

Élaboration du contenu d'un site Web portant sur l'incapacité et le retour au travail

Christian Larivière
Iuliana Nastasia
Marc Corbière
Manon Truchon
Daniel Côté
Annie Mathieu
Clermont Dionne
Andrea Gagnano
Patrizia Villotti
Alessia Negrini
André Bussièrès
Marc-Antoine Busque
Martin Lebeau
Marie-France Coutu

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1083-fr

NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

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

Mission

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

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

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

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

Pour en savoir plus

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN 978-2-89797-163-2 (PDF)

© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail, 2021

IRSST - Direction des communications, de la veille
et de la mobilisation des connaissances
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

Élaboration du contenu d'un site Web portant sur l'incapacité et le retour au travail

Auteurs

Christian Larivière¹, Iuliana Nastasia¹,
Marc Corbière², Manon Truchon³,
Daniel Côté¹, Annie Mathieu¹,
Clermont Dionne³, Andrea Gragnano²,
Patrizia Villotti², Alessia Negrini¹,
André Bussièrès⁴, Marc-Antoine Busque¹,
Martin Lebeau¹, Marie-France Coutu⁵

¹ IRSST

² Université du Québec à Montréal (UQAM) et
Centre de recherche de l'Institut universitaire
en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM)

³ Université Laval

⁴ Université McGill

⁵ Université de Sherbrooke

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1083-fr



Avis de non-responsabilité

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

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

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

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



ÉVALUATION PAR DES PAIRS

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

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) d'avoir accordé un premier soutien financier à l'équipe de chercheurs afin de développer les idées et préparer la demande de fonds à l'IRSST.

Nous remercions l'IRSST d'avoir fait confiance à cette grande équipe et d'avoir soutenu cette initiative tout au long du processus de développement du contenu.

Plusieurs membres de l'équipe ne sont pas identifiés dans la longue liste de coauteurs et collaborateurs en page couverture. Nous tenons d'abord à remercier Louise Sutton et Édith Vinet qui, à tour de rôle, ont établi et entretenu les liens avec nos partenaires sociaux (collaborateurs), ont organisé les rencontres avec eux et qui se sont assurés que leurs requêtes soient bien comprises et considérées par l'équipe de recherche.

Le comité de suivi du projet, composé de 12 partenaires sociaux, a représenté une pierre angulaire de ce projet. En effet, ce comité de suivi était beaucoup plus exigeant que ce qui est généralement demandé dans les projets de l'IRSST, car l'intégralité du contenu devait être révisée avec rigueur et commentée, le cas échéant. Ce comité était formé de quatre groupes de parties prenantes du retour au travail, chacun représenté par trois personnes. Certaines personnes ont été remplacées au cours du projet, ce qui explique que deux ou trois personnes ont parfois représenté leur organisation, à tour de rôle. Voici donc ces personnes et organisations que nous tenons à remercier:

Représentants des assureurs :

- Daniel Dufour, conseiller principal en gestion et prévention des invalidités, Desjardins Assurances
- Sandra Jackson, gestionnaire - Gestion de la Santé et Renée Lachance, conseillère en gestion de la santé, Financière Sunlife
- Michelle Morin, conseillère stratégique et adjointe à la Direction générale de l'indemnisation et de la réadaptation et Geneviève Viau, conseillère en développement des compétences, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)

Représentants des employeurs :

- Sophie Gauthier, Stéphanie Garceau et Sonia Bickley, conseillères santé II, Hydro-Québec
- Patricia Lefebvre, directrice, Service juridique et Service de santé et sécurité du travail et Gabrièle Martin, conseillère en prévention et sécurité au travail (CRHA), Association québécoise des centres de la petite enfance (AQCPE)
- Dominic Veillette, directeur – Gestion et indemnisation SST, Association des professionnels de la construction et de l'habitation du Québec (APCHQ)

Représentants des syndicats (et travailleurs) :

- Denise Cameron, conseillère syndicale - Service de la santé et de la sécurité du travail, Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)
- Mélanie Baril et Maatthew Gapmann, conseillers SST, Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

- Patricia Richard, conseillère syndicale spécialisée en ergonomie, Confédération des syndicats nationaux (CSN)

Représentants des professionnels de la santé :

- Philippe Boudreau, coordonnateur et inspection professionnelle, Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)
- Julie Larivière, coordonnatrice clinique, Programme de Réadaptation au Travail, CIUSSS Centre-Sud de l'Île-de-Montréal, site Lucie-Bruneau
- Sylvie Verrette, médecin-conseil, CNESST

Nous tenons à reconnaître le soutien de Marie-José Durand qui, à certains moments, nous a épaulés au sujet de certaines questions.

Finalement, nous reconnaissons la grande quantité de travail réalisé par les agents de recherche qui ont soutenu les chercheurs responsables de différents contenus et sous-équipes de travail :

1. Annabelle Beauvais-St-Pierre, candidate au doctorat
2. Julie Chabot, candidate au doctorat
3. Andrée-Anne Guenette, candidate au doctorat
4. Jean-Philippe Lachance, candidat au doctorat
5. Scarlett Olivares-Fontaine, baccalauréat
6. Marie-Andrée Richard, baccalauréat
7. Sarah-Jeanne Viau, candidate au doctorat

SOMMAIRE

Le corpus de connaissances portant sur l'incapacité au travail est exhaustif et ne cesse de croître. Toutefois, l'appropriation des connaissances par les différents acteurs de la réadaptation et du retour au travail (RT) n'est pas optimale. Une étape essentielle pour faciliter le transfert de ces connaissances est l'accès rapide à de l'information probante et pertinente, centralisée par l'intermédiaire d'un site Web. À notre connaissance, aucune ressource électronique de ce type n'est accessible, sans frais, aux acteurs du Québec. Afin de pallier cette lacune, cette initiative vise à rassembler l'information scientifiquement valide (données probantes) sur l'incapacité au travail et le RT sain et durable. L'auditoire cible est composé de différents acteurs de la réadaptation et du RT, soit les membres des milieux de travail, incluant les travailleurs et leur représentant syndical, les professionnels en réadaptation au travail (p. ex. : cliniciens, ergonomes) et les assureurs. La perspective adoptée est celle de l'organisation (entreprise), dans le sens que seules les meilleures pratiques qui impliquent le milieu de travail seront décrites. Les problèmes de santé pris en compte sont des problèmes de santé qui peuvent être associés au travail, soit les troubles musculosquelettiques (TMS) et les troubles mentaux courants (TMC).

Cette initiative est réalisée en deux temps, soit l'élaboration de son contenu (présente activité de recherche) et dans un deuxième temps, sa traduction en anglais et sa mise en forme sur un site Web (future activité de valorisation). Dans un premier temps, l'objectif de la présente activité était donc d'élaborer le contenu d'un futur site Web portant sur l'incapacité et le RT, soit un contenu constitué d'une information pertinente, probante, synthétique et vulgarisée. Ce contenu, qui ne sera révélé que lors de sa mise en ligne, est présenté dans un document complémentaire à ce rapport et est intitulé « Contenu d'un site Web portant sur l'incapacité et le retour au travail ». Ce sommaire fait état des méthodologies détaillées qui ont été utilisées pour développer les différents contenus, ainsi que certains résultats trop détaillés pour être sur le site Web. Le présent rapport de recherche servira de document de référence pour les utilisateurs du site Web qui voudront en savoir plus que ce qui est brièvement expliqué sur le site.

Une approche collaborative a été utilisée tout au long de l'étude impliquant des chercheurs et de nombreux partenaires sociaux. Pour faciliter le bon déroulement de l'étude, une structure de gouvernance a été mise de l'avant. Les expertises scientifiques, le paritarisme ainsi que la représentativité de différents acteurs du RT ont été les critères utilisés pour former les structures (comités) et les mécanismes de fonctionnement nécessaires au développement de différentes sections du site Web. Ainsi, différents comités ont été mis à contribution : un comité de coordination; un comité scientifique constitué de 10 chercheurs; un comité de suivi constitué de 12 partenaires sociaux et un comité de soutien scientifique composé de plusieurs professionnels de l'IRSST, d'étudiants postdoctoraux et d'agents de recherche.

Quatre sections ont été développées, dont voici les objectifs, les méthodologies et éléments de contenu en question (résultats) :

Section I – Impacts de l'incapacité au travail

L'objectif était de sensibiliser les utilisateurs à la prévention de l'incapacité au travail et à l'importance d'y consacrer des efforts et des ressources. Cette section comprend un volet épidémiologique, un volet économique et un volet portant sur les travailleurs et leur entourage. **Le volet épidémiologique** s'appuie sur une démarche méthodologique en entonnoir de manière à couvrir les volets international, national (Canada) et provincial (Québec). L'extraction des données a été réalisée sur des sources d'information produites de façon récurrente (enquêtes, rapports statistiques), facilitant la pérennisation du site Web. L'estimation de l'**impact économique** n'a été réalisée que pour le Québec. Cette estimation est basée sur une méthodologie développée par l'IRSSST et qui tient compte à la fois des coûts financiers et des coûts humains engendrés par les lésions professionnelles. **Les impacts sur le travailleur** (personnels, relationnels et organisationnels) ont été documentés à partir d'une synthèse qui a été mise à jour avec une recension d'écrits de type « overview ».

Section II – L'incapacité au travail : déterminants et acteurs impliqués

L'objectif était de fournir aux acteurs du RT une définition et un cadre de référence favorisant la compréhension de l'incapacité au travail et l'adoption d'un langage commun. Un cadre conceptuel a été sélectionné afin de définir le champ de l'incapacité au travail, et de décliner toutes ses composantes ainsi que les acteurs impliqués.

Section III – Facteurs modifiables qui influencent l'incapacité au travail et outils pour les mesurer

L'objectif était de connaître et mesurer les principaux facteurs modifiables susceptibles d'influencer la durée d'absence ou le RT afin de mieux orienter l'intervention en réadaptation. Pour ce faire, une revue de portée suivant une démarche en cinq étapes a permis de cibler 112 études prospectives publiées entre 1997 et 2017 (20 ans). Les facteurs ont été classés en trois catégories, soit ceux en lien avec l'entreprise (facteurs organisationnels), avec le travailleur (facteurs personnels) et sa propre santé (facteurs de santé). Ensuite, ils ont été qualifiés de « limités », « modérés », « forts », « inconsistants » ou « insuffisants » selon la quantité, c'est-à-dire le nombre d'études, et la consistance des effets (négatifs, positifs ou nuls). Seuls les facteurs avec niveau de preuve « modérés » et « forts » ont été recommandés, ont fait l'objet d'une courte et longue définition et ont été documentés en termes d'outils pour leur mesure. Lorsque possible, trois outils ont été décrits pour chaque facteur. La valeur globale de chaque outil a été qualifiée avec un nombre d'étoiles [1 étoile (★), 2 étoiles (★★) ou 3 étoiles (★★★)] représentant un jeu de compromis entre leurs valeurs scientifique et pratique pour les acteurs du RT. Une fiche descriptive ainsi que l'outil lui-même ont été préparés pour les utilisateurs.

Section IV – Processus, interventions et pratiques pour un RT sain et durable

L'objectif était de guider les acteurs et l'organisation dans la réalisation d'un RT sain et durable des travailleurs. L'extraction des données scientifiques et empiriques s'est faite à partir de deux revues de revues, de même que de guides de pratique et de revues systématiques récentes. Ces revues, publiées entre 2000 et 2012, devaient mesurer l'effet des interventions ou programmes sur le RT des travailleurs avec TMS ou TMC. Ces interventions devaient avoir au moins une composante en milieu de travail. Une évaluation de la qualité a été réalisée par deux experts indépendants. L'information a été classée en trois grandes parties, en débutant avec le processus de RT dans son ensemble (principes généraux, activités essentielles, approches). Les interventions cliniques et non cliniques les plus efficaces ont ensuite été relevées. Finalement, les données empiriques ont servi à décrire les pratiques de RT ou de SST à considérer par l'organisation, notamment en ce qui a trait au développement des politiques, procédures et stratégies organisationnelles et aux aménagements à réaliser dans le milieu de travail par les acteurs concernés.

Le contenu développé dans ce projet pourra être inclus dans un site Web pour fournir aux acteurs québécois en matière de RT une source d'information crédible, à jour, pour favoriser l'adoption de meilleures pratiques dans les processus de prévention de l'incapacité au travail et promotion du RT sain et durable.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	xi
1. INTRODUCTION	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
2.1 Ampleur des problématiques menant à l'incapacité au travail	3
2.2 Cadre conceptuel du projet en transfert des connaissances	4
3. ÉVALUATION PRÉALABLE DES BESOINS PRESENTIS DES UTILISATEURS POTENTIELS D'UN SITE WEB PORTANT SUR L'INCAPACITÉ ET LE RT	9
3.1 Sondage lors d'un événement en lien avec l'incapacité au travail	9
3.2 Groupes de discussion focalisés	14
4. OBJECTIFS	15
5. MÉTHODOLOGIE	17
5.1 Section 1 - Impacts de l'incapacité au travail	18
5.1.1 Données épidémiologiques	18
5.1.2 Impact économique	18
5.1.3 Impacts sur le travailleur	18
5.2 Section 2 – L'incapacité au travail : déterminants et acteurs impliqués	20
5.3 Section 3 - Facteurs modifiables qui influencent l'incapacité au travail et outils pour les mesurer	21
5.3.1 Facteurs modifiables qui influencent positivement/négativement la durée d'absence et le RT	22
5.3.2 Outils de mesure	30
5.4 Section 4 - Processus, interventions et pratiques pour un retour au travail sain et durable.....	32
6. RÉSULTATS	35
6.1 Entrée sur le site Web.....	37
6.1.1 Contenu de la page d'accueil du site Web	37
6.2 Section 1 – Impacts de l'incapacité au travail.....	38
6.2.1 Contenu de la page d'accueil de cette section.....	38

6.3	Section 2 – L'incapacité au travail : déterminants et acteurs impliqués	39
6.3.1	Contenu de la page d'accueil de cette section.....	39
6.3.2	Information additionnelle sur le contenu de cette section.....	40
6.4	Section 3 – Facteurs modifiables qui influencent l'incapacité au travail et outils pour les mesurer.....	41
6.4.1	Contenu de la page d'accueil de cette section.....	41
6.4.2	Résultats complémentaires liés à la création du contenu de cette section.....	42
6.5	Section 4 - Processus, interventions et pratiques pour un RT sain et durable	74
6.5.1	Contenu de la page d'accueil de cette section.....	74
6.5.2	Résultats complémentaires liés à la création du contenu de cette section.....	75
	BIBLIOGRAPHIE	77
	ANNEXE A : Politique sur les conflits d'intérêts	83
	ANNEXE B : Évaluation des qualités psychométriques des outils de mesure.....	87
	ANNEXE C : Canevas de notation des revues systématiques.....	89

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Les coûts des lésions professionnelles	19
Tableau 2.	Niveau de preuve et leurs critères d'attribution	24
Tableau 3.	Seuils utilisés dans l'étude originale (Gagnano <i>et al.</i> , 2017) et adaptation de ces seuils pour l'exercice fait dans la présente étude.....	24
Tableau 4.	Valeur globale attribuée aux outils de mesure (☆☆☆, ☆☆, ☆) en tenant compte des considérations scientifiques et pratiques.....	31
Tableau 5.	Nombre d'articles associé à chaque catégorie de facteurs pour les TMS et les TMC	44
Tableau 6.	Liste des articles retenus, les problèmes de santé visés (TMS et TMC) et les types de facteurs étudiés (O - organisationnel, P - personnel, S - de santé).....	44
Tableau 7.	Niveau de preuve (fort, modéré, limité, inconsistant, insuffisant) associé aux facteurs ORGANISATIONNELS. Les couleurs indiquent les facteurs avec niveau de preuve fort et modéré (vert), limité (jaune), ou inconsistant et insuffisant (rouge pâle).....	54
Tableau 8.	Niveau de preuve (fort, modéré, limité, inconsistant, insuffisant) associé aux facteurs PERSONNELS. Les couleurs indiquent les facteurs avec niveau de preuve fort et modéré (vert), limité (jaune), ou inconsistant et insuffisant (rouge pâle)	59
Tableau 9.	Niveau de preuve (fort, modéré, limité, inconsistant, insuffisant) associé aux facteurs de SANTÉ. Les couleurs indiquent les facteurs avec niveau de preuve fort et modéré (vert), limité (jaune), ou inconsistant et insuffisant (rouge pâle)	64
Tableau 10.	Résultats de l'évaluation de la qualité des revues	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle « Knowledge-to-Action », adopté par l'Institut de recherche en santé du Canada ou IRSC.	5
Figure 2.	Modèle pour l'organisation des services d'information. Les ressources deviennent plus fiables, pertinentes et intelligibles à mesure que l'on monte dans la pyramide.....	6
Figure 3.	Résultats à la Question 1 intitulée « En tant qu'utilisateur potentiel du site Web, quel groupe vous représente le mieux? ». Le taux de réponse a été de 94 %, soit 108/115 participants.	9
Figure 4.	Résultats à la Question 2 intitulée « Selon vous, est-ce qu'un site internet sur l'incapacité et le retour au travail serait utile pour les clientèles suivantes? ».....	10
Figure 5.	Résultats à la Question 3 intitulée « Quel est votre niveau d'intérêt pour les thématiques proposées ci-dessous? ».	12
Figure 6.	Résultats à la Question 4 intitulée « Parmi les sources d'information proposées ci-dessous, lesquelles vous apparaissent les plus pertinentes à inclure dans un site Web sur l'incapacité et le retour au travail? ».	13
Figure 7.	Résultats à la Question 5 intitulée « Si un tel site Web était disponible, seriez-vous porté à : ... ».	13
Figure 8.	Règles de décision pour synthétiser les évidences	29
Figure 9.	Cadre de référence simplifié de l'incapacité au travail, illustrant les grandes composantes et leur influence mutuelle.	40
Figure 10.	Résultats de la stratégie de recherche.	43

1. INTRODUCTION

L'incapacité au travail est un problème sociétal majeur à travers le monde (Prins, 2013). Au Québec, l'incapacité au travail a généré des coûts globaux annuels moyens de 4,62 milliards de dollars pour la période 2005-2007 (Lebeau, Duguay et Boucher, 2013). Des données de cette nature ont justifié le financement de la recherche en réadaptation au travail depuis l'inauguration de l'IRSST en 1980 et ont su largement justifier, en 2006, la création du champ de recherche en réadaptation au travail, ce qui confirmait le caractère prioritaire de la problématique des incapacités et d'un retour au travail sain et durable.

Le corpus de connaissances portant sur l'incapacité au travail est exhaustif et ne cesse de croître. Toutefois, plusieurs auteurs (Nastasia, Coutu et Tcaciuc, 2014; Pransky, Loisel et Anema, 2011; Shaw, van der Windt, Main, Loisel et Linton, 2009) concluent que l'appropriation des connaissances n'est pas optimale chez les différentes parties prenantes (PP ou acteurs) de la réadaptation et du retour au travail (RT), soit : (1) les travailleurs (2) les acteurs des milieux de travail (p. ex. : employeurs, syndicats, superviseur immédiat, coordonnateur de retour au travail), (3) les professionnels qualifiés (cliniciens, ergonomes) en réadaptation au travail et (4) les assureurs. Malgré des progrès notoires visant à améliorer la santé et la sécurité au travail (STT) au Canada au cours des dernières années, il importe d'accroître la collaboration entre les chercheurs, les décideurs, les professionnels de la santé et les autres acteurs impliqués en prévention primaire, secondaire et tertiaire (Shamian et El-Jardali, 2007).

L'appropriation sous-optimale des connaissances scientifiques par les milieux cliniques a d'importantes conséquences sur la santé publique, incluant un délai prolongé du recouvrement de la santé, un niveau accru d'invalidité et des coûts de santé plus élevés (Grol, 2001; Schuster, McGlynn et Brook, 2005). Bien que ces preuves n'aient pas été produites spécifiquement dans le cadre de l'incapacité et du RT, impliquant les acteurs de l'organisation, du système de santé et de l'assureur, rien ne laisse croire à une situation plus reluisante (Costa-Black, 2013; Fassier, Durand, Caillard, Roquelaure et Loisel, 2015). De nombreuses barrières limitent le transfert des connaissances à divers niveaux (Cochrane *et al.*, 2007; Fassier, Durand et Loisel, 2011), dont : (1) individuel (p. ex. : attitudes et croyances des professionnels de la santé, gestionnaires de soins et patients/travailleurs), (2) organisationnel (p. ex. : structures, ressources, temps, soutien), (3) systèmes de santé (p. ex. : public, assurances/compensation), et (4) la complexité de l'innovation et la qualité/force des évidences (p. ex. : guides de pratique clinique).

Ainsi, il importe de développer des stratégies visant à faciliter le transfert des connaissances. Centraliser des connaissances synthétisées portant sur l'incapacité au travail dans un site Web apparaît comme une étape nécessaire à l'appropriation des connaissances. Dédier le site Web aux différents acteurs de l'incapacité et du RT, provenant de différents domaines/secteurs (p. ex. : clinique, organisation, assureurs), a également le potentiel de faciliter leur collaboration par une meilleure compréhension de différentes perspectives et des cadres de références qui guident leurs actions. Ce RT se veut un processus sain et durable, c.-à-d. respectueux de l'amélioration de l'état de santé du travailleur, qui ne mène pas à l'aggravation de sa blessure ou à des rechutes éventuelles et qui favorise son maintien au travail. À la lumière des recherches bibliographiques réalisées à l'IRSST et de la connaissance des chercheurs de la présente activité de recherche, aucun site sans frais pour les utilisateurs et accessible à tous ne

semble atteindre cet objectif, notamment en ce qui concerne la crédibilité scientifique (démarche méthodologique robuste) et la transparence (conflits d'intérêts) des processus mis en place pour diffuser cette information.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 Ampleur des problématiques menant à l'incapacité au travail

Dans une étude réalisée à l'échelle mondiale par le *Global Burden of Disease* (fardeau mondial de la maladie), des chercheurs ont estimé le fardeau de la maladie en termes de nombre d'années vécues avec de l'incapacité (AVI) temporaire et permanente (GBD, 2016). Il faut savoir que l'incapacité est définie au sens très large, c.-à-d. qui réfère à toute perte de santé à court ou à long terme, autre que le décès. Le concept de santé de l'étude GBD est défini en termes de fonctionnement, qui englobe de multiples domaines de la santé tels que la mobilité, la douleur, l'affect et la cognition.

Toutes les maladies sont d'abord classées en trois grandes familles, soit (1) les maladies transmissibles, maternelles, néonatales et nutritionnelles (2) les maladies non transmissibles et (3) les blessures. Or, il est bien connu qu'au cours du temps, notamment dans les pays développés, les maladies transmissibles et les blessures ont été graduellement réduites. En effet, les maladies non transmissibles représentent maintenant 28 des 30 principales causes d'AVI en 2015 (GBD, 2016). Ceci n'est toutefois pas étranger au vieillissement de la population et à la plus longue espérance de vie, ainsi qu'à la contribution de plusieurs variables associées aux modes de vie de nos sociétés modernes (p. ex. : activité physique, nutrition, stress, sommeil, sur/sous exposition à différentes substances/radiations) (Egger et Dixon, 2014). En effet, le vieillissement est souvent associé à un risque accru de développer des troubles, des maladies (chroniques) et d'autres problèmes de santé, ce qui peut entraîner des limitations fonctionnelles et une incapacité au travail (Prins, 2013). Ainsi, l'absence pour cause de maladie de longue durée est plus fréquente chez les travailleurs âgés.

Parmi les 10 premières causes d'AVI en 2015 chez les adultes (≥ 20 ans) à l'échelle mondiale, quatre sont liées aux troubles musculosquelettiques (TMS) et aux troubles mentaux courants (TMC), à savoir (1) les affections au dos et au cou (1^{er} rang), (2) les autres TMS (8^e rang), (3) les troubles anxieux (9^e rang) et (4) la dépression au 3^e rang (GBD, 2016). Les TMS comprennent affections au dos et au cou (lombalgies, dorsalgies, cervicalgies) et les lésions attribuables au travail répétitif (LATR) des membres supérieurs et inférieurs. En réadaptation, les troubles psychologiques les plus communs sont référés sous le vocable « troubles mentaux courants » ou TMC, comprenant les troubles anxieux, les troubles dépressifs et les troubles liés aux traumatismes et au stress (American Psychiatric Association [APA], 2013). Or, leur classement varie aussi selon l'âge, de sorte que les affections au dos et au cou se classent au premier rang entre 25 et 64 ans et au deuxième entre 65 et 79 ans, tandis que les autres TMS se classent 6^e (20-29 ans), 7^e (30-34 ans), et 5^e (45-69 ans). En ce qui concerne les TMC, les troubles dépressifs se classent au 1^{er} (20-24 ans), 2^e (25-49 ans), 3^e (50-54 ans) et 4^e rang (55-74 ans), tandis que les troubles anxieux se classent au 7^e (20-29 ans), 8^e (30-39 ans), 9^e (40-54 ans) et 10^e rang (55-59 ans). Fait plus important encore, certaines maladies affichent un taux d'augmentation plus élevé (entre 2005 et 2015) que d'autres à certains groupes d'âge, comme les TMS au dos et au cou (45-64 ans), les autres TMS (45-69 ans), les troubles dépressifs (25-29; 45-64 ans) et les troubles anxieux (45-59 ans).

Tout au long de la vie, dans les dix premières causes d'AVI des pays à revenu élevé, les TMS du dos et du cou sont systématiquement classés au premier rang, tandis que les autres TMS sont classés entre la troisième et la dixième position (presque toujours présents). Les maladies des organes sensoriels et les troubles dépressifs sont presque toujours classés au deuxième et au troisième rang, respectivement, tandis que les troubles anxieux sont classés entre la 4^e et la 10^e position (presque toujours présents).

Les absences pour cause de maladie de longue durée et les départs anticipés à la retraite représentent des fardeaux importants pour l'individu, le milieu de travail et la société. Elles génèrent des coûts pour toutes les parties concernées et ont un impact sur l'économie. Les implications financières comprennent l'absence au travail, les frais médicaux, l'assurance invalidité, les congés de maladie, l'indemnisation des travailleurs, le coût de la formation et du remplacement des travailleurs absents ainsi que l'impact à long terme de la pauvreté liée à l'incapacité sur les familles et la société. Les dépenses consacrées aux prestations d'invalidité sont devenues un lourd fardeau pour les finances publiques des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et constituent un élément clé de l'élaboration des politiques économiques et sociales (Prins, 2013). Il est donc essentiel de veiller à ce qu'un plus grand nombre d'employés puissent retourner au travail et demeurer actifs jusqu'à l'âge de la retraite.

La prévention de l'incapacité prolongée exige la collaboration de nombreux intervenants, y compris les décideurs gouvernementaux, les assureurs, les chefs d'entreprise, les gestionnaires et les superviseurs, les syndicats, les professionnels de la santé et les travailleurs, jouant chacun un rôle spécifique dans le milieu de travail et la collectivité en général (Corbière et Durand, 2011; Escorpizo, Brage, Homa et Stucki, 2015; Gatchel et Schultz, 2014; Loisel et Anema, 2013). Malgré l'existence de données de recherche de grande qualité et en grande quantité, la base de ces connaissances est fragmentée et difficile à mettre en œuvre par les intervenants dans les politiques ou la pratique (Van Dijk, Verbeek, Hoving et Hulshof, 2010). Elle est donc sous-utilisée pour l'éducation des intervenants clés qui jouent un rôle dans la création de milieux de travail sécuritaires, psychologiquement sains, inclusifs et productifs.

2.2 Cadre conceptuel du projet en transfert des connaissances

Le modèle « Knowledge-to-Action » (figure 1), adopté par l'Institut de recherche en santé du Canada ou IRSC (Graham *et al.*, 2006), propose un cadre conceptuel itératif permettant de cerner les enjeux importants liés au transfert des connaissances. La production d'études scientifiques primaires et la synthèse des connaissances sur les meilleures pratiques sont illustrées par le triangle inversé, alors que la dissémination et l'implantation des connaissances et meilleures pratiques sont illustrées par le cycle entourant le triangle (figure 1). Selon les étapes du cycle, les divers acteurs collaborent pour (1) documenter et décrire l'ampleur et le contexte de la problématique liée au RT du travailleur; (2) sélectionner les meilleurs pratiques et outils de mesure disponibles et les adaptent au contexte et à l'environnement de travail; (3) identifier les barrières et facilitateurs (p. ex. : au niveau individuel et organisationnel) susceptibles de limiter ou faciliter l'application de meilleures pratiques; (4) coconstruire des stratégies efficaces visant le RT sain et durable du travailleur, (5) en faire le suivi régulier; (6) évaluer l'impact à court terme des stratégies implantées; et (7) l'impact à long terme pour vérifier la pérennité. Rappelons que les stratégies de pérennisation du maintien au travail pourraient être différentes de celles employées initialement pour le RT du travailleur.

Le grand volume d'information est toutefois un élément rendant difficile le choix de meilleurs pratiques et outils d'évaluation disponibles, ce qui représente un véritable frein à l'application des connaissances (Straus et Haynes, 2009). Le présent projet visait donc à synthétiser les données probantes disponibles sur les facteurs qui influencent le RT et les meilleures interventions et pratiques en matière de RT et à présenter les résultats sous forme d'outils, synthèses et nouvelles connaissances, tel que présenté dans le triangle de la figure 1. Ces éléments d'information seront ultérieurement accessibles aux divers acteurs du RT à partir d'un site Web.

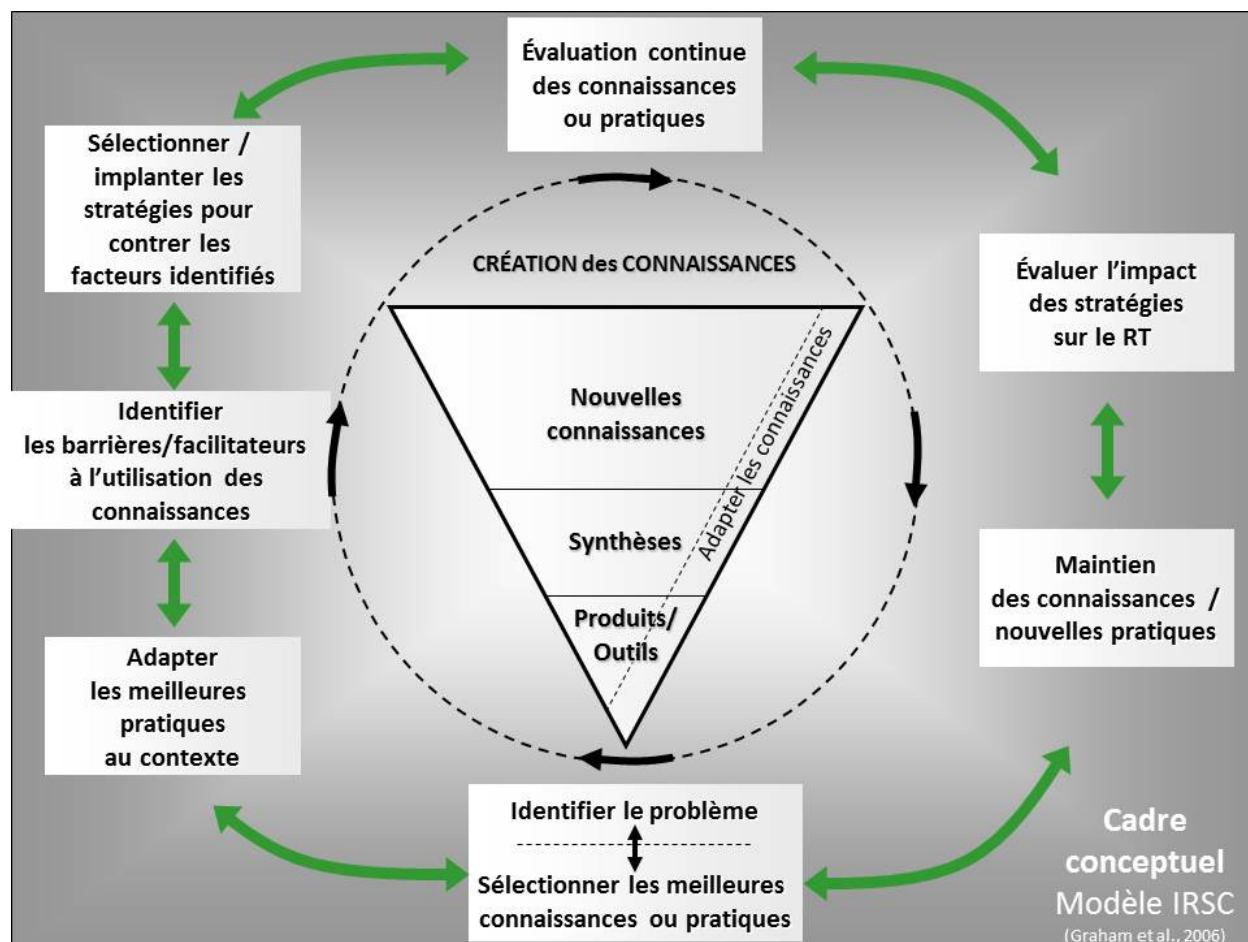


Figure 1. Modèle « Knowledge-to-Action », adopté par l'Institut de recherche en santé du Canada ou IRSC.

Adapté de « Lost in knowledge translation: Time for a map? », par I. D. Graham *et al.*, 2006, *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), p. 19. ©Wolters Kluwer, 2006. Adapté en français par André Bussièrès.

Afin de pallier le problème de la surabondance d'informations scientifiques, Straus et Haynes (2009) proposent un modèle, sous forme de pyramide (figure 2), permettant d'organiser et de présenter les évidences utiles et fiables, avec à son sommet les résumés de publications scientifiques en ligne et les supports de décision électronique (Straus et Haynes, 2009). Notons que dans ce modèle, un site Web présentant la synthèse des évidences scientifiques

sur un sujet donné correspondrait au niveau IV (Résumés) des ressources les plus pertinentes, compréhensibles et valides pour les utilisateurs.

L'élaboration d'un site Web portant sur l'incapacité au travail apparaît comme une étape nécessaire à l'appropriation des connaissances. En tant qu'outil de dissémination, un site Web est une méthode relativement peu coûteuse permettant de rendre rapidement accessibles les meilleures pratiques et outils disponibles à un large auditoire afin de favoriser une prise de décision éclairée en lien avec une problématique de santé particulière (Bussieres, Sales, Ramsay, Hilles et Grimshaw, 2014; Giguere *et al.*, 2012; Jeannot, Scherer, Pittet, Burnand et Vader, 2003). Le contenu d'un site Web peut en partie correspondre à ce qui est livré dans un guide de pratique, mais offre la possibilité d'ajouter un contenu plus large et diversifié. Notons par ailleurs que l'apprentissage en ligne a un effet positif important chez les professionnels de la santé (Cook *et al.*, 2008) et que diverses stratégies peuvent en augmenter l'efficacité (Cook *et al.*, 2010).

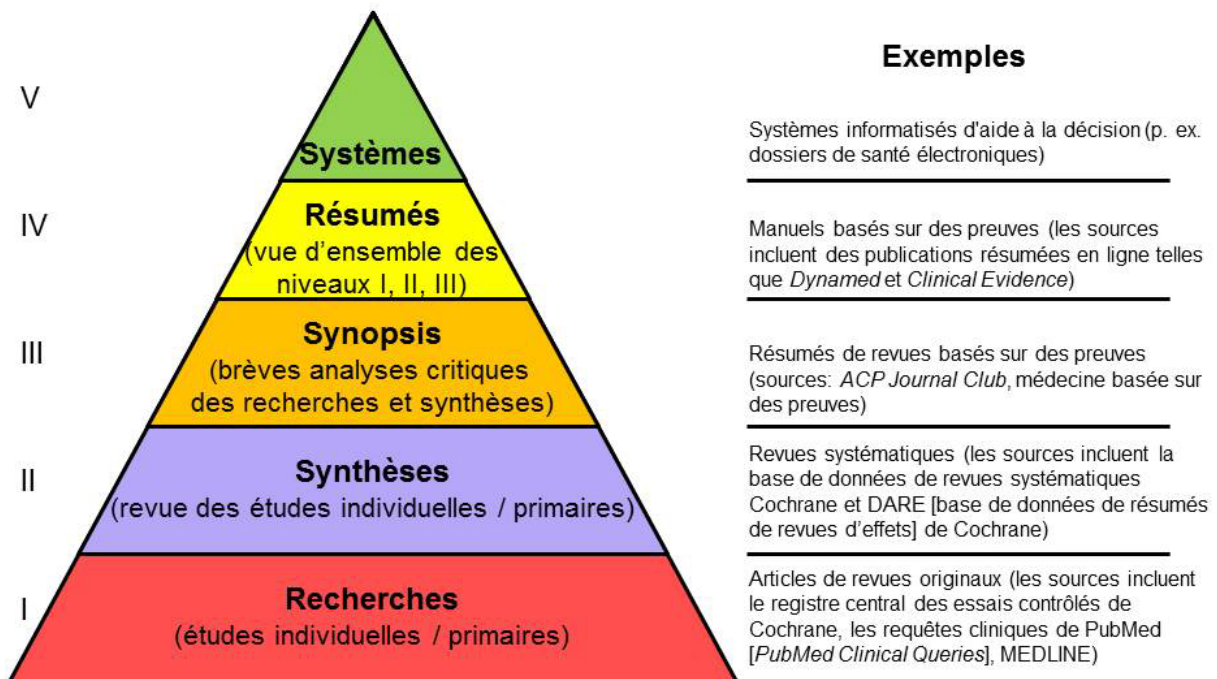


Figure 2. Modèle pour l'organisation des services d'information. Les ressources deviennent plus fiables, pertinentes et intelligibles à mesure que l'on monte dans la pyramide.

Adapté de « Managing evidence-based knowledge: The need for reliable, relevant and readable resources », par S. Straus et R. B. Haynes, 2009, *CMAJ*, p. 943. ©Canadian Medical Association, 2006.

Un site Web demeure un outil de dissémination passif et ne peut remplacer des modalités plus actives de transfert de connaissances permettant d'accompagner les utilisateurs vers l'adoption de bonnes pratiques fondées sur les données probantes (p. ex. : emploi d'agents de changements, visite d'experts sur les lieux, audit et rétroaction, système de rappels, support continu au bénéficiaire, changement de structure organisationnelle, du mode

de communication ou de rémunération)¹. D'autres stratégies actives impliquent une forme d'accompagnement des utilisateurs par le biais de séminaires, groupes de travail interactifs et ateliers de mises en situation propres au contexte d'utilisation de ces bonnes pratiques.

Le site Web de l'IRSST guidera les principaux acteurs du RT à travers le processus de RT et le choix de meilleures pratiques, ce qui ultimement devrait permettre de réduire l'incapacité prolongée. Il permettra également à ces acteurs de diriger leurs collègues ou clients vers une information probante pertinente, synthétique et vulgarisée pour guider leurs actions. Ce site pourrait également guider des actions en transfert de connaissances comme des campagnes de sensibilisation ciblées et la formation continue auprès des milieux de travail, des professionnels de la santé et des assureurs.

Afin de bien définir l'objectif de cette activité de recherche, une évaluation des besoins pressentis des utilisateurs potentiels d'un site Web a été effectuée en 2012 et 2013. Dans la prochaine section, les résultats de cette évaluation sont présentés.

¹ The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Rx for Change database 2011. <https://cadth.ca/resources/rx-for-change/database/browse> (consulté le 3 mars 2019).

3. ÉVALUATION PRÉALABLE DES BESOINS PRESENTIS DES UTILISATEURS POTENTIELS D'UN SITE WEB PORTANT SUR L'INCAPACITÉ ET LE RT

Le besoin préalablement identifié par les chercheurs a été validé par l'entremise de deux activités : (1) un sondage lors d'un événement en lien avec l'incapacité au travail et (2) des groupes de discussion focalisés.

Ces deux activités ont été menées en expliquant qu'il était clair pour l'équipe de chercheurs que seule la prévention tertiaire était visée, c.-à-d. la prévention de l'incapacité prolongée des travailleurs en absence pour maladie. Cela implique que les interventions de nature exclusivement médicale sont exclues, soit les interventions n'ayant aucune composante en milieu de travail. Cela n'exclut pas les professionnels de la santé (p. ex. : médecins, ergothérapeutes, physiothérapeutes, chiropraticiens, infirmières en SST, kinésologues, psychologues, psychiatres) qui ont un rôle à jouer dans le RT. En effet, une étude récente démontre que les professionnels de la santé ont besoin d'être guidés de manière à passer d'un plan d'action de RT dont la responsabilité est transmise à d'autres acteurs à une collaboration directe avec les acteurs du milieu de travail (Hellman, Jensen, Bergstrom et Busch, 2015).

Dans le reste de ce rapport, des références seront faites au document portant sur le contenu du site Web (par exemple : « voir Contenu – Annexe 4.K »).

3.1 Sondage lors d'un événement en lien avec l'incapacité au travail

D'abord, l'idée générale du site a été présentée dès novembre 2012 à l'Université de Sherbrooke lors de la première journée de dissémination des connaissances de la Chaire de recherche J.A. Bombardier – Pratt & Whitney en réadaptation au travail de M-J Durand. Un court sondage de cinq questions à choix multiples et d'une question à développement a suivi cette présentation permettant à 108 des 115 participants de s'exprimer sur la pertinence de développer un tel outil. Leur niveau d'intérêt s'est avéré très élevé, tel que le démontrent les résultats des figures 3 à 7 correspondant aux questions 1 à 5 de ce sondage, respectivement.

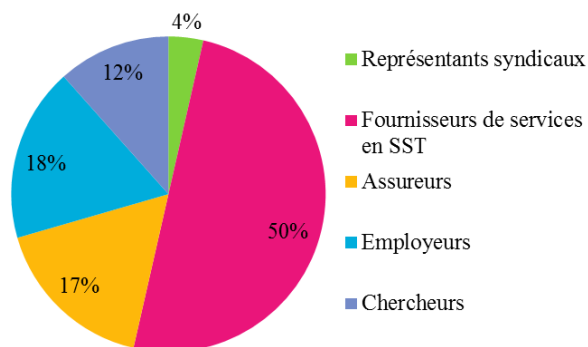


Figure 3. Résultats à la Question 1 intitulée « En tant qu'utilisateur potentiel du site Web, quel groupe vous représente le mieux ? ». Le taux de réponse a été de 94 %, soit 108/115 participants.

Les résultats illustrés à la figure 3 démontrent la représentativité de l'échantillon sondé, dont la moitié (n = 54) étaient des fournisseurs de services en SST, 19 étaient des assureurs et 20 des employeurs. Peu de représentants syndicaux (n = 4) étaient présents, mais il faut savoir que certaines grandes centrales syndicales étaient représentées.

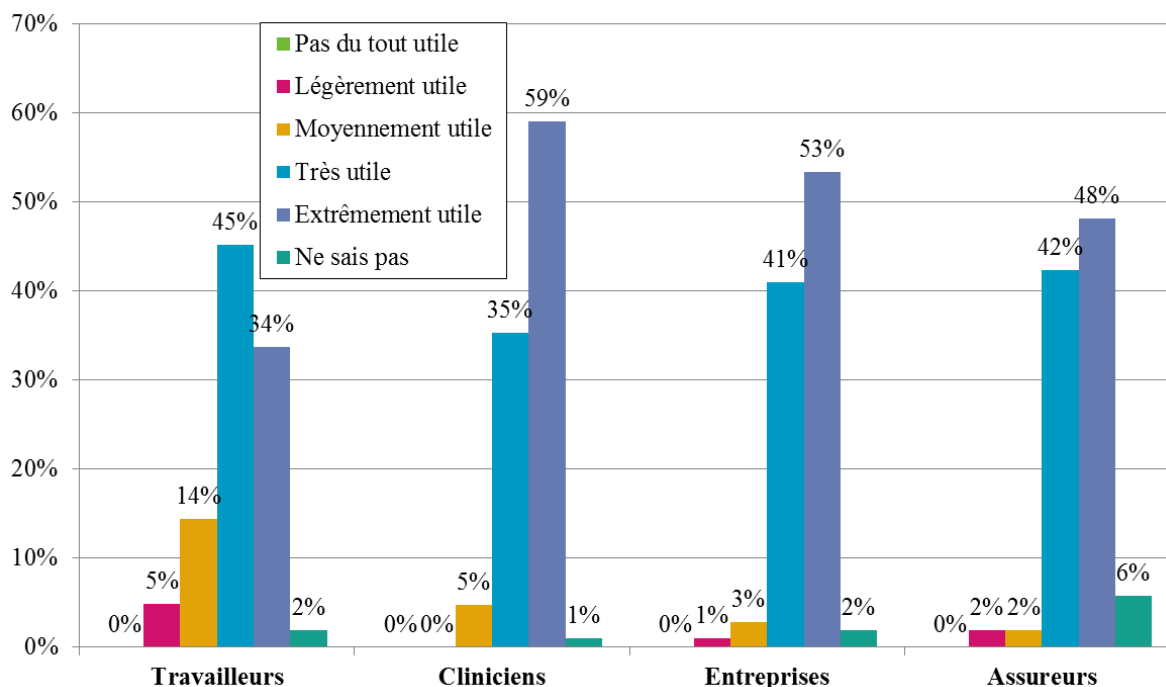


Figure 4. Résultats à la Question 2 intitulée « Selon vous, est-ce qu'un site internet sur l'incapacité et le retour au travail serait utile pour les clientèles suivantes? ».

Les résultats illustrés à la figure 4 montrent que la question de l'utilité d'un tel site Web ne laisse presque personne indécis (ne sais pas) avec des taux variant entre 1 et 6 % et qu'entre 79 et 94 % des répondants ont indiqué « très utile » et « extrêmement utile », le 79 % étant pour ce qui est de l'utilité pour les travailleurs (90-94 % pour les autres clientèles). En effet, plus de répondants (14 % au lieu de 2-5 %) ont mentionné que ce serait « moyennement utile » pour les travailleurs, ce qui a été d'ailleurs l'avis de la présente équipe de chercheurs. Il a été jugé que les travailleurs n'ont généralement pas les habiletés pour intervenir sur leur propre incapacité et RT, ce qui a motivé notre choix d'orienter le site sur les autres acteurs du RT, dont les représentants syndicaux qui avaient aussi un rôle à titre de représentants des travailleurs. Toutefois, les travailleurs pourraient visiter le site Web pour enrichir leurs connaissances.

Les résultats illustrés à la figure 5 montrent que les répondants étaient « très intéressés » aux thématiques touchant les facteurs influençant le RT (77 %), la santé psychologique au travail (67 %), l'intervention en milieu de travail (67 %), les conséquences de l'absence prolongée (61 %) et de la communication entre les acteurs du RT (58 %), pour ne nommer que les thématiques ayant intéressé plus de 50 % des répondants. Les contenus en lien avec les TMC, de la section 1 (impacts de l'incapacité), de la section 3 (facteurs) et de la section 4 (interventions) font état de l'importance accordée à ces thématiques. Le rappel omniprésent accordé à la communication (et collaboration) entre les acteurs, notamment dans les principes

généraux (Contenu, sous-section 4.3.1) et les activités essentielles (Contenu, sous-section 4.3.2), les habilités à développer pour mieux communiquer (Contenu - annexe 4.G) et finalement, par le développement d'une vignette portant exclusivement sur cet élément (Contenu - annexe 4.K) démontre également le sérieux accordé à cet élément. On note aussi un désintérêt relatif en ce qui a trait au fonctionnement de systèmes de compensation sur la scène internationale, ce qui a d'ailleurs été écarté du contenu développé pour le site.

Les résultats illustrés à la figure 6 montrent que les sources d'information dédiées exclusivement à l'entreprise se sont plus illustrées que les autres, avec 64 % des répondants se montrant « très intéressés » à elles. Les autres sources d'information ne sont pas demeurées en reste, avec des taux variant entre 43 et 50 % de répondants « très intéressés ». Il n'y a que les résumés d'articles scientifiques d'impact (résultats importants provenant d'une recherche de grande envergure) et résumés des bilans de littérature qui ne font pas partie du contenu actuellement. Il est jugé plus utile de fournir ces informations, bien sélectionnées sur le volet, au moment où elles sont publiées au cours de l'année, ce qui est un rôle déjà joué par l'IRSST (blogue en réadaptation au travail).

Les résultats illustrés à la figure 7 suggèrent qu'un site Web portant sur l'incapacité et le RT aurait des chances d'être utilisé et promu par les usagers, ce qui est un élément essentiel à la pérennité d'un tel outil de dissémination des connaissances dans le domaine.

Pour ce qui est des questions 2 à 4, les choix de réponses « pas du tout intéressé » et « peu intéressé » n'ont jamais dépassé 8 % des répondants. Les résultats de la question 5 ne sont peut-être pas si surprenants, car il faut reconnaître que l'échantillon sondé était forcément constitué de personnes intéressées par l'incapacité au travail, le but de la Chaire de recherche étant orienté sur cette thématique.

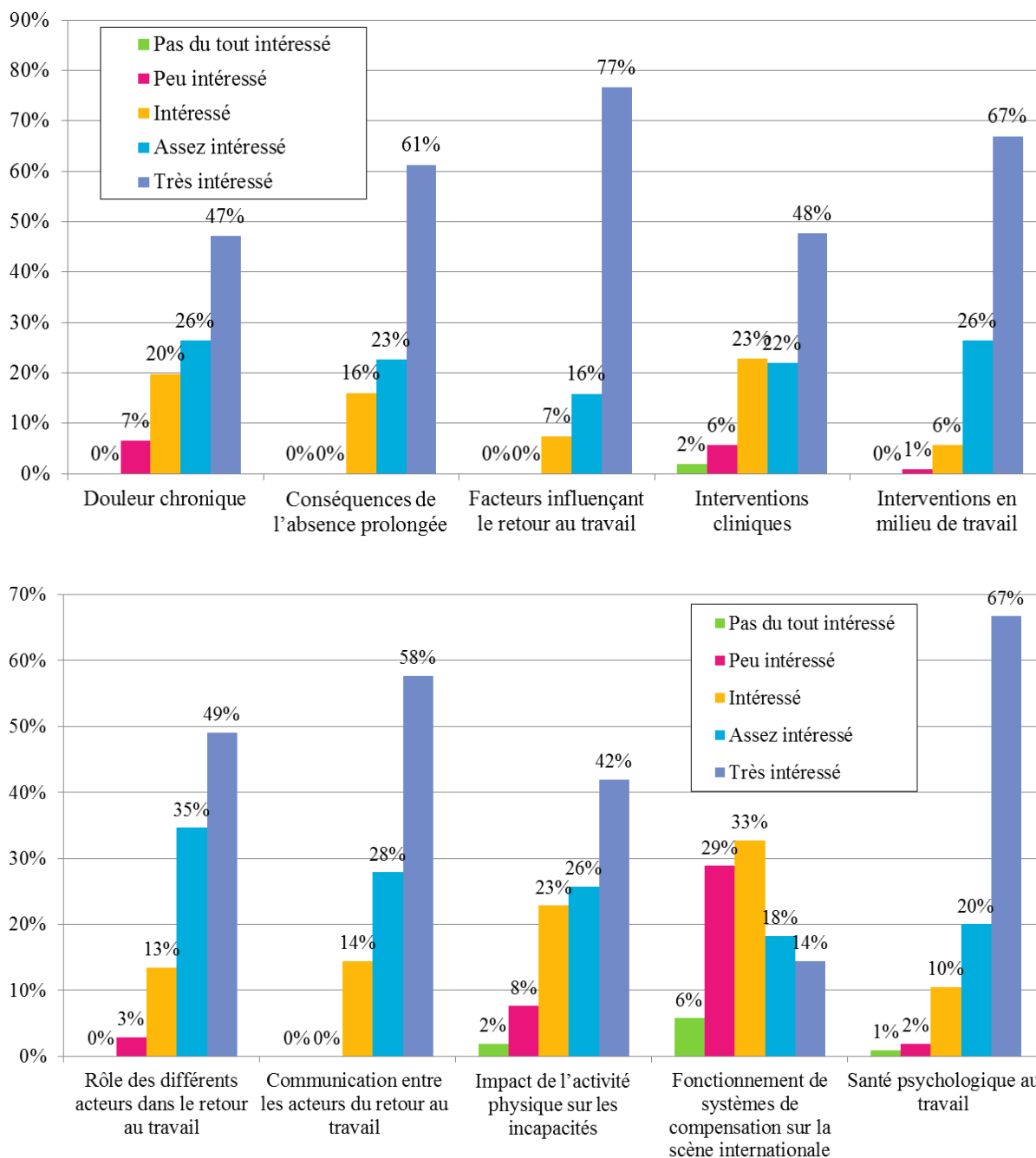


Figure 5. Résultats à la Question 3 intitulée « Quel est votre niveau d'intérêt pour les thématiques proposées ci-dessous? ».

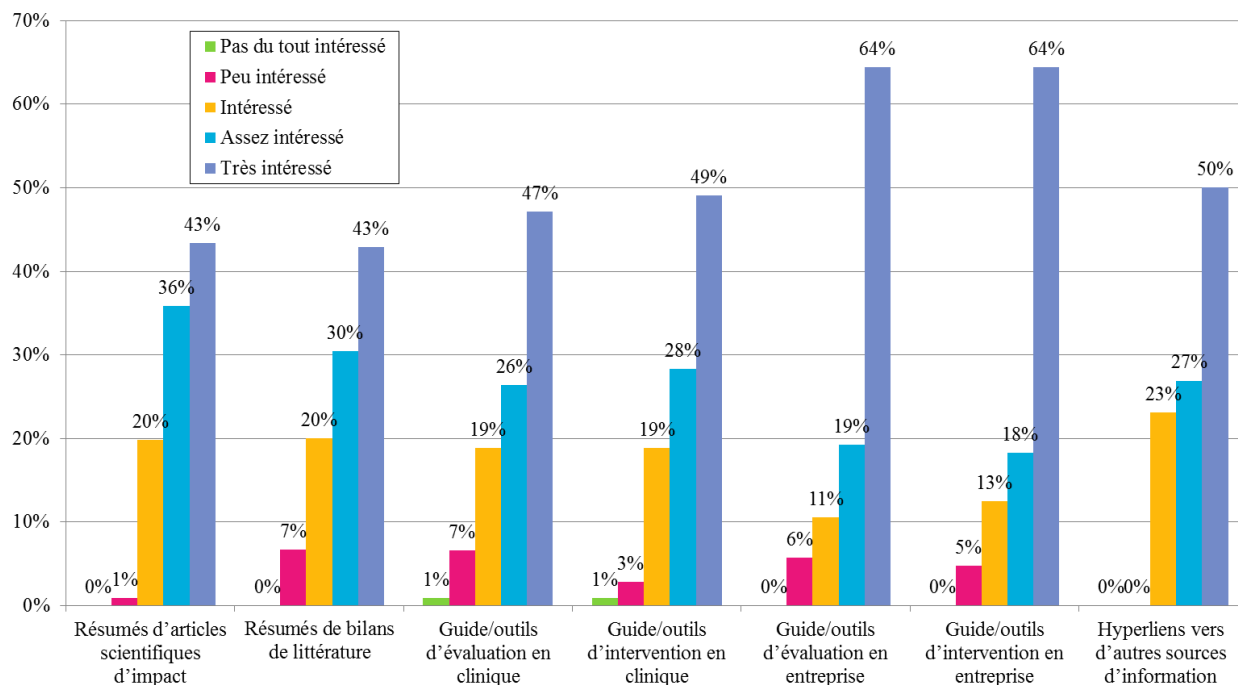


Figure 6. Résultats à la Question 4 intitulée « Parmi les sources d'information proposées ci-dessous, lesquelles vous apparaissent les plus pertinentes à inclure dans un site Web sur l'incapacité et le retour au travail? ».

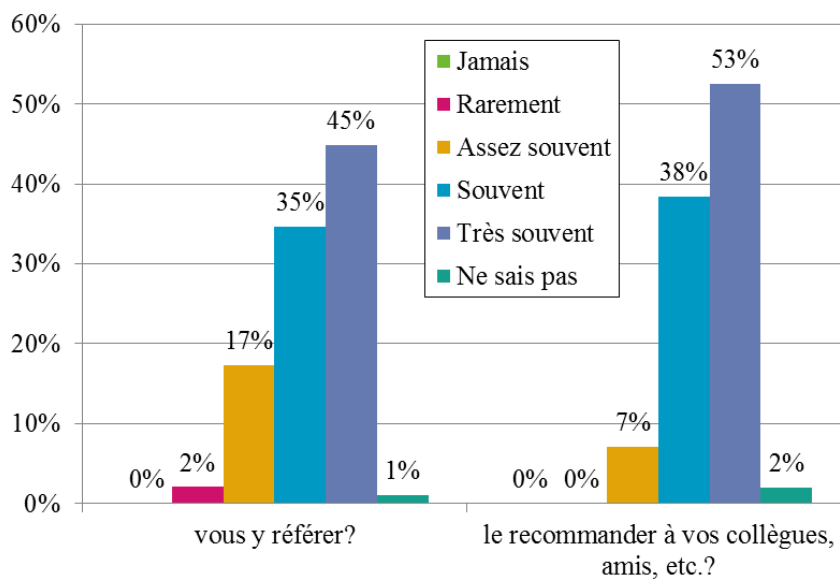


Figure 7. Résultats à la Question 5 intitulée « Si un tel site Web était disponible, seriez-vous porté à : ... ».

3.2 Groupes de discussion focalisés

Pour la deuxième activité, à l'aide du soutien financier du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR), des groupes de discussion focalisés ont été menés à l'automne 2013 pour étendre les discussions au-delà des questions fermées du sondage. Des représentants des travailleurs (n = 5), des professionnels de la santé (n = 11), des acteurs de l'organisation (n = 8) et des assureurs (n = 6) y ont participé, chacun des groupes ayant été questionné individuellement lors d'une séance de deux heures. Les participants étant libres de s'exprimer, les suggestions débordaient souvent de ce que la recherche pouvait donner et de la perspective qui était envisagée pour le site, même si certaines balises avaient été positionnées au début de chaque séance. Quatre catégories d'information ont ainsi été extraites : (1) sites Web consultés (2) besoins (3) produits de la recherche et (4) préoccupations. Cette démarche a permis de valider à nouveau (après le sondage présenté dans la section précédente) l'intérêt marqué pour un tel site et de s'assurer que les besoins de différents PP soient considérés, au meilleur de notre capacité à le faire. La matrice de résultats est disponible sur demande. C'est à la suite de ces séances qu'il a été décidé de fournir sur le site des hyperliens menant à des informations complémentaires qui ne sont pas toujours de nature scientifique, mais assez crédible pour venir en aide aux différents acteurs du RT (Contenu - annexe G – liens utiles).

4. OBJECTIFS

L'objectif de cette initiative était de rassembler l'information pertinente et scientifiquement valide (données probantes) portant sur l'incapacité au travail et le RT. Ce site aura pour objectif de fournir aux acteurs ou parties prenantes québécoises une source d'information crédible pour favoriser l'adoption de meilleures pratiques dans les processus de prévention de l'incapacité au travail et d'un RT sain et durable. Ce site visera la prévention tertiaire (prévention de l'incapacité prolongée) pour les problèmes de santé liés aux troubles musculosquelettiques (TMS) et troubles mentaux courants (TMC). Les acteurs proviennent de l'organisation (employeurs, représentants syndicaux, superviseur immédiat, coordonnateur de retour au travail), du milieu de l'assurance et peuvent également être des professionnels de la santé et des ergonomes. C'est donc dire que les travailleurs en situation d'incapacité et leurs collègues de travail ne sont pas directement interpellés. Par contre, ils le seront par le biais de l'intervention de ces acteurs.

En fonction des besoins normatifs (chercheurs) et pressentis de futurs utilisateurs (acteurs du RT), les quatre catégories de contenus suivantes ont été retenues pour effectuer le transfert des connaissances :

- (1) Impacts de l'incapacité au travail;
- (2) L'incapacité au travail : déterminants² et acteurs impliqués;
- (3) Facteurs modifiables qui influencent l'incapacité au travail et les outils pour les mesurer;
- (4) Processus, interventions et pratiques pour un retour au travail sain et durable;

Finalement, une liste d'hyperliens, menant les utilisateurs vers des sources d'information utiles, est aussi visée. En effet, en dehors des besoins comblés par les résultats de la recherche, plusieurs sources d'informations complémentaires de nature scientifique et non scientifique seront proposées aux utilisateurs. Ces informations sont de différentes natures, mais sont le plus souvent utiles à titre d'exemples concrets pour les utilisateurs.

Note : Le contenu présenté provient de synthèses des connaissances (revues de la littérature), lesquelles s'alimentent d'études scientifiques individuelles (études primaires) réalisées dans le domaine. En d'autres mots, l'éventuel site Web ne sert pas à promouvoir les résultats des études financées par l'IRSST, qui sont le plus souvent des études primaires, ces études étant déjà valorisées sur le site actuel de l'IRSST. Le nouveau site Web sert plutôt à promouvoir les constats qui émergent des synthèses de connaissances, ceci afin d'apporter des réponses plus fiables aux questions abordées. En effet, les études primaires peuvent être de plus ou moins bonne qualité et peuvent donner des résultats plus ou moins probants, voire dans des directions opposées. Seules les synthèses de connaissances permettent d'abord de juger de la qualité des études disponibles et ensuite de déterminer si les résultats, dans l'ensemble, pointent dans la même direction ou non.

² Ce sont les causes des facteurs de risques. Il s'agit des caractéristiques de la société qui façonnent la santé et le bien-être des personnes et des communautés. On peut les définir comme les causes des causes d'une mauvaise santé ou comme des « facteurs en amont ».

5. MÉTHODOLOGIE

Le fonctionnement global de l'équipe de recherche avec le comité de suivi est détaillé à l'annexe D du document intitulé « Contenu d'un site Web portant sur l'incapacité et le retour au travail ». Cette méthodologie concerne les quatre catégories de contenus mentionnés plus tôt.

Les contenus ont été développés en ayant en tête qu'ils doivent répondre aux vertus annoncées précédemment. En effet, l'information doit être pertinente (pour les acteurs du RT), probante, synthétique et vulgarisée. D'autres informations devaient également être disponibles aux utilisateurs afin qu'ils puissent juger de la crédibilité scientifique (démarche méthodologique) et de la transparence (conflits d'intérêts) des processus mis en place pour diffuser cette information. Pour ce faire, les critères permettant d'obtenir la certification *HONcode – Health On the Net* (Boyer, Baujard et Geissbuhler, 2011), ont servi d'assises pour présenter ces informations.

Une certification *HONcode – Health On the Net* permet de témoigner de la qualité de l'information présentée sur un site Web dans le domaine de la santé (Boyer *et al.*, 2011). Les objectifs de la certification HONcode sont (1) d'améliorer la qualité des informations médicales/santé (selon huit principes, voir dessous) et (2) de protéger les usagers contre les informations médicales/santé imprécises ou sans preuve scientifique valide. Huit principes ou critères d'évaluation sont proposés :

Autorité : indiquer la qualification des rédacteurs (voir Contenu – annexe E);

Complémentarité : compléter et non remplacer la relation patient-médecin;

Confidentialité : préserver la confidentialité des informations personnelles des visiteurs;

Attribution : citer les sources d'information publiées et dater les pages du site;

Justification : justifier les affirmations sur les bienfaits/inconvénients des traitements;

Professionalisme : rendre l'information la plus accessible possible, identifier le webmestre, et fournir une adresse de contact;

Transparence (financement) : présenter les sources de financements et les sources potentielles de conflits d'intérêts (Contenu – annexe F). La politique sur les conflits d'intérêts qui a été utilisée est formulée à l'annexe A.

Honnêteté publicité + politique éditoriale : séparer la politique publicitaire de la politique éditoriale.

Pour développer le contenu de chaque section, des méthodes différentes ont été utilisées, non seulement par leur nature, mais également parce que différentes équipes se sont occupées de différentes sections. Cela peut expliquer, par exemple, que les recherches dans les bases de données n'ont pas sondé toutes les mêmes bases de données. La description des méthodologies est donc réalisée pour chaque section séparément.

5.1 Section 1 - Impacts de l'incapacité au travail

5.1.1 Données épidémiologiques

Le contenu de cette section s'appuie sur une démarche méthodologique en entonnoir de manière à couvrir les volets international, national (Canada) et provincial (Québec). Pour le volet épidémiologique, l'extraction des données a été réalisée sur les sources d'information suivantes : bases de données du *Global Burden of Disease* (GBD, 2015), de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (Statistique Canada, 2012), de l'Enquête sur la population active (Statistique Canada, 2016), d'indemnisation en provenance de la base de données centrale de la CNESST et de la consultation de rapports statistiques produits par l'IR SST.

5.1.2 Impact économique

L'estimation de l'impact économique des lésions professionnelles avec perte de temps indemnisée n'a été réalisée que pour le Québec. Cette estimation est basée sur une méthodologie développée par l'IR SST et présentée en détail dans Lebeau *et al.* (2013). Cette méthodologie tient compte des coûts assumés à la fois par les employeurs, les travailleurs et la collectivité, tel que détaillé dans le tableau 1. Ainsi, les coûts correspondent à la somme des frais médicaux, des coûts salariaux, de la productivité perdue, des coûts administratifs et des coûts humains. Ceux-ci incluent les frais et indemnités versés par la CNESST (frais d'assistance médicale, frais de réadaptation, indemnités de remplacement du revenu, indemnités de décès, indemnités pour dommages corporels). Les données utilisées proviennent de plusieurs sources, dont la CNESST, Statistique Canada et l'Institut de la statistique du Québec.

5.1.3 Impacts sur le travailleur

Le volet sur les impacts sur le travailleur a été documenté à partir d'une synthèse publiée dans le *Handbook of Work Disability : Prevention and Management* (Coutu, Côté et Baril, 2013) et d'une recension d'écrits de type « overview » (Grant et Booth, 2009) portant sur l'impact de l'incapacité sur les travailleurs. Les impacts ont été divisés de manière à distinguer les impacts sur le travailleur (personnels et relationnels) des impacts sur le milieu de travail (organisation du travail, relations de travail).

Plusieurs mots-clés ont été utilisés et testés dans quinze (15) bases de données bibliographiques : CAIRN, CSHST, CINAHL, Cochrane Library, Embase, Ergonomics Abstracts, ERIC, ISST, OSH Update, PASCAL, ProQuest Dissertation and Theses Professional, PsycINFO, PUBMED, Social SciSearch, Sociological Abstracts. Ces bases ont été interrogées entre le 15 février 2015 et le 11 février 2016. La requête comprend les documents publiés en anglais ou en français entre 1995 et 2015, soit des « revues », « méta-analyses », « métaethnographies » et « synthèses ». La stratégie a pris la forme suivante : Incapacité AND Travailleurs AND Impacts NOT Facteurs de risque.

Cent dix-sept (117) documents ont été recensés. Parmi ces derniers, vingt-six (26) ont été jugés pertinents pour couvrir les différents aspects des impacts de l'incapacité. Pour être jugés pertinents, ces écrits devaient porter sur les lésions de type TMS ou TMC et aborder la trajectoire de la maladie/indemnisation, la dynamique familiale, l'organisation et l'environnement

de travail, les représentations de l'incapacité, les impacts psychologiques d'un arrêt de longue durée (et les conséquences en matière d'identité personnelle et d'estime de soi), ou certains aspects relatifs à la situation économique (p. ex. : sécurité financière) et ceux des relations interpersonnelles (par exemple : stigmatisation).

Tableau 1. Les coûts des lésions professionnelles

Coûts	Employeurs	Travailleurs	Collectivité
Frais médicaux	Frais d'assistance médicale	-	-
	Frais de réadaptation		
Coûts salariaux	Salaire improductif du travailleur blessé le jour de l'accident	-	-
Productivité perdue	<u>Perte de salaire</u> Indemnités de remplacement du revenu	Perte de salaire (net de l'indemnisation)	Impôts non perçus sur le revenu
	Indemnités de décès		
	<u>Avantages sociaux</u> Avantages sociaux assumés par les employeurs pour un employé absent	Avantages sociaux perdus	Avantages sociaux assumés par les cotisants
	<u>Travail ménager</u> Travail ménager indemnisé	Incapacité à effectuer du travail ménager (net de l'indemnisation)	-
Coûts administratifs	Recrutement et formation	-	-
Coûts humains	Indemnités pour dommages corporels	Douleur, anxiété, stress et perte de la jouissance de la vie de l'accidenté, des membres de la famille et des amis (net de l'indemnisation)	-

5.2 Section 2 – L'incapacité au travail : déterminants et acteurs impliqués

Le but de cette section était d'illustrer l'incapacité au travail dans son ensemble, ceci afin que notre audience comprenne les forces (ou déterminants³) qui sont en jeu, leurs effets sur l'incapacité au travail, et les acteurs qui sont impliqués dans le processus d'incapacité et de RT. Deux modèles théoriques, de nature très différente (conceptuelle et opérationnelle), ont dû être considérés pour répondre à ces besoins, soit la Classification internationale du fonctionnement (CIF), proposé en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé et le populaire modèle de prévention de l'incapacité de Loisel, Buchbinder, *et al.* (2005). Plusieurs autres modèles ont été évalués, tel que présenté et discuté dans des revues de la littérature sur le sujet (Costa-Black, Feuerstein et Loisel, 2013; Schultz, Stowell, Feuerstein et Gatchel, 2007), mais aucun d'eux ne répondait aux critères établis.

Le modèle théorique de la CIF permet d'expliquer les mesures de résultats les plus utilisées dans le domaine, soit le RT et la durée d'absence maladie. Ce modèle a aussi été choisi, car il répond à quatre critères lui permettant d'être utile, compréhensible et opérationnel sur le plan des mesures et des interventions : (1) illustration des relations entre les concepts (2) applicabilité autant aux TMS qu'aux TMC, (3) identification des principales catégories de facteurs de risque en jeu et (4) considération des acteurs, bien que de façon implicite. Dans une revue de la littérature portant sur les modèles théoriques de l'incapacité au travail, ces critères ont permis d'identifier deux modèles (Costa-Black *et al.*, 2013), soit la CIF et le modèle de cancer et travail ou *Cancer & Work Model* (Feuerstein *et al.*, 2010). Le groupe de travail a retenu le modèle de la CIF, car cette classification universelle, applicable à tous les problèmes de santé, fait l'objet d'un plus large consensus à l'échelle internationale. Cette classification a d'ailleurs été étendue aux enjeux de l'incapacité au travail (Heerkens, Engels, Kuiper, Van der et Oostendorp, 2004), avec une mise à jour récente (Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden et Kant, 2017).

Le modèle de Loisel, Buchbinder, *et al.* (2005), qui a fait l'objet d'une représentation plus complète dans Lederer, Loisel, Rivard et Champagne (2014), illustre les grands déterminants de l'incapacité au travail (travailleur, système de santé, système de l'entreprise, système législatif et assurantiel, contexte sociétal), permettant de comprendre qui sont les acteurs et structures organisationnelles impliqués dans le processus d'incapacité au travail. Contrairement au modèle de la CIF, on y voit clairement les acteurs, d'où son intérêt. Or, tel que mentionné dans la revue de Costa-Black *et al.* (2013), il s'agit d'un modèle opérationnel permettant d'identifier les systèmes impliqués et non d'un modèle conceptuel (tel que la CIF) permettant de décrire les variables et mécanismes en jeu, avec les relations directionnelles ou réciproques entre ces variables. D'ailleurs, le modèle de Loisel, Buchbinder, *et al.* (2005) n'illustre pas non plus les variables de résultats associées à la participation au travail (retour au travail, durée d'absence).

³ Ce sont les causes des facteurs de risques. Il s'agit des caractéristiques de la société qui façonnent la santé et le bien-être des personnes et des communautés. On peut les définir comme les causes des causes d'une mauvaise santé ou comme des « facteurs en amont ».

5.3 Section 3 - Facteurs modifiables qui influencent l'incapacité au travail et outils pour les mesurer

Cette section vise à répondre à deux questions : (1) Quels sont les facteurs modifiables qui influencent la durée d'absence et le RT?, et (2) Quels sont les outils de mesure utilisés par les études qui ont démontré une valeur prédictive de ces mesures de résultats?

Toutes les revues de la littérature portant sur les facteurs de risque de l'incapacité au travail considèrent des études transversales dans leur appréciation du lien entre les variables indépendantes (facteurs de risque potentiels) et les variables dépendantes (durée d'absence et RT). Or, seules les études prospectives permettent de suggérer avec une certaine confiance la relation de causalité nécessaire à l'établissement d'un facteur de risque. Il a donc été jugé pertinent de faire une revue de portée (« scoping review ») pour faire le bilan des études prospectives dans le domaine, sans égard à la qualité des études, pour les raisons suivantes :

- Rapporter l'étendue des études prospectives sur le sujet, autant pour les TMS que pour les TMC, non seulement pour rapporter les résultats, mais également pour identifier les facteurs potentiels qui demandent à être plus étudiés;
- Étudier la qualité des outils de mesure qui s'avèrent avoir une valeur prédictive de l'incapacité au travail non seulement pour en recommander, mais également pour cibler les futurs efforts de recherche dans le développement d'outils de mesure dans le domaine de l'incapacité au travail.

Les revues de portée sont utiles pour identifier les types de preuves disponibles dans le domaine de l'étude et découvrir les lacunes de la littérature scientifique en question (Arksey et O'Malley, 2005; Munn *et al.*, 2018). Contrairement aux revues systématiques, les revues de portée ne portent pas sur une question très précise, n'impliquent pas une évaluation qualitative formelle de chaque document examiné, ne cherchent pas non plus à évaluer la force des relations ou résultats et ne fournissent pas de longues évaluations critiques de la documentation examinée. Habituellement, l'information provenant de différents types d'études est colligée pour donner un portrait global de l'état des lieux. Toutefois, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un nouveau sujet d'étude ou d'une thématique émergente et que cette thématique nécessite des études prospectives, la présente étude de portée est beaucoup plus ciblée.

Une démarche en cinq étapes caractérise ce type de revue (Arksey et O'Malley, 2005). Avant de détailler la méthodologie, voici un sommaire de la façon dont ces étapes ont été abordées:

Étape 1 : identification de la question de recherche. Les questions de recherche ont été identifiées au début de cette section.

Étape 2 : identification des études pertinentes. Principalement des études prospectives, auprès de travailleurs en arrêt de travail suite à un TMS ou TMC, avec comme mesures de résultats la durée d'absence et le RT.

Étape 3 : sélection des études. La séquence habituelle de sélection des études a été suivie et les résultats ont été présentés sous forme graphique.

Étape 4 : cartographie des idées maîtresses, thèmes ou concepts (charting). Il a été jugé approprié de diviser les facteurs en trois catégories : organisationnel, personnel et de santé.

Étape 5 : rassembler, résumer et communiquer les résultats. Sous forme de tableaux, avec l'utilisation de quelques critères pour permettre de faire des recommandations sur les facteurs et outils à considérer pour la pratique.

5.3.1 Facteurs modifiables qui influencent positivement/négativement la durée d'absence et le RT

5.3.1.1 Revue de la littérature

Une revue de la littérature a permis d'identifier les facteurs de la durée d'absence maladie et du retour au travail, en suivant scrupuleusement plusieurs étapes décrites dans les prochains paragraphes.

Sources de données

Une recherche a été effectuée dans les bases de données PubMed, PsycINFO et Web of Science pour dégager les publications scientifiques en texte intégral, évaluées par des pairs, notamment sur les facteurs du RT chez les personnes atteintes de TMS et de TMC. Une recherche complémentaire a aussi été réalisée sur une littérature non indexée (Google Scholar). D'autres articles ont été extraits des références bibliographiques mentionnées dans les articles pertinents. Ces bases de données ont été interrogées en 2016 et puis à la fin de 2017.

Le RT a été considéré comme 1) la probabilité d'être de RT au moment du suivi de l'étude (c.-à-d. un seul événement) ou 2) le temps pris pour retourner au travail, c'est-à-dire la durée de l'absence du travail depuis le premier jour d'absence en raison d'un TMS ou TMC. Ont été examinées les études considérant le RT comme un événement unique et les études considérant un RT soutenu (maintien au travail).

Trois groupes de mots-clés ont servi à identifier les articles : 1) ceux se rapportant à l'incapacité (p. ex. : troubles musculosquelettiques; troubles mentaux courants); 2) ceux se rapportant au résultat d'intérêt (p. ex. : retour au travail; durée d'absence maladie); 3) ceux en lien avec les facteurs prédictifs (p. ex. : soutien social, tension au travail) et 4) ceux associés au type d'étude (p. ex. : longitudinale). Après ajustement pour tenir compte des doublons, la stratégie de recherche a généré un total de 1815 références.

Sélection des articles (éligibilité)

Les études étaient admissibles si : 1) il s'agissait d'études de cohortes prospectives publiées au cours des 20 dernières années (1997-2017); 2) les sujets de l'étude présentaient un TMS ou un TMC ou, pour les études de population mixte, au moins les deux tiers (67 %) de l'échantillon étaient composés de personnes souffrant de TMS et/ou de TMC; 3) les sujets étaient en absence de maladie lors du début de la collecte des données, ou si ce n'était pas le cas, la situation des personnes était prise en compte dans les analyses; 4) les études retenues portaient principalement sur le RT ou la durée d'absence comme mesures de résultats; 5) les

facteurs ont été reconnus comme prédictifs du RT/durée d'absence au moyen d'analyses multivariées ajustées au moins en fonction de l'âge, du sexe et de l'éducation; 6) les études étaient écrites en anglais ou en français. Les analyses documentaires, les études de cas, les enquêtes transversales ainsi que les études menées sur des travailleurs ayant une incapacité de travail non précisée ont été exclues de notre analyse.

Plusieurs étapes ont permis d'éliminer les articles qui ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion. Une première sélection a été effectuée en lisant uniquement les titres et par la suite, une sélection plus précise a été effectuée en lisant les résumés. Ce travail a été effectué par trois réviseurs formés, soit des étudiants au doctorat ou à la maîtrise. Deux autres examinateurs indépendants (chercheurs) ont revérifié environ 30 % des références. En cas de divergence, un accord a été obtenu par une discussion basée sur les informations disponibles dans le titre et le résumé. Une deuxième sélection a été effectuée en lisant les versions intégrales des articles, examinées par les deux mêmes chercheurs. En cas de désaccord après les lectures, un troisième chercheur a été consulté pour parvenir à un commun accord.

Extraction des données

Pour chaque étude choisie, l'information sur les maladies (c.-à-d. les TMS et/ou les TMC) a été recueillie, de même que les tests statistiques univariés et multivariés utilisés et les mesures de résultats considérées. Les facteurs prédictifs de RT ou de la durée d'absence (et modifiables), pour les deux populations considérées, ont finalement été qualifiés en fonction de leur niveau de preuve. Le niveau de preuve a été attribué en comptant le nombre de tests à effets multivariés statistiquement significatifs ($p < 0,05$) avec une relation positive avec le résultat, statistiquement significatif avec une relation négative avec le résultat, et non statistiquement significatif. Les facteurs ont été qualifiés de " limités ", " modérés ", " forts ", " inconsistants " ou " insuffisants " selon la quantité, c'est-à-dire le nombre d'études, et la consistance des effets, c'est-à-dire négatifs, positifs ou nuls (tableau 1, figure 8).

Les variables (ou éventuellement les facteurs) ont été considérées seulement lorsqu'elles faisaient partie de la liste des variables soumise à l'analyse multivariée, en ajustant pour le sexe, l'âge et le niveau d'éducation. En d'autres mots, les variables qui ont été éliminées dans des analyses préliminaires bivariées, généralement réalisées dans le but de réduire le nombre de variables, n'ont pas été considérées. Il apparaît que cette distinction n'est presque jamais faite dans les revues portant sur les variables qui influencent une mesure de résultat donnée. Or, il s'agit d'un enjeu important, car le fait de les considérer ou non peut changer de façon importante le niveau de preuve associé aux variables.

La justification de cette façon de faire est que tenir compte de toutes les variables risque d'entraîner un biais dans l'association entre les variables évaluées et la variable dépendante. En effet, une variable peut être déclarée non-associée à la variable dépendante sur la base de la non-atteinte d'un seuil de signification statistique préétabli (alpha de .01, .05, .10, .15, .20, .25) lors des analyses bivariées, ce qui ne laisse pas la chance de ressortir comme étant significative à l'étape des analyses multivariées, c.-à-d. lorsque mis en commun avec les autres variables indépendantes et les variables de confusions (ex. âge, sexe, niveau d'éducation) entrées dans le modèle. En fait, tout dépend du seuil de signification (alpha) considéré lors des analyses multivariées, car l'utilisation d'un seuil trop conservateur ($\alpha < .10$) risque d'éliminer des variables qui auraient pu atteindre le niveau de signification statistique dans les analyses

multivariées, c.-à-d. lorsque d'autres variables sont considérées dans le modèle multivarié. Or, bien que des recommandations soient faites sur le choix de ce seuil (alpha entre .15 et .20), beaucoup de variations sont observées entre les études, car ce choix est arbitraire (Heinze et Dunkler, 2017). Par ailleurs, cette pratique doit être conduite avec beaucoup de prudence (Sun, Shook et Kay, 1996) et devrait toujours être suivie d'analyses de sensibilité/robustesse (bootstrap, best subsets selection) pour vérifier si certaines variables « en compétition » changent lorsque ces méthodes de rééchantillonnage sont utilisées (Heinze et Dunkler, 2017). Sans ces vérifications, certaines variables indépendantes peuvent être déclarées comme non associées à la variable dépendante alors qu'il s'en serait fallu de peu pour qu'elles entrent dans le modèle final à la place des variables retenues. Malheureusement, une revue de la littérature conclut que ces vérifications ne sont pas rapportées (et possiblement pas réalisées) dans plus de 67 à 75 % des études observationnelles (Real, Forne, Roso-Llorach et Martinez-Sanchez, 2016). Sur la base de ces arguments, il a été choisi de ne pas considérer l'étape de présélection bivariée des variables dans nos analyses, comme si ces variables n'avaient pas été prises en compte dans la préparation de l'étude.

Tableau 2. Niveau de preuve et leurs critères d'attribution

Niveau de preuve	Critères d'attribution
Fort*	Plus de deux études (≥ 3) OU une forte majorité ($\geq 80\%$) des études présentant des résultats allant dans la même direction (+ ou -)
Modéré*	Deux études OU une majorité appréciable ($\geq 65-80\%$) des études présentant des résultats allant dans la même direction (+ ou -)
Limité*	Une seule étude OU une faible majorité ($\geq 60-65\%$) des études présentant des résultats allant dans la même direction (+ ou -)
Inconsistant*	$\geq 50-60\%$ positif ou $\geq 50-60\%$ négatif
Insuffisant†	0-50 % positif ou 0-50 % négatif

Note : Les études avec résultats statistiquement non significatifs ($p < 0.05$) sont également considérées. p. ex. : 3 positifs, 2 négatifs et 2 non significatifs = $3/7 = 43\%$ + (insuffisant)

*En lien avec les règles de décision identifiées à la figure 8.

† Pas dans les règles de décision proposées par Gagnano A., Negrini A., Miglioretti M., Corbière M. (2017).

L'arbre décisionnel de la figure 8 ainsi que l'information du tableau 1 représentent une adaptation de Gagnano, Negrini, Miglioretti et Corbière (2017). En effet, un ajustement des seuils a été nécessaire, lorsque les résultats sont mixtes, afin d'adopter une approche légèrement plus conservatrice, tel que détaillée dans le tableau 2. Cette décision a été prise, car la rigueur dans la sélection de la preuve (études longitudinales seulement) a réduit de façon non négligeable le nombre d'études retenues.

Tableau 3. Seuils utilisés dans l'étude originale (Gagnano et al., 2017) et adaptation de ces seuils pour l'exercice fait dans la présente étude.

	Niveau de preuve				
	Insuffisant	Inconsistant	Limité	Modéré	Fort
Gagnano et al. (2017)	0-50 %	50-65 %	65-70 %	70-85 %	> 85 %
Présente étude	0-50 %	50-60 %	60-65 %	65-80 %	> 80 %

Les qualificatifs utilisés pour caractériser les niveaux de preuve (fort, modéré, limité, inconsistant et insuffisant) doivent être considérés simplement comme une indication de la quantité et de la cohérence des preuves trouvées dans la littérature portant sur le lien entre le facteur et l'absence au travail. Ils ne représentent pas l'expression du degré auquel un facteur donné influence le processus du RT, ce qui aurait nécessité de considérer également les tailles d'effets. La présentation sommaire aux utilisateurs (Contenu – annexe 3.B) a été simplifiée pour éviter toute confusion dans l'interprétation des niveaux de preuve. Ainsi, les facteurs correspondant aux niveaux fort et modéré ont été identifiés comme les facteurs qui influencent positivement/négativement le RT ou la durée d'absence (Contenu - annexe 3.B) alors que les facteurs correspondant au niveau limité, inconsistant et insuffisant ont été identifiés comme les facteurs avec niveau de preuve incertain (Contenu - annexe 3.E).

5.3.1.2 Définition des facteurs

Les facteurs de risque finaux qui se retrouveront sur le site Web étaient inconnus au moment de débiter les définitions. Afin de ne pas trop retarder les travaux, les premiers facteurs à définir ont été choisis sur la base d'une évaluation de la probabilité qu'ils se retrouvent officiellement dans la liste finale des facteurs. Cette évaluation a été effectuée à partir des éléments suivants : (1) Une recension exhaustive qui était récente à ce moment (White *et al.*, 2012), (2) Un résumé de la recension effectuée par notre sous-équipe qui allait documenter les outils de mesure prédictifs du RT ou de la durée d'absence et (3) Des échanges par courriel avec cette même sous-équipe.

1. Recension de White, M. *et al.* (2012)

Cette recension, qui est une revue de revues de la littérature dont plusieurs résultats ont été publiés dans des revues avec comité de pairs (Wagner *et al.*, 2014; White *et al.*, 2013; White *et al.*, 2015), a été examinée en profondeur. Plus spécifiquement, les recensions incluses, mais également plusieurs des articles cités par ces dernières ont été téléchargés et lus (pour un total de 87 articles). Cette lecture a permis d'identifier les paramètres suivants : le facteur de risque réellement étudié dans les études primaires, le devis employé, les troubles étudiés et la variable dépendante étudiée (p. ex. : retour au travail, durée d'absence). Cela a également permis d'identifier les études qui étaient citées par plus d'une recension, et donc le nombre total d'études appuyant chaque facteur. Il faut savoir que l'approche inclusive de White *et al.* (2012) ne rencontrait pas les objectifs visés par notre initiative. En effet, les revues recensées s'intéressaient à différentes populations (TMS, TMS, arthrite, cancer, blessures physiques et neurologiques, asthme, problèmes cardiovasculaire) et ne se limitaient pas aux mesures de résultats les plus étudiées (retour au travail, durée d'absence maladie) telles que l'importance/augmentation des symptômes physiques (p. ex. : douleur), la santé mentale, la capacité de travail, le retrait permanent du marché du travail et la productivité. La majorité (n = 15) des 28 revues considérées incluait également des études transversales ou qualitatives, ce qui apparaissait discutable.

2. Résumé de la recension effectuée par l'équipe responsable des « outils de mesure »

Des résultats préliminaires ont été produits suite à un début de recension des écrits, telle que décrite dans la section précédente. Le document identifiait combien de nouvelles études prospectives recensées à ce jour appuyaient chaque facteur préalablement identifié par White *et al.* (2012).

Des définitions ont d'abord uniquement été effectuées pour les facteurs inclus dans l'étude de White *et al.* (2012) répondant à certains critères spécifiques : Facteur appuyé par au moins 2 études prospectives portant sur le RT ou la durée d'absence due à la condition de santé, et facteurs ayant été appuyés par des études incluant uniquement des participants ayant des TMS ou des TMC. Il est à noter que les facteurs *soutien de la famille, utilisation de substances et perception de la santé et de l'incapacité* répondaient à ces critères, mais n'ont pas été définis, car les études les appuyant étaient trop hétérogènes. Les facteurs suivants ont été définis grâce à cette méthode : *contrôle du travailleur, demandes physiques au travail, demandes psychologiques au travail, détresse psychologique et symptômes dépressifs, douleur physique, handicap fonctionnel, qualité du leadership organisationnel, santé globale, satisfaction au travail, soutien social au travail, régime de travail à temps partiel, et tension au travail.*

3. Les échanges par courriel avec l'équipe « outils de mesure »

Les définitions ont été développées à mesure que les facteurs étaient confirmés, ajoutés ou retirés par rapport à l'étude de White *et al.* (2012). De nouveaux facteurs ont ainsi été identifiés et définis, soit la *capacité de travail, les attentes concernant le RT ou la durée de l'absence, et le sentiment d'efficacité concernant le RT*, les deux derniers facteurs étant communs aux TMS et TMC. D'autres échanges ont eu lieu en ce qui a trait au regroupement de certains concepts rapprochés (p. ex. : la peur du mouvement ou des rechutes, l'évitement de la peur ou les comportements mal adaptatifs vis-à-vis la douleur et la maladie), ou dans le cas contraire, lorsque certains facteurs faisaient référence à des concepts trop éloignés ou qui méritaient d'être différenciés (p. ex. : soutien de la part des collègues de travail vs soutien de la part du supérieur immédiat).

Procédure utilisée pour l'élaboration des définitions

I. La première étape a été de rechercher tous les concepts dans trois sources de références, soit :

1. Le « Rapport Gollac » : Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. (Gollac et Bodier, 2011).

2. L'EQCOTESST : Description de l'environnement organisationnel et des contraintes physiques de l'emploi principal. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, Institut national de santé publique du Québec, et Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)* (Rapport n° R-691, pp. 233-321). (Vézina *et al.*, 2011)

3. Le Dictionnaire des risques psychosociaux : *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris, France: Éditions du Seuil. (Zawieja et Guarnieri, 2014)

Si le concept était défini ou décrit dans ces sources, les informations jugées pertinentes (p. ex. : dimensions, aspects théoriques, exemples, outils de mesure) étaient retranscrites ou copiées dans un document. *Note : un document individuel a été créé pour chaque facteur.*

II. Une recherche a ensuite été effectuée à partir de la base de données *Pubmed*.

- La recherche débutait toujours avec le nom du concept, le filtre « Review » et une classification par « Best match ».
- Les titres étaient passés en revue. Lorsque les titres semblaient pertinents, le résumé des articles était consulté. Si celui-ci abordait le concept recherché, l'article était téléchargé puis lu.
- Si cette méthode ne permettait pas de télécharger des articles, une nouvelle recherche était lancée, cette fois sans le filtre « Review ».

Si le concept était défini dans ces sources, les informations pertinentes étaient copiées dans le même document que celui ayant été utilisé pour les trois sources de références (à l'étape I).

III. Dans le cas où la recherche effectuée par le biais de *Pubmed* était peu concluante, les étapes suivantes étaient suivies :

- Une recherche était effectuée à partir de la base de données *PsycNet*, avec le filtre « Literature Review » et une classification par « Relevance ». La même procédure qu'à l'étape II était ensuite mise en place
- Lorsque cela ne menait toujours pas à des résultats concluants, une recherche était menée à partir de Google Canada et de Google Scholar, avec des mots-clés variés tels que le nom du concept, ou le nom du concept + définition. La même procédure qu'à l'étape II était ensuite mise en place.

IV. Une étape subséquente était de lire, pour chaque facteur, la totalité des informations regroupées jusqu'ici dans son document individuel. Lorsque cela était pertinent, les références citées dans les articles recensés étaient recherchées, lues, et ajoutées au document. Si ces articles citaient également à leur tour des sources pertinentes, elles étaient aussi recherchées, et ainsi de suite.

V. Puisque les définitions devaient idéalement être vulgarisées, une recherche était également effectuée par divers moyens (*Pubmed*, *PsycInfo*, *Google*) afin d'avoir accès à des outils de mesure du concept. Dans l'éventualité où un outil de mesure validé était identifié, des items étaient inclus dans les définitions à titre d'exemples.

VI. Lorsque l'équipe qui s'occupe de l'extraction des outils de mesure ajoutait un facteur de risque à la liste, celle-ci fournissait une liste de références pertinentes. Ces références étaient d'abord téléchargées et lues. Les étapes I à V étaient ensuite suivies, au besoin.

VII. La dernière étape de l'élaboration des définitions était de relire et d'épurer les informations sur les concepts ayant été ajoutées aux documents. Les sources qui rapportaient des informations répétitives et les moins approfondies ont été retirées. Les informations les plus générales, et certains exemples au besoin ont été inclus dans la définition générale. Les informations jugées importantes pour une compréhension plus approfondie du concept ont été intégrées dans une définition plus complète.

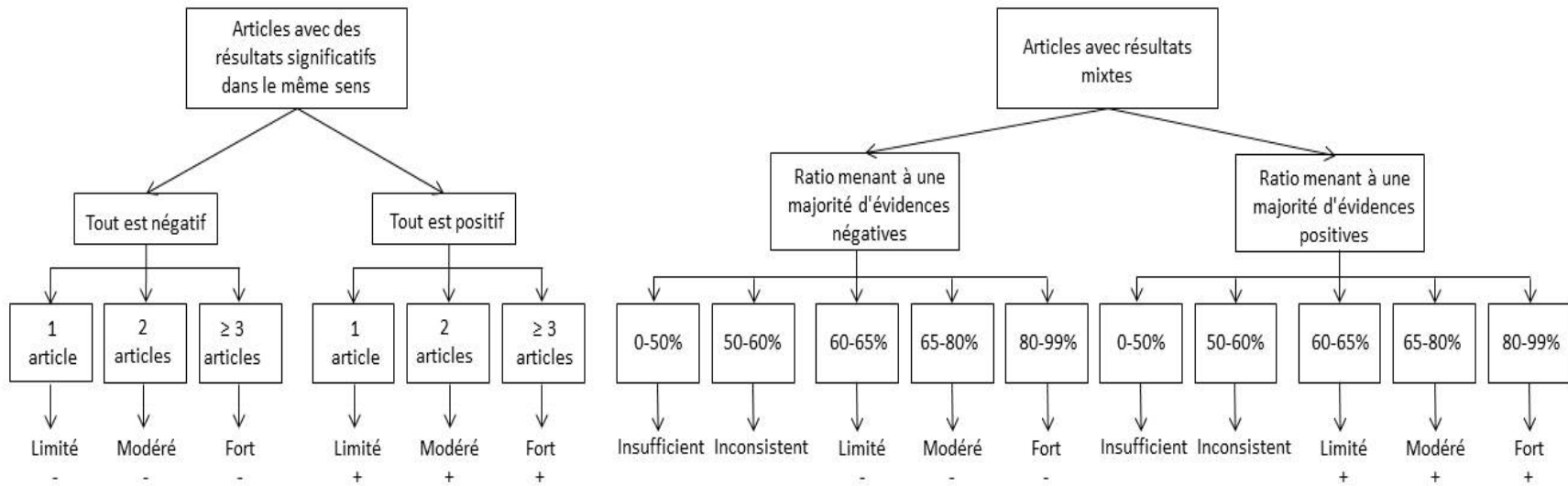


Figure 8. Règles de décision pour synthétiser les évidences

Adapté de « Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach », par A. Gragnano, A. Negrini, M. Miglioretti et M. Corbière, 2017, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), p. 217. ©Springer, 2017.

5.3.2 Outils de mesure

Objectif

L'objectif était de caractériser, pour chaque facteur identifié à l'étape précédente (avec niveau de preuve modéré et fort; Contenu - annexe 3.B), les outils de mesure qui ont servi à établir ce niveau de preuve ou en d'autres mots, qui ont une valeur prédictive du RT ou de la durée d'absence des personnes souffrant de TMS ou de TMC.

Inventaire des outils utilisés

L'inventaire des outils a été fait pour chaque facteur prédictif du RT ayant un niveau de preuves modéré ou fort. Les outils de mesure utilisés dans toutes les études qui ont fait état d'un effet significatif pour le facteur à l'étude ont été consignés. Les outils se sont tous avérés être soit un questionnaire (ou entrevue) référencé dans la bibliographie ou un questionnaire (ou question unique) conçu spécifiquement pour les besoins de l'étude primaire ayant mesuré le facteur prédictif en question. Pour chaque outil de mesure, le premier article qui l'a validé a été cherché en vérifiant la liste de références de l'article ou en effectuant une recherche dans la base de données utilisée pour l'analyse documentaire principale (c.-à-d. PubMed, PsycINFO et Web of Science).

Analyse critique des outils

Pour étudier objectivement les outils trouvés, un tableau de lecture a été construit, basé à la fois sur les propriétés psychométriques des questionnaires (annexe B - tableau B-1) et sur les qualités qu'un praticien rechercherait dans la pratique courante (annexe B - tableau B-2), tel que proposé par le comité scientifique et approuvé par le comité de suivi (partenaires sociaux).

Parmi les caractéristiques psychométriques identifiées dans le tableau B-1, six ont été retenus : 1) validité apparente; 2) validité de construit par analyses factorielles; 3) validité convergente; 4) cohérence interne; 5) fidélité test-retest; 6) validité prédictive. Plus précisément, pour estimer la validité apparente de l'outil, une évaluation qualitative des éléments utilisés pour mesurer le facteur ou le concept visé a été effectuée. La validité de construit a été évaluée positivement si une analyse factorielle de la structure de la mesure existe. La validité convergente a été évaluée par des corrélations significatives et positives avec des concepts théoriquement similaires. La cohérence interne a été évaluée positivement si l'alpha de Cronbach se situait entre 0,70 et 0,95 (Corbière et Fraccaroli, 2014). La fidélité test-retest a été évaluée positivement lorsque des tests répétés de la même condition révélaient des résultats comparables (généralement des coefficients de corrélation élevés et significatifs). La validité prédictive, bien que déjà établie par les études prospectives retenues, fut également jugée comme critère important.

Les critères jugés les plus pratiques pour les utilisateurs ont été 1) le temps nécessaire pour remplir le questionnaire (temps de passation), 2) la facilité à administrer (charge administrative), 3) la facilité à interpréter et 4) l'accessibilité (coût pour l'utilisation; besoin de formation). Plus précisément, le temps de passation a été jugé positif pour les outils de mesure comportant huit items/énoncés et moins à compléter. La facilité à administrer a été jugée facile lorsque la consigne et la façon de répondre aux questions/énoncés de l'outil était intuitive, simple à

comprendre. La facilité à interpréter a été jugée favorable/facile lorsque les éléments étaient simplement additionnés et difficiles lorsqu'une note sommaire était appliquée en combinaison avec une formule ou la considération d'items inversés dans le calcul. L'accessibilité a été évaluée positivement lorsque les outils étaient disponibles gratuitement et qu'ils ne nécessitaient pas de formation spécifique pour l'administration.

Trois examinateurs (chercheurs) ont évalué indépendamment chaque mesure en fonction des six propriétés psychométriques et quatre critères d'applicabilité sélectionnés. Les résultats ont ensuite été comparés et les divergences ont été résolues par la discussion. Enfin, la valeur globale de chaque outil a été qualifiée avec un nombre d'étoiles [1 étoile (★), 2 étoiles (★★) ou 3 étoiles (★★★)] en fonction du nombre de critères trouvés, compte tenu à la fois des critères psychométriques et d'applicabilité (tableau 3).

Tableau 4. Valeur globale attribuée aux outils de mesure (★★★, ★★, ★) en tenant compte des considérations scientifiques et pratiques

		Valeur scientifique (propriétés psychométriques)*		
		Excellente (5-6/6)	Bonne (3-4/6)	Discutable (2/6)
Valeur pratique †	Excellente (4/4)	★★★	★★★	★
	Bonne (3/4)	★★★	★★	★
	Discutable (2/4)	★★	★★	★

* Valeur scientifique basée sur les propriétés psychométriques suivantes : (1) validité apparente; (2) validité de construit par analyse factorielle, (3) validité convergente, (4) cohérence interne, (5) fidélité test-retest, (6) validité prédictive.

- Excellente : 5-6/6 des propriétés psychométriques avec résultats acceptables;
- Bonne : 3-4/6 propriétés psychométriques documentées (avec résultats acceptables);
- Discutable : 2/6 propriétés psychométriques documentées, incluant la validité prédictive.

† Valeur pratique basée sur les critères d'applicabilité suivants : (1) temps de passation court (≤ 5 minutes ou 8 items); (2) facilité à administrer; (3) facilité à interpréter, (4) accessibilité (formation ou coût) :

- Excellente : rencontre 4/4 critères;
- Bonne : rencontre 3/4 critères;
- Discutable : rencontre 2/4 critères.

Dans la mesure du possible, trois outils ont été recommandés, soit un pour chaque cote de valeur globale (★★★, ★★, ★), car les outils avec cotes de ★★★ sont souvent plus long à administrer que ceux avec cotes de ★, ce qui permet de choisir un outil en fonction du temps disponible. Il faut voir cette cote d'appréciation comme un jeu de compromis entre la valeur scientifique et la valeur pratique pour les intervenants. Cette façon de faire à l'avantage de ne pas se baser sur un jugement de valeur (du plus important au moins important) ou un jugement arbitraire entre les critères scientifiques ou pratiques, car ils sont fonction des besoins des utilisateurs. Chacun des outils est accompagné d'une fiche informative permettant de choisir l'outil en fonction des besoins et contraintes des utilisateurs (Contenu - annexe 3.D).

Finalement, il est également possible de télécharger ces outils, soit ceux n'étant pas protégés par des droits d'auteur, sous une forme conviviale, en donnant ces trois sources d'information : (1) introduction pour bien situer l'utilisateur (facteur évalué, interprétation vis-à-vis le RT ou la durée d'absence, nom de l'outil et sa valeur globale en nombre d'étoiles, mise en garde sur son utilisation), (2) l'outil lui-même et (3) la façon de calculer et interpréter les scores, le cas échéant.

Les outils proposés devaient être disponibles en français et anglais. Les questionnaires en français ou anglais qui ont été validés (validité prédictive de la durée d'absence ou du RT) dans une autre langue ont également été acceptés. Lorsque l'outil (ou question unique) n'est disponible qu'en français ou anglais, une traduction en est faite dans l'autre langue (surtout en français) avec deux traducteurs professionnels dont la langue maternelle est le français. Ces derniers ont d'abord traduit le questionnaire afin d'obtenir deux versions pour ensuite permettre à l'équipe de chercheurs de choisir les items les plus appropriés ou parfois d'y apporter des modifications mineures (Corbière et Fraccaroli, 2014). Dans le cas où il faut s'en remettre à un outil disponible dans une autre langue, l'outil tel que traduit en anglais par les auteurs, pour fin de publication scientifique, a également été accepté.

5.4 Section 4 - Processus, interventions et pratiques pour un retour au travail sain et durable

Le contenu de cette sous-section s'appuie sur une démarche méthodologique comportant l'extraction de données scientifiques et empiriques à partir d'un bilan de revues systématiques (White *et al.*, 2016), d'une revue intégrative (Nastasia, Durand, Coutu, Collinge et Cibotaru, 2017), de revues récentes (Cullen *et al.*, 2017; Durand, Corbière, Coutu, Reinhartz et Albert, 2014; Durand, Coutu, Nastasia et Bernier, 2017) et de guides de pratique (Kendall, Burton, Main et Watson, 2009; MacEachen, Chambers, Kosny et Keown, 2009; St-Arnaud et Pelletier, 2013; Stock *et al.*, 2005; Van Eerd *et al.*, 2017). Les travaux de White *et al.* (2016), et de Nastasia *et al.* (2017) sont deux revues de revues portant sur les interventions en milieu de travail pour les clientèles visées. Les revues issues de ces travaux ont été sélectionnées en fonction des critères énoncés ci-dessous. Ce choix était justifié par le fait qu'à la connaissance des auteurs, au moment d'amorcer le développement du contenu de cette section, ces travaux étaient les seuls ayant identifié les revues répondant minimalement à ces critères. Ces revues de revues étaient toutes deux compatibles avec l'objectif poursuivi. La stratégie de recherche bibliographique propre à chacune de ces revues de revues fut donc réappliquée, menant aux trois revues plus récentes citées ci-haut.

La démarche en question a suivi les étapes suivantes :

1. Sélection des revues systématiques pertinentes en regard des critères suivants :

- Revues systématiques, publiées de 2000 à 2012, en anglais ou en français, mesurant les effets des interventions (programmes) impliquant les milieux de travail sur le RT;
- Adultes en âge de travailler, en arrêt de travail ou non;
- Clientèles visées : TMS, TMC, santé en général. Or, bien que ces clientèles représentent la grande majorité des travailleurs considérés dans la littérature sur

l'incapacité au travail. Il arrivait parfois qu'une clientèle touchée par d'autres problèmes de santé (p. ex. : cancer, maladie cardiovasculaire, arthrite rhumatoïde) soit aussi admise dans les revues systématiques. Celle-là n'a pas été considérée pour cette recherche.

- Articles disponibles dans les bases de données CINAHL, PsycINFO, TRIP, REHABDATA (NARIC), REHAB+ (McMaster), and Health-evidence.ca (McMaster), PUBMED, EMBASE, ERGONOMICS ABSTRACTS, ABI-INFORM, INRS, Social SciSearch, PASCAL, FRANCIS, OSHUPDATE, OSHLINE-CANADIANA.
 - Évaluation de la qualité de la méthodologie des revues systématiques par deux experts indépendants (de l'IRSST et de McGill), à l'aide d'une grille légèrement adaptée (en termes de questions et de cotation) de l'outil d'évaluation du site *Web Health Evidence* : <https://www.healthevidence.org/>.⁴ La grille finale comporte 10 questions pour un total maximum (résultat parfait) de 13 points (annexe C). Les revues ayant un score inférieur à 6.5 (50 %) n'ont pas été retenues.
2. Extraction et compilation des données dans le logiciel Excel en regard de ces catégories d'analyse prédéfinies :
- auteurs de la revue, année de publication, problème de santé ciblé (TMS, TMC, santé globale), le nom de l'intervention, les composantes de l'intervention, le niveau de preuve* (efficacité, contradiction dans l'efficacité, manque de preuve de l'efficacité et inefficacité), l'effet mesuré (positif, négatif, inconsistant), la durée de l'effet (lorsque disponible), le résultat recherché (le RT, durée d'absence) et autres (toutes notes jugées pertinentes pour l'analyse des données)
3. Analyse de contenu par la réalisation de tableaux croisés dynamiques afin de :
- présenter les données selon les perspectives suivantes : 1) par type de problème de santé, 2) pour la dimension travail, 3) pour des interventions efficaces* et 4) un effet positif,
 - de rapporter des effectifs d'études et de décrire les informations propres à chacune de ces perspectives,
 - identifier les recommandations en lien avec le RT,
 - identifier les recommandations en lien avec les interventions,
 - identifier les recommandations en lien avec les pratiques optimales en entreprise.

⁴ Outil en français : <https://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/quality-assessment-tool-dictionary-fr.pdf>

Outil anglais : <https://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/quality-assessment-tool-dictionary-en.pdf>

* Pour l'ensemble des revues systématiques consultées, il n'est pas possible de déterminer si les auteurs ont considéré la signification statistique uniquement ou plutôt la signification statistique et clinique pour conclure sur l'efficacité des interventions. La présente méthodologie a permis de s'assurer de la qualité des revues systématiques (annexe C - Tableau D-1) et non pas de la qualité des recherches sous-jacentes (études primaires). Les conclusions portant sur l'efficacité des interventions ont donc été tirées à partir des conclusions formulées par les auteurs de ces revues, en prenant pour acquis qu'ils ont fait une revue rigoureuse de la qualité de ces recherches et en ayant pour seule certitude que les effets sont statistiquement significatifs (signification clinique incertaine).

Il est à noter que dans l'ensemble, les interventions ont fait l'objet d'une revue systématique ou d'une méta-analyse avec au moins une étude avec groupe témoin et répartition aléatoire des participants (le plus haut niveau de l'échelle de preuves).

Finalement, soulignons que les revues systématiques ne décrivent pas les interventions en détail, mais révèlent plutôt la nature et les composantes pour les regrouper dans des catégories similaires.

6. RÉSULTATS

Les résultats sont principalement le contenu du site Web sur l'incapacité et le retour au travail, présenté dans le fichier annexé au rapport intitulé « Contenu d'un site Web portant sur l'incapacité et le retour au travail ».

La présente section des résultats est dédiée à la présentation sommaire des cinq parties qui constituent le contenu du site web :

1. Accueil de l'utilisateur sur le site
2. Section 1 – Impacts de l'incapacité au travail
3. Section 2 – L'incapacité au travail : déterminants et acteurs impliqués
4. Section 3 – Facteurs modifiables qui influencent l'incapacité au travail et les outils pour les mesurer
5. Section 4 – Processus, interventions et pratiques pour un RT sain et durable

Pour chacune de ces cinq parties, la page d'accueil de l'utilisateur permettra de comprendre la nature de ce qui sera présenté sur le site Web portant sur l'incapacité et le RT. La présente section de résultats sert également à fournir l'information complémentaire qui est trop détaillée pour le contenu affiché sur le site Web, mais qui permet de mieux comprendre comment certains résultats ont été produits (parties 4 et 5).

Auparavant, il est bon de savoir que les différents contenus ont été présentés en prenant en considération les éléments suivants :

Organisation. Les sections 1 à 4 sont organisées de la même façon afin de rapidement s'y retrouver. Les sous-sections suivantes sont toujours (ou presque) présentées :

- Page d'accueil
- Introduction et objectifs
- Éléments de méthodologie : le plus bref qu'il est possible de le faire. L'utilisateur est dirigé vers ce rapport pour connaître les détails méthodologiques.
- Sous-sections spécifiques au contenu de la section, lorsque nécessaire.

Présentation. L'information générale est toujours présentée avant l'information plus détaillée ou spécifique, de manière à ne pas surcharger l'utilisateur lorsqu'il aborde un sujet. C'est pourquoi chaque section est présentée en trois temps :

1. Une page d'accueil présente les éléments permettant à l'utilisateur de juger de la pertinence du contenu pour lui, en répondant à ces questions :
 - i. **QUI?** À qui cette section est-elle destinée?
 - ii. **POURQUOI?** Pourquoi consulter cette section ?
 - iii. **QUOI?** De quoi est-il question dans cette section?
 - iv. **QUAND?** À quel moment cette information est-elle utile?
 - v. **COMMENT?** Comment cette information peut-elle être utilisée (applications)?
2. La troisième question (**Quoi?**) de la page d'accueil permet à l'utilisateur de choisir le contenu qui l'intéresse, le menant vers une information sommaire.
3. L'information sommaire mène ensuite à une information plus détaillée, lorsque l'utilisateur choisit de cliquer sur ***Pour en savoir plus***.

Conventions. Les conventions suivantes ont été utilisées pour signifier différents éléments.

- Les carrés avec texte en bleu représentent des boutons sur lesquels l'utilisateur cliquera pour atteindre différents contenus (menu). Cela a été fait pour comprendre comment le contenu pourrait être organisé sur le site Web et permet ici de mener le lecteur de ce rapport vers les sections ou annexes appropriées.
- Les interliens permettent d'imiter les liens qui peuvent mener l'utilisateur vers un autre contenu, par un clic de la souris.
- Les termes soulignés indiquent qu'on peut en connaître la définition en cliquant dessus (mène au glossaire).

6.1 Entrée sur le site Web

6.1.1 Contenu de la page d'accueil du site Web

Cette page d'accueil du site Web (texte ombragé ci-dessous) donne sous forme d'un court texte les principales informations à savoir sur ce site. Les boutons (cases) du haut donnent des informations plus précises sur plusieurs éléments, lesquels ayant pour objectifs de mieux décrire à qui le site se destine et les conditions de santé considérées. Des informations portant sur l'équipe qui a produit le contenu, la structure de gouvernance et le financement sont données en toute transparence. Il est également possible de consulter des sources d'information complémentaires au contenu présenté sur le site (bouton « liens utiles »), tel que souhaité par les partenaires sociaux. Les boutons du bas permettent finalement d'accéder aux différentes sections du site, ce qui mènera les utilisateurs sur la page d'accueil de ces sections.

Sites Web sur l'incapacité et le retour au travail sain et durable : Interventions soutenues par la science et les pratiques optimales

[Perspectives et audience visée](#)
[Populations de travailleurs visées](#)

[Organigramme](#)
[Équipe](#)
[Financement](#)
[Liens utiles](#)
[Glossaire](#)

En quelques mots, l'incapacité au travail est l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle (MIST-CAPRIT, 2017).

Ce site a pour objectif de fournir aux acteurs ou parties prenantes (PP) du retour au travail (RT) une source d'information crédible pour favoriser l'adoption de meilleures pratiques dans les processus de prévention de l'incapacité au travail et d'un RT sain et durable. En d'autres mots, la cible de ces pratiques sont les travailleurs en absence maladie (partielle ou totale), le but étant de prévenir une absence prolongée.

Les acteurs du RT proviennent de l'organisation/entreprise, peuvent être des professionnels de la santé et des ergonomes et peuvent également être du milieu de l'assurance. Par information crédible, nous entendons le recueil de données scientifiques et empiriques portant sur (1) les impacts de l'incapacité au travail, (2) les déterminants et acteurs de l'incapacité au travail, (3) les facteurs favorables et défavorables du RT ou de la durée d'absence maladie, ainsi que leurs outils de mesure et (4) les processus, interventions et pratiques de RT. Les problèmes de santé visés sont les troubles musculosquelettiques (TMS) et les troubles mentaux courants (TMC).

<p>Impacts de l'incapacité au travail <i>Interlien Section 1</i></p>	<p>L'incapacité au travail : déterminants et acteurs impliqués <i>Interlien Section 2</i></p>	<p>Facteurs qui influencent l'incapacité au travail et leurs mesures <i>Interlien Section 3</i></p>	<p>Processus, interventions et pratiques pour un RT sain et durable <i>Interlien Section 4</i></p>
---	--	--	---

6.2 Section 1 – Impacts de l'incapacité au travail

6.2.1 Contenu de la page d'accueil de cette section

QUI? À qui cette section est-elle destinée? À tous.

POURQUOI? Pourquoi consulter cette section ? Pour mieux connaître :

- l'ampleur de l'incapacité et la fréquence des lésions professionnelles au Québec et dans l'ensemble du Canada;
- les coûts globaux des lésions professionnelles avec incapacité au Québec (frais médicaux, indemnités de différentes sortes, productivité perdue et coûts humains);
- les impacts de l'incapacité sur les travailleurs et leur entourage;
- l'importance d'y consacrer des efforts et des ressources.

QUOI? De quoi est-il question dans cette section? Essentiellement des impacts de l'incapacité au travail selon différentes perspectives, comme dans ces exemples :

- 18 % de la population mondiale et 22 % de la population canadienne ont eu un TMS durant l'année 2015. Pour les TMC, la dépression et l'anxiété ont touché 4,2 % et 3,6 % de la population mondiale, respectivement; les chiffres sont de 3,9 % et 4,3 % au Canada.
- l'incapacité prolongée associée aux TMS et TMC peut engendrer des coûts importants pour la société, mais également des difficultés pour le travailleur, le milieu de travail et l'assureur :
 - impacts sur les travailleurs : augmentation de la détresse émotionnelle/psychologique, de l'incertitude face à l'avenir; effets négatifs sur leur estime de soi, incompréhension ou préjugés de son entourage; isolement et exclusion;
 - impacts sur le milieu de travail : réorganisation des équipes de travail, ce qui peut affecter les relations de travail;
 - impacts économiques : autant chez le travailleur concerné (et sa famille) et que chez l'employeur qui absorbe les coûts d'indemnisation et de perte de productivité.

<p><i>Introduction, objectifs et brève méthodologie</i> Inter lien sous-sections 1.1 et 1.2</p>	<p><i>Impacts sociétaux, organisationnels et économiques</i> Inter lien sous-sections 1.3 à 1.6</p>	<p><i>Impacts sur le travailleur</i> Inter lien sous-section 1.7</p>
--	--	---

QUAND? À quel moment cette information est-elle utile? Lorsqu'on désire s'informer sur cette problématique de SST en termes de réadaptation au travail.

COMMENT? Comment cette information peut-elle être utilisée (applications)?

- Comme outil de sensibilisation;
- Comme arguments pour susciter la participation de certains acteurs;
- Pour la formation sur l'incapacité au travail.

6.3 Section 2 – L'incapacité au travail : déterminants et acteurs impliqués

Après avoir fait une première ébauche du contenu de cette section, nos partenaires sociaux ont été unanimes à l'effet que le modèle de la CIF était trop complexe pour leurs besoins. Les critiques récentes faites sur la CIF démontrant que ce modèle aurait besoin d'ajustements importants (Heerkens *et al.*, 2018), il paraissait plus évident que cette section ne devait être développée qu'avec le contenu du modèle proposé par Lederer *et al.* (2014).

6.3.1 Contenu de la page d'accueil de cette section

QUI? À qui cette section est-elle destinée? À tous (travailleurs, intervenants, acteurs de l'entreprise, assureurs, famille), car il s'agit d'une responsabilité partagée.

POURQUOI? Pourquoi consulter cette section?

Pour mieux comprendre :

- que l'incapacité au travail n'est pas toujours le résultat de la nature et de la gravité d'une lésion professionnelle et d'une mauvaise prise en charge médicale;
- qu'il y a des acteurs hors du système de santé, issus de l'organisation (entreprise), de l'assureur et du milieu social du travailleur, ainsi que d'autres forces (enjeux) qui peuvent influencer la reprise ou non des activités de travail;
- que vous êtes possiblement un de ces acteurs qui peut faire une différence;
- que vous pouvez communiquer et collaborer avec certains de ces acteurs pour y arriver.

QUOI? De quoi est-il question dans cette section?

L'incapacité au travail est influencée par plusieurs déterminants d'ordre individuel, organisationnel et sociétal. Cette section propose un cadre de référence (voir figure 9) permettant :

- de connaître ses déterminants;
- d'identifier les acteurs qui peuvent jouer un rôle dans le processus d'intervention;
- de favoriser la collaboration et la communication entre les acteurs et avec le travailleur.

Introduction et objectifs <i>Interlien</i> <i>sous-sections 2.1</i>	Brève méthodologie <i>Interlien</i> <i>sous-section 2.2</i>	Définition de l'incapacité au travail <i>Interlien</i> <i>sous-section 2.3</i>	Déterminants et acteurs <i>Interlien</i> <i>sous-section 2.4</i>
--	--	---	---

QUAND? À quel moment cette information est-elle utile?

Utile en tout temps, mais plus particulièrement au début du processus de réadaptation au travail afin de coordonner les efforts de chaque acteur.

COMMENT? Comment cette information peut-elle être utilisée (applications)?

- Comme outil d'aide de communication/collaboration entre acteurs (incluant le travailleur), par l'adoption d'un langage commun;

- Pour guider l'évaluation des éléments clés à tenir compte en gestion du RT;
- Pour la formation sur l'incapacité au travail.

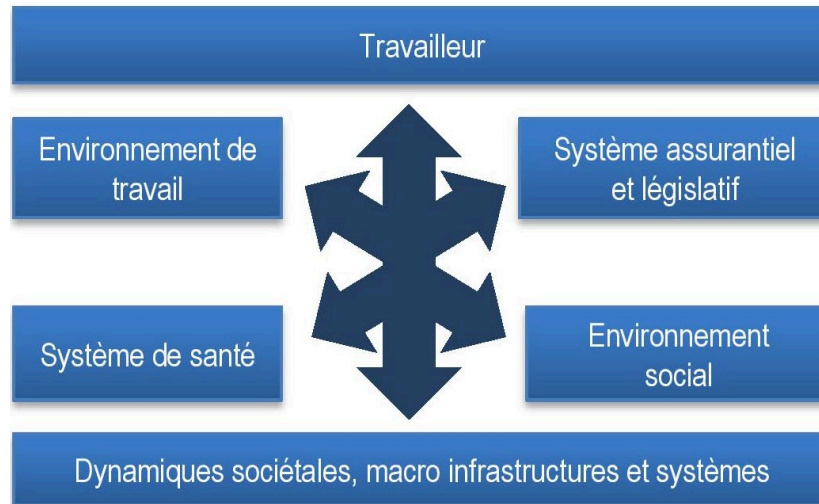


Figure 9. Cadre de référence simplifié de l'incapacité au travail, illustrant les grandes composantes et leur influence mutuelle.

6.3.2 Information additionnelle sur le contenu de cette section

Toute l'information présentée dans cette section est articulée autour de la carte conceptuelle de (Lederer *et al.*, 2014). Il s'agit de la carte complète, contenant beaucoup d'information. Toutefois, l'information est amenée graduellement, du plus simple au plus détaillé, à l'aide de cartes simplifiées, permettant de comprendre ce que l'on nomme « l'enceinte de l'incapacité au travail » (*arena of work disability*); (Loisel, Côté, *et al.*, 2005).

6.4 Section 3 – Facteurs modifiables qui influencent l'incapacité au travail et outils pour les mesurer

6.4.1 Contenu de la page d'accueil de cette section

QUI? À qui cette section est-elle destinée? Aux professionnels de la santé et ergonomes qui interviennent sur des facteurs qui influent sur le RT. Aux acteurs du milieu de travail et aux assureurs curieux de mieux comprendre la nature de ces facteurs et, dans certains cas, pour déterminer des cibles d'intervention. N'oubliez pas : la majorité des évaluations et interventions sont exclusives à des professionnels accrédités.

POURQUOI? Pourquoi consulter cette section ? Pour mieux comprendre ...:

- quels sont les principaux facteurs modifiables qui influencent la durée d'absence ou le RT afin d'orienter l'intervention;
- que ces facteurs peuvent être liés au travailleur, à sa santé et à l'organisation;
- la nature de ces facteurs (définitions) et la façon de les mesurer (outils).

QUOI? De quoi est-il question dans cette section?

- Essentiellement des facteurs modifiables, de leur définition et de leur mesure;
- Voici quelques facteurs importants à retenir, qui sont d'ailleurs communs aux TMS et TMC : (1) Tension au travail; (2) Attentes du travailleur concernant le RT; (2) Sentiment d'efficacité du travailleur concernant son RT;
- Des outils de mesure de différentes qualités (☆☆☆,, ☆☆, ☆) sont également proposés en fonction de leurs valeurs scientifiques et pratiques pour les utilisateurs.

Introduction et objectifs <i>Interlien section 3.1</i>	Brève méthodologie <i>Interlien section 3.2</i>	Facteurs modifiables et outils de mesures recommandées <i>Interlien section 3.3</i>
--	---	---

QUAND? À quel moment cette information est-elle utile? Durant tout le processus du RT.

COMMENT? Comment cette information peut-elle être utilisée (applications)?

- En informant nos collaborateurs sur les cibles potentielles d'intervention;
- En prévenant le développement de l'incapacité ou les récurrences (comité de SST);
- En considérant ces facteurs pour constituer une grille d'entrevue permettant d'évaluer la situation d'incapacité du travailleur;
- En l'utilisant pour la formation sur l'incapacité au travail.

6.4.2 Résultats complémentaires liés à la création du contenu de cette section

L'organigramme illustrant le nombre d'articles identifiés, triés, et retenus après la considération des critères d'inclusion et d'exclusion est présenté à la figure 10. Le nombre d'articles associés à chaque catégorie de facteurs (organisationnel, personnel, de santé) et chaque problème de santé (TMS, TMC) est présenté dans le tableau 4. Il y a environ trois fois plus d'études pour les TMS que pour les TMC, ce qui représente bien le fait que l'effort de recherche accordé à l'étude des TMC s'est avéré plus tard que pour les TMS. Par contre, autant pour les TMS que pour les TMC, il y a un certain équilibre entre les facteurs organisationnels, personnels et de santé.

Les articles qui ont servi à l'établissement du niveau de preuve pour chaque facteur modifiable, ainsi qu'à l'identification et la classification des outils de mesure correspondants, sont présentés dans le tableau 5. Finalement, les résultats complets portant sur le niveau de preuve associé à chaque facteur sont présentés dans le tableau 6 (facteurs organisationnels), tableau 7 (facteurs personnels) et tableau 8 (facteurs de santé). Il est intéressant de constater que les facteurs « **attentes concernant le RT ou la durée de l'absence maladie** » (22/23 significatifs), « **sentiment d'efficacité concernant le RT** » (5 / 5 significatifs) et « **attentes concernant le rétablissement** » (8/8 significatifs) soient très fortement soutenus, avec pratiquement aucune étude ayant obtenu un résultat statistique non significatif. Ces facteurs ont en commun une appréciation globale du travailleur qui forcément doit prendre en considération, de façon consciente et inconsciente, un ensemble de variables. Il est probable que ces variables soient différentes d'un travailleur à l'autre et par conséquent, demandent à être débusquées lors de l'entretien avec lui. Cette étape est nécessaire pour personnaliser l'intervention. Par contre, il est aussi possible que certaines variables aient un poids plus important dans le jugement fait par la plupart des travailleurs, ce qui laisse place à de nouvelles recherches pour les identifier.

À l'autre extrême, il y a plusieurs facteurs qui ont peu été étudiés, ne permettant pas d'obtenir une réponse claire sur leur influence. Pour les facteurs organisationnels, il s'agit des facteurs en lien avec les rôles et responsabilités de différents acteurs du RT, tels que les **politiques et pratiques organisationnelles**, la **communication entre les acteurs**, la **coordination du RT**, et de façon plus surprenante, sur les **aménagements au travail**. Pour les facteurs personnels et de santé, il y a eu plusieurs facteurs qui n'ont été considérés que dans une seule étude.

Finalement, il y a les facteurs qui ont grandement été étudiés (10 études et plus) pour qui le niveau de preuve est limité, inconsistant ou insuffisant, soit certains facteurs organisationnels (**soutien social, demandes physiques**), personnels (**satisfaction au travail**) et de santé (**bien-être psychologique, fonctionnement physique/incapacité, intensité et interférence de la douleur, symptômes de dépression, santé globale**) quand la plupart des études ne démontrent pas de lien, ou lorsque les études ne s'entendent pas sur la présence ou non d'une relation entre le facteur et les mesures de résultat.

Rappelons que seuls les facteurs qui ont atteint les niveaux de preuve modéré et fort sont présentés et documentés dans le contenu du site Web. Seulement les éléments les plus importants ont été retenus, tout en évitant d'utiliser le vocabulaire sur les niveaux de preuve, car ce concept menait à un grand risque de confondre les utilisateurs. En effet, tenter d'expliquer la nuance entre la force de la preuve des facteurs, telle que déterminée par le nombre d'études et la consistance des effets, et la valeur prédictive des facteurs, nécessitant une analyse des rapports de cotes, s'est avéré être difficile pour nos utilisateurs.

En ce qui a trait aux outils de mesure, les fiches descriptives des outils retenus, présentées dans le contenu du site Web, démontrent que les facteurs **tension au travail** (Job Content Questionnaire), et le **sentiment d'injustice suite à la lésion** (Injustice Experience Questionnaire) ne disposent que d'un outil, mais qui heureusement sont de bonne qualité. Les facteurs demandant de meilleurs outils sont l'**importance du travail** et les **attentes concernant le rétablissement** qui sont très peu documentées sur le plan psychométrique.

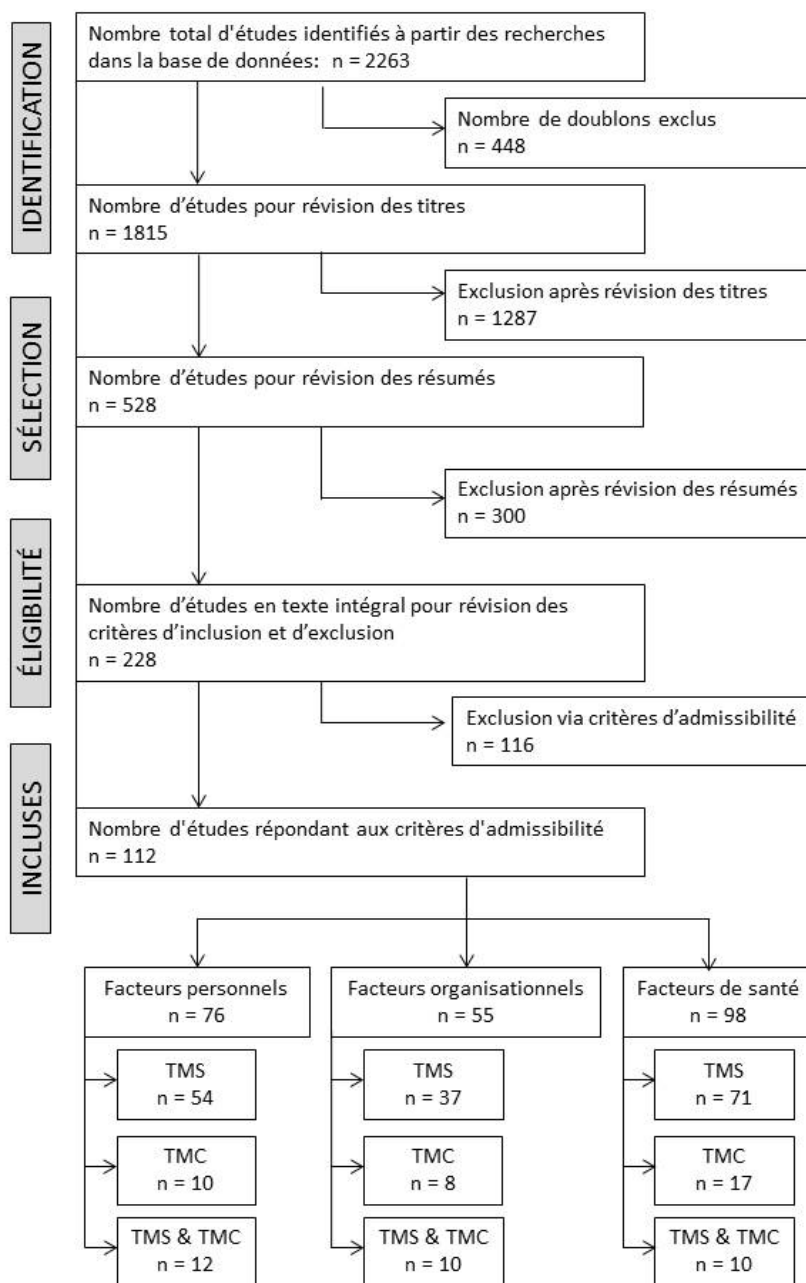


Figure 10. Résultats de la stratégie de recherche.

Tableau 5. Nombre d'articles associé à chaque catégorie de facteurs pour les TMS et les TMC

	Catégories de facteurs		
	Personnel	Organisationnel	De santé
TMS	66	47	81
TMC	22	18	27

Tableau 6. Liste des articles retenus, les problèmes de santé visés (TMS et TMC) et les types de facteurs étudiés (O - organisationnel, P - personnel, S - de santé)

	Référence	TMS √	TMC √	O,P,S *
1.	Aasdahl, L., Pape, K., Jensen, C., Vasseljen, O., Braathen, T., Johnsen, R. et Fimland, M. S. (2018). Associations between the readiness for return to work scale and return to work: A prospective study. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 28(1), 97-106. doi: 10.1007/s10926-017-9705-2	√	√	P
2.	Adams, H., Thibault, P., Ellis, T., Moore, E. et Sullivan, M. (2017). The relation between catastrophizing and occupational disability in individuals with major depression: Concurrent and prospective associations. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 27(3), 405-412. doi: 10.1007/s10926-016-9669-7		√	S
3.	Amick, B. C., Lee, H., Hogg-Johnson, S., Katz, J. N., Brouwer, S., Franche, R.-L. et Bültmann, U. (2017). How do organizational policies and practices affect return to work and work role functioning following a musculoskeletal injury? <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 27(3), 393-404. doi: 10.1007/s10926-016-9668-8	√		O, S
4.	Anema, J. R., Schellart, A. J., Cassidy, J., Loisel, P., Veerman, T. et Van der Beek, A. (2009). Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained?: An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 19(4), 419.	√		O,P,S
5.	Asher, A. L., Devin, C. J., Archer, K. R., Chotai, S., Parker, S., Bydon, M., . . . McGirt, M. J. (2017). An analysis from the quality outcomes database: Part 2: Predictive model for return to work after elective surgery for lumbar degenerative disease. <i>Journal of Neurosurgery Spine</i> , 27, 370-381. doi: 10.3171/2016.8.SPINE16527	√		S
6.	Baltov, P., Cote, J., Truchon, M. et Feldman, D. E. (2008). Psychosocial and socio-demographic factors associated with outcomes for patients undergoing rehabilitation for chronic whiplash associated disorders: A pilot study. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 30(25), 1947-1955.	√		O,P,S
7.	Bontoux, L., Roquelaure, Y., Billabert, C., Dubus, V., Sancho, P. O., Colin, D., . . . Richard, I. (2004). Étude du devenir à un an de lombalgiques chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique : recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. <i>Annales de réadaptation et de médecine physique</i> , 47(8), 563-572. doi: 10.1016/j.annrmp.2004.03.006	√		O,P,S

8.	Brendbekken, R., Vaktskjold, A., Harris, A. et Tangen, T. (2018). Predictors of return-to-work in patients with chronic musculoskeletal pain: A randomized clinical trial. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 50(2), 193-199. doi: 10.2340/16501977-2296	√		O,P,S
9.	Brouwer, S., Amick, B. C., Lee, H., Franche, R.-L. et 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. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 25(4), 725-732.	√		P
10.	Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., ven der Klink, J. J. L. et Groothoff, J. W. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: Perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 20(1), 104-112. doi: 10.1007/s10926-009-9214-z	√	√	P,O
11.	Busch, H., Göransson, S. et Melin, B. (2007). Self-efficacy beliefs predict sustained long-term sick absenteeism in individuals with chronic musculoskeletal pain. <i>Pain</i> , 7(3), 234-240. doi: 10.1111/j.1533-2500.2007.00134.x	√		O,P,S
12.	Carriere, J. S., Thibault, P. et Sullivan, M. J. (2015). The mediating role of recovery expectancies on the relation between depression and return-to-work. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 25(2), 348-356. doi: 10.1007/s10926-014-9543-4	√		S,P
13.	Chen, C., Hogg-Johnson, S. et Smith, P. (2007). The recovery patterns of back pain among workers with compensated occupational back injuries. <i>Occupational and Environmental Medicine</i> , 64(8), 534-540. doi: 10.1136/oem.2006.029215	√		S,P
14.	Cole, D. C., Mondloch, M. V. et Hogg-Johnson, S. (2002). Listening to injured workers: How recovery expectations predict outcomes: A prospective study. <i>CMAJ</i> , 166(6), 749-754.	√		P
15.	Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., . . . Lachance, J.-P. (2017). Development of the Return-to-work Obstacles and Self-efficacy Scale (ROSES) and validation with workers suffering from a common mental disorder or musculoskeletal disorder. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 27(3), 329-341.	√	√	O,P,S
16.	Cougot, B., Petit, A., Paget, C., Roedlich, C., Fleury-Bahi, G., Fouquet, M., . . . Tripodi, D. (2015). Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): A non-randomized controlled trial. <i>Journal of Occupational Medicine and Toxicology</i> , 10(1). doi: 10.1186/s12995-015-0082-5	√		P,S
17.	D'Amato, A. et Zijlstra, F. (2010). Toward a climate for work resumption: The nonmedical determinants of return to work. <i>Journal of Occupational and Environmental Medicine</i> , 52(1), 67-80. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181c75291	√	√	O,P,S
18.	De Rijk, A., Janssen, N., Alexanderson, K. et Nijhuis, F. (2008). Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their associations with health: A prospective cohort study in The Netherlands. <i>International Journal of Rehabilitation Research</i> , 31(4), 327-336. doi: 10.1097/MRR.0b013e3282fba37c	√	√	S
19.	Dersh, J., Mayer, T. G., Gatchel, R. J., Polatin, P. B., Theodore, B. R. et Mayer, E. A. (2008). Prescription opioid dependence is associated with poorer outcomes in disabling spinal disorders. <i>Spine</i> , 33(20), 2219-2227.	√		S

	doi: 10.1097/BRS.0b013e31818096d1			
20.	Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R. et Larocque, I. (2005). A clinical return-to-work rule for patients with back pain. <i>CMAJ</i> , 172(12), 1559-1567.	√		P,S
21.	Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R., Nouwen, A., . . . Demers, E. (2007). Determinants of "return to work in good health" among workers with back pain who consult in primary care settings: A 2-year prospective study. <i>European Spine Journal</i> , 16(5), 641-655.	√		O,P,S
22.	Du Bois, M. et Donceel, P. (2008). A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants. <i>European Spine Journal</i> , 17(3), 380-385. doi: 10.1007/s00586-007-0567-8	√		S,P
23.	Du Bois, M., Szpalski, M. et Donceel, P. (2009). Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. <i>Spine</i> , 9(5), 350-359.	√		S,P
24.	Ekberg, K., Wahlin, C., Persson, J., Bernfort, L. et Oberg, B. (2015). Early and late return to work after sick leave: Predictors in a cohort of sick-listed individuals with common mental disorders. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 25(3), 627-637. doi: 10.1007/s10926-015-9570-9		√	O,P,S
25.	Ekbladh, E., Thorell, L.-H. et Haglund, L. (2010). Return to work: The predictive value of the worker role interview (WRI) over two years. <i>Work</i> , 35(2), 163-172. doi: 10.3233/WOR-2010-0968	√	√	O,P
26.	Ekstedt, M., Soderstrom, M. et Akerstedt, T. (2009). Sleep physiology in recovery from burnout. <i>Biological Psychology</i> , 82(3), 267-273. doi: 10.1016/j.biopsycho.2009.08.006		√	S
27.	Elfving, B., Asell, M., Ropponen, A. et Alexanderson, K. (2009). What factors predict full or partial return to work among sickness absentees with spinal pain participating in rehabilitation? <i>Disability and Rehabilitation</i> , 31(16), 1318-1327. doi: 10.1080/09638280802572965	√		S,P
28.	Faber, E., Burdorf, A., Bierma-Zeinstra, S. M., Miedema, H. S. et Koes, B. W. (2006). Determinants for improvement in different back pain measures and their influence on the duration of sickness absence. <i>Spine</i> , 31(13), 1477-1483.	√		O,S
29.	Franche, R.-L., Corbière, M., Lee, H., Breslin, F. C. et Hepburn, C. G. (2007). The Readiness for Return-to-work (RRTW) Scale: Development and validation of a self-report staging scale in lost-time claimants with musculoskeletal disorders. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 17(3), 450-472.	√		O
30.	Gatchel, R. J., Mayer, T. G. et Theodore, B. R. (2006). The pain disability questionnaire: Relationship to one-year functional and psychosocial rehabilitation outcomes. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 16(1), 75-94. doi: 10.1007/s10926-005-9005-0	√		S

31.	Gauthier, N., Sullivan, M. J., Adams, H., Stanish, W. D. et Thibault, P. (2006). Investigating risk factors for chronicity: The importance of distinguishing between return-to-work status and self-report measures of disability. <i>Journal of Occupational and Environmental Medicine</i> , 48(3), 312-318.	√		S
32.	Gross, D. P. et Batti, M. C. (2005). Work-related recovery expectations and the prognosis of chronic low back pain within a worker's compensation setting. <i>Journal of Occupational and Environmental Medicine</i> , 47(4), 428-433. doi: 10.1097/01.jom.0000158706.96994.a5	√		P,S
33.	Gross, D. P. et Battie, M. C. (2010). Recovery expectations predict recovery in workers with back pain but not other musculoskeletal conditions. <i>Clinical Spine Surgery</i> , 23(7), 451-456.	√		P
34.	Grøvle, L., Haugen, A. J., Keller, A., Ntvig, B., Brox, J. I. et Grotle, M. (2013). Prognostic factors for return to work in patients with sciatica. <i>Spine</i> , 13(12), 1849-1857. doi: 10.1016/j.spinee.2013.07.433	√		S
35.	Gustafsson, K., Lundh, G., Svedberg, P., Linder, J., Alexanderson, K. et Marklund, S. (2013). Psychological factors are related to return to work among long-term sickness absentees who have undergone a multidisciplinary medical assessment. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 45(2), 186-191.		√	O,P,S
36.	Hagen, E. M., Svensen, E. et Eriksen, H. R. (2005). Predictors and modifiers of treatment effect influencing sick leave in subacute low back pain patients. <i>Spine</i> , 30(24), 2717-2723.	√		P,S
37.	Haldorsen, E. M., Indahl, A. et Ursin, H. (1998). Patients with low back pain not returning to work: A 12-month follow-up study. <i>Spine</i> , 23(11), 1202-1207.	√		P,S
38.	Hansen, A., Edlund, C. et Henningsson, M. (2006). Factors relevant to a return to work: A multivariate approach. <i>Work</i> , 26(2), 179-190.	√		P,O
39.	Hansson, E., Hansson, T. et Jonsson, R. (2006). Predictors for work ability and disability in men and women with low-back or neck problems. <i>European Spine Journal</i> , 15(6), 780-793. doi: 10.1007/s00586-004-0863-5	√		P,S
40.	Haveraaen, L. A., Skarpaas, L. S. et Aas, R. W. (2017). Job demands and decision control predicted return to work: The rapid-RTW cohort study. <i>BMC Public Health</i> , 17(1), 154. doi: 10.1186/s12889-016-3942-8	√	√	O
41.	Haveraaen, L. A., Skarpaas, L. S., Berg, J. E. et Aas, R. W. (2015). Do psychological job demands, decision control and social support predict return to work three months after a return-to-work (RTW) programme?: The rapid-RTW cohort study. <i>Work</i> , 53(1), 61-71. doi: 10.3233/WOR-152216	√	√	O
42.	Heymans, M. W., Anema, J. R., van Buuren, S., Knol, D. L., van Mechelen, W. et de Vet, H. C. (2009). Return to work in a cohort of low back pain patients: Development and validation of a clinical prediction rule. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 19(2), 155-165.	√		O,S
43.	Heymans, M. W., de Vet, H. C., Knol, D. L., Bongers, P. M., Koes, B. W. et van Mechelen, W. (2006). Workers' beliefs and expectations affect return to work over 12 months. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 16(4), 685-695. doi: 10.1007/s10926-006-9058-8	√		O,P,S
44.	Hogg-Johnson, S. et Cole, D. (2003). Early prognostic factors for	√		O,P,S

	duration on temporary total benefits in the first year among workers with compensated occupational soft tissue injuries. <i>Occupational and Environmental Medicine</i> , 60(4), 244-253.			
45.	Huijs, J. J., Koppes, L. L., Taris, T. W. et Blonk, R. W. (2012). Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 22(3), 301-311. doi: 10.1007/s10926-011-9351-z	√	√	O,P,S
46.	Hunter, S. J., Shaha, S., Flint, D. et Tracy, D. M. (1998). Predicting return to work: A long-term follow-up study of railroad workers after low back injuries. <i>Spine</i> , 23(21), 2319-2328.	√		S
47.	Jensen, A. G. (2013). A two-year follow-up on a program theory of return to work intervention. <i>Work</i> , 44(2), 165-175. doi: 10.3233/WOR-121497	√	√	S,P
48.	Jetha, A., LaMontagne, A. D., Lilley, R., Hogg-Johnson, S., Sim, M. et Smith, P. (2018). Workplace social system and sustained return-to-work: A study of supervisor and co-worker supportiveness and injury reaction. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 28(3), 486-494. doi: 10.1007/s10926-017-9724-z	√	√	O
49.	Katz, J., Amick, B. C., Keller, R., Fossel, A., Ossman, J., Soucie, V. et Losina, E. (2005). Determinants of work absence following surgery for carpal tunnel syndrome. <i>American Journal of Industrial Medicine</i> , 47(2), 120-130. doi: 10.1002/ajim.20127	√		O,P,S
50.	Koopman, F. S., Edelaar, M., Slikker, R., Reynders, K., van der Woude, L. H. et Hoozemans, M. J. (2004). Effectiveness of a multidisciplinary occupational training program for chronic low back pain: A prospective cohort study. <i>American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation</i> , 83(2), 94-103. doi: 10.1097/01.PHM.0000107482.35803.11	√		S,P
51.	Kronström, K., Karlsson, H., Nabi, H., Oksanen, T., Salo, P., Sjösten, N., . . . Vahtera, J. (2011). Optimism and pessimism as predictors of work disability with a diagnosis of depression: A prospective cohort study of onset and recovery. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 130(1-2), 294-299. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.003		√	S
52.	Kuijer, P. P., Gouttebauge, V., Wind, H., van Duivenbooden, C., Sluiter, J. K. et Frings-Dresen, M. H. (2012). Prognostic value of self-reported work ability and performance-based lifting tests for sustainable return to work among construction workers. <i>Scandinavian Journal of Work, Environment & Health</i> . doi: 10.5271/sjweh.3302	√		P,S
53.	Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V. et Schaufeli, W. B. (2010). Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. <i>Work & Stress</i> , 24(4), 359-375. doi: 10.1080/02678373.2010.532644		√	P
54.	Lagerveld, S. E., Brenninkmeijer, V., Blonk, R. W., Twisk, J. et Schaufeli, W. B. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. <i>Occupational Environmental Medicine</i> , 74(5), 381-383.		√	P,S
55.	Laisné, F., Lecomte, C. et Corbière, M. (2013). Biopsychosocial determinants of work outcomes of workers with occupational injuries receiving compensation: A prospective study. <i>Work</i> , 44(2), 117-132. doi: 10.3233/WOR-2012-1378	√		O,P,S

56.	Lammerts, L., Schaafsma, F. G., Eikelenboom, M., Vermeulen, S. J., van Mechelen, W., Anema, J. R. et Penninx, B. W. (2016). Longitudinal associations between biopsychosocial factors and sustainable return to work of sick-listed workers with a depressive or anxiety disorder. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 26(1), 70-79. doi: 10.1007/s10926-015-9588-z		√	O,S
57.	Law, R. K., Lee, E. W., Law, S. W., Chan, B. K., Chen, P. P. et Szeto, G. P. (2013). The predictive validity of OMPQ on the rehabilitation outcomes for patients with acute and subacute non-specific LBP in a Chinese population. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 23(3), 361-370. doi: 10.1007/s10926-012-9404-y	√		S
58.	Lepiece, B., Reynaert, C., Jacques, D. et Zdanowicz, N. (2017). Returning to work after a common mental health disorder: A new preoccupation for mental health professionals? <i>Psychiatria Danubina</i> , 29(3), 262-266.		√	S
59.	Lillefjell, M. et Jakobsen, K. (2007). Sense of coherence as a predictor of work re-entry following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain. <i>Journal of Occupational Health Psychology</i> , 12(3), 222-231. doi: 10.1037/1076-8998.12.3.222	√		P
60.	Lindell, O., Johansson, S.-E. et Strender, L.-E. (2010). Predictors of stable return-to-work in non-acute, non-specific spinal pain: Low total prior sick-listing, high self-prediction and young age: A two-year prospective cohort study. <i>BMC Family Practice</i> , 11(1). doi: 10.1186/1471-2296-11-53	√		O,P,S
61.	Lötters, F. et Burdorf, A. (2006). Prognostic factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders. <i>The Clinical Journal of Pain</i> , 22(2), 212-221.	√		O,S
62.	Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S. et Reme, S. E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit recipiency among workers with common mental disorders: Secondary analysis from a randomised controlled trial. <i>BMJ Open</i> , 4(3), e004321. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004321		√	P,S
63.	Lydell, M., Grahn, B., Månsson, J., Baigi, A. et Marklund, B. (2009). Predictive factors of sustained return to work for persons with musculoskeletal disorders who participated in rehabilitation. <i>Work</i> , 33(3), 317-328. doi: 10.3233/WOR-2009-0879	√		O,P,S
64.	Lydell, M., Marklund, B., Baigi, A., Mattsson, B. et Mansson, J. (2011). Return or no return: Psychosocial factors related to sick leave in persons with musculoskeletal disorders: A prospective cohort study. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 33(8), 661-666. doi: 10.3109/09638288.2010.506237	√		O,P,S
65.	Marhold, C., Linton, S. J. et Melin, L. (2002). Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: Evaluation of a questionnaire. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 12(2), 65-75.	√		O,P,S
66.	Mayer, T. G., Gatchel, R. J., Brede, E. et Theodore, B. R. (2014). Lumbar surgery in work-related chronic low back pain: Can a continuum of care enhance outcomes? <i>Spine</i> , 14(2), 263-273. doi: 10.1016/j.spinee.2013.10.041	√		S,O
67.	McGeary, D. D., Mayer, T. G. et Gatchel, R. J. (2006). High pain ratings predict treatment failure in chronic occupational musculoskeletal disorders. <i>Journal of Bone & Joint Surgery</i> , 88(2), 317-325. doi:	√		S

	10.2106/JBJS.D.02968			
68.	Momsen, A.-M. H., Jensen, O. K., Nielsen, C. V. et Jensen, C. (2014). Multiple somatic symptoms in employees participating in a randomized controlled trial associated with sickness absence because of nonspecific low back pain. <i>Spine</i> , 14(12), 2868-2876. doi: 10.1016/j.spinee.2014.01.062	√		S
69.	Munir, F., Burr, H., Hansen, J. V., Rugulies, R. et Nielsen, K. (2011). Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms?: A prospective study. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> , 70(1), 3-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.014		√	S,O
70.	Netterstrom, B., Eller, N. H. et Borritz, M. (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. <i>Biomed Research International</i> , 2015, 596572. doi: 10.1155/2015/596572		√	O,P,S
71.	Nielsen, M. B., Bültmann, U., Madsen, I. E., Martin, M., Christensen, U., Diderichsen, F. et Rugulies, R. (2012). Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 34(15), 1311-1316. doi: 10.3109/09638288.2011.641664		√	S
72.	Nielsen, M. B. D., Madsen, I. E. H., Bültmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F. et Rugulies, R. (2010). Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: Findings from a longitudinal study. <i>European Journal of Public Health</i> , 21(6), 806-811. doi: 10.1093/eurpub/ckq171		√	P,S
73.	Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., van Dijk, F. J. et van der Klink, J. J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 23(2), 290-299.		√	P
74.	Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W. et van Dijk, F. J. (2005). Validation of performance indicators for rehabilitation of workers with mental health problems. <i>Medical Care</i> , 43(10), 1034-1042.		√	S
75.	Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W. et van Dijk, F. J. (2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. <i>Scandinavian Journal of Work, Environment & Health</i> , 32(1), 67-74. doi: 10.5271/sjweh.978		√	O,P,S
76.	Norder, G., Roelen, C. A. M., van der Klink, J. J. L., Bültmann, U., Sluiter, J. K. et Nieuwenhuijsen, K. (2017). External validation and update of a prediction rule for the duration of sickness absence due to common mental disorders. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 27(2), 202-209. doi: 10.1007/s10926-016-9646-1		√	O,P,S
77.	Okurowski, L., Pransky, G., Webster, B., Shaw, W. S. et Verma, S. (2003). Prediction of prolonged work disability in occupational low-back pain based on nurse case management data. <i>Journal of Occupational and Environmental Medicine</i> , 45(7), 763-770. doi: 10.1097/01.jom.0000079086.95532.e9	√		O,P,S
78.	Opsahl, J., Eriksen, H. R. et Tveito, T. H. (2016). Do expectancies of return to work and job satisfaction predict actual return to work in workers with long lasting LBP? <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> , 17. doi:	√		O,P,S

	10.1186/s12891-016-1314-2			
79.	Oyeflaten, I., Hysing, M. et Eriksen, H. R. (2008). Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 40(7), 548-554. doi: 10.2340/16501977-0202	√	√	P,S
80.	Post, M., Krol, B. et Groothoff, J. W. (2006). Self-rated health as a predictor of return to work among employees on long-term sickness absence. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 28(5), 289-297. doi: 10.1080/09638280500160303	√	√	P,S
81.	Prkachin, K. M., Schultz, I. Z. et Hughes, E. (2007). Pain behavior and the development of pain-related disability: The importance of guarding. <i>The Clinical Journal of Pain</i> , 23(3), 270-277.	√		P,S
82.	Reiso, H., Nygard, J. F., Jorgensen, G. S., Holanger, R., Soldal, D. et Bruusgaard, D. (2003). Back to work: Predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick: A two-year follow-up study. <i>Spine</i> , 28(13), 1468-1473. doi: 10.1097/01.BRS.0000067089.83472.1F	√		P,S
83.	Reme, S. E., Hagen, E. M. et Eriksen, H. R. (2009). Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> , 10(1), 139. doi: 10.1186/1471-2474-10-139	√		O,P,S
84.	Richard, S., Dionne, C. E. et Nouwen, A. (2011). Self-efficacy and health locus of control: Relationship to occupational disability among workers with back pain. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 21(3), 421-430. doi: 10.1007/s10926-011-9285-5	√		O,P,S
85.	Richter, J. M., Blatter, B. M., Heinrich, J., de Vroome, E. M. et Anema, J. R. (2011). Prognostic factors for disability claim duration due to musculoskeletal symptoms among self-employed persons. <i>BMC Public Health</i> , 11(1), 945. doi: 10.1186/1471-2458-11-945	√		O,P,S
86.	Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., Lopez, J. C., Martinez, J. M., . . . Benavides, F. G. (2012). Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 22(1), 15-26. doi: 10.1007/s10926-011-9313-5	√	√	O,P,S
87.	Schultz, I., Crook, J., Meloche, G., Berkowitz, J., Milner, R., Zuberbier, O. et Meloche, W. (2004). Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: Towards development of a return-to-work model. <i>Pain</i> , 107(1-2), 77-85.	√		O,P,S
88.	Schultz, I. Z., Crook, J., Berkowitz, J., Milner, R. et Meloche, G. R. (2005). Predicting return to work after low back injury using the psychosocial risk for occupational disability instrument: A validation study. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 15(3), 365-376. doi: 10.1007/s10926-005-5943-9	√		O,P,S
89.	Schultz, I. Z., Crook, J. M., Berkowitz, J., Meloche, G. R., Milner, R., Zuberbier, O. A. et Meloche, W. (2002). Biopsychosocial multivariate predictive model of occupational low back disability. <i>Spine</i> , 27(23), 2720-2725. doi: 10.1007/0-387-28919-4 10	√		O,P,S
90.	Scott, W., Trost, Z., Milioto, M. et Sullivan, M. J. (2013). Further validation of a measure of injury-related injustice perceptions to identify risk for occupational disability: A prospective study of individuals with whiplash injury. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 23(4), 557-565.	√		S

	doi: 10.1007/s10926-013-9417-1			
91.	Selander, J., Marnetoft, S. U. et Asell, M. (2007). Predictors for successful vocational rehabilitation for clients with back pain problems. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 29(3), 215-220. doi: 10.1080/09638280600756208	√		S,P
92.	Soucy, I., Truchon, M. et Côté, D. (2006). Work-related factors contributing to chronic disability in low back pain. <i>Work</i> , 26(3), 313-326.	√		O,P,S
93.	Stapelfeldt, C. M., Christiansen, D. H., Jensen, O. K., Nielsen, C. V., Petersen, K. D. et Jensen, C. (2011). Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> , 12. doi: 10.1186/1471-2474-12-112	√		O,P,S
94.	Steenstra, I. A., Franche, R.-L., Furlan, A. D., Amick, B. C. et Hogg-Johnson, S. (2016). The added value of collecting information on pain experience when predicting time on benefits for injured workers with back pain. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 26(2), 117-124.	√		P,S
95.	Steenstra, I. A., Koopman, F. S., Knol, D. L., Kat, E., Bongers, P. M., de Vet, H. C. et van Mechelen, W. (2005). Prognostic factors for duration of sick leave due to low-back pain in Dutch health care professionals. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 15(4), 591-605. doi: 10.1007/s10926-005-8037-9	√		O,P,S
96.	Storheim, K., Brox, J. I., Holm, I. et Bo, K. (2005). Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: A 12-month follow-up study. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 37(6), 365-371. doi: 10.1080/16501970510040344	√		O,P,S
97.	Streibelt, M., Blume, C., Thren, K., Reneman, M. F. et Mueller-Fahrnow, W. (2009). Value of functional capacity evaluation information in a clinical setting for predicting return to work. <i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</i> , 90(3), 429-434. doi: 10.1016/j.apmr.2008.08.218	√		P,S
98.	Sullivan, M. J., Adams, H., Horan, S., Maher, D., Boland, D. et Gross, R. (2008). The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: Scale development and validation. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 18(3), 249-261. doi: 10.1007/s10926-008-9140-5	√		S
99.	Truchon, M. et Cote, D. (2005). Predictive validity of the chronic pain coping inventory in subacute low back pain. <i>Pain</i> , 116(3), 205-212. doi: 10.1016/j.pain.2005.04.003	√		S
100.	Truchon, M., Schmouth, M. E., Côté, D., Fillion, L., Rossignol, M. et Durand, M.-J. (2012). Absenteeism screening questionnaire (ASQ): A new tool for predicting long-term absenteeism among workers with low back pain. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 22(1), 27-50.	√		P,S
101.	Turner, J. A., Franklin, G., Fulton-Kehoe, D., Sheppard, L., Stover, B., Wu, R., . . . Wickizer, T. M. (2008). Early predictors of chronic work disability: A prospective, population-based study of workers with back injuries. <i>Spine</i> , 33(25), 2809-2818. doi: 10.1097/BRS.0b013e31817df7a7	√		O,S
102.	Turner, J. A., Franklin, G., Fulton-Kehoe, D., Sheppard, L., Wickizer, T. M., Wu, R., . . . Egan, K. (2006). Worker recovery expectations and fear-avoidance predict work disability in a population-based workers' compensation back pain sample. <i>Spine</i> , 31(6), 682-689. doi: 10.1097/01.brs.0000202762.88787.af	√		P,S

103.	van der Giezen, A. M., Bouter, L. M. et Nijhuis, F. J. (2000). Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. <i>Pain</i> , 87(3), 285-294. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00292-X	√		O,P,S
104.	van der Weide, W. E., Verbeek, J. H., Sallé, H. J. et van Dijk, F. J. (1999). Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. <i>Scandinavian Journal of Work, Environment & Health</i> , 25(1), 50-56.	√		O,P,S
105.	van Duijn, M., Lotters, F. et Burdorf, A. (2005). Influence of modified work on return to work for employees on sick leave due to musculoskeletal complaints. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 37(3), 172-179. doi: 10.1080/16501970410023434	√		S,O
106.	Vemer, P., Bouwmans, C. A., Zijlstra-Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M. et Hakkaart-van Roijen, L. (2013). Let's get back to work: Survival analysis on the return-to-work after depression. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 9 1637-1645. doi: 10.2147/NDT.S49883		√	S,O
107.	Vendrig, A. A. (1999). Prognostic factors and treatment-related changes associated with return to work in the multimodal treatment of chronic back pain. <i>Journal of Behavioral Medicine</i> , 22(3), 217-232.	√		S
108.	Vendrig, A. A. et Schaafsma, F. G. (2018). Reliability and validity of the work and well-being inventory (WBI) for employees. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 28(2), 377-390. doi: 10.1007/s10926-017-9729-7	√	√	O,P,S
109.	Vowles, K. E., Gross, R. T. et Sorrell, J. T. (2004). Predicting work status following interdisciplinary treatment for chronic pain. <i>European Journal of Pain</i> , 8(4), 351-358. doi: 10.1016/j.ejpain.2003.10.009	√		S
110.	Wahlin, C., Ekberg, K., Persson, J., Bernfort, L. et Oberg, B. (2012). Association between clinical and work-related interventions and return-to-work for patients with musculoskeletal or mental disorders. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 44(4), 355-362. doi: 10.2340/16501977-0951	√	√	P,S
111.	Westman, A., Linton, S. J., Ohrvik, J., Wahlen, P. et Leppert, J. (2008). Do psychosocial factors predict disability and health at a 3-year follow-up for patients with non-acute musculoskeletal pain?: A validation of the Orebro musculoskeletal pain screening questionnaire. <i>European Journal of Pain</i> , 12(5), 641-649. doi: 10.1016/j.ejpain.2007.10.007	√		P,S
112.	Wideman, T. H. et Sullivan, M. J. (2011). Differential predictors of the long-term levels of pain intensity, work disability, healthcare use, and medication use in a sample of workers' compensation claimants. <i>Pain</i> , 152(2), 376-383.	√		S

* O, P, S : Pour identifier les types de facteurs étudiés (organisationnel, personnel, de santé).

Tableau 7. Niveau de preuve (fort, modéré, limité, inconsistant, insuffisant) associé aux facteurs ORGANISATIONNELS. Les couleurs indiquent les facteurs avec niveau de preuve fort et modéré (vert), limité (jaune), ou inconsistant et insuffisant (rouge pâle)

Facteurs organisationnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve ⁵	Références	Niveau de preuve ³
Tension au travail (<i>Job strain</i>)	Anema <i>et al.</i> , 2009 (-) Haveraaen <i>et al.</i> , 2015 (-) Haveraaen <i>et al.</i> , 2017 (-) Soucy <i>et al.</i> , 2006 (-) Brenbekken <i>et al.</i> , 2018 (ns)	4- / 1 ns 80 % Fort –		2- Modéré –
Contrôle du travailleur (pouvoir de décision, pouvoir discrétionnaire, autonomie) (<i>Job control – decision control, skill discretion, autonomy</i>)	Haveraaen <i>et al.</i> , 2015 (+) Haveraaen <i>et al.</i> , 2017 (+) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (+) Katz <i>et al.</i> , 2005 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (ns) Van der Gizen <i>et al.</i> , 2000 (ns) Van der Weide <i>et al.</i> , 1999 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	3+ / 6 ns 33 % Insuffisant	Haveraaen <i>et al.</i> , 2015 (+) Haveraaen <i>et al.</i> , 2017 (+) Netterstrøm <i>et al.</i> , 2015 (+) Vemer <i>et al.</i> , 2013 (+) Norder <i>et al.</i> , 2017 (+) Lammerts <i>et al.</i> , 2016 (ns) Munir <i>et al.</i> , 2011 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	5+ / 3 ns 63 % Limité +
Demandes au travail (<i>Job demands</i>)	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (-) Marhold <i>et al.</i> , 2002 (1) Van der Weide <i>et al.</i> , 1999 (-) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	3- / 2 ns 60 % Limité	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (-) Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2006 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	1- / 2 ns 33 % Insuffisant
Déséquilibre effort/récompense (<i>Effort-reward imbalance</i>)	Dionne <i>et al.</i> , 2007 (-)	1- Limité –		N/A

⁵ Déterminé en fonction de la proportion des études démontrant une relation négative ou positive (p.ex. : 4- / 1 ns = 4/5 études × 100 % = 80 %)

Facteurs organisationnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve ⁵	Références	Niveau de preuve ³
Leadership		N/A	Munir <i>et al.</i> , 2011 (+)	1+ Limité +
Mesures d'aménagement au travail <i>(Work accommodations)</i>	Anema <i>et al.</i> , 2009 (+) Franche <i>et al.</i> , 2007 (+) Hogg-Johnson & Cole, 2003 (+) Bontoux <i>et al.</i> , 2004 (ns) Van Duijn <i>et al.</i> , 2005 (ns)	3+ / 2 ns 60 % Limité +	Ekberg <i>et al.</i> , 2015 (+)	1+ Limité +
Sentiment d'injustice provenant de l'organisation <i>(Organization injustice)</i>	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (-)	1 - Limité -	Ekberg <i>et al.</i> , 2015 (-) Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1- / 1 ns 50 % Inconsistant
Stress au travail <i>(Job stress)</i>		N/A	Netterstrøm <i>et al.</i> , 2015 (-)	1- Limité -
Soutien social au travail des collègues et du supérieur immédiat <i>(Social support from supervisor and coworkers)</i>	Baltov <i>et al.</i> , 2008 (+) Dionne <i>et al.</i> , 2007 (+) Haveraaen <i>et al.</i> , 2015 (+) Heymans <i>et al.</i> , 2006 (+) Lindell <i>et al.</i> , 2010 (+) Marhold <i>et al.</i> , 2002 (+) Opsahl <i>et al.</i> , 2016 (+) Soucy <i>et al.</i> , 2006 (+) D'amato & Zijlstra, 2010 (ns) Brenbekken <i>et al.</i> , 2018 (ns) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2017 (ns)	8+ / 5 ns 62 % Limité	Haveraaen <i>et al.</i> , 2015 (+) Netterstrøm <i>et al.</i> , 2015 (+) Vemer <i>et al.</i> , 2013 (+) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	3+ / 2 ns 60 % Limité +

Facteurs organisationnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve ⁵	Références	Niveau de preuve ³
Communication entre les acteurs du RT <i>(Stakeholders communication)</i>	Franche <i>et al.</i> , 2007 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Contact précoce <i>(Early contact)</i>	Franche <i>et al.</i> , 2007 (ns)	1 ns Insuffisant	Lagerveld <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1 ns Insuffisant
Coordonnateur de RT <i>(RTW coordinator)</i>	Franche <i>et al.</i> , 2007 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Demandes physiques au travail <i>(Physical demands)</i>	Anema <i>et al.</i> , 2009 (-) Dionne <i>et al.</i> , 2007 (-) Lindell <i>et al.</i> , 2010 (-) Lötters & Burdorf, 2006 (-) Lydell <i>et al.</i> , 2009 (-) Reme <i>et al.</i> , 2009 (-) Amick <i>et al.</i> , 2016 (ns) Busch <i>et al.</i> , 2007 (ns) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) Katz <i>et al.</i> , 2005 (ns) Mayer <i>et al.</i> , 2014 (ns) Brendbekken <i>et al.</i> , 2018 (ns) Richard <i>et al.</i> , 2011 (ns) Storheim <i>et al.</i> , 2005 (ns)	6- / 8 ns 43 % Insuffisant	Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) Norder <i>et al.</i> , 2017 (ns) Vermer <i>et al.</i> , 2013 (ns)	3 ns Insuffisant

Facteurs organisationnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve ⁵	Références	Niveau de preuve ³
Demandes psychologiques au travail <i>(Psychological demands)</i>	Busch <i>et al.</i> , 2007 (-) Haveraaen <i>et al.</i> , 2015 (-) Haveraaen <i>et al.</i> , 2017 (-) Brendbekken <i>et al.</i> , 2018 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (ns) van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (ns)	3- / 3 ns 50 % Inconsistant	Haveraaen <i>et al.</i> , 2015 (-) Haveraaen <i>et al.</i> , 2017 (-) Norder <i>et al.</i> , 2017 (ns) Vemer <i>et al.</i> , 2013 (ns)	2- / 2 ns 50 % Inconsistant
Heures de travail irrégulières/ quarts de travail <i>(irregular working hours/work shifts)</i>	Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (ns) Storheim <i>et al.</i> , 2005 (ns)	2 ns Insuffisant		N/A
Politiques et pratiques organisationnelles <i>(Organization policies)</i>	Amick <i>et al.</i> , 2016 (+) Katz <i>et al.</i> , 2005 (+) D'Amato & Zijstra, 2010 (ns) Soucy <i>et al.</i> , 2006 (ns)	2+ / 2 ns 50 % Inconsistant	D'amato & Zijlstra, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant
Réaction positive de l'employeur <i>(Positive reactions of the employer)</i>	Schultz <i>et al.</i> , 2005 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Soutien social au travail de la part du supérieur immédiat <i>(Social support from the supervisor)</i>	Corbière et al, 2017 (+) Jetha et al, (2017) Katz <i>et al.</i> , 2005 (ns) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (ns)	2+ / 2 ns 50 % Inconsistant	D'amato & Zijlstra, 2010 (+) Jetha <i>et al.</i> , 2017 (+) Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns) Nieuwenhuijsen <i>et a.l.</i> , 2006 (ns) Norder <i>et al.</i> , 2017 (ns)	2+ / 3 ns 40 % Insuffisant

Facteurs organisationnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve ⁵	Références	Niveau de preuve ³
Soutien social au travail de la part des collègues <i>(Social support from the coworkers)</i>	Laisné <i>et al.</i> , 2013 (+) van der Weide <i>et al.</i> , 1999 (+) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (+) Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns) Jetha <i>et al.</i> , 2017 (ns) Katz <i>et al.</i> , 2005 (ns) Lötters & Burdorf, 2006 (ns) Turner <i>et al.</i> , 2006 (ns) van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (ns)	3+ / 6 ns 33 % Insuffisant	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns) D'amato & Zijlstra, 2010 (ns) Jetha <i>et al.</i> , 2017 (ns) Munir <i>et al.</i> , 2011 (ns) Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2006 (ns) Norder <i>et al.</i> , 2017 (ns)	6 ns Insuffisant
Visite du lieu de travail <i>(Worksite visit)</i>	Franche <i>et al.</i> , 2007 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A

Tableau 8. Niveau de preuve (fort, modéré, limité, inconsistant, insuffisant) associé aux facteurs PERSONNELS. Les couleurs indiquent les facteurs avec niveau de preuve fort et modéré (vert), limité (jaune), ou inconsistant et insuffisant (rouge pâle)

Facteurs personnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
Attentes concernant le RT ou la durée de l'absence maladie <i>(RTW expectations)</i>	Aasdahl <i>et al.</i> , 2018 (+) Carriere <i>et al.</i> , 2015 (+) Dionne <i>et a.l.</i> , 2005 (+) Du Bois & Donceel, 2008 (+) Du Bois <i>et al.</i> , 2009 (+) Ekbladh, 2010 (+) Gross & Battié, 2005 (+) Gross & Battie, 2010 (+) Hansen <i>et al.</i> , 2006 (+) Heymans <i>et a.l.</i> , 2006 (+) Lindell <i>et al.</i> , 2010 (+) Marhold <i>et al.</i> , 2002 (+) Opsahl <i>et al.</i> , 2016 (+) Reiso <i>et al.</i> , 2003 (+) Reme <i>et al.</i> , 2009 (+) Richter <i>et al.</i> , 2011 (+) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (+) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (+) Steenstra <i>et al.</i> , 2005 (+) Truchon <i>et al.</i> , 2012 (+) Turner <i>et al.</i> , 2007 (+) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (+) Westman <i>et al.</i> , 2008 (ns)	22+ / 1 ns 96 % Fort	Aasdahl <i>et al.</i> , 2018 (+) Ekberg <i>et al.</i> , 2015 (+) Ekbladh, 2010 (+) Løvvik <i>et al.</i> , 2014 (+) Nielsen <i>et al.</i> , 2010 (+) Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2006 (+) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (+) Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2013 (ns) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (ns)	7+ / 2 ns 78 % Modéré +
Capacité de travail <i>(Work ability)</i>	Anema <i>et al.</i> , 2009 (+) Bontoux <i>et al.</i> , 2004 (+) Haldorsen <i>et al.</i> , 1998 (+) Jensen, 2013 (+) Kuijjer <i>et al.</i> , 2012 (+)	8+ / 4 ns 67 % Modéré +	Ekberg <i>et al.</i> , 2015 (+) Jensen, 2013 (+) Netterstrøm <i>et al.</i> , 2015 (+) Ekbladh, 2010 (ns)	3+ / 3 ns 50 % Inconsistant

Facteurs personnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
	Reiso <i>et al.</i> , 2003 (+) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (+) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (+) Ekbladh, 2010 (ns) Hagen <i>et al.</i> , 2005 (ns) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (ns) van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (ns)		Sampere <i>et al.</i> , 2012 (ns) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (ns)	
Importance du travail <i>(Work importance)</i>	Brouwer <i>et al.</i> , 2010 (+) D'amato & Zijlstra, 2010 (+) Laisné <i>et al.</i> , 2013 (+)	3+ Fort +	Brouwer <i>et al.</i> , 2010 (ns) D'amato & Zijlstra, 2010 (ns)	2 ns Insuffisant
Sentiment d'efficacité concernant le RT <i>(Self-efficacy RTW)</i>	Brouwer <i>et al.</i> , 2015 (+) Corbière <i>et al.</i> , 2017 (+) Dionne <i>et al.</i> , 2007 (+) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (+) Richard <i>et al.</i> , 2011 (+)	5+ / 1 ns 83 % Fort +	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (+) Lagerveld <i>et al.</i> , 2010 (+) Lagerveld <i>et al.</i> , 2017 (+) Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2013 (+) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns)	4+ / 1 ns 80 % Fort +
Attitude négative (Implication avocat) <i>(Negative attitude - attorney involvement)</i>	Okurowski <i>et al.</i> , 2003 (-)	1- Limité -		N/A
Barrières linguistiques <i>(Language barriers)</i>	Okurowski <i>et al.</i> , 2003 (-)	1- Limité -		N/A
Désirabilité sociale <i>(Social desirability)</i>	Hansen <i>et al.</i> , 2006 (-)	1- Limité -		N/A
Intensions de changer de travail <i>(Turnover intentions)</i>		N/A	Ekberg <i>et al.</i> , 2015 (+)	Limité +
Optimisme		N/A	Kronström <i>et al.</i> , 2011 (+)	1+

Facteurs personnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
(<i>Optimism</i>)				Limité +
Perception de la relation entre le travail et la santé (<i>Perceived relation between job and health</i>)	Sampere <i>et al.</i> , 2012 (ns)	1 ns Insuffisant	Sampere <i>et al.</i> , 2012 (-)	1 – Limité -
Préparé/disposé au RT (<i>Readiness to RTW</i>)	Aasdahl <i>et al.</i> , 2018 (+)	1+ Limité +	Aasdahl <i>et al.</i> , 2018 (+)	1+ Limité +
Routine quotidienne (<i>Daily routines</i>)	Ekbladh, 2010 (+) Storheim <i>et al.</i> , 2005 (ns)	1+ / ns 50 % Inconsistant	Ekbladh, 2010 (+)	1+ Limité +
Satisfaction globale (<i>Satisfaction (general)</i>)	Hansen <i>et al.</i> , 2006 (+)	1+ Limité +		N/A
Engagement au travail (<i>Work commitment</i>)	Ekbladh, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant	Ekbladh, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant
Équilibre vie/travail (<i>Work-life balance</i>)	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1 ns Insuffisant	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns) Norder <i>et al.</i> , 2017 (2ns)	2 ns Insuffisant
Fonctionnement social (<i>Social functioning</i>)	Elfving <i>et al.</i> , 2009 (+) Hansson <i>et al.</i> , 2006 (+) Post <i>et al.</i> , 2006 (ns) van der Weide <i>et al.</i> , 1999 (ns)	2+ / 2 ns 50 % Inconsistant	Gustafsson <i>et al.</i> , 2013 (+) Post <i>et al.</i> , 2006 (ns)	1+ / 1 ns 50 % Inconsistant
Heures d'activités hors travail (<i>Activities outside work hours</i>)	Bontoux <i>et al.</i> , 2004 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Hostilité (<i>Hostility</i>)	Jensen, 2013 (ns)	1 ns Insuffisant	Jensen, 2013 (ns)	1 ns Insuffisant
Motivation intrinsèque à	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1 ns	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1 ns

Facteurs personnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
retourner au travail <i>(Motivation to RTW)</i>		Insuffisant		Insuffisant
Objectifs au travail <i>(Work-related goals)</i>	Ekbladh, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Perception de la relation entre le travail et l'absence maladie <i>(Perception Work relatedness sickness)</i>	Brenbekken <i>et al.</i> , 2018 (+) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (ns)	1+ / 1 ns 50 % Inconsistant	Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2006 (ns)	1 ns Insuffisant
Perception de précarité d'emploi <i>(Job insecurity)</i>	Schultz <i>et al.</i> , 2002 (+) Prkachin <i>et al.</i> , 2007 (-) Katz <i>et al.</i> , 2005 (ns) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (ns) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (ns)	1+ / 1- / 3 ns 20 % / 20 % Insuffisant / Insuffisant	Lammerts <i>et al.</i> , 2016 (ns) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (ns)	2 ns Insuffisant
Perception de l'employeur <i>(Perception of boss)</i>	Ekbladh, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Perception des collègues de travail <i>(Perception of co-workers)</i>	Ekbladh, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Perception du milieu de travail <i>(Perception of work setting)</i>	Ekbladh, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Perception de la famille et des pairs <i>(Perception of family and peers)</i>	Ekbladh, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A

Facteurs personnels	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
Responsabilités au travail (<i>Work responsibilities</i>)		N/A	Ekbladh, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant
Satisfaction au travail (<i>Job satisfaction</i>)	Heymans <i>et al.</i> , 2006 (+) Heymnas <i>et al.</i> , 2009 (+) Richter <i>et al.</i> , 2011 (+) van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (+) Cougot <i>et al.</i> , 2015 (ns) Ekbladh, 2010 (ns) Hansen <i>et al.</i> , 2006 (ns) Katz <i>et al.</i> , 2005 (ns) Opsahl <i>et al.</i> , 2016 (ns) Soucy <i>et al.</i> , 2006 (ns) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (ns) Steenstra <i>et al.</i> , 2016 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2017 (ns)	4+ / 10 ns 29 % Insuffisant	Ekbladh, 2010 (ns) Vendrig & Schaafsma 2018 (ns)	2 ns Insuffisant
Sentiment d'efficacité générale (<i>Self-efficacy (General)</i>)	Brouwer <i>et al.</i> , 2010 (+) Busch <i>et al.</i> , 2007 (+) Jensen, 2013 (+) D'amato & Zijlstra, 2010 (ns) Katz <i>et al.</i> , 2005 (ns) Øyeflaten <i>et al.</i> , 2008 (ns) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (ns) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (ns)	3+ / 5 ns 38 % Insuffisant	Brouwer <i>et al.</i> , 2010 (+) Jensen, 2013 (+) D'amato & Zijlstra, 2010 (ns) Øyeflaten <i>et al.</i> , 2008 (ns) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (ns) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (ns)	2+ / 4 ns 33 % Insuffisant
Sentiment de cohérence (vie compréhensible, gérable, significative) (<i>Sense of coherence</i>)	Hansen <i>et al.</i> , 2006 (+) Lillefjell & Jakobsen, 2007 (ns) Lydell <i>et al.</i> , 2011 (ns)	1+ / 2 ns 33 % Insuffisant		N/A

Tableau 9. Niveau de preuve (fort, modéré, limité, inconsistant, insuffisant) associé aux facteurs de SANTÉ. Les couleurs indiquent les facteurs avec niveau de preuve fort et modéré (vert), limité (jaune), ou inconsistant et insuffisant (rouge pâle)

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
Attentes concernant le rétablissement <i>(Recovery expectations)</i>	Busch <i>et al.</i> , 2007 (+) Cole <i>et al.</i> , 2002 (+) Hagen <i>et al.</i> , 2005 (+) Hogg-Johnson & Cole, 2003 (+) Schultz <i>et al.</i> , 2005 (+) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (+) Stapelfeldt <i>et al.</i> , 2011 (+) Streibelt <i>et al.</i> , 2009 (+)	8+ Fort +		N/A
Dépendance à la médication <i>(Drug dependance)</i>	Dersh <i>et al.</i> , 2008 (-) Mayer <i>et al.</i> , 2014 (-)	2- Modéré -		N/A
Dramatisation de la douleur <i>(Pain catastrophising)</i>	Gauthier <i>et al.</i> , 2006 (-) Truchon <i>et al.</i> , 2005 (-) Sullivan <i>et al.</i> , 2008 (-) Wideman & Sullivan, 2011 (-) Turner <i>et al.</i> , 2007 (ns)	4- / 1 ns 80 % Modéré -		N/A
Fatigue <i>(Fatigue)</i>	Vendrig, 1999 (-) Lindell <i>et al.</i> , 2010 (ns) van der Weide <i>et al.</i> , 1999 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	1- / 3 ns 25 % Insuffisant	Eksted <i>et al.</i> , 2009 (-) Gustafsson <i>et al.</i> , 2013 (-) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	2- / 1 ns 67 % Modéré -
La peur du mouvement ou des rechutes, l'évitement de la peur ou les comportements vis-à-vis la douleur et la maladie <i>(Fear of pain or reinjury; fear-avoidance; pain/illness behaviors)</i>	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (-) Dionne <i>et al.</i> , 2007 (-) Du Bois <i>et al.</i> , 2009 (-) Grøvle <i>et al.</i> , 2013 (-) Heymans <i>et al.</i> , 2009 (-) Opsahl <i>et al.</i> , 2016, (-) Øyeflaten <i>et al.</i> , 2008 (-) Soucy <i>et al.</i> , 2006 (-) Storheim <i>et al.</i> , 2005 (-) Sullivan <i>et al.</i> , 2008 (-)	14- / 6 ns 70 % Modéré -	Øyeflaten <i>et al.</i> , 2008 (-) Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1- / 1 ns 50 % Inconsistant

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
	Truchon <i>et al.</i> , 2005 (-) Truchon <i>et al.</i> , 2012 (-) Turner <i>et al.</i> , 2006 (-) Wideman & Sullivan, 2011 (-) Cougot <i>et al.</i> , 2015 (ns) Gauthier <i>et al.</i> , 2006 (ns) Law <i>et al.</i> , 2013 (ns) Richard <i>et al.</i> , 2001 (ns) Richter <i>et al.</i> , 2011 (ns) Westman <i>et al.</i> , 2008 (ns)			
Sentiment d'injustice suite à la lésion <i>(Post-injury injustice)</i>	Scott <i>et al.</i> , 2013 (-) Sullivan <i>et al.</i> , 2008 (-)	2- Modéré -		N/A
Activité physique <i>(Physical activity)</i>	Truchon & Côté, 2005 (+)	1 + Limité +	Kronström <i>et al.</i> , 2011 (ns)	1 ns Insuffisant
Attentes face au traitement <i>(Treatment expectations)</i>	Heymans <i>et al.</i> , 2006 (-)	1- Limité -		N/A
Locus de contrôle <i>(Locus of control)</i>	Hagen <i>et al.</i> , 2005 (+) Haldorsen <i>et al.</i> , 1998 (+) Selander <i>et al.</i> , 2007 (+) Richard <i>et al.</i> , 2011 (ns) Van der Weide <i>et al.</i> , 1999 (ns)	3+ / 2 ns 60 % Limité +		N/A
Mobilité <i>(Mobility)</i>	Steenstra <i>et al.</i> , 2005 (-)	1- Limité -		N/A
Pessimisme <i>(Pessimism)</i>		N/A	Kronström <i>et al.</i> , 2011 (-)	1- Limité -
Qualité du sommeil	Reme <i>et al.</i> , 2009 (ns)	1 ns Insuffisant	Gustafsson <i>et al.</i> , (+)	1+ Limité +

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
(Sleep)				
À la recherche d'un traitement (Seeking treatment)	Steenstra <i>et al.</i> , 2005 (-)	1- Limité -		N/A
Somatisation (Somatic)	Momsen <i>et al.</i> , 2014 (-)	1- Limité -	Kronström <i>et al.</i> , 2011 (ns) Vemer <i>et al.</i> , 2013 (ns)	2 ns Insuffisant
Activité physique au travail (Physical activity at work)	Sampere <i>et al.</i> , 2012 (ns)	1 ns Insuffisant	Munir <i>et al.</i> , 2011 (ns) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (ns)	2 ns Insuffisant
Adhésion au traitement (Treatment compliance/adherence)	Reme <i>et al.</i> , 2009 (+) Steenstra <i>et al.</i> , 2005 (-)	1+ / 1- 50 % Inconsistant		N/A
Alcool (Alcohol)		N/A	Kronström <i>et al.</i> , 2011 (ns)	1 ns Insuffisant
Anxiété associée à la douleur (Pain anxiety)	Vowles <i>et al.</i> , 2004 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Bien-être psychologique (Psychological wellbeing)	Du Bois <i>et al.</i> , 2009 (+) Hansson <i>et al.</i> , 2006 (+) Opsahl <i>et al.</i> , 2016 (+) Post <i>et al.</i> , 2006 (+) Schultz <i>et al.</i> , 2005 (+) Busch <i>et al.</i> , 2007 (ns) Chen <i>et al.</i> , 2007 (ns) Jensen, 2013 (ns) Lindell <i>et al.</i> , 2010 (ns) Selander <i>et al.</i> , 2007 (ns) Turner <i>et al.</i> , 2006 (ns) van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (ns)	5+ / 10 ns 33 % Insuffisant	Ekberg <i>et al.</i> , 2015 (ns) Jensen, 2013 (ns) Løvvik <i>et al.</i> , 2014 (ns) Netterstrøm <i>et al.</i> , 2015 (ns) Post <i>et al.</i> , 2006 (ns) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (ns)	6 ns Insuffisant

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
	van Duijn <i>et al.</i> , 2005 (ns) Wåhlin <i>et al.</i> , 2012 (ns) Westman <i>et al.</i> , 2008 (ns)			
Capacité physique <i>(Physical capacity)</i>	Koopman <i>et al.</i> , 2004 (+) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (+) Storheim <i>et al.</i> , 2005 (+) Cougot <i>et al.</i> , 2015 (ns) Prkachin <i>et al.</i> , 2007 (ns) Vendrig, 1999 (ns)	3+ / 3 ns 50 % Inconsistant		N/A
Changement au niveau de la santé <i>(Negative health change)</i>	Post <i>et al.</i> , 2006 (+) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (-) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (ns) van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (ns)	1- / 1+ / 2 ns 25 % Inconsistant		N/A
Dramatisation <i>(Catastrophizing)</i>		N/A	Adams <i>et al.</i> , 2017 (-)	1- Limité -
Fonctionnement physique / incapacité <i>(Disability + physical functioning)</i>	Anema <i>et al.</i> , 2009 (-) Asher <i>et al.</i> , 2017 (-) Dionne <i>et al.</i> , 2005 (-) Dionne <i>et al.</i> , 2007 (-) Elfving <i>et al.</i> , 2009 (-) Faber <i>et al.</i> , 2006 (-) Gatchel <i>et al.</i> , 2006 (-) Gross & Battié, 2005 (-) Hansson <i>et al.</i> , 2006 (-) Hogg-Johnson & Cole, 2003 (-) Jensen, 2013 (-) Koopman <i>et al.</i> , 2004 (-) Lydell <i>et al.</i> , 2009 (-) Opsahl <i>et al.</i> , 2016 (-) Post <i>et al.</i> , 2006 (-) Reme <i>et al.</i> , 2009 (-) Storheim <i>et al.</i> , 2005 (-)	21- / 20 ns 51 % Inconsistant	Gustafsson <i>et al.</i> , 2013 (-) Jensen, 2013 (-) Adams <i>et al.</i> , 2017 (ns) Ekberg <i>et al.</i> , 2015 (ns) Gustafsson <i>et al.</i> , 2013 (ns) Post <i>et al.</i> , 2006 (ns) Wåhlin <i>et al.</i> , 2012 (ns)	2- / 5 ns 29 % Insuffisant

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
	Streibelt <i>et al.</i> , 2009 (-) van der Weide <i>et al.</i> , 1999 (-) van Duijin <i>et al.</i> , 2005 (-) Westman <i>et al.</i> , 2008 (-) Baltov <i>et al.</i> , 2008 (ns) Chen <i>et al.</i> , 2007 (ns) Cougot <i>et al.</i> , 2015 (ns) Haldorsen <i>et al.</i> , 1998 (ns) Kuijer <i>et al.</i> , 2012 (ns) Law <i>et al.</i> , 2013 (ns) Lindell <i>et al.</i> , 2010 (ns) Lötters <i>et al.</i> , 2006 (ns) Mayer <i>et al.</i> , 2014 (ns) Richter <i>et al.</i> , 2011 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2005 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (ns) Selander <i>et al.</i> , 2007 (ns) Steenstra <i>et al.</i> , 2016 (ns) Turner <i>et al.</i> , 2006 (ns) van der Giezan <i>et al.</i> , 2000 (ns) Vendrig, 1999 (ns) Vowles <i>et al.</i> , 2004 (ns) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (ns)			
Fumer (<i>Smoking</i>)	Dionne <i>et al.</i> , 2007 (-) Asher <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1- / 2 ns 33 % Insuffisant	Kronström <i>et al.</i> , 2011 (ns)	1 ns Insuffisant
Intensité de la douleur (<i>Pain intensity</i>)	Anema <i>et al.</i> , 2009 (-) Asher <i>et al.</i> , 2017 (-) Chen <i>et al.</i> , 2007 (-) Dionne <i>et al.</i> , 2005 (-) Dionne <i>et al.</i> , 2007 (-) Hansson <i>et al.</i> , 2006 (-)	18- / 14 ns 56 % Inconsistant		N/A

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
	Heymans <i>et al.</i> , 2006 (-) Heymans <i>et al.</i> , 2009 (-) Hogg-Johnson & Cole (-) Lötters & Burdorf, 2006 (-) Lydell <i>et al.</i> , 2009 (-) McGeary <i>et al.</i> , 2006 (-) Reiso <i>et al.</i> , 2003 (-) Steenstra <i>et al.</i> , 2016 (-) van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (-) Westman <i>et al.</i> , 2008 (-) Wideman & Sullivan, 2001 (-) Laisné <i>et al.</i> , 2013 (ns) Law <i>et al.</i> , 2013 (ns) Lindell <i>et al.</i> , 2010 (ns) Mayer <i>et al.</i> , 2014 (ns) Prkachin <i>et al.</i> , 2007 (ns) Brendbekken <i>et al.</i> , 2018 (ns) Reme <i>et al.</i> , 2009 (ns) Richard <i>et al.</i> , 2011 (ns) Ritcher <i>et al.</i> , 2011 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (ns) Turner <i>et al.</i> , 2007 (ns) van der Weide <i>et al.</i> , 1999 (ns) van Duijin <i>et al.</i> , 2005 (ns)			
Interférence de la douleur (<i>Pain interference</i>)	Du Bois & Donceel, 2008 (-) Du Bois <i>et al.</i> , 2009 (-) Elfving <i>et al.</i> , 2009 (-) Reme <i>et al.</i> , 2009 (-) Jensen, 2013 (ns) Post <i>et al.</i> , 2006 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (ns)	4- / 9 ns 31 % Insuffisant	Jensen, 2013 (ns) Post <i>et al.</i> , 2006 (ns)	2 ns Insuffisant

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
	Schultz <i>et al.</i> , 2004 (ns) Selander <i>et al.</i> , 2007 (ns) Storheim <i>et al.</i> , 2005 (ns) Sullivan <i>et al.</i> , 2008 (ns) van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (ns) Vowles <i>et al.</i> , 2004 (ns)			
Médication <i>(Medications)</i>	Anema <i>et al.</i> , 2009 (-) Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1- / 1 ns 50 % Inconsistant	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns) Kronström <i>et al.</i> , 2017 (ns)	2 ns Insuffisant
Perception de l'absence maladie <i>(Sickness absence perceptions)</i>	D'amato & Zijlstra, 2010 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Perception de la maladie <i>(Illness perceptions)</i>		N/A	Løvvik <i>et al.</i> , 2014 (ns)	1 ns Insuffisant
Perceptions qualitatives (affective, sensorielle) de la douleur <i>(Pain qualities – affective and sensorial)</i>	Gauthier <i>et al.</i> , 2006 (-) Sullivan <i>et al.</i> , 2008 (-) Carriere <i>et al.</i> , 2015 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (ns) Scott <i>et al.</i> , 2013 (ns) Vowles <i>et al.</i> , 2004 (ns)	2- / 5 ns 29 % Insuffisant		N/A
Problèmes cognitifs <i>(Cognitive difficulties)</i>	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1 ns Insuffisant	Corbière <i>et al.</i> , 2017 (ns)	1 ns Insuffisant
Qualité de vie <i>(Quality of life)</i>	Lindell <i>et al.</i> , 2010 (+) Lydell <i>et al.</i> , 2011 (+) Asher <i>et al.</i> , 2017 (ns) Faber <i>et al.</i> , 2006 (ns) Lydell <i>et al.</i> , 2009 (ns) Øyeflaten <i>et al.</i> , 2008 (ns)	2+ / 5 ns 29 % Insuffisant	Vemer <i>et al.</i> , 2013 (+) Ekberg <i>et al.</i> , 2015 (ns) Øyeflaten <i>et al.</i> , 2008 (ns)	1+ / 2 ns 33 % Insuffisant

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
	van Duijn <i>et al.</i> , 2005 (ns)			
Santé globale (General health)	Dionne <i>et al.</i> , 2007 (+) Grøvle <i>et al.</i> , 2013 (+) Hansson <i>et al.</i> , 2006 (+) Jensen, 2013 (+) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (+) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (+) Selander <i>et al.</i> , 2007 (+) Van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (+) De Rijk <i>et al.</i> , 2008 (ns) Haldorsen <i>et al.</i> , 1998 (ns) Hogg-Johnson & Cole, 2003 (ns) Lindell <i>et al.</i> , 2010 (ns) Lötters & Burdorf, 2006 (ns) Post <i>et al.</i> , 2006 (ns) Richard <i>et al.</i> , 2011 (ns) Richter <i>et al.</i> , 2011 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2005 (ns) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (ns)	8+ / 10 ns 44 % Insuffisant	Jensen, 2013 (+) Nielsen <i>et al.</i> , 2012 (+) Nielsen <i>et al.</i> , 2010 (+) Post <i>et al.</i> , 2006 (+) De Rijk <i>et al.</i> , 2008 (ns) Ekberg <i>et al.</i> , 2015 (ns) Løvvik <i>et al.</i> , 2014 (ns) Sampere <i>et al.</i> , 2012 (ns) Wählin <i>et al.</i> , 2012 (ns)	4+ / 5 ns 44 % Insuffisant
Santé physique (Physical health)	van Duijn <i>et al.</i> , 2005 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Sentiment d'efficacité face à la douleur (Pain self-efficacy)	Storheim <i>et al.</i> , 2005 (ns) Wideman & Sullivan, 2011 (ns)	2 ns Insuffisant		N/A
Stratégies d'adaptation (Coping)	Koopman <i>et al.</i> , 2004, (-) Øyeflaten <i>et al.</i> , 2008 (-) Prkachin <i>et al.</i> , 2007 (-) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (-) Schultz <i>et al.</i> , 2005 (-)	5- / 4 ns 56 % Inconsistant	Øyeflaten <i>et al.</i> , 2008 (-) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	1- / 2 ns 33 % Insuffisant

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
	Brenbekken <i>et al.</i> , 2017 (ns) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns) Westman <i>et al.</i> , 2008 (ns)			
Symptômes de dépression (<i>Depression symptoms</i>)	Amick <i>et al.</i> , 2016 (-) Bontoux <i>et al.</i> , 2004 (-) Carriere <i>et al.</i> , 2015 (-) D'amatao & Zijlstra, 2010 (-) Dionne <i>et al.</i> , 2007 (-) Hansson <i>et al.</i> , 2006 (-) Mayer <i>et al.</i> , 2014 (-) Brenbekken <i>et al.</i> , 2018 (-) Richard <i>et al.</i> , 2011 (-) Vowles <i>et al.</i> , 2004 (-) Asher <i>et al.</i> , 2017 (ns) Cougot <i>et al.</i> , 2015 (ns) Gauthier <i>et al.</i> , 2006 (ns) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) McGeary <i>et al.</i> , 2006 (ns) Steenstra <i>et al.</i> , 2016 (ns) Sullivan <i>et al.</i> , 2008 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns) Vendrig, 1999 (ns) Wideman & Sullivan, 2011 (ns)	11- / 10 ns 52 % Inconsistant	Adams <i>et al.</i> , 2017 (-) D'amato & Zijlstra, 2010 (-) Gustafsson <i>et al.</i> , 2013 (-) Lepièce <i>et al.</i> , 2017 (-) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) Lagerveld <i>et al.</i> , 2017 (ns) Munir <i>et al.</i> , 2011 (ns) Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2006 (ns) Vemer <i>et al.</i> , 2013 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	4- / 6 ns 40 % Insuffisant
Symptômes d'anxiété (<i>Anxiety symptoms</i>)	Bontoux <i>et al.</i> , 2004 (-) Brenbekken <i>et al.</i> , 2018 (-) Asher <i>et al.</i> , 2017 (ns) Cougot <i>et al.</i> , 2015 (ns) Haldorsen <i>et al.</i> , 1998 (ns) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (ns) Schultz <i>et al.</i> , 2004 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	2- / 7 ns 22 % Insuffisant	Ekstedt <i>et al.</i> , 2009 (ns) Huijs <i>et al.</i> , 2012 (ns) Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	3 ns Insuffisant

Facteurs de santé	TMS		TMC	
	Références	Niveau de preuve	Références	Niveau de preuve
Symptômes de stress (<i>Stress symptoms</i>)	Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	1 ns Insuffisant	Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	1 ns Insuffisant
Soutien social (au et hors travail) <i>Social support (at and out of work)</i>	Brouwer <i>et al.</i> , 2010 (+) Lydell <i>et al.</i> , 2011 (ns)	1+ / 1 ns 50 % Inconsistant	Brouwer <i>et al.</i> , 2010 (ns) Gustafsson <i>et al.</i> , 2013 (+)	1+ / 1 ns 50 % Inconsistant
Soutien social hors travail <i>Social support (outside work)</i>	Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	1 ns Insuffisant	Vendrig & Schaafsma, 2018 (ns)	1 ns Insuffisant
Trouble de stress post-traumatique (TSPT) (<i>PTSD symptoms</i>)	Laisné <i>et al.</i> , 2013 (ns)	1 ns Insuffisant		N/A
Vitalité (<i>Vitality</i>)	Hansson <i>et al.</i> , 2006 (+) Schultz <i>et al.</i> , 2002 (+) Schultz <i>et al.</i> , 2005 (+) Selander <i>et al.</i> , 2007 (+) Jensen, 2013 (ns) Post <i>et al.</i> , 2006 (ns) van der Giezen <i>et al.</i> , 2000 (ns)	4+ / 3 ns 57 % Inconsistant	Gustafsson <i>et al.</i> , 2013 (+) Jensen, 2013 (ns) Post <i>et al.</i> , 2006 (ns)	1+ / 2 ns 33 % Insuffisant

6.5 Section 4 - Processus, interventions et pratiques pour un RT sain et durable

6.5.1 Contenu de la page d'accueil de cette section

QUI? À qui cette section est-elle destinée?

À tous les acteurs ou parties prenantes du RT.

POURQUOI? Pourquoi consulter cette section ?

Pour mieux intervenir auprès du travailleur et communiquer/collaborer entre nous, les parties prenantes du RT, afin de favoriser un RT sain et durable.

QUOI? De quoi est-il question dans cette section?

Description du processus de RT dans son ensemble :

- principes généraux;
- activités essentielles de RT;
- approches de RT (rôle et responsabilités des acteurs, étapes, guides de pratique).

Interventions efficaces avec au moins une composante en milieu de travail :

- TMS;
- TMC;
- santé globale.

Pratiques en milieu de travail pour un RT sain et durable :

- culture organisationnelle, politiques et procédures, stratégies organisationnelles et actions à réaliser dans le milieu de travail par les acteurs concernés;
- aménagements au travail.

Des recommandations sont formulées dans ce sens.

<i>Processus</i>	<i>Interventions efficaces</i>	<i>Pratiques optimales en milieu de travail</i>	<i>Recommandations</i>
<i>Interlien sous-section 4.3</i>	<i>Interlien sous-section 4.4</i>	<i>Interlien sous-section 4.5</i>	<i>Interlien sous-section 4.6</i>

QUAND? À quel moment cette information est-elle utile?

Tout au long du processus de réadaptation au travail et de RT, du début de l'absence de la maladie au suivi régulier, une fois le RT jugé définitif.

COMMENT? Comment cette information peut-elle être utilisée (applications)?

- En intégrant graduellement dans votre pratique les recommandations, en fonction de votre milieu de travail et de vos ressources disponibles;
- En informant vos collaborateurs sur les cibles potentielles d'intervention;
- En informant vos collaborateurs de l'importance de la communication, de la collaboration et la coordination des efforts;
- Pour la formation sur l'incapacité et le RT.

6.5.2 Résultats complémentaires liés à la création du contenu de cette section

La qualité des revues, telle qu'évaluée avec la grille présentée à l'annexe C, est présentée dans le tableau 9.

Tableau 10. Résultats de l'évaluation de la qualité des revues

Premier auteur	Année	Type de revue	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Total (/13)	%	Valeur
Aas	2011	Rev. Syst.	1	0	1	2	1	1	2	2	1	1	12	92	HQ
Boocock	2007	Rev. Syst.	0	1	0	2	0	1	2	2	1	1	10	77	MQ
Burton	2009	Rev. Syst.	1	1	0	2	1	0	2	1	1	1	10	77	MQ
Campbell	2007	Rev. Syst.	1	0,5	1	2	1	1	2	2	1	0	11,5	88	HQ
Carroll	2010	Rev. Syst.	1	1	1	2	1	1	1	2	1	0	11	85	HQ
Elders	2000	Rev. Syst.	1	1	1	2	1	0	1	2	1	0	10	77	MQ
Franche	2005	Rev. Syst.	1	1	1	2	1	1	2	1	1	0	11	85	HQ
Gensby	2012	Rev. Syst.	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	12	92	HQ
Hlobil	2005	Rev. Syst.	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	12	92	HQ
Hoefsmit	2012	Rev. Syst.	0	0,5	1	2	1	1	2	2	1	0	10,5	81	MQ
Ozguler	2004	Rev. Litt.	1	0	0	0	0	1	1	2	1	0	6	46	n/a
Palmer	2012	Rev. Litt.	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	12	92	HQ
Podniece	2007	« Overview »	1	0	0	0	0,5	1	2	1	1	0	6.5	50	FQ
Schandel	2012	Rev. Syst.	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	13	100	HQ
v. Oostrom	2009	Rev. Syst.	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	12	92	HQ
Waddell	2008	Rev. Syst.	1	1	0	2	0	1	2	2	1	0	10	77	MQ
Waddell	2001	Rev. Syst.	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0	11	85	HQ
Williams	2004	Rev. Syst.	0	1	1	1	1	1	2	2	1	0	10	77	MQ
Williams	2007	Rev. Syst.	0	1	1	1	1	1	2	2	1	0	10	77	MQ
Williams	2002	Rev. Litt.	0	0	0	0	0,5	1	1	2	1	0	5,5	42	n/a

FQ, MQ and HQ : qualité faible, modérée et haute; n/a : non applicable (revue non retenue; score < 6.5 / 13 ou < 50 %)

RS : revue systématique; RL : revue de la littérature

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA: APA.
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Boyer, C., Baujard, V. et Geissbuhler, A. (2011). Evolution of health web certification through the HONcode experience. Dans A. Moen, S. K. Andersen, J. Aarts et P. Hurlen (Édit.), *User centred networked health care: Proceedings of MIE 2011*. (p. 53-57). Amsterdam, Pays-Bas: IOS Press.
- Bussieres, A. E., Sales, A. E., Ramsay, T., Hilles, S. M. et Grimshaw, J. M. (2014). Impact of imaging guidelines on X-ray use among American provider network chiropractors: Interrupted time series analysis. *Spine*, 14(8), 1501-1509. doi: 10.1016/j.spinee.2013.08.051
- Cochrane, L. J., Olson, C. A., Murray, S., Dupuis, M., Tooman, T. et Hayes, S. (2007). Gaps between knowing and doing: Understanding and assessing the barriers to optimal health care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(2), 94-102. doi: 10.1002/chp.106
- Cook, D. A., Levinson, A. J., Garside, S., Dupras, D. M., Erwin, P. J. et Montori, V. M. (2008). Internet-based learning in the health professions: A meta-analysis. *JAMA*, 300(10), 1181-1196. doi: 10.1001/jama.300.10.1181
- Cook, D. A., Levinson, A. J., Garside, S., Dupras, D. M., Erwin, P. J. et Montori, V. M. (2010). Instructional design variations in internet-based learning for health professions education: A systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*, 85(5), 909-922. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181d6c319
- Corbière, M. et Durand, M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M. et Fraccaroli, F. (2014). La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure : exemples dans le domaine de la santé mentale. Dans M. Corbière et N. Larivière (Édit.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 577-620). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Costa-Black, K. M. (2013). Core components of return-to-work interventions. Dans P. Loisel et J. R. Anema (Édit.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (p. 427-440). New York, NY: Springer.
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M. et Loisel, P. (2013). Work disability models: Past and present. Dans P. Loisel et J. R. Anema (Édit.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (p. 71-93). New York, NY: Springer.
- Coutu, M.-F., Côté, D. et Baril, R. (2013). The work-disabled patient. Dans P. Loisel et J. R. Anema (Édit.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (p. 15-29). New York, NY: Springer.
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., . . . Amick, B. C. (2017). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: An update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1-15. doi: 10.1007/s10926-016-9690-x

- Durand, M.-J., Corbiere, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589. doi: 10.3233/WOR-141914
- Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Nastasia, I. et Bernier, M. (2017). *Return-to-work coordination practices of large organizations in Québec* (Rapport n° R-972). Montréal, QC: IRSSST.
- Egger, G. et Dixon, J. (2014). Beyond obesity and lifestyle: A review of 21st century chronic disease determinants. *BioMed Research International*, 2014, 1-12. doi: 10.1155/2014/731685
- Équipe MIST-CAPRIT (2017). *Outil pour favoriser le dialogue en réadaptation au travail*. Tiré de <https://www.usherbrooke.ca/caprit/boite-a-outils/outils-pour-les-milieus-de-travail/outil-pour-favoriser-le-dialogue-en-readaptation-au-travail>
- Escorpizo, R., Brage, S., Homa, D. et Stucki, G. (2015). *Handbook of vocational rehabilitation and disability evaluation: Application and implementation of the ICF*. New York, NY: Springer.
- Fassier, J. B., Durand, M.-J., Caillard, J. F., Roquelaure, Y. et Loisel, P. (2015). Results of a feasibility study: Barriers and facilitators in implementing the Sherbrooke model in France. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(3), 223-233. doi: 10.5271/sjweh.3489
- Fassier, J. B., Durand, M.-J. et Loisel, P. (2011). 2nd place, PREMUS 1 best paper competition: Implementing return-to-work interventions for workers with low-back pain: A conceptual framework to identify barriers and facilitators. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(2), 99-108. doi: 10.5271/sjweh.3138
- Feuerstein, M., Todd, B. L., Moskowitz, M. C., Bruns, G. L., Stoler, M. R., Nassif, T. et Yu, X. (2010). Work in cancer survivors: A model for practice and research. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 415-437. doi: 10.1007/s11764-010-0154-6
- Gatchel, R. J. et Schultz, I. Z. (2014). *Handbook of musculoskeletal pain and disability disorders in the workplace*. New York, NY: Springer.
- GBD. (2015). *Global Burden of Disease Study, 2015: Risk factor results 1990-2015*. Seattle, WA: IHME.
- GBD. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6
- Giguere, A., Legare, F., Grimshaw, J., Turcotte, S., Fiander, M., Grudniewicz, A., . . . Gagnon, M.-P. (2012). Printed educational materials: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD004398.pub3
- Gollac, M. et Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*. Tiré de https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. et Corbière, M. (2017). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215-231. doi: 10.1007/s10926-017-9714-1

- Graham, I. D., Logan, L., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.
- Grant, M. J. et Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information Libraries Journal*, 26(2), 91-108. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x
- Grol, R. (2001). Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*, 39(8), II46-II54.
- Heerkens, Y. F., de Brouwer, C. P. M., Engels, J. A., van der Gulden, J. W. J. et Kant, I. (2017). Elaboration of the contextual factors of the ICF for occupational health care. *Work*, 57(2), 187-204. doi: 10.3233/WOR-172546
- Heerkens, Y. F., de Weerd, M., Huber, M., de Brouwer, C. P. M., van der Veen, S., Perenboom, R. J. M., . . . van Meeteren, N. L. U. (2018). Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: Incentives from the Netherlands for a global debate. *Disability and Rehabilitation*, 40(5), 603-611. doi: 10.1080/09638288.2016.1277404
- Heerkens, Y. F., Engels, J., Kuiper, C., Van der, G. J. et Oostendorp, R. (2004). The use of the ICF to describe work related factors influencing the health of employees. *Disability and Rehabilitation*, 26(17), 1060-1066. doi: 10.1080/09638280410001703530
- Heinze, G. et Dunkler, D. (2017). Five myths about variable selection. *Transplant International*, 30(1), 6-10. doi: 10.1111/tri.12895
- Hellman, T., Jensen, I., Bergstrom, G. et Busch, H. (2015). Returning to work: A long-term process reaching beyond the time frames of multimodal non-specific back pain rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 37(6), 499-505. doi: 10.3109/09638288.2014.923531
- Jeannot, J. G., Scherer, F., Pittet, V., Burnand, B. et Vader, J. P. (2003). Use of the World Wide Web to implement clinical practice guidelines: A feasibility study. *Journal of Medical Internet Research*, 5(2). doi:10.2196/jmir.5.2.e12
- Kendall, N. A., Burton, A. K., Main, C. J. et Watson, P. (2009). *Tackling musculoskeletal problems: A guide for clinic and workplace: Identifying obstacles using the psychosocial flags framework*. Londres, Angleterre: TSO.
- Lebeau, M., Duguay, P. et Boucher, A. (2013). *Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007*. (Rapport n° R-769). Montréal, QC: IRSST.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M. et Champagne, F. (2014). Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: A scoping review of published definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 242-267.
- Loisel, P. et Anema, J. R. (2013). *Handbook of work disability: Prevention and management*. New York, NY: Springer.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van Tulder, M. et Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524. doi: 10.1007/s10926-005-8031-2
- Loisel, P., Côté, P., Durand, M.-J., Franche, R.-L., Sullivan, M. J., Baril, R., . . . Yassi, A. (2005). Training the next generation of researchers in work disability prevention: The Canadian work disability prevention CIHR strategic training program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(3), 273-284. doi: 10.1007/s10926-005-5936-8

- MacEachen, E., Chambers, L., Kosny, A. et Keown, K. (2009). *Red flags/green lights: A guide to identifying and solving return-to-work problems*. Tiré de https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/rtw_problems_guide_2009.pdf
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. et Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review?: Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). doi: 10.1186/s12874-018-0611-x
- Nastasia, I., Coutu, M.-F. et Tcaciuc, R. (2014). Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): A systematic, comprehensive literature review. *Disability and Rehabilitation*, 36(22), 1841-1856. doi: 10.3109/09638288.2014.882418
- Nastasia, I., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Collinge, C. et Cibotaru, A. (2017). *Pratiques des milieux de travail pour assurer un retour en emploi sain et durable* (Rapport n° R-983), Montréal, QC: IRSST.
- Pransky, G. S., Loisel, P. et Anema, J. R. (2011). Work disability prevention research: Current and future prospects. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 287-292. doi: 10.1007/s10926-011-9327-z
- Prins, R. (2013). Sickness absence and disability: An international perspective. Dans P. Loisel et J. R. Anema (Édit.), *Handbook of work disability: Prevention and management*. (p. 3-14). New York, NY: Springer.
- Real, J., Forne, C., Roso-Llorach, A. et Martinez-Sanchez, J. M. (2016). Quality reporting of multivariable regression models in observational studies: Review of a representative sample of articles published in biomedical journals. *Medicine*, 95(20). doi: 10.1097/MD.0000000000003653
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M. et Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(2), 327-352. doi: 10.1007/s10926-007-9071-6
- Schuster, M. A., McGlynn, E. A. et Brook, R. H. (2005). How good is the quality of health care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 83(4), 843-895. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00403.x
- Shamian, J. et El-Jardali, F. (2007). Healthy workplaces for health workers in Canada: Knowledge transfer and uptake in policy and practice. *Health Papers*, 7(1), 6-25. doi: 10.12927/hcpap.2007.18668
- Shaw, W. S., van der Windt, D. A., Main, C. J., Loisel, P. et Linton, S. J. (2009). Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), 64-80.
- St-Arnaud, L. et Pelletier, M. (2013). *Guide : soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi* (Rapport n° RG-758). Montréal, QC: IRSST.
- Statistique Canada. (2012). *Tableau 115-0005 : situation d'activité des adultes avec et sans incapacité, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires, occasionnel (personnes sauf indication contraire)*. Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2016). *Tableau 282-0213 : heures perdues selon la raison d'absence, selon le sexe, Canada, province ou territoire, annuel (heures sauf indication contraire)*. Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Stock, S., Baril, R., Dion-Hubert, C., Lapointe, C., Paquette, S., Sauvage, J., . . . Vaillancourt, C. (2005). *Troubles musculo-squelettiques : guide et outils pour le maintien et le retour au travail (OMRT)*. Montréal, QC: IRSST

- Straus, S. et Haynes, R. B. (2009). Managing evidence-based knowledge: The need for reliable, relevant and readable resources. *CMAJ*, 180(9), 942-945. doi: 10.1503/cmaj.081697
- Sun, G.-W., Shook, T. L. et Kay, G. L. (1996). Inappropriate use of bivariable analysis to screen risk factors for use in multivariable analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(8), 907-916.
- Van Dijk, F. J., Verbeek, J. H., Hoving, J. L. et Hulshof, C. T. (2010). A knowledge infrastructure for occupational safety and health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(12), 1262-1268. doi: 10.1097/JOM.0b013e318202f2c5
- Van Eerd, D., Cullen, K., Irvin, E., Gignac, M., Cardoso, S., Mahood, Q., . . . Geary, J. (2017). *An evidence-informed guide to supporting people with depression in the workplace*. Tiré de https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/managing_depression_guide_2018.pdf
- Vézina, M., Stock, S., Funes, A., Delisle, A., St-Vincent, M., Turcot, A., . . . Arcand, R. (2011). Description de l'environnement organisationnel et des contraintes physiques à l'emploi principal. Dans IRSST (Édit.), *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)* (Rapport n° R-691, p. 233-322), Montréal, QC: IRSST.
- Wagner, S., White, M., Schultz, I., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., . . . Schulz, W. (2014). Modifiable worker risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work*, 49(4), 541-558. doi: 10.3233/WOR-131709
- White, M. I., Wagner, S. L., Schultz, I. Z., Iverson, R., Kaczorowsky, J., Murray, E., . . . Schulz, W. (2012). *Health and work productivity web-portal: Knowledge to action for disability prevention and management: A pilot study: A stakeholder-centred synthesis of systematic reviews on risk and protective factors for work absences across common health conditions*. (Rapport n° RS2010-IG03). Vancouver, BC: Canadian Institute for the Relief of Pain and Disability.
- White, M. I., Wagner, S. L., Schultz, I. Z., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., . . . Schulz, W. (2013). Modifiable workplace risk factors contributing to workplace absence across health conditions: A stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work*, 45(4), 475-492. doi: 10.3233/WOR-131628
- White, M. I., Wagner, S. L., Schultz, I. Z., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., . . . Schulz, W. (2015). Non-modifiable worker and workplace risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred synthesis of systematic reviews. *Work*, 52(2), 353-373. doi: 10.3233/WOR-152134
- White, M. I., Wagner, S. L., Schultz, I. Z., Williams-Whitt, K., Koehn, C., Dionne, C. E., . . . Wårje, O. (2016). *Interventions to reduce work absence: A stakeholder-centred, best-evidence synthesis of systematic reviews* (Rapport n° RS2011-IG36). Vancouver, BC: Canadian Institute for the Relief of Pain and Disability.
- Zawieja, P. et Guarnieri, F. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris, France: Le Seuil.

ANNEXE A : POLITIQUE SUR LES CONFLITS D'INTÉRÊTS *Élaboration du contenu d'un site Web portant sur l'incapacité et le retour au travail (projet SWIRAT)*

Version de la politique : 16 novembre 2016

Raison d'être

Cette politique vise à favoriser l'équilibre, l'indépendance, l'objectivité et la rigueur scientifique dans l'élaboration de tous les documents du projet SWIRAT en veillant à ce que la participation des personnes impliquées dans le développement des contenus et ayant un conflit d'intérêts réel ou potentiel soit gérée de manière appropriée et transparente.

Définitions

Entité commerciale pertinente : Une compagnie, une société ou toute autre organisation commerciale qui produit, vend ou a des intérêts dans l'un des objets d'étude.

Objets d'étude : les procédures, les techniques, les recommandations, les tests, les modalités, les systèmes ou autres activités couvertes par le sujet du document élaboré dans le projet SWIRAT. Cela comprend à la fois les principaux objets d'étude et d'autres objets d'étude possibles concurrents.

Participant : toute personne qui participe directement au choix des contenus et à leur élaboration soit les membres du comité scientifique.

Déclaration de conflit d'intérêts

Les membres du comité scientifique reconnaissent qu'il existe un risque de biais dans toute recherche, incluant le développement des contenus pour les utilisateurs (en ligne ou sous forme de guides de pratiques), la diffusion et l'implantation de projets. Lorsqu'il s'agit d'interpréter les résultats de la recherche, la possibilité de biais peut être encore plus grande. Ces préoccupations seront discutées et abordées dès le début de tout projet lié au développement de contenus pour les utilisateurs. Ce qui suit est adapté de la déclaration de la Collaboration Cochrane disponible en ligne : <https://training.cochrane.org/online-learning/editorial-policies/coi-policy/coi-policy-cochrane-library>

Principe directeur

L'élaboration du contenu du SWIRAT doit être exempte de tout biais réel ou perçu introduit par l'entremise de tout avantage en espèces ou en nature, ou de toute commandite provenant de toute source qui peut avoir ou être perçue comme ayant un intérêt dans le contenu du SWIRAT. Toutes les entités contribuant au SWIRAT doivent accepter ce principe directeur pour participer au projet SWIRAT.

Politique

1. L'obtention d'avantages de toute source de financement de recherche doit être déclarée et le conflit d'intérêts doit être divulgué dans le contenu du SWIRAT, d'abord publié dans le rapport de recherche de l'IRSST, et éventuellement sur le site Web, une fois complété.
2. Si un auteur est impliqué dans une étude primaire ou secondaire liée au développement d'un contenu du SWIRAT, cela doit être déclaré étant donné que cela pourrait être perçu comme un conflit d'intérêts potentiel.
3. Deux membres du comité de coordination, en occurrence la coordonnatrice du projet et l'expert en méthodologie en transfert de connaissance verront à revoir, lors de l'élaboration des plans de travail et de l'élaboration d'un nouveau contenu, les renseignements soumis par les membres afin de déterminer s'il y a de nouveaux conflits potentiels.

Gestion des conflits d'intérêts dans le remboursement des frais de participation

La politique suivante a été discutée et ratifiée le 27 février 2017 par le comité de coordination du projet SWIRAT :

1. les membres de différents comités (comités de coordination, scientifique, de suivi et de soutien scientifique), situés en dehors de la région de Montréal et n'étant pas employés de l'IRSST, sont admissibles à une aide financière pour les frais de déplacement, d'hébergement et de subsistance pour assister aux réunions du groupe, **à condition que ces dépenses ne soient normalement pas financées dans le cadre de leurs fonctions régulières;**
2. toutes ces dépenses doivent être faites dans les limites du raisonnable, c'est-à-dire en respectant un budget restreint et compatible avec la réussite de leur participation à ces réunions. Toute dérogation importante à ce principe devrait être préalablement approuvée par le principal investigateur (pour les membres du comité scientifique) et le conseiller en valorisation de l'IRSST (pour les membres du comité de suivi), soit les deux personnes-ressources du comité de coordination qui sont en lien avec ces deux comités;
3. toutes les dépenses encourues dans le projet SWIRAT doivent être transparentes (accompagnées de reçus) et faciles à justifier.

DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les membres du comité scientifique du projet SWIRAT (site Web portant sur l'incapacité et le retour au travail) doivent remplir ce formulaire. Les déclarations de conflit d'intérêts doivent être soumises, peu importe s'il existe ou non une relation avec une entité commerciale telle qu'une entreprise offrant des services de santé, une entreprise offrant de la formation ou une entreprise de communication.

TYPE D’AFFILIATION ou de PARTICIPATION aux sources de contenu	NOM DE L’ORGANISATION	DÉTAILS/DATE (de/à)
Je suis membre d'un comité consultatif ou d'un comité similaire pour une organisation commerciale.		
Je suis membre d'un bureau de conférenciers.		
J'ai reçu un paiement d'une organisation commerciale (y compris des cadeaux, etc....).		
J'ai reçu une subvention, une commandite ou des honoraires d'une organisation commerciale.		
Je détiens des investissements dans une entreprise offrant des services de santé, une entreprise offrant de la formation ou une entreprise de communication.		
Je participe actuellement ou j'ai participé à un essai clinique en lien avec l'incapacité et/ou le retour au travail au cours des deux dernières années. SVP détailler dans la 3 ^e colonne.		
J'ai été impliqué dans un projet de recherche ayant mené à l'élaboration d'une partie du contenu du SWIRAT. SVP détailler dans la 3 ^e colonne.		
Autre :		

Je, _____ (nom en lettres moulées), déclare que l'information détaillée ci-haut est exacte.

Signature _____ Date _____ (aaaa/mm/jj)

OU

Je, _____ (nom en lettres moulées), déclare que je n'ai aucun conflit d'intérêts; je n'ai pas d'affiliation, d'honoraires ou de soutien financier en lien avec une organisation commerciale.

Signature _____ Date _____ (aaaa/mm/jj)

Il incombe à l'organisateur de l'activité de veiller à ce que l'information soit mise à la disposition du public par une note dans le rapport de recherche de l'IRSST et sur le SWIRAT.

ANNEXE B : ÉVALUATION DES QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DES OUTILS DE MESURE

Tableau B-1. Grille d'évaluation des outils de mesure sur la base de critères scientifiques

PROPRIÉTÉ PSYCHOMÉTRIQUE	ÉVALUATION / CARACTÉRISTIQUES				PRINCIPAUX RÉSULTATS
Validité apparente	NE	1	2	3	
Validité de contenu	NE	1	2	3	
Validité de construit par les analyses factorielles	NE	1	2	3	
Validité de construit par les groupes extrêmes	NE	1	2	3	
Validité convergente	NE	1	2	3	
Validité discriminante	NE	1	2	3	
Validité divergente	NE	1	2	3	
Validité concomitante	NE	1	2	3	
Validité prédictive	NE	1	2	3	
Validité interculturelle	NE	1	2	3	
Cohérence interne	NE	1	2	3	
Fidélité test-retest	NE	1	2	3	
Fidélité interjuges	NE	1	2	3	
Sensibilité au changement <i>(idéalement)</i>	NE	1	2	3	
Réactivité clinique	NE	1	2	3	
Normes d'interprétation des scores	NE	1	2	3	
	NE = N'a pas été évaluée 1 = non satisfaisant 2 = satisfaisant 3 = très satisfaisant				

Les six propriétés psychométriques retenues sont identifiées en gras

Tableau B-2. Grille d'évaluation des outils de mesure sur la base de critères d'applicabilité pour les utilisateurs

CRITERE	EVALUATION / CARACTÉRISTIQUES	CRITERE	EVALUATION / CARACTÉRISTIQUES			
Utilisateurs cibles		Mode d'évaluation				
• Tous						
• Conseiller RH		• Par qui?				
• Coordonnateur de retour au travail		○ Auto-rapporté (travailleur)				
• Ergonome		○ Clinicien				
• Ergothérapeute		○ Autre personne : spécifier				
• Infirmière						
• Médecin		• Comment?				
• Médecins généralistes		○ En face à face				
• Médecins du travail		○ Au crayon				
• Physiothérapeute		○ Au téléphone				
• Psychologue		○ Sur Internet				
• Psychiatre		○ Autre : spécifier				
• Rhumatologue						
• Physiatre		Faisabilité				
• Travailleur social		• Durée (minutes)				
• Autres : spécifier (employeur?, syndicat?)		○ Durée d'administration				
		○ Durée du calcul des résultats				
		○ Durée d'interprétation				
		○ Durée restitution résultats				
Objectif		• Facilité				
• Évaluer les facteurs de risque		○ Facilité à administrer	n/a	1	2	3
• Prédire un outcome		○ Facilité à calculer les résultats	n/a	1	2	3
Population cible		○ Facilité à interpréter	n/a	1	2	3
• Troubles musculosquelettiques (TMS)		○ Facilité à restituer les résultats	n/a	1	2	3
• Troubles mentaux courants (TMC)		• Sécurité	n/a	1	2	3
Langue						
• Français						
• Anglais						
• Autres						
Formation requise (heures)		• Acceptabilité pour le répondant				
Disponibilité		○ Confidentialité	n/a	1	2	3
• Prix de l'outil (\$)		○ Éthiquement acceptable	n/a	1	2	3
• Propriété intellectuelle						
• Besoin ressources humaines/matérielles						
Normes pour interpréter les scores						
	NE = N'a pas été évaluée 1 = non satisfaisant 2 = satisfaisant 3 = très satisfaisant		n/a = Ne s'applique pas 1 = non satisfaisant 2 = satisfaisant 3 = très satisfaisant			

ANNEXE C : CANEVAS DE NOTATION DES REVUES SYSTÉMATIQUES

Tableau D-1. Revues systématiques quantitatives – Canevas de notation

Question	Choix de réponse	Score
Q1. Les auteurs avaient-ils une question clairement ciblée?	Oui Non	1 0
Q2. Des critères d'inclusion / exclusion ont-ils été utilisés? *	Oui Non Non spécifié	1 0 0
Q3. Les auteurs ont-ils décrit une stratégie de recherche complète et reproductible? *	Oui Non Non spécifié	1 0 0
Q4. Veuillez cliquer sur les stratégies de recherche utilisées	(selected/unselected)	a. ≥ 5 bases de données : 2 b. 2 à 4 bases de données : 1 c. 1 seule base : 0
Q5. La stratégie de recherche couvre-t-elle un nombre d'années suffisant? (≥ 10 ans) *	Oui Non	1 0
Q6. La revue a-t-elle évalué la qualité méthodologique des études primaires?	Oui Non	1 0
Q7. Quelles méthodes les auteurs ont-ils utilisées pour combiner ou comparer les résultats d'une étude à l'autre?	Méta-analyses Description avec pondération Description sans pondération Autre	2 2 1 0
Q8. Quelle était la force du niveau de preuve à l'appui des conclusions les plus solides de l'étude?	Niveau 1 (ECR) Niveau 2 (non randomisé) Niveau 3 (non contrôlé) Pas clair	2 1 0 0
Q9. Les données soutiennent-elles l'interprétation de l'auteur?	Oui, en général. Non	1 0
Q10. Y a-t-il des problèmes liés aux conflits d'intérêts? *	Oui Non	0 1
		Total : /13

***Notes :**

- Q2. S'il manque des critères d'exclusion: 0,5 est attribué
- Q3. S'il manque la liste complète finale des mots-clés: 0 est attribué.
- Q5. Si ce n'est pas clairement indiqué dans le texte: 0,5 est attribué.
- Q10. Si non mentionné dans le texte: 0,5 est attribué
- ECR : Essai clinique randomisé.