale for Return-to-Work Outcomes in Claimants with Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil* 25:1-8.
- Brouwer S, Franche R-L, Hogg-Johnson S, Lee H, Krause N & Shaw WS (2011) Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 21:244-258.

Brouwer S, Krol B, Reneman MF, Bültmann U, Franche R-L, van der Klink JJ & Groothoff JW (2009) Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. *J Occup Rehabil* 19:166-174.

Brouwers EP, Terluin B, Tiemens BG & Verhaak PF (2009) Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *J Occup Rehabil* 19:323-332.

Bryant FB & Yarnold PR (1995) Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds), *Reading and understanding multivariate statistics*, pp 99-136). Washington DC: American Psychological Association. .

Burley K (1989) Work-family conflict and marital adjustment in dual career couples: A comparison of three time models., Vol Unpublished doctoral dissertation). Claremont, CA: Claremont Graduate School.

Burton A, Waddell G, Bartys S & Main C (2003) Screening to identify people at risk of long-term incapacity: a conceptual and scientific review. *Disability Medicine* 3:72-83.

Busch H, Göransson S & Melin B (2007) Self-Efficacy Beliefs Predict Sustained Long-Term Sick Absenteeism in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Pract* 7:234-240.

Byrne BM (1989) *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New-York: Springer-Verlag.

Chou C-P & Bentler PM (1995) Estimates and tests in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*, pp 37-55). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Corbière M (2014) Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires : Illustration à l'aide de données recueillies sur l'estime de soi en tant que travailleur. In M. Corbière & N. Larivière (Eds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, pp 517-546). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Corbière M & Durand M-J (2011) *Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions*. Presses de l'Université du Québec.

Corbière M & Fraccaroli F (2014) La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure : des exemples en santé mentale et travail. In M. Corbière & N. Larivière (Eds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, pp 577-624). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Corbière M, Mercier C & Lesage A (2004) Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness. *J Career Assess* 12:460-478.

Corbière M, Negrini A & Dewa CS (2013) Mental health problems and mental disorders: Linked determinants to work participation and work functioning. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*, pp 267-288). New York: Springer Science+Business Media.

Corbière M, Zaniboni S, Coutu M-F, Franche R-L, Guzman J, Dawson K & Yassi A (2011) Evaluation of the fear-avoidance model with health care workers experiencing acute/subacute pain. *Pain* 152:2543-2548.

Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW & Brouwer S (2011) Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil* 21:259-74.

Coutu M-F, Nastasia I, Durand M-J, Corbière M, Loisel P, Lemieux P, Labrecque M-E & Pettigrew S (2011) Une approche systématique d'identification des déterminants de l'incapacité liés au travail et à la santé psychologique dans un secteur ciblé. *Rapports scientifiques*, pp 73). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

Crook J, Milner R, Schultz IZ & Stringer B (2002) Determinants of occupational disability following a low back injury: a critical review of the literature. *J Occup Rehabil* 12:277-295.

Dasinger LK, Krause N, Deegan LJ, Brand RJ & Rudolph L (2000) Physical Workplace Factors and Return to Work After Compensated Low Back Injury:: A Disability Phase-Specific Analysis. *J Occup Env Med* 42:323-333.

de Vries G, Hees HL, Koeter MWJ, Lagerveld SE & Schene AH (2014) Perceived Impeding Factors for Return-to-Work after Long-Term Sickness Absence Due to Major Depressive Disorder: A Concept Mapping Approach. *PLoS ONE* 9:e85038.

Dekkers-Sánchez PM, Hoving JL, Sluiter JK & Frings-Dresen MH (2008) Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *J Occup Environ Med* 65:153-157.

DeVellis RF (2001) *Scale Development: Theory and Applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Dewa CS, Chau N & Dermer S (2010) Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population. *J Occup Env Med* 52:758-762.

Dionne CE, Bourbonnais R, Frémont P, Rossignol M, Stock SR & Larocque I (2005) A clinical return-to-work rule for patients with back pain. *CMAJ* 172:1559-1567.

Durand M-J, Corbière M, Briand C, Coutu M-F, St-Arnaud L & Charpentier N (2011) Les facteurs reliés aux absences prolongées du travail en raison d'un trouble mental transitoire : développement d'un outil de mesure. *Rapports scientifiques*, pp 49). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

Durand M-J & Hong QN (2013) Tools for Assessing Work Disability. In P. Loisel & J. Anema (Eds), *Handbook of Work Disability : Prevention and Management* (1 ed, pp 229-254). New York: Springer-Verlag New York.

Durand M-J, Loisel P, Hong QN & Charpentier N (2002) Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *J Occup Rehabil* 12:191-204.

Durand M, Nastasai I, Coutu M & Bernier M (2016) Practices of Return-to-Work Coordinators Working in Large Organizations. *J Occup Rehabil*.

Ebrahim S, Malachowski C, Kamal El Din M, Mulla SM, Montoya L, Bance S & Busse JW (2015) Measures of patients' expectations about recovery: a systematic review. *J Occup Rehabil* 25:240-55.

Ekberg K, Wåhlin C, Persson J, Bernfort L & Öberg B (2011) Is Mobility in the Labor Market a Solution to Sustainable Return to Work for Some Sick Listed Persons? *J Occup Rehabil* 21:355-65.

Engel GL (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 137:535-44.

— (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196:129-36.

Felix A, Kane, M., M. C & Lesage A (2014) La cartographie de concepts : une représentation visuelle et spatiale pour décrire les ressources résidentielles en santé mentale. In M. Corbière & N. Larivière (Eds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, pp 547-576). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Foreman P, Murphy G & Swerissen H (2006) Barriers and facilitators to return to work: a literature review.). La Trobe University, Melbourne: Australian Institute for Primary Care.

Franche R-L & Krause N (2002) Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil* 12:233-256.

Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D & Cole D (1998) Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope--if we can just get all the players onside. *CMAJ* 158:1625-31.

Frank JW, Brooker A-S, DeMaio SE, Kerr MS, Maetzel A, Shannon HS, Sullivan TJ, Norman RW & Wells RP (1996) Disability resulting from occupational low back pain: Part II: What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. *Spine* 21:2918-2929.

Gatchel RJ, Polatin PB & Kinney RK (1995) Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: a prospective analysis. *Health psychology* 14:415.

Gili M, Vicens C, Roca M, Andersen P & McMillan D (2015) Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review. *Prev Med* 76:3.

Gorsuch RL (1983) *Factor Analysis*. Hillsdale: Erlbaum.

Gray H, Adefolarin AT & Howe TE (2011) A systematic review of instruments for the assessment of work-related psychosocial factors (Blue Flags) in individuals with non-specific low back pain. *Man Ther* 16:531-543.

Gross DP & Battie MC (2005) Work-related recovery expectations and the prognosis of chronic low back pain within a workers' compensation setting. *J Occup Env Med* 47:428-433.

Gushue GV, Clarke CP, Pantzer KM & Scanlan KR (2006) Self-efficacy, perceptions of barriers, vocational identity, and the career exploration behavior of Latino/a high school students. *Career Dev Q* 54:307-317.

Hackett G & Byars AM (1996) Social cognitive theory and the career development of African American women. *Career Dev Q* 44:322.

Hartvigsen J, Lings S, Leboeuf-Yde C & Bakketeig L (2004) Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. *J Occup Environ Med* 61:e2-e2.

Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S & Bombardier C (2009) Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results: guidance for future prognosis reviews. *J Clin Epidemiol* 62:781-796.e1.

Hees HL, Koeter MW & Schene AH (2013) Longitudinal relationship between depressive symptoms and work outcomes in clinically treated patients with long-term sickness absence related to major depressive disorder. *J Affect Disord* 148:272-7.

Heijbel B, Josephson M, Jensen I, Stark S & Vingard E (2006) Return to work expectation predicts work in chronic musculoskeletal and behavioral health disorders: prospective study with clinical implications. *J Occup Rehabil* 16:173-84.

Higgins C, Duxbury L & Lyons S (2008) *Reducing Work-Life Conflict: What Works? What Doesn't?*, pp 325). Ottawa: Health Canada.

Hofmann R (1995) Establishing factor validity using variable reduction in confirmatory factor analysis. *Educ Psychol Meas* 55:572-582.

Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW & Bouter LM (2000) Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 25:2114-2125.

Houliort N & Laurent F-A (2014) Les régressions linéaires et logistiques : illustration de la prédiction de l'anxiété chez les enseignants. In M. Corbière & N. Larivière (Eds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, pp 421-444). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Iles RA, Davidson M & Taylor NF (2008) Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *J Occup Environ Med* 65:507-517.

Jöreskog KG & Sörbom D (1993) *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Scientific Software International.

Kane M & Trochim WM (2007) *Concept mapping for planning and evaluation*. Thousand Oaks: Sage.

Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P & Amick B (1998) The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 3:322-55.

Koopmans PC, Bültmann U, Roelen CA, Hoedeman R, van der Klink JJ & Groothoff JW (2011) Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health* 84:193-201.

Koopmanschap M, Burdorf A & Lötters F (2013) Work Absenteeism and Productivity Loss at Work. In P. Loisel & J. Anema (Eds), *Handbook of Work Disability : Prevention and Management* (1 ed, pp 31-42). New York: Springer-Verlag New York.

Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Rudolph L & Brand RJ (2001a) Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine* 40:374-392.

Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan TJ & Sinclair SJ (2001b) Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American journal of industrial medicine* 40:464-484.

Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A & Borg V (2005) The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health* 31:438-49.

Lagerveld S, Bültmann U, Franche R, Van Dijk F, Vlasveld M, Van der Feltz-Cornelis C, Bruinvels D, Huijs J, Blonk R & Van der Klink J (2010a) Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil* 20:275-292.

Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V & Schaufeli WB (2010b) Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work Stress* 24:359-375.

- Laisné F, Lecomte C & Corbière M (2012) Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature (corrected and republished). *Disabil Rehabil* 34:1912-1941.
- Lebeau M, Duguay P & Boucher A (2013) Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007. *Études et recherches/Rapport R-769, Montréal, IRSST*.
- Lee H, Hubscher M, Moseley GL, Kamper SJ, Traeger AC, Mansell G & McAuley JH (2015) How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain* 156:988-97.
- Lemieux P, Durand M-J & Hong QN (2011) Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil* 21:293-303.
- Loisel P & Anema J (2013) *Handbook of Work Disability : Prevention and Management*. New York: Springer-Verlag.
- Loisel P & Côté P (2013) The Work Disability Paradigm and Its Public Health Implications. In P. Loisel & J. Anema (Eds), *Handbook of Work Disability : Prevention and Management* (1 ed, pp 59-70). New York: Springer-Verlag New York.
- Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vezina N, Baril R, Gagnon D, Lariviere C & Tremblay C (2001) Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain. *Dis Manag Health Out* 9:351-360.
- Løvrvik C, Shaw W, Øverland S & Reme SE (2014) Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ open* 4:e004321.
- Lyles CM, Kay LS, Crepez N, Herbst JH, Passin WF, Kim AS, Rama SM, Thadiparthi S, DeLuca JB & Mullins MM (2007) Best-evidence interventions: findings from a systematic review of HIV behavioral interventions for US populations at high risk, 2000-2004. *American journal of public health* 97:133-143.
- Marhold C, Linton SJ & Melin L (2002) Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *J Occup Rehabil* 12:65-75.
- Mosey AC (1974) An alternative: the biopsychosocial model. *American Journal of Occupational Therapy* 28:137-40.
- Mueller RO (1996) *Basic principles of structural equation modeling: An introduction to LISREL and EQS*. New-York: Springer-Verlag.
- Nachemson A (1999) Back pain: delimiting the problem in the next millennium. *International Journal of Law and Psychiatry* 22:473-90.

Negrini A, Corbière M, St-Arnaud L, Durand M-J, Coutu M-F, Lecomte T & Berbiche D (2014) The key role of the immediate supervisor regarding the return to work of employees with depression: The importance of a work accommodation plan. *3rd WDPI Conference*. Toronto.

Netterstrøm B, Eller NH, Borritz M & Bakke B (2015) Prognostic Factors of Returning to Work after Sick Leave due to Work-Related Common Mental Disorders: A One-and Three-Year Follow-Up Study. *Biomed Res Int* 2015.

Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ & Main CJ (2011) Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther* 91:737-53.

Nieuwenhuijsen K, Verbeek J, De Boer A, Blonk R & Van Dijk F (2004) Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *J Occup Environ Med* 61:817-823.

Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW & van Dijk FJ (2006) Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health* 32:67-74.

Norrby E & Linddahl I (2006) Reliability of the instrument DOA: dialogue about ability related to work. *Work* 26:131-9.

Oleinick A, Gluck JV & Guire KE (1996) Factors affecting first return to work following a compensable occupational back injury. *American Journal of Industrial Medicine* 30:540-555.

Olsen IB, Øverland S, Reme SE & Løvvik C (2015) Exploring Work-Related Causal Attributions of Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil* 25:493-505.

Organisation internationale du travail (OIT) (2013) La prévention des maladies professionnelles : 2 millions de travailleurs tués chaque année. *Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail*:17.

Øyeflaten I, Lie SA, Ihlebæk CM & Eriksen HR (2014) Prognostic factors for return to work, sickness benefits, and transitions between these states: a 4-year follow-up after work-related rehabilitation. *J Occup Rehabil* 24:199-212.

Pelissier C, Fontana L & Chauvin F (2014) Factors influencing return to work after illness in France. *Occup Med (Lond)* 64:56-63.

Pincus T, Kent P, Bronfort G, Loisel P, Pransky G & Hartvigsen J (2013) Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain—is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. *Spine* 38:2118-2123.

S. Shaw GP, Terence E. Fitzgerald, William (2001) Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers. *Disability & Rehabilitation* 23:815-828.

- Shaw WS, Kristman VL & Vézina N (2013) Workplace issues. In P. Loisel & J. Anema (Eds), *Handbook of Work Disability : Prevention and Management* (1 ed, pp 163-182). New York: Springer-Verlag New York.
- Shaw WS, Main CJ & Johnston V (2011) Addressing occupational factors in the management of low back pain: implications for physical therapist practice. *Phys Ther* 91:777-789.
- Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P & Linton SJ (2009) Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *J Occup Rehabil* 19:64-80.
- Squires H, Rick J, Carroll C & Hillage J (2012) Cost-effectiveness of interventions to return employees to work following long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Journal of Public Health* 34:115-124.
- St-Arnaud L & Corbière M (2011) Déterminants de la réintégration en emploi et du retour au travail en santé mentale. In M. Corbière & M.-J. Durand (Eds), *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions*, pp 137-166). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- St-Arnaud L, Saint-Jean M & Damasse J (2006) Towards an Enhanced Understanding of Factors Involved in the Return-to-Work Process of Employees Absent Due to Mental Health Problems. *Canadian Journal of Community Mental Health* 25:303-315.
- Steenstra IA, W. Busse J & Hogg-Johnson S (2013) Predicting Return to Work for Workers with Low-Back Pain. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*, pp 255-266). New York: Springer Science+Business Media.
- Sterrett EA (1998) Use of a Job Club to Increase Self-Efficacy: A Case Study of Return to Work. *Journal of Employment Counseling* 35:69-78.
- Streiner DL & Normand GR (2008) *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*. Oxford: Oxford University Press.
- Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ & Pransky G (2005) Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *J Occup Rehabil* 15:475-489.
- Tabachnick BG & Fidell LS (2007) *Using multivariate statistics*. Londres: Allyn et Bacon.
- (2001) *Using multivariate statistics*. Needham Heights: Allyn et Bacon.
- Thompson B (2004) *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Truchon M & Fillion L (2000) Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies : une recension des écrits. *Rapports scientifiques*, pp 46). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

Vallerand RJ (1989) Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne* 30:662-689.

Veloza CA, Kielhofner G, Gern A, Lin F-L, Azhar F, Lai J-S & Fisher G (1999) Worker Role Interview: Toward validation of a psychosocial work-related measure. *J Occup Rehabil* 9:153-168.

Vézina M, Theorell T & Brisson C (2015) Le stress professionnel : approche épidémiologique In A. Thébaud-Mony, P. Davezies, R. Vogel et al (Eds), *Les risques du travail: Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, pp 316-325). Éditions La Découverte.

Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U, Beekman ATF, van Mechelen W, Hoedeman R & Anema JR (2012) Predicting Return to Work in Workers with All-Cause Sickness Absence Greater than 4 Weeks: A Prospective Cohort Study. *J Occup Rehabil* 22:118-126.

Vooijs M, Leensen MC, Hoving JL, Daams JG, Wind H & Frings-Dresen MH (2015) Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 88:1015-29.

Waddell G (1992) Biopsychosocial analysis of low back pain. *Baillière's clinical rheumatology* 6:523-557.

— (2006) Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin* 77:55-69.

Waddell G, Burton AK & Main CJ (2003) *Screening to identify people at risk of long term incapacity for work: a conceptual and scientific review*. London: Royal Society of Medicine Press Limited.

Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D & Main CJ (1993) A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 52:157-168.

Wertli MM, Burgstaller JM, Weiser S, Steurer J, Kofmehl R & Held U (2014a) Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine* 39:263-273.

Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM & Brunner F (2014b) Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *Spine J* 14:2658-2678.

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

Zawieja P (2015) *Le burn out* Paris: Presses universitaires de France.

Zawieja P, Guarnieri F, Alaluf M, Albert É, Althaus V, Amoura C, Amsellem-Mainguy Y, Ancelin-Bourguignon A, Arborio A-M & Arnaud G (2014) *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris: Seuil.