

**Description des stratégies
favorisant l'adoption de comportements
préventifs chez les travailleurs
ayant subi une lésion professionnelle**
Une revue critique de la littérature

Alexandra Lecours
Marie-France Coutu
Marie-José Durand

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1166-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

Dans l'esprit de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), la mission de l'IRSST est de :

Contribuer à la santé et à la sécurité des travailleuses et travailleurs par la recherche, l'expertise de ses laboratoires, ainsi que la diffusion et le transfert des connaissances, et ce, dans une perspective de prévention et de retour durables au 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, 2022
ISBN 978-2-89797-235-6 (PDF)

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2022

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

Description des stratégies favorisant l'adoption de comportements préventifs chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle

Une revue critique de la littérature

Alexandra Lecours^{1,2}, Marie-France Coutu^{3,4}, Marie-José Durand^{3,4}

¹ Département d'ergothérapie,
Université du Québec à Trois-Rivières

² Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation
et intégration sociale

³ École de réadaptation,
Université de Sherbrooke

⁴ Centre d'action en prévention et réadaptation
de l'incapacité au travail

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1166-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

Cette étude n'aurait pu être possible sans le travail de recherche documentaire colossal des auxiliaires et professionnelles de recherche qui y ont participé : Laurence Quenneville, Corinne St-Pierre, Annabelle Verville et Lysanne Scalabrini. Un merci tout spécial à Roxanne Bédard-Mercier pour son soutien dans la rédaction de ce rapport. La précieuse aide des bibliothécaires de l'Université Laval, particulièrement madame Marie Denise Lavoie, est également à souligner.

Nos remerciements se tournent également vers les 15 informateurs clés ayant contribué à cibler la question de recherche et à orienter la recherche documentaire. À vous qui jouez un rôle clé pour favoriser un retour sain et durable après une période d'invalidité en raison d'une lésion professionnelle, un grand merci !

Enfin, le soutien financier de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un élément essentiel pour la conduite de cette recherche. Vous nous donnez les moyens de faire avancer les connaissances en santé et sécurité du travail !

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	V
ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	VIII
INTRODUCTION	1
1. ÉTAT DES CONNAISSANCES	4
1.1 Maintien au travail : définition.....	4
1.2 Les comportements préventifs au travail : un levier pour favoriser le maintien au travail	5
2. OBJECTIF DE RECHERCHE.....	9
3. MÉTHODOLOGIE	10
3.1 Devis	10
3.2 Participants.....	10
3.3 Procédure et analyse	12
3.3.1 Étape 1 : Préciser la question de recherche et les critères d'inclusion/exclusion.....	12
3.3.2 Étape 2 : Établir la stratégie de recherche documentaire et procéder à la recherche de manuscrits.....	12
3.3.3 Étape 3 : Déterminer l'admissibilité des manuscrits recensés.....	13
3.3.4 Étape 4 : Lire les manuscrits retenus et en extraire les informations pertinentes	15
3.3.5 Étape 5 : Analyser et interpréter les résultats	15
3.3.6 Étape 6 : Réaliser une synthèse des connaissances afin de répondre à la question de recherche	17
4. RÉSULTATS	18
4.1 Description des manuscrits sélectionnés	18
4.2 Présentation des stratégies permettant de soutenir le développement des six comportements préventifs au travail	19
4.2.1 Comportement 1 : Adopter une pratique réflexive.....	19
4.2.2 Comportement 2 : Observer les règles et procédures.....	23
4.2.3 Comportement 3 : Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être	24
4.2.4 Comportement 4 : Se soucier des autres.....	26

4.2.5	Comportement 5 : Communiquer.....	27
4.2.6	Comportement 6 : Adopter un mode de vie sain.....	29
4.3	Synthèse des stratégies recensées pour favoriser le développement des comportements préventifs chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle.....	32
4.4	Synthèse de la qualité des manuscrits.....	34
5.	DISCUSSION	37
5.1	Développement des comportements préventifs : l'importance de la spécificité des stratégies	37
5.2	Développement des comportements préventifs : la nécessité de miser sur les comportements orientés vers l'environnement	38
5.3	Développement des comportements préventifs : la valeur ajoutée de favoriser l'implication du travailleur	39
5.4	L'enjeu de l'interaction entre les comportements	40
5.5	Forces et limites de l'étude	41
	CONCLUSION.....	43
	BIBLIOGRAPHIE	44
	ANNEXE A	55
A.1	Stratégie de recherche.....	55
	ANNEXE B	71
B.1	Liste des manuscrits	71
	ANNEXE C	76
C.1	Grille d'extraction	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques des informateurs clés	11
Tableau 2.	Stratégies du Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client.....	17
Tableau 3.	Caractéristiques des manuscrits sélectionnés.....	18
Tableau 4.	Manuscrits sélectionnés pour le comportement 1 <i>Adopter une pratique réflexive</i> selon leur niveau de qualité	20
Tableau 5.	Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 1 <i>Adopter une pratique réflexive</i>	22
Tableau 6.	Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 2 <i>Observer les règles et procédures</i>	24
Tableau 7.	Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 3 <i>Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être</i>	26
Tableau 8.	Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 4 <i>Se soucier des autres</i>	27
Tableau 9.	Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 5 <i>Communiquer</i>	29
Tableau 10.	Manuscrits sélectionnés pour le comportement 6 <i>Adopter un mode de vie sain</i> selon leur niveau de qualité	30
Tableau 11.	Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 6 <i>Adopter un mode de vie sain</i>	31
Tableau 12.	Nombre de manuscrit abordant les différentes stratégies selon les comportements préventifs au travail.....	33
Tableau 13.	Qualité des manuscrits par comportement.....	35
Tableau 14.	Principales raisons de diminution de la qualité par type de manuscrits	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle des comportements préventifs au travail (Lecours, 2021).....	7
Figure 2.	Logigramme du processus de détermination de l'admissibilité des manuscrits	14

SOMMAIRE

Contexte et objectif de la recherche

Certains travailleurs ayant subi une lésion professionnelle présentent des difficultés à se maintenir au travail à long terme au retour d'une période d'absence, et ce, même après avoir reçu des services de réadaptation. Les professionnels de la réadaptation ont un rôle à jouer pour favoriser ce maintien sain et durable au travail, notamment par le soutien au développement des comportements préventifs chez les travailleurs. En effet, de récentes études ont permis de développer le Modèle des comportements préventifs au travail (MCPT) qui décrit six comportements que les travailleurs peuvent adopter en interaction avec leur environnement, permettant de préserver leur santé, leur sécurité et leur bien-être au travail à long terme. Ces comportements consistent en : 1) *Adopter une pratique réflexive* ; 2) *Observer les règles et procédures* ; 3) *Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être* ; 4) *Se soucier des autres* ; 5) *Communiquer* ; 6) *Adopter un mode de vie sain*. Bien que le développement de ces comportements puisse servir de levier en réadaptation pour préparer les travailleurs à reprendre le travail en évitant les rechutes, récurrences ou aggravations de leur état de santé, des auteurs suggèrent que les interventions réalisées en ce sens sont souvent dispensées de manière intuitive et présentent une grande variabilité à travers les milieux. Pourtant, des écrits suggèrent des stratégies à adopter en réadaptation pour soutenir l'adoption de comportements préventifs et contribuer à favoriser un maintien sain et durable au travail. Cependant, ces informations se retrouvent éparpillées dans une multitude de sources à travers différents champs de connaissances, ce qui les rend difficilement accessibles pour les cliniciens. Ainsi, **cette étude visait à identifier les stratégies à utiliser par les professionnels de la réadaptation pour favoriser l'adoption de comportements préventifs durables chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle.**

Méthode

Pour répondre à cet objectif, une revue critique de la littérature a été menée en collaboration avec des informateurs clés issus de milieux cliniques de réadaptation ainsi que de représentants d'employeurs, d'assureur et de travailleurs. Une méthodologie systématique a été suivie, allant de l'identification de la question de recherche (avec des informateurs clés), au développement de la stratégie de recherche documentaire (avec une bibliothécaire-conseil), à la détermination de l'admissibilité des manuscrits (selon des critères établis), à l'extraction des informations (avec une grille validée) et à l'analyse, l'interprétation et la synthèse des résultats (en utilisant le Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client [MCHCC]). La qualité des manuscrits a été évaluée à l'aide d'outils pertinents selon leur devis de recherche, soit le Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) ou la liste de vérification méthodologique 1 : Revues systématiques et méta-analyse de Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Principaux résultats

Au total, 46 manuscrits de différentes natures (p. ex. : essais à répartition aléatoire, revues systématiques, études qualitatives) ont été retenus. Pour le comportement *Adopter une pratique réflexive*, les stratégies **coacher** (p. ex. guider le travailleur dans le développement d'habiletés de résolution de problèmes) et **engager** (p. ex. faire prendre part les travailleurs à des interventions visant l'analyse des situations de travail) se présentent de manière récurrente dans la littérature. Pour le comportement *Observer les règles et procédures*, la principale stratégie proposée est **éduquer** (p. ex. aux techniques à intégrer au travail, comme l'hygiène posturale), tout comme pour *Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être* (p. ex. enseigner aux travailleurs les principes d'adaptation du poste de travail). Pour le comportement *Se soucier des autres*, **collaborer** est la stratégie principale présentée (p. ex. par une procédure facilitant la gestion des conflits en équipe). Concernant le comportement *Communiquer*, **éduquer** est ce qui est majoritairement suggéré dans les écrits (p. ex. enseigner aux travailleurs l'affirmation de soi) tout comme pour le comportement *Adopter un mode de vie sain* (p. ex. renseigner sur gestion du stress). Globalement, les stratégies **coacher**, **engager**, **éduquer** et **collaborer** sont celles qui ont été les plus identifiées dans les écrits afin de favoriser l'adoption des comportements préventifs chez les travailleurs. Les résultats suggèrent également qu'une inégalité et une hétérogénéité sont présentes en regard des stratégies recensées dans les écrits, concernant 1) le nombre d'articles abordant chacune des stratégies et 2) le niveau de spécificité des stratégies décrites dans les écrits. Aussi, il apparaît que le développement des comportements à visée individuelle est davantage décrit que ceux à visée collective et que les stratégies qui requièrent un faible niveau d'implication de la part du travailleur sont plus représentées dans les écrits. Finalement, les résultats permettent de proposer certains constats concernant la qualité des manuscrits retenus.

Discussion

Cette étude permet de contribuer à l'avancement des connaissances selon trois idées principales : 1) l'importance de la spécificité des stratégies ; 2) la nécessité de miser sur les comportements orientés vers l'environnement ; 3) la valeur ajoutée de favoriser l'implication du travailleur. L'inégalité concernant la spécificité des stratégies peut représenter un enjeu pour leur application clinique et leur utilisation en recherche et il importe de se questionner sur la façon de rapporter les études portant sur des stratégies à utiliser en réadaptation. Des recommandations sur l'importance de présenter les fondements théoriques sous-jacents aux stratégies sont émises. Aussi, puisque des mécanismes d'échanges sociaux et de réciprocité sont présents dans les milieux et influencent le succès du maintien au travail après une période d'absence, les professionnels de la réadaptation gagneraient à favoriser davantage le développement des comportements orientés vers l'environnement, soit les collègues (p. ex. *Se soucier des autres*) ou l'organisation (p. ex. *Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être*). La discussion aborde aussi des moyens pour soutenir l'utilisation de stratégies

qui favorisent l'implication du travailleur puisque des études en réadaptation démontrent la valeur ajoutée de stimuler l'implication de la personne qui reçoit les services. Enfin, les résultats de cette étude suggèrent que des interactions peuvent être présentes entre les comportements préventifs et ils pourraient offrir des pistes pour étudier ces interactions afin que le MCPT dépasse sa visée descriptive actuelle et puisse expliquer les relations entre les comportements, ce qui pourra éventuellement mieux guider la pratique des professionnels.

Conclusion

Cette étude a permis d'identifier différentes stratégies pouvant être utilisées par les professionnels de la réadaptation pour favoriser le développement de chacun des six comportements préventifs au travail. Les combinaisons de stratégies et exemples d'application qui sont présentés dans ce rapport représentent des leviers à utiliser par les professionnels de la réadaptation pour favoriser le développement des comportements préventifs chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle. Les conclusions tirées suggèrent toutefois que d'autres études soient nécessaires afin de développer des stratégies fondées théoriquement qui visent à favoriser le développement des comportements préventifs dirigés vers l'environnement et qui encouragent l'implication des travailleurs.

ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Acronyme	Définition
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
MCHCC	Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client
MCPT	Modèle des comportements préventifs au travail
MMAT	<i>Mixed Methods Appraisal Tool</i>
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TIDier	<i>Template for Intervention Description and Replication</i>

IRSST ■ Description des stratégies favorisant l'adoption de comportements préventifs chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle : une revue critique de la littérature

INTRODUCTION

Le travail est une occupation centrale dans la vie des individus et il est valorisé à travers les diverses cultures et sociétés (Freeman *et al.*, 2018). Il joue notamment un rôle majeur comme première source de revenus pour les personnes et il contribue aux fondations de leur participation, de leur consommation et de leur santé (Roe et Ester, 1999). En effet, le travail est considéré comme un déterminant de la santé (OMS, 1986 ; Wilcock et Hocking, 2015) et il peut avoir des effets positifs pour les personnes s'il est réalisé dans un contexte favorable (Waddell et Burton, 2006), notamment en étant une source de reconnaissance sociale, d'accomplissement, de protection contre le déclin de certaines capacités ou encore de contacts sociaux (Bertrand *et al.*, 2005 ; Bosma *et al.*, 2003 ; Farrow et Reynolds, 2012). Toutefois, le travail n'est pas sans risque et peut aussi engendrer des effets négatifs pour les personnes. Les lésions professionnelles, qu'elles soient liées à un accident de travail ou encore à une maladie physique ou mentale, peuvent entraîner une réduction du fonctionnement et de la qualité de vie des personnes. Non seulement les lésions professionnelles affectent les travailleurs et leur famille, mais elles engendrent aussi des répercussions sur les organisations de travail, notamment en augmentant l'absentéisme (Joyce *et al.*, 2016) ou en réduisant les performances (Demerouti *et al.*, 2015). Les impacts sociétaux sont également impressionnants avec un montant estimé à plus de 2,4 milliards au Québec en 2020, une augmentation de 41 millions par rapport à l'année précédente (CNESST, 2021).

Heureusement, la majorité des personnes ayant subi une lésion professionnelle se rétablissent et reprennent progressivement leurs rôles. Toutefois, un certain nombre d'entre elles présentent des difficultés à se maintenir au travail à long terme, et ce, même si elles ont reçu des services de réadaptation (Jensen *et al.*, 2012). Au Québec, selon les statistiques de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), ce sont plus de 1 000 travailleurs qui ont subi au moins une rechute, récurrence ou aggravation de leur état de santé entre 2014 et 2017 (CNESST, 2019), occasionnant ainsi un obstacle au maintien au travail sain et durable. Ce taux correspond à près de 15 % des personnes indemnisées par la CNESST qui reçoivent des services de réadaptation (IRSST, 2017b). D'autres auteurs suggèrent aussi un taux élevé de rechute, récurrence ou aggravation de l'état de santé chez les travailleurs ayant une problématique de lombalgies spécifiquement, avec 50-60 % de réapparition des symptômes dans l'année qui suit le retour au travail et 10-15 % de récurrence de l'invalidité (Marras *et al.*, 2007 ; Wasiak *et al.*, 2003).

La période du maintien au travail est particulièrement critique (Marras *et al.*, 2007) et complexe (Lecours, Durand, *et al.*, 2021 ; Young, 2010). Son succès est influencé par diverses variables, qu'elles soient liées à l'environnement ou à l'individu (p. ex. : Etuknwa *et al.*, 2019b ; Lammerts *et al.*, 2016a) ou encore à l'interaction entre l'individu et son environnement (Lecours, Durand, *et al.*, 2021). Par exemple, concernant

l'environnement, des études ont mis en lumière que les caractéristiques du lieu de travail, comme le soutien des pairs et des superviseurs (Brusletto *et al.*, 2018 ; Durand *et al.*, 2020 ; Lecours, Durand, *et al.*, 2021 ; Palstam *et al.*, 2018), le type de travail (Celentano *et al.*, 2011) et les possibilités d'accommodements (Lecours, Durand, *et al.*, 2021) représentent des facteurs influençant le succès du maintien au travail après une période d'invalidité. Le système d'indemnisation influence également le maintien au travail, avec ses règles et procédures (Durand *et al.*, 2020 ; Lecours, Durand, *et al.*, 2021). L'accès à des services de réadaptation efficaces (Lecours, Durand, *et al.*, 2021) et le soutien des professionnels de la santé (Brusletto *et al.*, 2018) sont aussi des facteurs favorisant le maintien au travail après une période d'invalidité en raison d'une lésion professionnelle.

Concernant les variables individuelles, un niveau d'éducation (Etuknwa *et al.*, 2019a) et un statut économique plus élevés (Etuknwa *et al.*, 2019a; Lammerts *et al.*, 2016b) ainsi que l'âge du travailleur (Durand *et al.*, 2020 ; Lecours, Durand, *et al.*, 2021) auraient une influence sur le maintien au travail. D'autres caractéristiques personnelles du travailleur sont à considérer, comme la détermination du travailleur et sa capacité d'adaptation (Brusletto *et al.*, 2018), la capacité à fixer ses limites auprès de ses collègues (Palstam *et al.*, 2018), une attitude positive et un fort sentiment d'efficacité personnelle (Etuknwa *et al.*, 2019a). L'état de santé, par exemple la douleur ou la fatigue, influence également le maintien au travail (Celentano *et al.*, 2011 ; Lecours, Durand, *et al.*, 2021). Enfin, les comportements des travailleurs représentent une cible d'intervention d'intérêt pour favoriser le maintien au travail en prévenant la récurrence, la rechute ou l'aggravation de l'état de santé des travailleurs (Bültmann et Brouwer, 2013).

Dans les dernières années, des études ont d'ailleurs été menées pour développer et valider le Modèle des comportements préventifs au travail, qui définit les comportements que les travailleurs peuvent adopter pour favoriser leurs santé, sécurité et bien-être, notamment dans une optique de maintien durable au travail après une période d'invalidité (Lecours, 2020a, 2020b ; Lecours, 2021). Bien que le développement des comportements préventifs au travail puisse être utilisé comme un levier par les professionnels de la réadaptation pour préparer les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle à retourner et se maintenir au travail à la suite d'une période d'invalidité, des auteurs ont rapporté que les interventions de réadaptation dans ce domaine sont souvent dispensées de manière intuitive et présentent une grande variabilité (Lecours et Therriault, 2018a ; Lecours et Therriault, 2019), ce qui peut suggérer que les pratiques actuelles ne soient pas optimales. Pourtant, des écrits suggèrent des stratégies à adopter en réadaptation pour soutenir l'adoption de comportements préventifs et contribuer à prévenir la récurrence, la rechute ou l'aggravation de l'état de santé après le retour au travail. On parle notamment d'enseignement de techniques de gestion du stress (van der Klink *et al.*, 2003), de mises en situation pour apprendre à comprendre l'autre (Gouvernement de l'Alberta, 2016) ou d'éducation aux outils de communication (Andersen *et al.*, 2015). Toutefois, cette information se retrouve éparpillée dans diverses sources et provient de plusieurs champs de littérature, ce qui la rend difficilement accessible pour les cliniciens.

La première étape pour améliorer les pratiques est alors de recenser les informations disponibles dans les écrits pour créer une base sur laquelle bâtir de futures études, générant de nouvelles connaissances sur ce sujet d'intérêt. **L'objectif de cette étude était d'identifier les stratégies à utiliser par les professionnels de la réadaptation pour favoriser l'adoption de comportements préventifs durables chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle.**

1. ÉTAT DES CONNAISSANCES

La majorité des travailleurs ayant subi une lésion professionnelle reprennent progressivement leurs occupations, y compris le travail. Cependant, ceux qui nécessitent des services de réadaptation avant de pouvoir reprendre le travail ont augmenté entre 2006 et 2012 (IRSST, 2017b). D'ailleurs, ce sont près de 5 000 lésions professionnelles subies par les travailleurs qui ont nécessité des services de réadaptation pour l'année 2017 uniquement (Busque *et al.*, 2020). Qui plus est, il existe différentes trajectoires de retour au travail après une réadaptation, notamment des parcours non linéaires (Durand *et al.*, 2008). Par exemple, près de 15 % des travailleurs qui ont reçu des services de réadaptation à la suite d'une lésion professionnelle connaissent une rechute, une récurrence ou une aggravation de leur état après leur retour au travail (IRSST, 2017a). Cette statistique est préoccupante puisqu'une tentative infructueuse de retour au travail affecte le succès du maintien durable au travail (Durand *et al.*, 2008).

1.1 Maintien au travail : définition

Il n'y a pas de consensus dans la littérature concernant la définition du maintien au travail après une période d'invalidité. Par exemple, pour Etuknwa *et al.* (2019b), le maintien au travail est un retour au travail, à temps plein ou à temps partiel, d'au moins trois mois sans rechute ou récurrence d'absence pour invalidité, que ce soit dans un nouvel emploi ou dans celui d'origine (2019b). Pour Lammerts *et al.* (2016a), le maintien au travail signifie que l'individu, employé ou travailleur autonome, n'a pas connu de période d'invalidité au travail de plus de 14 jours consécutifs au cours des 6 derniers mois (2016a). Hoefsmith *et al.* (2016) ainsi que Steenstra *et al.* (2003) définissent le maintien au travail comme un travail soutenu pendant quatre semaines consécutives sans rechute (c.-à-d. sans congé d'invalidité) à temps partiel ou à temps plein.

Bien que pratiques et intelligibles, ces définitions reposent essentiellement sur la « durée » pendant laquelle les travailleurs peuvent effectuer leur travail au retour d'une période d'invalidité. Elles ne tiennent pas compte des multiples facteurs influençant les situations complexes que vivent les travailleurs. Ainsi, pour Young (2010), le maintien au travail ne se définit pas uniquement par le fait d'occuper un poste pendant un nombre de jours défini après une période d'invalidité ; divers facteurs doivent être considérés pour évaluer non seulement la réussite du maintien au travail, dont la capacité à effectuer le travail requis, mais aussi la perception des risques physiques ou psychologiques (Young, 2010).

Le maintien au travail ne doit pas être perçu comme un événement isolé, mais compris comme une part d'un processus dans lequel le travailleur peut progresser tout comme régresser (Young, 2010 ; Young *et al.*, 2005). De plus, le maintien au travail ne doit pas être considéré comme une finalité, mais bien comme un processus influencé par des variables liées tant à la personne et au milieu de travail qu'à d'autres variables

environnementales telles que les services de réadaptation (Audet *et al.*, accepté). Certains auteurs divisent ce processus en quatre phases clés, débutant le premier jour où les travailleurs sont en invalidité (phase 1), jusqu'au retour (phase 2) et maintien au travail (phase 3) pour ensuite mener au moment où ils essaient d'avancer et d'obtenir de nouvelles fonctions (phase 4), que ce soit dans leur emploi d'origine ou dans un nouvel emploi (Young *et al.*, 2005). La réussite du maintien au travail représente le moment où les travailleurs arrivent à maintenir un objectif acceptable partagé entre eux et l'employeur, tel qu'une reprise durable de la productivité aux conditions qui étaient présentes préalablement (Young, 2010 ; Young *et al.*, 2005). Cet objectif peut être révisé en cours de processus. Lors de cette phase, les travailleurs peuvent atteindre des performances constantes, être satisfaits de la situation et souhaiter la maintenir telle qu'elle est ; cela représente un maintien réussi. Les travailleurs peuvent ensuite passer à de nouvelles fonctions, s'ils le souhaitent.

En raison de l'importance de la phase du maintien pour promouvoir une participation saine au travail après une période d'invalidité, une récente étude menée par notre équipe a permis d'identifier des facteurs qui influencent spécifiquement son succès (Lecours, Durand, *et al.*, 2021). En effet, des facteurs interagissant ont été identifiés, qu'ils soient liés à l'individu (c.-à-d. ressources personnelles, occupations autres que le travail), à l'environnement (c.-à-d. accommodements, soutien, accès aux services de réadaptation) ou encore à l'interaction entre l'individu et son environnement (c.-à-d. perceptions, marge de manœuvre, communication et information). Qui plus est, les résultats de cette étude appuient l'idée que l'efficacité des interventions mises en place en amont, notamment pendant la réadaptation, influence le succès du maintien au travail après une période d'invalidité. Or, le rôle des professionnels de la réadaptation et les interventions qu'ils peuvent mener pour favoriser le maintien au travail de leurs clients demeurent peu documentés.

1.2 Les comportements préventifs au travail : un levier pour favoriser le maintien au travail

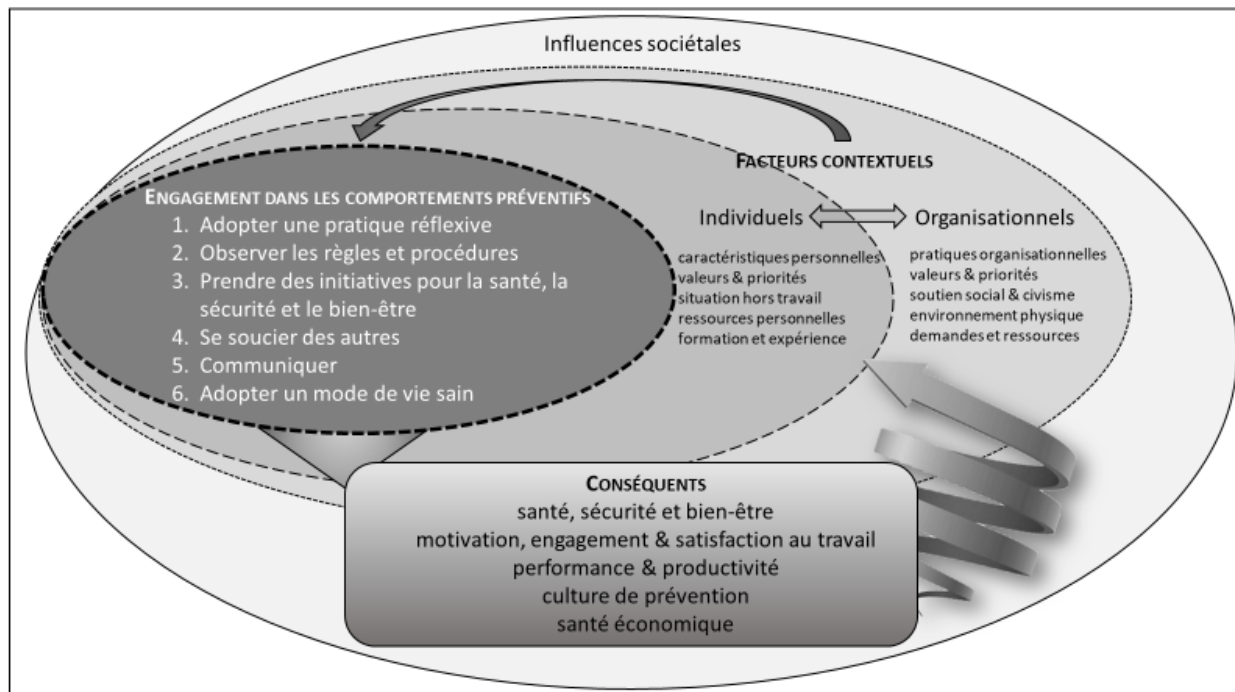
Respectant l'idée que le maintien au travail soit influencé par l'individu, l'environnement et l'interaction entre l'individu et son environnement, le Modèle des comportements préventifs au travail (MCPT) a été développé et validé dans les dernières années. Ce modèle décrit des comportements que les travailleurs peuvent adopter pour préserver leurs santé, sécurité et bien-être au travail en relation avec l'environnement dans lequel ils évoluent. En effet, le MCPT présente les comportements que le travailleur peut adopter pour favoriser ses propres santé, sécurité et bien-être, ceux de ses collègues et de l'organisation. Ce faisant, les comportements préventifs adoptés par le travailleur peuvent être orientés vers : 1) le travailleur lui-même ; 2) les collègues ; 3) l'organisation. Ces comportements constituent des leviers qui peuvent être utilisés pendant la réadaptation afin de préparer le retour au travail après une période d'invalidité et ainsi contribuer à éviter les rechutes, récives et aggravations de l'état de santé pendant la période du

maintien. La figure 1 présente la représentation visuelle du MCPT, à la suite de l'atteinte du consensus par les experts scientifiques ayant participé à l'étude de la validité de son contenu (Lecours, 2021).

Le MCPT propose six types de comportements préventifs, qui sont :

1. *Adopter une pratique réflexive.* Ce comportement implique que le travailleur réfléchisse à ses actions dans son environnement de travail. Cette réflexion peut avoir lieu avant, pendant ou après l'action (p. ex. : analyser les situations de travail, identifier les risques et prendre des décisions pour sa santé, prendre du recul après un événement ayant pu mettre en péril la santé, la sécurité ou le bien-être) ;
2. *Observer les règles et procédures.* Ce comportement implique que le travailleur ait accès à l'équipement, connaisse et respecte les règles pour protéger sa santé, sa sécurité et son bien-être (p. ex. : respecter les procédures de travail, porter des équipements de protection individuelle, prendre ses pauses) ;
3. *Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être.* Ce comportement implique que le travailleur soit proactif et prenne des initiatives pour préserver sa santé, sa sécurité et son bien-être (p. ex. : participer à des comités de santé et de sécurité au travail, suggérer des façons d'améliorer le bien-être au travail ou utiliser les ressources disponibles) ;
4. *Se soucier des autres.* Dans l'esprit que le travail est une occupation sociale où l'interaction avec autrui est requise, ce comportement implique que le travailleur agisse avec bienveillance au regard des autres membres de l'organisation (p. ex. aider ses collègues ou offrir une écoute attentive) ;
5. *Communiquer.* Ce comportement implique que le travailleur verbalise ses préoccupations en regard de la santé, sécurité et bien-être (p. ex. exprimer ses besoins à son supérieur ou signaler des risques aux collègues) ;
6. *Adopter un mode de vie sain.* Ce comportement implique de prendre soin de sa santé, sa sécurité et son bien-être au-delà du travail, en incluant les autres occupations et habitudes de vie (p. ex. avoir un équilibre entre le travail et la vie personnelle ou avoir des moyens de gérer le stress).

Figure 1. Modèle des comportements préventifs au travail (Lecours, 2021)



Le MCPT est un modèle descriptif qui présente une vision systémique et multifactorielle des comportements préventifs. Les comportements identifiés se veulent universels, mais leurs manifestations (voir les exemples entre parenthèses ci-dessus) sont largement influencées par l'environnement, soit les facteurs contextuels liés à l'individu, à l'organisation ou à la société. Dans une dynamique d'interaction, le contexte individuel du travailleur (p. ex. ses ressources personnelles ou ses formations et expériences) influence son engagement dans des comportements préventifs, comme représenté par la flèche courbe de la figure 1. Ce contexte individuel interagit avec le contexte organisationnel, qui inclut diverses composantes (p. ex. : pratiques organisationnelles, valeurs et priorités, environnement physique). La flèche horizontale bidirectionnelle représentée sur la figure 1 expose l'idée qu'une interaction positive, ou une adéquation, doit être présente entre les contextes individuel et organisationnel pour favoriser l'engagement des travailleurs dans des comportements préventifs. Cette interaction est également intégrée dans le contexte sociétal plus large, avec ses normes, lois et cultures. La figure 1 présente une ligne pointillée entourant l'engagement dans des comportements préventifs, ce qui signifie que ces comportements ne peuvent être considérés indépendamment du contexte dans lequel ils sont adoptés. Ainsi, un contexte favorable permet au travailleur de s'engager dans des comportements préventifs qui sont positifs pour sa santé, sa sécurité et son bien-être à long terme, contribuant au maintien au travail.

La valeur ajoutée du MCPT est qu'il s'inscrit dans une approche d'interaction entre l'individu et l'environnement, suggérant que la contribution du travailleur à la santé, à la

sécurité et au bien-être ne peut être comprise de façon isolée. Aussi, le MCPT a été développé selon une approche transdiagnostique (Cancelliere *et al.*, 2016), lui permettant de s'appliquer à la réalité des travailleurs, peu importe la nature de la lésion qu'ils ont subie. En effet, ce modèle a été construit à la suite de données collectées auprès d'acteurs impliqués dans la réadaptation au travail en lien avec diverses lésions professionnelles, que ce soit les troubles ou blessures musculosquelettiques (Lecours et Therriault, 2019), ou encore les problèmes de santé mentale courants (Lecours, St-Hilaire, *et al.*, 2021). De plus, les études ayant mené à la création du MCPT ont été réalisées auprès de participants réalisant des actions de prévention primaire (Lecours *et al.*, 2017 ; Lecours, St-Hilaire, *et al.*, 2021 ; Lecours et Therriault, 2017, 2018b, 2018c), ainsi que de prévention des rechutes, récidives ou aggravations après le retour au travail (Lecours et Therriault, 2018a ; Lecours et Therriault, 2019). Pour une description plus détaillée du MCPT, le lecteur est invité à consulter d'autres écrits (Lecours, 2020a, 2020b ; Lecours, 2021).

L'étude présentée dans ce rapport porte spécifiquement sur les six comportements préventifs au travail et met en lumière les stratégies à utiliser en réadaptation pour favoriser leur adoption par les travailleurs. Le choix du MCPT permet de préciser les cibles et visées des stratégies à utiliser par les professionnels de la réadaptation pour soutenir les travailleurs dans l'adoption de comportements préventifs durables au retour d'une période d'invalidité en raison d'une lésion professionnelle.

2. OBJECTIF DE RECHERCHE

L'objectif de cette étude était d'identifier les stratégies à utiliser par les professionnels de la réadaptation pour favoriser l'adoption de comportements préventifs durables chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle.

Spécifiquement, l'étude a permis d'identifier les stratégies pertinentes à utiliser pour soutenir les travailleurs dans l'adoption des six comportements préventifs au travail, tels que décrits par le MCPT.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Devis

Une revue critique de la littérature a été réalisée (Grant et Booth, 2009). Ce devis a été choisi pour sa flexibilité permettant d'inclure des études qualitatives, quantitatives ou mixtes et d'autres types de manuscrits, comme des guides de pratique ou des rapports de recherche (Grant et Booth, 2009). Ce devis permet aussi de porter un regard critique par rapport à la qualité des manuscrits. Les revues critiques de la littérature permettent d'évaluer la contribution de divers écrits pour bonifier des modèles conceptuels (Grant et Booth, 2009), ce qui s'avère pertinent selon le contexte de cette étude structurée avec le MCPT. D'autre part, les revues critiques de la littérature conduisent à la création de synthèses mettant en lumière des pistes pour poursuivre les recherches sur un sujet donné (Grant et Booth, 2009).

3.2 Participants

Afin de maximiser l'impact de l'étude dans les milieux cliniques de réadaptation, la revue a été réalisée en mode collaboratif, c.-à-d. que les chercheurs étaient accompagnés par des informateurs clés provenant de milieux cliniques de réadaptation publics, privés, ainsi que de représentants d'employeurs, d'assureurs et de travailleurs, comme présenté au tableau 1. Bien que la consultation d'informateur clé ne soit pas une pratique courante dans les études de types recensions d'écrits, des auteurs en ont rapporté des avantages, notamment pour identifier les questions de recherche les plus pertinentes en regard d'un phénomène, tout en permettant de diminuer l'écart entre la recherche et la pratique (Cossham et Johanson, 2019).

Des entrevues téléphoniques individuelles ont été menées auprès des informateurs clés, ce qui a permis d'orienter la conduite de l'étude, notamment par la précision de la formulation de la question de recherche et l'établissement des critères d'inclusion et d'exclusion. Des questions sur les facteurs qui influencent le maintien au travail ainsi que sur les besoins des informateurs clés pour le favoriser ont aussi été posées. Ces données collectées lors des entrevues auprès des 15 informateurs clés ont permis de bonifier l'état actuel des connaissances sur le maintien au travail après une période d'invalidité en raison d'une lésion professionnelle. Un article scientifique a été publié à ce sujet (Lecours, Durand, *et al.*, 2021).

Tableau 1. Caractéristiques des informateurs clés

Numéro de l'informateur clé	Genre	Âge (Années)	Catégorie d'informateur clé	Expérience (Années)	Niveau d'éducation
P01	Femme	49	Représentante syndicale	22	Maîtrise
P02	Homme	49	Représentant des travailleurs	3	Baccalauréat
P03	Femme	27	Professionnelle de la réadaptation	2	Maîtrise
P04	Femme	37	Professionnelle de la réadaptation	15	Baccalauréat
P05	Femme	51	Représentante d'assurance	12	Maîtrise
P06	Femme	39	Représentante syndicale	10	Baccalauréat
P07	Femme	31	Professionnelle de la réadaptation	4	Maîtrise
P08	Femme	39	Représentante de l'employeur	15	Baccalauréat
P09	Femme	44	Professionnelle de la réadaptation	10	Maîtrise
P10	Femme	50	Professionnelle de la réadaptation	25	Baccalauréat
P11	Femme	47	Professionnelle de la réadaptation	21	Maîtrise
P12	Femme	49	Professionnelle de la réadaptation	25	Baccalauréat
P13	Femme	46	Professionnelle de la réadaptation	19	Maîtrise
P14	Femme	43	Professionnelle de la réadaptation	19	Doctorat
P15	Femme	27	Représentante de l'employeur	2	Baccalauréat

3.3 Procédure et analyse

Une procédure systématique en six étapes a été suivie.

3.3.1 Étape 1 : Préciser la question de recherche et les critères d'inclusion/exclusion

Une question préliminaire de recherche a été soumise aux informateurs clés. Cette question a été discutée et modifiée par les informateurs clés afin d'obtenir une question complète permettant d'orienter les étapes suivantes (Richardson *et al.*, 1995). La question de recherche qui a émergé de cette étape est la suivante :

Quelles sont les stratégies à utiliser en réadaptation pour favoriser l'adoption de comportements préventifs durables chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle ?

Ensuite, les critères d'inclusion et d'exclusion des manuscrits ont été déterminés. Ces critères établissent que les manuscrits devaient : 1) être applicables en regard de la population de travailleurs adultes ayant subi une lésion professionnelle (c.-à-d. concerner les stratégies à utiliser auprès des travailleurs ayant subi des lésions liées au travail) ; 2) être applicables dans le contexte de la réadaptation au travail au Québec (c.-à-d. respecter les règles et lois de la juridiction québécoise) ; 3) aborder au moins un des six comportements préventifs tels que décrits dans le MCPT ; 4) aborder les stratégies à utiliser auprès des travailleurs pour les soutenir dans l'adoption des comportements. Seuls les manuscrits publiés en anglais ou en français ont été retenus pour des raisons de faisabilité. Enfin, tous types de manuscrits (p. ex. : articles scientifiques, rapports de recherche, documents gouvernementaux, etc.) ont été acceptés et aucune limite dans les dates de publication n'a été appliquée. En accord avec le MCPT qui a été développé selon une approche transdiagnostique, aucune distinction en regard du type de lésion professionnelle n'a été faite.

3.3.2 Étape 2 : Établir la stratégie de recherche documentaire et procéder à la recherche de manuscrits

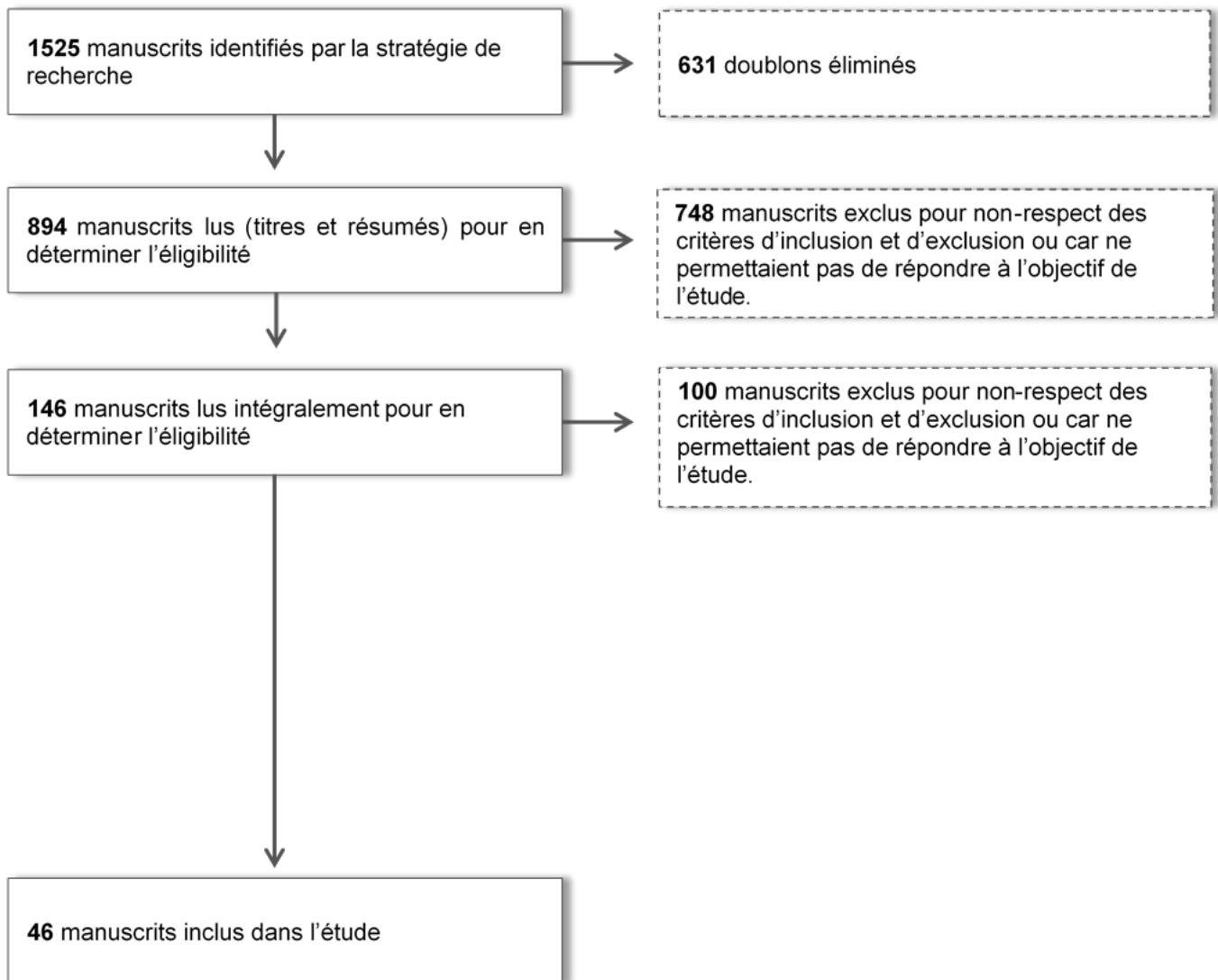
Dans un premier temps, une bibliothécaire-conseil a élaboré la stratégie de recherche en collaboration avec l'équipe de recherche. Les combinaisons de mots-clés (p. ex. : *safety behaviors, proactivity, intervention, therapy, return to work*, etc.) selon six bases de données relatives aux champs de connaissances pertinents en regard du sujet de l'étude (c.-à-d. CINAHL, Embase, Ergonomics Abstracts, Medline, PsycInfo, Web of Science) ont été déterminées. La stratégie complète de la recherche documentaire pour chacune des six bases de données interrogées est présentée à l'annexe A. La recherche primaire de manuscrits a ensuite été lancée et les références ont été importées sur la plateforme *Covidence* pour en faciliter la gestion. Ensuite, une recherche secondaire a été entreprise, notamment par la revue des listes de références des manuscrits recensés. La recherche

de guides de pratiques ou de rapports de recherche sur le sujet a été réalisée manuellement sur les sites Web d'organisations concernant les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle, comme la CNESST, l'IRSST ou le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Enfin, une recherche manuelle sur Google a été menée en utilisant les mots-clés retenus dans la stratégie de recherche documentaire afin d'optimiser la recherche de littérature grise. Cette étape de recherche documentaire a été réalisée entre avril et juin 2020.

3.3.3 Étape 3 : Déterminer l'admissibilité des manuscrits recensés

Deux évaluateurs ont d'abord lu les titres et résumés des manuscrits identifiés par la stratégie de recherche documentaire pour en déterminer l'admissibilité selon les critères qui ont été définis avec les informateurs clés (Egger *et al.*, 2001). Une grille d'évaluation structurée contenant les critères d'inclusion et d'exclusion a été utilisée à cette fin sur la plateforme Covidence. Les conflits sur l'admissibilité des manuscrits ont été résolus en intégrant un troisième évaluateur. Des rencontres de concertation entre les évaluateurs ont eu lieu périodiquement dans le processus de détermination de l'admissibilité des manuscrits afin de s'assurer d'un bon déroulement et de l'accord interévaluateurs. Une liste finale de manuscrits à inclure dans la revue a été créée (voir annexe B). Un logigramme (Moher *et al.*, 2009) permettant la compréhension facile du déroulement de la recherche de manuscrits en plus d'améliorer la transparence du processus a été élaboré et est présenté à la figure 2.

Figure 2. Logigramme du processus de détermination de l'admissibilité des manuscrits



3.3.4 Étape 4 : Lire les manuscrits retenus et en extraire les informations pertinentes

De façon indépendante, deux évaluateurs ont extrait l'information des manuscrits de la liste finale en utilisant une grille d'extraction, ce qui permet de diminuer la variabilité et les biais liés à la revue des manuscrits (Higgins et Deeks, 2008). La grille d'extraction a été construite à partir des critères TIDier (Template for Intervention Description and Replication) de Hoffman *et al.* (2014) afin de décrire le plus précisément possible les stratégies d'intervention visant le développement des comportements préventifs. Cette grille a été pilotée au cours de l'extraction de cinq manuscrits avant d'être modifiée et utilisée pour l'ensemble des manuscrits retenus. Cette grille d'extraction est présentée à l'annexe C.

3.3.5 Étape 5 : Analyser et interpréter les résultats

3.3.5.1 Analyse de la qualité des manuscrits

Afin d'évaluer la qualité des manuscrits recensés, deux outils furent utilisés, soit le Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Pluye *et al.*, 2009 ; Souto *et al.*, 2015) et la liste de vérification méthodologique 1 : Revues systématiques et méta-analyse de Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2020). Ces deux outils sont utilisés en complémentarité afin d'évaluer la variété des types de manuscrits acceptés dans cette revue critique de la littérature.

Le MMAT permet d'apprécier la qualité des manuscrits présentant des études à devis qualitatif, quantitatif ou mixte. Le MMAT est un outil largement utilisé dans les études de types revues de littérature (Souto *et al.*, 2015) et a fait l'objet de plusieurs révisions (Hong *et al.*, 2018 ; Hong *et al.*, 2019) et adaptations (Souto *et al.*, 2020) au fil des années. De plus, l'outil est recommandé par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (Souto *et al.*, 2015). Chacun des types de devis est noté selon cinq critères qui leurs sont propres, en inscrivant « oui » si le critère est respecté, « ne sait pas » si les informations présentes dans le manuscrit ne permettent pas de répondre et « non » si le critère n'est pas respecté. Le MMAT est un outil d'évaluation critique nécessitant le jugement de l'évaluateur afin de déterminer le risque de biais d'une étude et d'en qualifier sa qualité. Les auteurs du MMAT ne suggèrent pas une façon unique de rapporter l'évaluation de la qualité, mais proposent de choisir une façon qui répond aux besoins de l'étude à mener et de l'exposer clairement (Hong, 2013). Pour la présente étude, une « qualité élevée » représente une réponse affirmative à l'ensemble des cinq critères de la catégorie de devis. Un manuscrit de « bonne qualité » est un manuscrit répondant « oui » à quatre critères, alors qu'un manuscrit est qualifié de « qualité moyenne » lorsqu'il répond à trois critères et « faible qualité » lorsqu'il répond uniquement à un ou deux critères. Des façons similaires de présenter l'évaluation de la qualité ont été utilisées par d'autres auteurs (p. ex. Wong *et al.*, 2020).

La liste de vérification SIGN permet l'appréciation des manuscrits de type revue systématique et méta-analyse. La liste SIGN est reconnue comme un outil d'analyse de qualité supérieure (Shukla *et al.*, 2007) ; différentes revues systématiques l'ont utilisé pour évaluer la qualité des manuscrits (Cancelliere *et al.*, 2014 ; Sameem *et al.*, 2011). Cette liste est composée de 12 critères pour lesquels l'évaluateur doit juger si « oui » le critère est respecté dans le manuscrit ou si « non » le critère n'est pas respecté. Pour certains critères, il y avait également les options « non applicable » et/ou « ne peut pas dire ». Afin de comptabiliser les notes de qualité de chaque manuscrit, un point était attribué à chacun des critères ayant été répondu par « oui » alors qu'aucun point n'était attribué aux critères qui avaient eu « non », « non applicable » ou « ne peut pas dire ». Dans notre étude, les manuscrits ayant un résultat entre 10 et 12 points sur 12 ont été qualifiés comme étant de « qualité élevée ». Les manuscrits ayant un résultat de huit ou neuf points ont été qualifiés comme étant de « bonne qualité ». Les manuscrits ayant un résultat de six ou sept points ont été qualifiés comme étant de « moyenne qualité ». Enfin, les manuscrits ayant un résultat inférieur à cinq points ont été qualifiés de « faible qualité ». Cette façon de présenter les résultats de l'évaluation de la qualité avec la liste de vérification SIGN permet de s'harmoniser avec celle de la MMAT, favorisant ainsi l'interprétation et la comparaison entre tous les manuscrits.

L'évaluation de la qualité des manuscrits provenant de la littérature grise (p. ex. documents gouvernementaux ou professionnels) n'a pu être réalisée étant donné la grande variabilité dans la présentation de ces manuscrits et l'absence de grille d'évaluation appropriée.

3.3.5.2 Interprétation des résultats des études

Afin d'interpréter les résultats et de faciliter la comparaison entre les études, les stratégies favorisant l'adoption des comportements préventifs qui ont été extraites des manuscrits retenus sont présentées selon les dix stratégies du Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client (MCHCC) (Townsend *et al.*, 2013). En plus d'offrir un langage unifié, ce modèle est largement utilisé au Canada pour soutenir la pratique des ergothérapeutes (Townsend *et al.*, 2013), notamment dans le champ de la réadaptation au travail. Le tableau 2 présente une brève définition de chacune des stratégies et des exemples d'applications possibles.

Tableau 2. Stratégies du Modèle canadien d'habilitation centrée sur le client

Stratégies	Définition	Exemples d'applications
Adapter	Rendre adéquat ou ajusté pour une utilisation spécifique ou dans une situation particulière.	Redéfinir, personnaliser, rendre « sur mesure » les situations.
Revendiquer	Prendre parti en faveur de, faire du lobbying.	Questionner, défendre, promouvoir, conscientiser, informer et inciter au partage du pouvoir et à l'autonomisation, plaider.
Coach	Accompagner de façon personnalisée.	Guider, responsabiliser, élargir les choix, recadrer.
Collaborer	Travailler ensemble dans un partage du pouvoir respectueux vers une finalité commune.	Coopérer, former des alliances, résoudre des conflits.
Consulter	Échanger son point de vue ou son avis basé sur son expertise.	Offrir des conseils et des idées, faire des recommandations et des suggestions.
Coordonner	Harmoniser dans un effort commun ou une action commune afin d'atteindre un effet particulier.	Mettre en lien les ressources, orchestrer, établir les contacts.
Concevoir et réaliser	Créer du matériel, des éléments de l'environnement ou mettre en œuvre des programmes et services.	Imaginer, élaborer, transformer, restructurer, planifier.
Éduquer	Favoriser l'apprentissage par la transmission d'information.	Former, renseigner, enseigner, démontrer.
Engager	Entraîner la personne dans l'agir, dans l'action au-delà du discours. Amener la personne à se mobiliser.	Mobiliser, aider à faire, à prendre part.
Exercer son expertise, mettre à profit son expertise	Employer des techniques particulières dans des situations spécifiques.	Utiliser des techniques pratiques, mettre en œuvre les modèles spécialisés.

3.3.6 Étape 6 : Réaliser une synthèse des connaissances afin de répondre à la question de recherche

Cette dernière étape consistait en la réalisation d'une synthèse des connaissances prenant en compte tant les résultats que la qualité des manuscrits. Selon la nature des objectifs de l'étude, une synthèse convergente a été réalisée, c.-à-d. qu'une synthèse narrative a été réalisée en incluant à la fois les résultats issus d'études quantitatives et qualitatives (Pluye et Hong, 2014).

4. RÉSULTATS

4.1 Description des manuscrits sélectionnés

Quarante-six manuscrits ont été sélectionnés dans le cadre de cette étude. Parmi eux, 33 (70 %) ont été rédigés entre 2010 et 2020 et 12 (26 %) ont été rédigés entre 2000 et 2009. La grande majorité (98 %) des manuscrits ont été publiés en anglais. Les manuscrits sont des articles scientifiques à 98 % ; un seul est une publication gouvernementale (2 %). Pour près de la moitié des manuscrits, les participants sur lesquels portaient les études provenaient d'Europe (48 %). Finalement, 30 manuscrits (65,5 %) sont des études quantitatives, 5 (11 %) sont des études qualitatives et 12 (26 %) sont des recensions d'écrits. Le tableau 3 présente les caractéristiques des manuscrits sélectionnés.

Tableau 3. Caractéristiques des manuscrits sélectionnés

46 manuscrits	n (%)
Date de publication	
Avant 2000	2 (4,5)
2000 à 2009	12 (26,0)
2010 à 2020	33 (69,5)
Langue de publication	
Anglais	45 (98,0)
Français	1 (2,0)
Types de manuscrit	
Articles scientifiques	45 (98,0)
Publication gouvernementale	1 (2,0)
Continent d'origines des participants	
Europe	22 (48,0)
Amérique du Nord	6 (13,0)
Asie	1 (2,0)
Pays multiple	6 (13,0)
Indisponible/ Non applicable	11 (24,0)
Devis des études	
Essais à répartition aléatoire	20 (43,5)
Revue systématiques	6 (13,0)
Études quantitatives sans répartition aléatoire	5 (11,0)
Études qualitatives	5 (11,0)
Études quantitatives descriptives	3 (6,5)
Autres	7 (15,0)

4.2 Présentation des stratégies permettant de soutenir le développement des six comportements préventifs au travail

Le MCPT s'inscrit dans la perspective où les travailleurs ne peuvent adopter les comportements préventifs que si le contexte dans lequel ils œuvrent en est favorable et soutenant, respectant l'idée de l'interaction entre l'individu et son environnement. Ainsi, les stratégies qui sont présentées dans ce rapport indiquent ce que les professionnels de la réadaptation peuvent faire pour amener le travailleur à développer les comportements, mais il importe de ne pas lui faire porter la responsabilité du succès ou de l'échec de leur mise en place. Bien que ce rapport se concentre sur les comportements du travailleur, il importe de garder en tête que l'environnement (p. ex. : collègues, employeur, structures sociétales) a une influence sur la possibilité du travailleur de les adopter. D'autres travaux de recherche doivent être menés pour identifier des stratégies visant à mettre en place ce contexte favorable et soutenant pour l'adoption des comportements préventifs au travail.

Les résultats sont présentés en fonction des six comportements préventifs du MCPT. Pour chacun des comportements, une description des caractéristiques des manuscrits retenus est d'abord présentée sous la forme d'un texte, pouvant être accompagnée d'un tableau. Par la suite, les résultats narratifs sont décrits de façon synthétique pour mettre en exergue les différentes stratégies permettant de favoriser le développement du comportement, en se basant sur la terminologie du MCHCC. L'analyse de l'information provenant des manuscrits a permis de mettre en évidence la richesse de combiner les stratégies pour favoriser le développement d'un comportement préventif. Ainsi, la présentation des stratégies se fera d'une façon intégrée, en illustrant les liens qui peuvent être faits entre les différentes stratégies à utiliser par les professionnels de la réadaptation pour favoriser le développement d'un même comportement chez le travailleur. Enfin, des exemples d'application des stratégies sont consignés dans un tableau.

4.2.1 Comportement 1 : Adopter une pratique réflexive

Description des manuscrits

Quarante manuscrits ont été identifiés concernant le développement du comportement 1 qui vise à *Adopter une pratique réflexive*. La majorité (70 %) des manuscrits ont été rédigés entre 2010 et 2020 alors que 22,5 % ont paru entre 2000 et 2009. La grande majorité (97,5 %) des manuscrits ont été publiés en anglais, un seul manuscrit est rédigé en français. Les manuscrits sont, pour la plupart, des articles scientifiques (97,5 %). Pour près de la moitié des manuscrits, les participants sur lesquels portaient les études provenaient d'Europe (42,5 %). Finalement, 60,0 % des manuscrits sont études quantitatives, 7,5 % sont des études qualitatives et près du tiers (30,0 %) des manuscrits sont des recensions d'écrits.

Selon le MCPT, le comportement *Adopter une pratique réflexive* implique que le travailleur réfléchisse à ses actions dans son environnement de travail. Cette réflexion peut avoir lieu

avant, pendant ou après l'action (p. ex. : analyser les situations de travail, identifier les risques et prendre des décisions pour sa santé, prendre du recul après un événement ayant pu mettre en péril la santé, la sécurité ou le bien-être) (Lecours, 2020b).

Le tableau 4 présente les 40 manuscrits sélectionnés pour ce comportement, selon leur niveau de qualité.

Tableau 4. Manuscrits sélectionnés pour le comportement 1 Adopter une pratique réflexive selon leur niveau de qualité

Qualité élevée (n = 14)	Bonne qualité (n = 11)	Qualité acceptable (n = 4)	Faible qualité (n = 4)	Qualité non évaluée (n = 7)
Andersen <i>et al.</i> , 2015; Dewa <i>et al.</i> , 2015; Feuerstein <i>et al.</i> , 1993; Gismervik <i>et al.</i> , 2019; Heathcote <i>et al.</i> , 2019; Ito <i>et al.</i> , 2019; Lecours et Groleau, 2022; Lecours et Therriault, 2018; Leon <i>et al.</i> , 2009; Netterstrøm <i>et al.</i> , 2013; Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2014; Pomaki <i>et al.</i> , 2012; Volker <i>et al.</i> , 2015; Wang <i>et al.</i> , 2007	Arends <i>et al.</i> , 2014; Axén <i>et al.</i> , 2020; Ekberg, 1995; Gross <i>et al.</i> , 2017; Hampel <i>et al.</i> , 2019; Irvine <i>et al.</i> , 2015; Jensen <i>et al.</i> , 2012; Kröger <i>et al.</i> , 2015; Marhold <i>et al.</i> , 2001; van den Hout <i>et al.</i> , 2003; Woby <i>et al.</i> , 2008	Dalgaard <i>et al.</i> , 2017; Doki <i>et al.</i> , 2015; Stenlund <i>et al.</i> , 2012; van der Klink <i>et al.</i> , 2003	Bee <i>et al.</i> , 2010; Blonk <i>et al.</i> , 2006; Hållstam <i>et al.</i> , 2017; Noordik <i>et al.</i> , 2013	Gouvernement de l'Alberta, 2016; Hutting <i>et al.</i> , 2019; Johnston et Shaw, 2013; Longtin <i>et al.</i> , 2019; Stergiopoulos <i>et al.</i> , 2011; Sullivan, Feuerstein, <i>et al.</i> , 2005; Wallensten <i>et al.</i> , 2019

Synthèse narrative

Pour faciliter le développement du comportement *Adopter une pratique réflexive*, il est possible d'**éduquer** (n = 9)¹ le travailleur sur le stress vécu en milieu de travail (Blonk *et al.*, 2006 ; Dalgaard *et al.*, 2017 ; Pomaki *et al.*, 2012), sur la douleur (Hampel *et al.*, 2019 ; Woby *et al.*, 2008) et la gestion de ses symptômes (Hutting *et al.*, 2019 ; Longtin *et al.*, 2019), ou encore sur les défis communicationnels (Gouvernement de l'Alberta, 2016 ; Hutting *et al.*, 2019 ; Longtin *et al.*, 2019). Cette stratégie peut l'amener à avoir les connaissances requises pour réfléchir sur ses réactions en regard de ces enjeux (Stenlund *et al.*, 2012). Selon les écrits, cette éducation peut se faire par des échanges d'information sous la forme d'une conversation ou encore par la lecture d'informations écrites.

L'éducation permet au travailleur d'acquérir des connaissances, ce qui peut ensuite favoriser son **engagement** (n = 15) dans l'*Adoption d'une pratique réflexive* (Andersen *et al.*, 2015 ; Axén *et al.*, 2020 ; Doki *et al.*, 2015 ; Heathcote *et al.*, 2019 ; Irvine *et al.*, 2015 ; Jensen *et al.*, 2012 ; Marhold *et al.*, 2001 ; Stergiopoulos *et al.*, 2011). Essentiellement, les auteurs suggèrent d'engager le travailleur à prendre part à un processus de résolution de problèmes par diverses modalités, dont le remue-méninge (Ekberg, 1995), l'élaboration structurée d'un plan d'action (Arends *et al.*, 2014 ; van den Hout *et al.*, 2003), l'exposition graduée à des situations problématiques (Noordik *et al.*, 2013 ; Woby *et al.*, 2008), ainsi que l'autoévaluation et l'analyse des situations de travail (Lecours et Groleau, 2020). La conduite de l'entretien motivationnel par les professionnels formés stimulerait aussi l'engagement du travailleur en regard de la pratique réflexive (Gross *et al.*, 2017).

Il est ensuite possible **coacher** (n = 24) le travailleur, par des interventions individuelles (p. ex. Netterstrøm *et al.*, 2013) ou de groupes (p. ex. Wallensten *et al.*, 2019) afin de l'amener à prendre conscience et à modifier ses affects et émotions (Feuerstein *et al.*, 1993 ; Stenlund *et al.*, 2012 ; Wang *et al.*, 2007), ainsi que ses pensées et croyances (Bee *et al.*, 2010 ; Dalgaard *et al.*, 2017 ; Kröger *et al.*, 2015 ; Marhold *et al.*, 2001 ; Wallensten *et al.*, 2019) afin de faciliter le développement du comportement *Adopter une pratique réflexive*. D'autres auteurs suggèrent qu'il importe de coacher les travailleurs dans l'appropriation de leurs habiletés de résolution de problèmes (Dewa *et al.*, 2015 ; Doki *et al.*, 2015 ; Feuerstein *et al.*, 1993 ; Hutting *et al.*, 2019 ; Ito *et al.*, 2019 ; Johnston et Shaw, 2013 ; Lecours et Groleau, 2020 ; Lecours et Therriault, 2018a ; Leon *et al.*, 2009 ; Longtin *et al.*, 2019 ; Nieuwenhuijsen *et al.*, 2014 ; Sullivan, Feuerstein, *et al.*, 2005 ; van der Klink *et al.*, 2003 ; Volker *et al.*, 2015) pour être en mesure d'*Adopter une pratique*

¹ Dans la section Résultats, le nombre présenté dans la parenthèse suivant la stratégie réfère au nombre de manuscrits l'ayant abordée, selon notre recension d'écrits.

réflexive. Des modalités, comme les jeux de rôles et la simulation (Lecours et Therriault, 2018a) sont suggérées pour mettre en place cette stratégie. La thérapie d'acceptation et d'engagement (Gismervik *et al.*, 2019), incluant la pleine conscience (Hållstam *et al.*, 2017), serait aussi une approche permettant de coacher le travailleur en regard de l'adoption d'une pratique réflexive.

Enfin, des auteurs proposent que les professionnels peuvent **collaborer** (n = 2) avec le travailleur dans le but de générer des solutions concrètes pour résoudre des situations problématiques au travail (Lecours et Therriault, 2018a), et ce, dans le but de lui donner du pouvoir pour agir en partenariat avec son environnement (Johnston et Shaw, 2013). Ce faisant, la stratégie collaborer viendrait renforcer les précédentes dans le développement des habiletés de résolution de problèmes requises pour *Adopter une pratique réflexive*.

Exemples d'application

Le tableau 5 résume des exemples d'application des stratégies en regard du développement du comportement 1. Ainsi, les stratégies **coacher**, **collaborer** et **engager** mettent principalement l'accent sur la résolution de problèmes qui est associée au comportement *Adopter une pratique réflexive*, alors que la stratégie **éduquer** vise à outiller les travailleurs sur certains sujets afin de les amener à y réfléchir en regard de leur santé, leur sécurité et leur bien-être.

Tableau 5. Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 1 *Adopter une pratique réflexive*

Stratégie	Exemple d'application
Coacher	Guider le travailleur dans la prise de conscience et la modification de ses affects et émotions ainsi que de ses pensées et croyances par des interventions individuelles ou de groupes. Accompagner le travailleur dans le développement de ses habiletés de résolution de problèmes par : • Jeux de rôles; • Exercices de simulation.
Collaborer	Coopérer avec le travailleur dans la résolution de situations problématiques vécues en milieu de travail.
Éduquer	Renseigner le travailleur sur : • Le stress; • La douleur; • Les défis communicationnels.
Engager	Aider le travailleur à prendre part à la résolution des problèmes : • Remue-méninge; • Élaboration structurée d'un plan d'action; • Exposition graduée; • Autoévaluation; • Analyse des situations de travail.

4.2.2 Comportement 2 : Observer les règles et procédures

Description des manuscrits

Quatre manuscrits ont été identifiés pour favoriser le développement du comportement 2 portant sur l'observance des règles et procédures. Ils ont été publiés entre 1993 à 2020 et sont majoritairement rédigés en anglais. Pour tous, il s'agit d'articles scientifiques ; la moitié est de type quantitatif alors que l'autre moitié est de type qualitatif. Les participants à ces études sont originaires de l'Amérique du Nord pour trois d'entre elles, alors qu'une étude rapporte les résultats de participants originaires de l'Europe.

Selon le MCPT de Lecours (2020b), le comportement *Observer les règles et procédures* implique que le travailleur ait accès à l'équipement, connaisse et respecte les règles pour protéger sa santé, sa sécurité et son bien-être (p. ex. : respecter les procédures de travail, porter des équipements de protection individuelle, prendre ses pauses).

Trois études de qualité élevée (Feuerstein *et al.*, 1993 ; Lecours et Groleau, 2020 ; Lecours et Therriault, 2018a) ainsi qu'une étude de bonne qualité (van den Hout *et al.*, 2003) abordent les stratégies pouvant être utilisées en réadaptation afin de favoriser l'adoption de ce comportement par le travailleur.

Synthèse narrative

Pour favoriser le développement du comportement *Observer les règles et procédures*, les professionnels de la réadaptation peuvent **éduquer** (n = 4) les travailleurs sur différentes techniques à intégrer dans leur quotidien, comme l'hygiène posturale, la protection articulaire, la gestion de l'énergie (Lecours et Groleau, 2020 ; Lecours et Therriault, 2018a), les exercices de réchauffement à réaliser avant de se mettre au travail, les techniques de travail sécuritaires et alternatives (Feuerstein *et al.*, 1993), ainsi que la manutention de charges (van den Hout *et al.*, 2003). Des modalités comme la démonstration sont suggérées pour structurer cet enseignement (Feuerstein *et al.*, 1993). Aussi, les professionnels peuvent **collaborer** (n = 1) avec les superviseurs, notamment en leur transmettant des suggestions (Feuerstein *et al.*, 1993) pour **adapter** (n = 2) l'environnement afin qu'il permette l'observance des règles et procédures par le travailleur et soit favorable à la santé, la sécurité et le bien-être (Lecours et Therriault, 2018a). Les professionnels peuvent aussi **coacher** (n = 1) le travailleur en le responsabilisant sur le port des équipements de protection individuelle et en s'assurant du respect des procédures de travail prescrites par le milieu (Lecours et Therriault, 2018a). Cela peut être fait en guidant et en recadrant les actions du travailleur en clinique ou lors de visites sur le lieu de travail, notamment en faisant des contrôles et vérifications. Enfin, ils peuvent aussi **l'engager** (n = 1) à prendre part à des entraînements lors des séances en clinique, afin de mettre en pratique les techniques de travail apprises par l'adaptation et l'éducation, ce qui peut soutenir l'observance des règles et procédures (Lecours et Groleau, 2020).

Exemples d'application

Le tableau 6 résume des exemples concrets d'application des stratégies en regard du développement du comportement 2. Essentiellement, les stratégies **éduquer** et **engager** portent sur des techniques et postures à utiliser dans le travail, alors que les stratégies **adapter**, **coacher** et **collaborer** abordent l'équipement et l'environnement de travail.

Tableau 6. Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 2 *Observer les règles et procédures*

Stratégie	Exemple d'application
Adapter	Modifier l'environnement de travail.
Coacher	En clinique ou lors de visites sur le lieu de travail, responsabiliser, guider et recadrer les actions du travailleur liées : • Au port de l'équipement de protection individuelle ; • Au respect des procédures de travail prescrites par le milieu.
Collaborer	Transmettre des suggestions aux superviseurs du travailleur en vue de la mise en place d'un environnement permettant le respect des règles et procédures.
Éduquer	Enseigner aux travailleurs des techniques à intégrer au travail telles que : • Hygiène posturale ; • Manutention de charges ; • Protection articulaire ; • Gestion de l'énergie ; • Exercices de réchauffement. • Techniques de travail sécuritaires et alternatives.
Engager	Favoriser la mise en pratique des apprentissages par l'entraînement lors de séances en clinique.

4.2.3 Comportement 3 : Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être

Description des manuscrits

Trois manuscrits ont été identifiés pour favoriser le développement du comportement 3 portant sur la prise d'initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être. Tous ont été publiés entre 2010 et 2020. Aussi, deux ont été rédigés en anglais alors qu'un manuscrit est en français. Il s'agit, pour tous, d'articles scientifiques dont les participants sont originaires de l'Amérique de Nord. Enfin, deux manuscrits présentent des études qualitatives et un expose une étude quantitative.

Selon le MCPT, le comportement *Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être* implique que le travailleur soit proactif et prenne des initiatives pour préserver sa santé, sa sécurité et son bien-être (p. ex. : participer à des comités de santé et de sécurité

au travail, suggérer des façons d'améliorer le bien-être au travail ou utiliser les ressources disponibles) (Lecours, 2020b).

Deux manuscrits de qualité élevée (Lecours et Groleau, 2020 ; Lecours et Therriault, 2018a), ainsi qu'un manuscrit de bonne qualité (Irvine *et al.*, 2015) abordent les stratégies à utiliser afin d'amener le travailleur à prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être.

Synthèse narrative

Pour favoriser le développement du comportement *Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être* chez le travailleur, il est possible d'**éduquer** (n = 2) le travailleur, notamment par des capsules informative web, sur les aspects généraux de la santé et la physiologie de la douleur dans le but d'outiller le travailleur à prendre l'initiative de mettre en place des moyens de la gérer dans son quotidien (Irvine *et al.*, 2015). Cette éducation peut aussi porter sur les principes d'adaptation du poste de travail (Lecours et Therriault, 2018a), permettant par la suite d'**engager** (n = 2) le travailleur à prendre l'initiative d'apporter des modifications à son poste de travail (Lecours et Therriault, 2018a). Des auteurs (Lecours et Groleau, 2020) suggèrent aussi d'engager le travailleur dans la prise en charge de sa santé, sa sécurité et son bien-être, notamment en l'incitant à prendre l'initiative de faire des démarches pour accéder aux ressources d'aide au besoin. Enfin, il est possible pour un professionnel de la réadaptation de **collaborer** (n = 1) avec le travailleur dans la mise en place d'un plan de prévention de la rechute qui amènera ce dernier à prendre les initiatives pour préserver sa santé, sa sécurité et son bien-être après une période d'invalidité (Lecours et Groleau, 2020).

Exemples d'application

Le tableau 7 résume des exemples concrets d'application des stratégies en regard du développement du comportement 3. Globalement, les professionnels de la réadaptation peuvent **collaborer** avec le travailleur pour établir un plan de prévention de la rechute qui requiert la prise d'initiatives ainsi qu'**éduquer** et **engager** le travailleur, notamment pour qu'il s'implique dans la modification de ses méthodes de travail et de son environnement.

Tableau 7. Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 3 Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être

Stratégie	Exemple d'application
Collaborer	Soutenir, encourager et discuter des stratégies pouvant être mises en place afin d'assurer un maintien durable au travail, notamment par la préparation d'un plan de prévention de la rechute avec le travailleur.
Éduquer	Fournir de l'information au travailleur sur : • Des aspects généraux de santé ; • Des moyens à adopter afin de gérer la douleur et prévenir d'autres épisodes de douleur ; • Les principes d'adaptation du poste de travail.
Engager	Mobiliser le travailleur en regard de : • La modification de l'environnement et des méthodes de travail ; • Le recours aux ressources d'aide.

4.2.4 Comportement 4 : Se soucier des autres

Description des manuscrits

Deux manuscrits ont été identifiés pour le comportement 4. L'un a été publié dans les années 2010 et l'autre dans les années 2020. Le premier manuscrit est écrit en anglais, alors que le second est en français. Concernant le type des manuscrits, l'un est un article scientifique de type qualitatif alors que l'autre est une publication gouvernementale. Les participants sont tous originaires de l'Amérique du Nord.

Dans l'esprit que le travail est une occupation sociale où l'interaction avec autrui est requise, le comportement *Se soucier des autres* implique que le travailleur agisse avec bienveillance au regard des autres membres de l'organisation (p. ex. aider ses collègues ou offrir une écoute attentive) (Lecours, 2020b).

Les manuscrits présentent une étude descriptive interprétative de qualité élevée (Lecours et Groleau, 2020) et un document gouvernemental (Gouvernement de l'Alberta, 2016) pour lequel l'évaluation de la qualité n'est pas possible.

Synthèse narrative

Le développement du comportement *Se soucier des autres* peut être favorisé par l'application de la stratégie **collaborer** (n = 1) en amenant le travailleur à tenir compte de l'autre dans une procédure de résolution de conflits interpersonnels en six étapes, incluant une étape où le travailleur est invité à comprendre les intérêts des autres (Gouvernement de l'Alberta, 2016). La collaboration peut être utilisée en combinaison avec l'engagement du travailleur en l'encourageant à se soucier des autres pour favoriser la santé, la sécurité et le bien-être au travail. L'étude réalisée par Lecours et Groleau (2020) suggère en fait d'**engager** (n = 1) le travailleur à se soucier des autres par le biais

d'encouragements formels et informels (Lecours et Groleau, 2020). L'encouragement informel vise à renforcer une idée mentionnée par le travailleur tandis que l'encouragement formel est une suggestion ou une recommandation. Les auteurs suggèrent que ces encouragements peuvent notamment viser l'importance de se soucier des autres pour le bon fonctionnement du travail en équipe. Les auteurs amènent l'hypothèse que d'encourager le travailleur à se soucier des autres peut s'inscrire dans un principe de réciprocité. Il est ainsi espéré que le soutien offert par le travailleur pourrait lui être rendu par ses collègues au moment où il pourrait en avoir besoin lors de la phase du maintien au travail.

Exemples d'application

Le tableau 8 résume des exemples concrets d'application des stratégies en regard du développement du comportement 4.

Tableau 8. Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 4 *Se soucier des autres*

Stratégie	Exemple d'application
Collaborer	En milieu de travail, utiliser une procédure en six étapes pour faciliter la résolution des conflits interpersonnels en se souciant des autres : 1. Explorer les problèmes ; 2. Comprendre les intérêts des autres ; 3. Identifier des options ; 4. Identifier une solution ; 5. Implanter la solution ; 6. Évaluer les résultats.
Engager	Par le biais d'encouragements visant à se soucier des autres pour mieux travailler en équipe : • Informels : renforcer une idée véhiculée par le travailleur ; • Formels : Suggestion ou recommandation du professionnel de la santé.

4.2.5 Comportement 5 : Communiquer

Description des manuscrits

Douze manuscrits documentant des stratégies visant à soutenir le développement du comportement cinq ont été répertoriés. Un peu plus de la moitié (58,3 %) ont été publiés entre 2010 et 2020. La majorité (91,7 %) des manuscrits ont été écrits en anglais. Onze manuscrits sont des articles scientifiques, alors qu'un manuscrit est une publication gouvernementale. Concernant l'origine des participants, six manuscrits rapportent des études menées auprès d'Européens, tandis que trois concernent des participants provenant de l'Amérique du Nord. Finalement, huit manuscrits sont des études quantitatives, deux sont des études qualitatives et une est une recension d'écrits.

Selon le MCPT, le comportement *Communiquer* implique que le travailleur verbalise ses préoccupations en regard de la santé, sécurité et bien-être (p. ex. exprimer ses besoins à son supérieur ou signaler des risques aux collègues) (Lecours, 2020b).

La recherche documentaire a permis d'identifier cinq manuscrits de qualité élevée (Andersen *et al.*, 2015 ; Feuerstein *et al.*, 1993 ; Lecours et Groleau, 2020 ; Lecours et Therriault, 2018a ; Netterstrøm *et al.*, 2013), quatre manuscrits de bonne qualité (Ekberg, 1995 ; Jensen *et al.*, 2012 ; Kröger *et al.*, 2015 ; Marhold *et al.*, 2001), un manuscrit de faible qualité (Blonk *et al.*, 2006) et deux manuscrits pour lesquelles l'évaluation n'est pas applicable (Gouvernement de l'Alberta, 2016 ; Wallensten *et al.*, 2019).

Synthèse narrative

Un professionnel de la réadaptation peut favoriser le développement du comportement *Communiquer* en **éduquant** (n = 8) le travailleur (Andersen *et al.*, 2015) sur l'affirmation de soi (Feuerstein *et al.*, 1993 ; Jensen *et al.*, 2012 ; Kröger *et al.*, 2015 ; Marhold *et al.*, 2001), la gestion adéquate des conflits (Gouvernement de l'Alberta, 2016 ; Marhold *et al.*, 2001) et le renforcement des relations interpersonnelles (Kröger *et al.*, 2015). Cette éducation peut notamment se faire lors de séances de groupes (Ekberg, 1995) ou par des rencontres individuelles entre le professionnel et le travailleur où des techniques de communication peuvent être enseignées (Lecours et Therriault, 2018a). Cette éducation peut être jumelée au **coaching** (n = 2) du travailleur en regard de la communication avec les parties prenantes (p. ex. : employeur, collègues, assureurs) (Lecours et Groleau, 2020) ou encore de la gestion des conflits (Blonk *et al.*, 2006), notamment en le guidant et en le responsabilisant dans l'affirmation de ses limites. Ces acquis permettront ultimement au professionnel d'**engager** (n = 1) le travailleur à discuter et à se mobiliser pour exprimer ses anticipations quant au retour au travail (Netterstrøm *et al.*, 2013). Enfin, il est aussi possible pour les professionnels de la réadaptation de faciliter la communication en utilisant la **collaboration** (n = 1) avec les acteurs de son milieu de travail pour résoudre les problèmes par une communication efficace (Wallensten *et al.*, 2019).

Exemples d'application

Le tableau 9 résume des exemples concrets d'application des stratégies en regard du développement du comportement 5. Essentiellement, les professionnels de la réadaptation peuvent **éduquer** et **coacher** les travailleurs en regard de l'affirmation de soi et la gestion de conflits, de même qu'**engager** et **collaborer** pour faciliter les discussions entre le travailleur et l'employeur.

Tableau 9. Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 5 *Communiquer*

Stratégie	Exemple d'application
Coach	Guider et responsabiliser les travailleurs dans la communication avec les parties prenantes et la gestion de conflits.
Collaborer	Coopérer avec les acteurs du milieu dans la recherche de solutions aux problèmes concernant le retour au travail.
Éduquer	Enseigner aux travailleurs l'affirmation de soi, la gestion des conflits et le renforcement des relations interpersonnelles.
Engager	Mobiliser le travailleur à communiquer avec son employeur pour exprimer ses anticipations par rapport au retour au travail.

4.2.6 Comportement 6 : Adopter un mode de vie sain

Description des manuscrits

Vingt-huit manuscrits ont été répertoriés pour le comportement 6. Environ le tiers (37,5 %) des manuscrits ont été publiés entre 2000 et 2009, alors qu'un peu plus de la moitié (57,1 %) l'ont été entre 2010 et 2020. La majorité (96,4 %) des manuscrits ont été écrits en anglais. Tous les manuscrits sont des articles scientifiques. Concernant l'origine, 15 manuscrits présentent des études menées auprès de participants européens, 6 auprès de participants provenant de l'Amérique du Nord et 1 manuscrit présente des données collectées auprès de participants asiatiques. Finalement, 21 manuscrits sont des études quantitatives, 3 sont des études qualitatives et 4 sont des recensions d'écrits.

Selon le MCPT, le comportement *Adopter un mode de vie sain* implique de prendre soin de sa santé, sécurité et bien-être au-delà du travail, en incluant les autres occupations et habitudes de vie (p. ex. avoir un équilibre entre le travail et la vie personnelle ou avoir des moyens de gérer le stress) (Lecours, 2020b).

Le tableau 10 présente les 28 manuscrits sélectionnés pour ce comportement, selon leur niveau de qualité.

Tableau 10. Manuscrits sélectionnés pour le comportement 6 Adopter un mode de vie sain selon leur niveau de qualité

Qualité élevée (n = 10)	Bonne qualité (n = 11)	Qualité acceptable (n = 1)	Faible qualité (n = 3)	Qualité non évaluée (n = 3)
Andersen <i>et al.</i> , 2015 ; Du Bois et Donceel, 2012 ; Farholm <i>et al.</i> , 2017 ; Feuerstein <i>et al.</i> , 1993 ; Gismervik <i>et al.</i> , 2019 ; Ito <i>et al.</i> , 2019 ; Lecours et Groleau, 2022 ; Lecours et Therriault, 2018 ; Netterstrøm <i>et al.</i> , 2013 ; Nieuwenhuijsen <i>et al.</i> , 2014)	Braathen <i>et al.</i> , 2007 ; Brendbekken <i>et al.</i> , 2017 ; Ekberg, 1995 ; Hampel <i>et al.</i> , 2019 ; Irvine <i>et al.</i> , 2015 ; Jensen <i>et al.</i> , 2012 ; Marhold <i>et al.</i> , 2001 ; Sjöström <i>et al.</i> , 2008 ; Sullivan, Ward, <i>et al.</i> , 2005 ; van den Hout <i>et al.</i> , 2003 ; Woby <i>et al.</i> , 2008	van der Klink <i>et al.</i> , 2003	Bee <i>et al.</i> , 2010 ; Blonk <i>et al.</i> , 2006 ; Hållstam <i>et al.</i> , 2017	Longtin <i>et al.</i> , 2019 ; Sullivan, Feuerstein, <i>et al.</i> , 2005 ; Wallensten <i>et al.</i> , 2019)

Synthèse narrative

Pour amener le travailleur à *Adopter un mode de vie sain*, il est possible pour un professionnel de la réadaptation de **concevoir et réaliser** (n = 1) des moyens personnalisés de gestion des symptômes de la douleur qui respectent les besoins des travailleurs (Longtin *et al.*, 2019) ou d'**adapter** (n = 1) certaines activités, comme une activité physique, afin que le travailleur puisse l'inclure à sa routine (Wallensten *et al.*, 2019). Jumelé à cette stratégie, il est également possible de **coacher** (n = 1) le travailleur afin qu'il développe ses compétences à prendre soin de lui et à adopter un mode de vie sain (p. ex. : s'octroyer des moments de répit, entreprendre des activités agréables, manger sainement, conserver des contacts sociaux), notamment par l'utilisation d'un journal de bord (Bee *et al.*, 2010). Il peut ainsi être requis d'**éduquer** (n = 16) le travailleur, entre autres sur la gestion de la douleur (Brendbekken *et al.*, 2017 ; Du Bois et Donceel, 2012 ; Hållstam *et al.*, 2017 ; Hampel *et al.*, 2019 ; Irvine *et al.*, 2015 ; Jensen *et al.*, 2012 ; Marhold *et al.*, 2001 ; Sjöström *et al.*, 2008 ; Woby *et al.*, 2008), sur la conservation de l'énergie à des fins de prévention de l'épuisement professionnel (Andersen *et al.*, 2015 ; Lecours et Groleau, 2020 ; Lecours et Therriault, 2018a ; Longtin *et al.*, 2019) et sur la gestion du stress, du temps et des symptômes dépressifs ou anxieux (Blonk *et al.*, 2006 ; Farholm *et al.*, 2017 ; Marhold *et al.*, 2001). Cette éducation peut passer par diverses

modalités, comme l'initiation à la relaxation (Blonk *et al.*, 2006) ou le groupe de discussion (Ekberg, 1995). Plusieurs manuscrits présentent aussi des programmes d'activités personnalisés (Andersen *et al.*, 2015 ; Feuerstein *et al.*, 1993 ; Gismervik *et al.*, 2019 ; Ito *et al.*, 2019) ou des rencontres-conseils personnalisées (Du Bois et Donceel, 2012) pour **engager** (n = 17) le travailleur à l'adoption d'une bonne hygiène de vie (Netterstrøm *et al.*, 2013). Entre autres, mobiliser les travailleurs dans la reprise graduelle des activités est une modalité à privilégier (Braathen *et al.*, 2007 ; Farholm *et al.*, 2017; Feuerstein *et al.*, 1993; Jensen *et al.*, 2012; Marhold *et al.*, 2001; Nieuwenhuijsen *et al.*, 2014; Sjöström *et al.*, 2008; Sullivan, Feuerstein, *et al.*, 2005; Sullivan, Ward, *et al.*, 2005; van den Hout *et al.*, 2003; van der Klink *et al.*, 2003; Woby *et al.*, 2008). Tout cela ne peut avoir lieu que si le professionnel **collabore** (n = 1) avec le travailleur pour redéfinir son quotidien et revoir l'équilibre entre les différentes occupations (Lecours et Groleau, 2020).

Exemples d'application

Le tableau 11 résume des exemples concrets d'application des stratégies en regard du développement du comportement 6. Globalement, le professionnel de la santé peut amener le travailleur à *Adopter un mode de vie sain* en le **coachant**, en **collaborant** avec lui et en l'**engageant** pour qu'il soit en mesure de redéfinir son quotidien et de développer des compétences pour prendre soin de lui, notamment par la reprise d'activités. Le professionnel peut aussi **éduquer**, **adapter** ainsi que **concevoir et réaliser** afin d'amener le travailleur à gérer son stress et sa douleur.

Tableau 11. Exemples d'application des stratégies visant le développement du comportement 6 *Adopter un mode de vie sain*

Stratégie	Exemple d'application
Adapter	Ajustement de différentes activités (p. ex. activités physiques) en vue de la réduction du stress.
Coach	Guider le travailleur dans le développement de sa capacité à prendre soin de lui.
Collaborer	Coopérer dans la redéfinition du quotidien en rééquilibrant les sphères de vie.
Concevoir et réaliser	Imaginer et élaborer des stratégies personnalisées de gestion de la douleur en fonction des besoins du travailleur.
Éduquer	Faire de l'enseignement au travailleur sur la gestion de la douleur, la conservation de l'énergie et la gestion du stress, notamment par une initiation à la relaxation ou un groupe de discussion.
Engager	Inciter et encourager les travailleurs à la reprise d'activités.

4.3 Synthèse des stratégies recensées pour favoriser le développement des comportements préventifs chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle

Une combinaison des stratégies est à favoriser

L'analyse des informations extraites des manuscrits sélectionnés amène à comprendre que les stratégies relevées ne doivent pas être considérées de façon isolée, mais bien en combinaison afin de mieux soutenir le développement des comportements préventifs chez le travailleur. En effet, des auteurs proposent que les stratégies doivent s'inscrire dans une approche globale et holistique, suggérant que les stratégies sont complémentaires (Lecours et Groleau, 2020 ; Longtin *et al.*, 2019). Cette idée est aussi partagée par les auteurs du MCHCC (Townsend *et al.*, 2013). Enfin, le fait que plusieurs des manuscrits sélectionnés abordent plus d'une stratégie renforce cette idée. Le tableau 12 présente cette pluralité des stratégies abordées par les différents manuscrits sélectionnés.

Tableau 12. Nombre de manuscrit abordant les différentes stratégies selon les comportements préventifs au travail

	Adapter	Revendiquer	Coachier	Collaborer	Consulter	Coordonner	Concevoir et réaliser	Éduquer	Engager	Exercer son expertise
Comportement 1 Adopter une pratique réflexive (n = 40)	0	0	24	2	0	0	0	9	15	0
Comportement 2 Observer les règles et procédures (n = 4)	2	0	1	1	0	0	0	4	1	0
Comportement 3 Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être (n = 3)	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0
Comportement 4 Se soucier des autres (n = 2)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Comportement 5 Communiquer (n = 12)	0	0	2	1	0	0	0	8	1	0
Comportement 6 Adopter un mode de vie sain (n = 28)	1	0	1	1	0	0	1	16	17	0

L'inégalité et l'hétérogénéité des stratégies

Le tableau 12 met aussi en évidence une inégalité concernant le nombre de manuscrits abordant les différentes stratégies. Certaines stratégies sont abordées par des dizaines de manuscrits (p. ex. : coacher, éduquer, engager), alors que d'autres le sont très peu (p. ex. : concevoir et réaliser, adapter). À la lecture du tableau 12, il est aussi possible de conclure que certaines stratégies du MCHCC n'ont pas été recensées du tout dans les écrits comme pouvant être utilisées pour favoriser le développement des comportements préventifs au travail chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle. En effet, les stratégies revendiquer, consulter, coordonner et exercer son expertise n'ont pas été identifiées parmi les écrits sélectionnés. Ce constat peut être en lien avec le fait que ces stratégies se rapportent davantage à des comportements que peut adopter le professionnel en regard des parties prenantes et non directement auprès du travailleur. En effet, revendiquer implique de défendre ou prendre parti en faveur de quelqu'un ou quelque chose. En regard du sujet de ce rapport, ce comportement semble davantage associé aux actions qu'un professionnel de la réadaptation peut faire pour mettre en place les conditions favorables à l'adoption des comportements préventifs par le travailleur, comme plaider pour que le travailleur ait accès à de l'équipement de travail adapté auprès de l'employeur ou de l'agent payeur. De même, consulter réfère à émettre son point de vue en tant qu'expert ; coordonner signifie d'orchestrer et mettre ensemble les ressources ; et exercer son expertise fait référence à employer des techniques particulières ou spécialisées. Ces dernières stratégies peuvent être aussi moins applicables pour soutenir directement le développement des comportements par le travailleur.

En plus de l'inégalité des stratégies concernant le nombre de fois qu'elles ont été répertoriées dans les écrits, **une hétérogénéité dans le niveau de spécificité des stratégies est aussi notée.** Par exemple, certains auteurs s'en tiennent à présenter « le quoi », c'est-à-dire la cible à atteindre pour favoriser l'adoption d'un comportement (p. ex. enseignement sur la gestion du stress), alors que d'autres vont aussi suggérer « le comment » en présentant des modalités pour mettre en œuvre la stratégie (p. ex. journal de bord).

4.4 Synthèse de la qualité des manuscrits

L'analyse de la qualité des 46 manuscrits sélectionnés a permis de suggérer que 15 (32,6 %) ont une qualité élevée, 16 (34,8 %) ont une bonne qualité, 4 (8,7 %) ont une qualité acceptable et 4 (8,7 %) ont une faible qualité. Ce sont sept manuscrits (15,2 %) qui n'ont pu être évalués pour la qualité étant donné qu'ils ne rapportaient pas des études scientifiques. Le tableau 13 synthétise la qualité des manuscrits selon chacun des six comportements.

Tableau 13. Qualité des manuscrits par comportement

	Qualité élevée	Bonne qualité	Qualité acceptable	Faible qualité	Ne s'applique pas	Total
Comportement 1 Adopter une pratique réflexive	14 (35 %)	11 (27,5 %)	4 (10 %)	4 (10 %)	7 (17,5 %)	40
Comportement 2 Observer les règles et procédures	3 (75 %)	1 (25 %)				4
Comportement 3 Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)				3
Comportement 4 Se soucier des autres	1 (50 %)				1 (50 %)	2
Comportement 5 Communiquer	5 (41,7 %)	4 (33,3 %)		1 (8,3 %)	2 (16,7 %)	12
Comportement 6 Adopter un mode de vie sain	10 (35,7 %)	11 (39,3 %)	1 (3,6 %)	3 (10,7 %)	3 (10,7 %)	28
Tous comportements	15 (32,6)	16 (34,8)	4 (8,7)	4 (8,7)	7 (15,2)	46

L'analyse de la qualité des manuscrits a permis d'identifier les principales raisons qui la font diminuer selon le devis des études qui y sont rapportées, en regard des grilles MMAT (Pluye *et al.*, 2009 ; Souto *et al.*, 2015) et SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2020), comme il est présenté au tableau 14.

Par exemple, la raison principale de diminution de la qualité des manuscrits est le fait que l'évaluation des interventions n'a pas été effectuée à l'aveugle ou, pour le moins, il n'est pas nommé qu'elle le soit. Ce critère de qualité se rapporte aux manuscrits de type *Essais à répartition aléatoire*. Ce critère de qualité est manquant pour 11 des 20 manuscrits de ce type dans notre étude, soit 55 % d'entre eux.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que tous les manuscrits de type *Études quantitatives descriptives* étaient globalement de moindre qualité, par rapport aux autres devis. La principale raison évoquée était le fait que la stratégie d'échantillonnage n'était pas pertinente pour répondre à la question de recherche.

Tableau 14. Principales raisons de diminution de la qualité par type de manuscrits

	Principale raison de diminution de la qualité	Nombre de manuscrits dans lesquels ce critère est manquant	Nombre total de manuscrits de ce type*
Études qualitatives	L'interprétation des résultats n'est pas suffisamment étayée par les données	1	5
Essais à répartition aléatoire	L'évaluation n'est pas effectuée à l'aveugle ou on ne sait pas si elle l'a été	11	20
	Les données sur les effets sont incomplètes	6	
	Les participants n'ont pas reçu l'intervention qui leur a été assignée	4	
	La répartition au hasard des participants n'a pas été effectuée de manière appropriée	2	
Études quantitatives sans répartition aléatoire	Les données sur les effets sont incomplètes	2	5
Études quantitatives descriptives	La stratégie d'échantillonnage n'est pas pertinente pour répondre à la question de recherche	2	3
Revue systématique	Le statut de publication n'a pas été utilisé comme un critère d'inclusion	2	6

* L'évaluation de certains types de manuscrits (p. ex. articles professionnels ou documents gouvernementaux) n'a pas été réalisée.

5. DISCUSSION

L'étude présentée dans ce rapport de recherche avait pour but d'identifier les stratégies à utiliser par les professionnels de la réadaptation pour favoriser l'adoption de comportements préventifs durables chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle, dans l'optique de favoriser le maintien au travail après une période d'invalidité. L'extraction et l'analyse de l'information provenant de 46 manuscrits ont permis de documenter les diverses stratégies permettant de favoriser l'adoption des six comportements préventifs décrits dans le MCPT.

Cette étude permet de contribuer à l'avancement des connaissances selon trois idées principales : 1) l'importance de la spécificité des stratégies, 2) la nécessité de miser sur les comportements orientés vers l'environnement et 3) la valeur ajoutée de favoriser l'implication du travailleur. Les résultats suggèrent aussi la nécessité de poursuivre les travaux sur le MCPT pour mieux y faire refléter les interactions entre les comportements.

5.1 Développement des comportements préventifs : l'importance de la spécificité des stratégies

Les résultats de notre étude suggèrent une hétérogénéité dans le niveau de spécificité des descriptions des stratégies identifiées. Plus encore, plusieurs des stratégies présentées ont des descriptions pauvres. D'autres auteurs ont aussi remarqué des lacunes dans la qualité des descriptions des stratégies cliniques rapportées dans les écrits scientifiques (p. ex. Hoffmann *et al.*, 2014). Cette faiblesse peut non seulement engendrer des enjeux pour l'application des stratégies par les professionnels, mais aussi pour leur utilisation en recherche puisqu'elle nuit à la possibilité de répliquer les études.

Nous avons fait le choix de présenter les différentes stratégies selon le MCHCC. L'utilisation du langage unifié proposé par le MCHCC a permis de faciliter la comparaison en offrant une base commune pour décrire les stratégies recensées. Toutefois, afin de guider les professionnels de la réadaptation dans leur pratique auprès des travailleurs, d'autres études sont requises pour offrir une description détaillée des stratégies permettant de favoriser l'adoption des comportements préventifs au travail. Puisque des grilles pour structurer la description des stratégies existent déjà (p. ex. grille TIDieR ; Hoffmann *et al.*, 2014), les chercheurs en réadaptation au travail auraient avantage à les utiliser pour rehausser la qualité des informations disponibles dans les écrits scientifiques et ainsi optimiser leur utilisation en recherche et dans les milieux pratiques.

Aussi, plusieurs articles recensés se concentrent sur la présentation des effets des stratégies, mais encore peu présentent les fondements ayant mené au développement des interventions. Ceci limite la compréhension du courant de pensée dans lequel s'inscrivent les interventions. Ce constat a été noté par d'autres auteurs (Tousignant-Laflamme *et al.*, 2020). Or, les résultats d'une étude menée auprès de professionnels

praticiens démontrent que ces derniers apprécient être informés tant sur les orientations à prendre dans leur pratique que sur les raisons théoriques qui soutiennent et justifient ces interventions (Hedges, 2010).

La publication de modèles logiques liés aux interventions utilisées en réadaptation semble être une avenue à privilégier pour offrir aux professionnels une information riche non seulement sur les interventions, mais aussi sur les relations entre ces dernières, les objectifs visés et les approches qui les soutiennent (Champagne *et al.*, 2011; McLaughlin et Jordan, 2004). D'ailleurs, de tels modèles logiques ont été publiés récemment dans le champ de la réadaptation au travail et ils représentent des ressources pertinentes pour les professionnels (p. ex. : Bilodeau *et al.*, 2022; Dulude *et al.*, 2021; Longtin *et al.*, 2020). Cette idée est appuyée par les résultats d'une revue systématique qui suggèrent que les stratégies et programmes d'intervention liés aux comportements des personnes sont plus efficaces s'ils sont fondés sur un cadre théorique (Du *et al.*, 2011). Une réflexion scientifique est à avoir entre chercheurs, revues savantes, organismes subventionnaires et praticiens afin de comprendre les besoins de chaque parti, dans l'optique de favoriser un transfert de connaissances plus efficace par les publications.

5.2 Développement des comportements préventifs : la nécessité de miser sur les comportements orientés vers l'environnement

Les résultats de cette étude suggèrent que les stratégies sont documentées de façon inégale selon les comportements préventifs. Les comportements *Adopter une pratique réflexive* et *Adopter un mode de vie sain* sont largement plus documentés que les comportements *Observer les règles et procédures*, *Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être* et *Se soucier des autres*. Le comportement préventif *Communiquer* aurait, quant à lui, une proportion médiane de manuscrits disponibles rapportant des stratégies visant à favoriser son adoption. Ainsi, il est intéressant de constater que les comportements préventifs qui sont orientés vers le travailleur lui-même (p. ex. *Adopter un mode de vie sain*) ont fait l'objet de plus d'études pour documenter les stratégies visant à favoriser leur adoption, par rapport aux comportements qui visent les collègues (p. ex. *Se soucier des autres*) ou l'organisation (p. ex. *Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité ou le bien-être*). Puisque le MCPT propose que les comportements préventifs adoptés par un travailleur soient inclus dans un système où différents acteurs sociaux interagissent, il importe de stimuler autant le développement des comportements qui sont orientés vers le travailleur, les collègues et l'organisation.

Des travaux menés par notre équipe à la suite de la consultation des informateurs clés ont mis de l'avant la place des interactions entre les acteurs de l'environnement de travail pour favoriser le maintien durable en emploi après une lésion professionnelle (Lecours, Durand, *et al.*, 2021). En effet, en se basant sur la théorie de l'échange social (Blau, 1964) et la norme de réciprocité (Gouldner, 1960), il est possible de mettre en lumière l'importance de l'environnement pour le maintien au travail. La théorie de l'échange social

prédit comment un comportement initié envers un individu (p. ex. aider un collègue dans une tâche), qui peut être positif ou négatif, peut engendrer un autre comportement, à nouveau positif ou négatif, de la part de cet individu (p. ex. offrir de l'écoute à un collègue). Sur la base de cette prémisse, un travailleur adopterait davantage de comportements préventifs bénéfiques pour les collègues (p. ex. signaler un risque pour la santé à un collègue) ou l'organisation (p. ex. s'impliquer dans le comité santé et sécurité au travail) si l'environnement de travail fournit également des comportements bénéfiques à son égard, et vice-versa. Ainsi, l'adoption de comportements préventifs d'un travailleur envers l'environnement engendrerait, en retour, des comportements préventifs à son égard, contribuant à perpétuer les efforts de prévention durable dans le milieu de travail. Comme des auteurs ont précédemment rapporté la nécessité de considérer les échanges sociaux qui se déroulent sur le lieu de travail pour favoriser la réussite du maintien au travail après une absence en raison d'une lésion professionnelle (Gates, 2000; Tjulin *et al.*, 2010), **il est impératif de poursuivre les études pour améliorer les connaissances sur les stratégies à utiliser par les professionnels de la réadaptation pour favoriser l'adoption de comportements préventifs orientés vers les collègues et l'organisation.**

5.3 Développement des comportements préventifs : la valeur ajoutée de favoriser l'implication du travailleur

Les résultats de cette étude suggèrent que les stratégies recensées dans les écrits pour favoriser l'adoption des comportements préventifs au travail sont à intensité variable en ce qui concerne l'implication exigée par les travailleurs. Selon les stratégies d'habilitation du MCHCC (Townsend *et al.*, 2013), celles d'engager, coacher et collaborer susciteraient plus l'implication de la part du travailleur, car elles lui demandent de se mettre en action. En utilisant cette information pour interpréter les résultats de la présente étude, il est possible de comprendre que l'implication exigée du travailleur varie selon les stratégies utilisées pour soutenir le développement des différents comportements préventifs. Les comportements associés à *Adopter une pratique réflexive* et *Adopter un mode de vie sain* s'avèrent essentiellement développés par le coaching et l'engagement, des interventions suscitant grandement l'implication du travailleur puisqu'elles utilisent notamment l'exposition et l'autoévaluation pour amener le travailleur à analyser les situations de travail ou le journal de bord pour l'accompagner dans le changement d'habitudes de vie. De même, le comportement *Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être* est aussi principalement développé par l'engagement, ce qui stimule la mobilisation du travailleur. Or, d'autres comportements sont développés à l'aide de stratégies qui stimulent moins l'implication du travailleur, comme *Observer les règles et procédures* ou *Communiquer* qui sont favorisés principalement par l'éducation, une modalité qui implique le transfert d'information du professionnel vers le travailleur.

Cette réflexion concernant les différents niveaux d'implication demandés aux travailleurs à travers les stratégies recensées est pertinente puisque l'importance de l'implication des personnes est reconnue comme un facteur de réussite dans la littérature portant sur les interventions de réadaptation. Par exemple, Dawson *et al.* (2009) suggèrent qu'une intervention de réadaptation cognitive axée sur la résolution de problèmes et l'implication du client a le potentiel de favoriser le maintien de ses acquis. Aussi, pour optimiser le transfert des apprentissages du milieu clinique au milieu réel (comme l'est le milieu de travail), Babulal *et al.* (2016) invitent les professionnels de la réadaptation à adopter des interventions qui suscitent l'implication active de la part des personnes à qui sont offerts les services. Des écrits sur le sujet de l'autogestion de la douleur suggèrent aussi que l'éducation doit être combinée à d'autres stratégies personnalisées et impliquant le travailleur (Barlow *et al.*, 2002 ; Du *et al.*, 2011), comme le coaching pour favoriser la réflexion sur les pensées et émotions ou l'engagement dans un programme d'activités (Tousignant-Laflamme *et al.*, 2020). Il est ainsi pertinent de s'assurer que les stratégies utilisées par les professionnels de la réadaptation pour favoriser le développement des comportements préventifs chez les travailleurs suscitent leur implication.

Il pourrait ainsi être intéressant de stimuler l'implication du travailleur par des applications innovantes des stratégies suivantes : revendiquer ; consulter ; coordonner et exercer son expertise, puisque ces stratégies n'ont pas été documentées à ce jour en regard du développement des comportements préventifs au travail. Toutefois, il est impératif de **recourir à des modèles théoriques pour structurer ces stratégies qui stimulent l'implication des travailleurs dans l'adoption des comportements préventifs au travail.**

5.4 L'enjeu de l'interaction entre les comportements

Il est intéressant de constater que plusieurs manuscrits recensés dans cette étude ont abordé plus d'un comportement. En effet, plusieurs auteurs ont abordé le développement de deux ou trois comportements, alors que d'autres en ont même abordé cinq ou six. L'analyse du contenu de ces manuscrits a permis de suggérer que des interactions peuvent être présentes entre les comportements. L'étude des stratégies présentées dans les manuscrits suggère qu'il semble y avoir des relations entre les comportements, de sorte que certains permettraient le développement d'autres.

Par exemple, Adopter une pratique réflexive semble être un comportement requis pour l'adoption d'autres comportements, comme Communiquer, Adopter un style de vie sain ou Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être. En effet, les stratégies suggèrent qu'il est requis de coacher le travailleur pour qu'il réfléchisse et identifie ses craintes et qu'il soit en mesure d'analyser les situations problématiques avant de les Communiquer à son employeur. De même, les professionnels doivent engager le travailleur dans une réflexion en regard de ses priorités et de la répartition de son temps entre les occupations pour qu'il puisse faire les changements requis pour arriver à

Adopter un mode de vie sain. D'autres liens entre les comportements peuvent être faits puisque l'Adoption d'une pratique réflexive peut amener le travailleur à suggérer de nouveaux moyens de favoriser la santé, la sécurité et le bien-être par le comportement Prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être. Ceci peut l'amener à remettre en question l'Observance des règles et procédures actuelles et à vouloir Communiquer ses questionnements.

Ainsi, il semble y avoir des interactions entre les comportements qui ne transparaissent pas dans la version actuelle du MCPT. Ces interactions entre les comportements sont soutenues par les écrits qui suggèrent que les comportements sont rarement adoptés de façon strictement indépendante les uns par rapport aux autres (Osborne, 2015). Les résultats d'une étude de développement et de validation d'un outil de mesure des comportements du MCPT ont aussi suggéré qu'une interaction est présente entre les six comportements (Lecours *et al.*, 2022). Or, cette interaction est peu comprise à l'heure actuelle. **Les résultats de la présente étude pourraient offrir des pistes pour étudier les interactions entre les comportements afin que le MCPT dépasse sa visée descriptive actuelle et puisse expliquer les relations entre les comportements, ce qui pourra éventuellement mieux guider la pratique des professionnels.**

La liste suivante résume les quatre principales recommandations qui découlent de cette étude :

1. Expliciter les fondements théoriques et les descriptions pratiques des stratégies utilisées en réadaptation pour favoriser le développement des comportements préventifs par les travailleurs.
2. Miser sur le développement des comportements orientés vers l'environnement pour favoriser la réciprocité et les échanges de comportements préventifs durables.
3. Stimuler l'implication du travailleur par les stratégies choisies pour optimiser le maintien des acquis et le transfert des apprentissages de la clinique vers le milieu de travail.
4. Poursuivre les travaux de recherche pour comprendre les interactions entre les comportements du MCPT.

5.5 Forces et limites de l'étude

Cette étude est solidement ancrée dans des cadres théoriques reconnus. Premièrement, le MCPT a permis de préciser les cibles et visées des stratégies à utiliser pour soutenir les travailleurs dans l'adoption de comportements préventifs durables au retour d'une période d'invalidité en raison d'une lésion professionnelle. Deuxièmement, le MCHCC a permis d'unifier le langage utilisé pour décrire les stratégies, favorisant la présentation claire et cohérente des résultats des différentes études. Toutefois, il faut reconnaître que cette posture théorique a teinté l'interprétation des résultats et les recommandations qui découlent de cette étude. Aussi, cette étude s'est dotée d'une méthodologie rigoureuse et transparente pour assurer la validité et l'exhaustivité de la recherche documentaire. Les

détails méthodologiques fournis permettent la reproductibilité de l'étude. Le devis choisi permet à la fois de recenser les manuscrits pertinents sur le sujet de l'étude, mais en permet aussi une évaluation critique de la qualité, ce qui est une force significative. De plus, la consultation d'informateurs clés assure que l'étude répond à un besoin pratique et s'inscrit dans la réalité québécoise. Toutefois, il faut noter que deux des manuscrits retenus lors de la recherche documentaire ont été rédigés par l'une des chercheuses responsables (AL) de la présente étude de revue critique de la littérature. Afin de diminuer les risques de biais, la détermination de l'admissibilité, l'extraction et l'interprétation des données issues de ces manuscrits ont été traitées par deux personnes n'y ayant pas contribué. Aussi, la qualité des manuscrits n'a pas été prise en compte dans l'interprétation des résultats, c'est-à-dire que tous les manuscrits se sont vus accorder la même importance dans la synthèse narrative. Enfin, cette étude de revue critique présente l'état des connaissances à un moment fixe dans le temps. Il est possible que cet exercice soit à refaire dans le futur. Il importe aussi de se rappeler que l'interprétation des résultats de cette étude requiert de la prudence, puisque l'adoption des comportements préventifs est largement influencée par le contexte dans lequel évolue le travailleur. Les comportements ne doivent en aucun cas être considérés seuls et les professionnels de la réadaptation sont invités à tenir compte du contexte de du travailleur dans les stratégies qu'ils mettent en place. Des travaux seront entrepris pour guider les professionnels en ce sens.

CONCLUSION

Les écrits disponibles proposent des stratégies à adopter en réadaptation pour favoriser le développement des comportements préventifs au travail et la prévention de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation de l'état de santé des travailleurs après une période d'invalidité. Quarante-six manuscrits ont été inclus dans cette étude et l'analyse des informations y étant rapportées a permis d'identifier différentes stratégies (p. ex. : coacher, engager, éduquer) pouvant être utilisées par les professionnels de la réadaptation pour favoriser le développement de chacun des comportements préventifs au travail. Une hétérogénéité dans la description des stratégies a été remarquée à travers les manuscrits consultés. L'utilisation de la terminologie unifiée du MCHCC a toutefois permis d'atténuer cet enjeu et de faciliter la compréhension globale des stratégies identifiées. Il a aussi été remarqué que les comportements préventifs orientés vers le travailleur (p. ex. *Adopter une pratique réflexive* et *Adopter un mode de vie sain*) sont largement plus documentés que ceux orientés vers l'environnement (p. ex. *Se soucier des autres*). Aussi, le développement de certains comportements tend à être favorisé par des stratégies qui nécessitent peu d'implication de la part du travailleur. Comme il est documenté que le niveau d'implication des personnes influence leur adoption des comportements, des stratégies suscitant plus d'implication, comme le coaching ou la collaboration sont à privilégier. Les conclusions tirées suggèrent toutefois que d'autres études soient nécessaires afin de développer des stratégies fondées théoriquement qui visent à favoriser le développement des comportements préventifs dirigés vers l'environnement et à encourager l'implication des travailleurs. D'autres études doivent également être menées pour expliquer les interactions entre les comportements, de même qu'identifier des stratégies pour mettre en place un contexte favorable à l'adoption des comportements préventifs par les travailleurs.

BIBLIOGRAPHIE

- Andersen, L. N., Juul-Kristensen, B., Sørensen, T. L., Herborg, L. G., Roessler, K. K. et Søgaaard, K. (2015). Efficacy of Tailored Physical Activity or Chronic Pain Self-Management Programme on return to work for sick-listed citizens: A 3-month randomised controlled trial. *Scandinavian journal of public health*, 43(7), 694-703. 10.1177/1403494815591687
- Arends, I., Bültmann, U., Nielsen, K., van Rhenen, W., de Boer, M. R. et van der Klink, J. J. (2014). Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 100, 123-132.
- Audet, J., Lecours, A. et Nastasia, I. (accepté). Experiences in the return-to-work process of workers having suffered occupational injuries in small and medium size enterprises. *Work*.
- Axén, I., Brämberg, E. B., Vaez, M., Lundin, A. et Bergström, G. (2020). Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *International archives of occupational and environmental health*, 93(7), 823–838. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01535-4>
- Babulal, G. M., Foster, E. R. et Wolf, T. J. (2016). Facilitating transfer of skills and strategies in occupational therapy practice: practical application of transfer principles. *Asian journal of occupational therapy*, 11(1), 19-25. <https://doi.org/10.11596/asiajot.11.19>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. et Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.
- Bee, P. E., Bower, P., Gilbody, S. et Lovell, K. (2010). Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *General hospital psychiatry*, 32(3), 337-340.
- Bertrand, F., Hansez, I. et Peters, S. (2005). Maintien dans l'emploi des travailleurs âgés: enjeux et pistes de travail pour les entreprises. *Médecine du Travail et Ergonomie*, 42(3), 83-89.
- Bilodeau, K., Gouin, M.-M., Lecours, A., Lederer, V., Durand, M.-J., K, K., . . . Dorta, T. (2022). Co-design of a return-to-work intervention after breast cancer treatments: feasibility study protocol. *JMIR Preprints*. 10.2196/preprints.37009
- Blau, P. M. (1964). Social exchange theory. *Retrieved September*, 3(2007), 62.
- Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E. et Houtman, I. L. (2006). Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20(2), 129-144.

- Bosma, H., Van Boxtel, M. P. J., Ponds, R. W. H. M., Houx, P. J. H. et Jolles, J. (2003). Education and age-related cognitive decline: the contribution of mental workload. *Educational gerontology*, 29(2), 165-173. <https://doi.org/10.1080/10715769800300191>
- Braathen, T. N., Veiersted, K. B. et Heggenes, J. (2007). Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave. *Journal of rehabilitation medicine*, 39(6), 493-499.
- Brendbekken, R., Eriksen, H. R., Grasdal, A., Harris, A., Hagen, E. M. et Tangen, T. (2017). Return to work in patients with chronic musculoskeletal pain: multidisciplinary intervention versus brief intervention: a randomized clinical trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(1), 82-91.
- Brusletto, B., Torp, S., Ihlebæk, C. et Vinje, H. (2018). A five-phase process model describing the return to sustainable work of persons who survived cancer: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*, 34, 21-27. 10.1016/j.ejon.2018.03.003
- Bültmann, U. et Brouwer, S. (2013). Individual-Level Psychosocial Factors and Work Disability Prevention. Dans P. Loisel et J. R. Anema (édit.), *Handbook of work disability* (p. 149-162). Springer.
- Busque, M.-A., Boucher, A., Lebeau, M. et Bastien, N. (2020). *Évolution des indicateurs annuels de lésions professionnelles indemnisées au Québec de 2012 à 2017* (Rapport n° R-1112). IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-1112.pdf>
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C. et Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>
- Cancelliere, C., Kristman, V. L., Cassidy, J. D., Hincapié, C. A., Côté, P., Boyle, E., . . . Borg, J. (2014). Systematic review of return to work after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(3), S201-S209.
- Celentano, J., Palmaricciotti, V., Nyssen, A. S., Malaise, N., Salamun, I. et Faymonville, M.-E. (2011). Fibromyalgie et lombalgie chronique: étude des facteurs invalidants et facteurs facilitateurs à la réinsertion et au maintien professionnel. *Douleur et Analgésie*, 24, 46-49. 10.1007/s11724-011-0235-y
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z. et Contandriopoulos, A. (2011). Modéliser les interventions.[Modeling interventions]. *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 71-84.
- CNESST. (2019). *La CNESST en bref - Année 2018*. Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1047-13web.pdf>

CNESST. (2021). *Statistiques annuelles*.

https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/dc200-1046web_0.pdf

Cossham, A. et Johanson, G. (2019). The benefits and limitations of using key informants in library and information studies research. *Information Research*, 24(3), 15.

Dalgaard, V. L., Aschbacher, K., Andersen, J. H., Glasscock, D. J., Willert, M. V., Carstensen, O. et Biering, K. (2017). Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 43(5), 436-446. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3655>

Dawson, D. R., Gaya, A., Hunt, A., Levine, B., Lemsky, C. et Polatajko, H. J. (2009). Using the cognitive orientation to occupational performance (CO-OP) with adults with executive dysfunction following traumatic brain injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 115-127. <https://doi.org/10.1177/000841740907600209>

Demerouti, E., Bakker, A. B. et Halbesleben, J. R. B. (2015). Productive and counterproductive job crafting: A daily diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(4), 457-469. 10.1037/a0039002

Dewa, C., Loong, D., Bonato, S. et Joosen, M. (2015). The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: A systematic literature review. *BMJ Open*, 5(6), e007122. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007122>

Doki, S., Sasahara, S. et Matsuzaki, I. (2015). Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. *International archives of occupational and environmental health*, 88(6), 659-667.

Du Bois, M. et Donceel, P. (2012). Guiding low back claimants to work: a randomized controlled trial. *Spine*, 37(17), 1425-1431.

Du, S., Yuan, C., Xiao, X., Chu, J., Qiu, Y. et Qian, H. (2011). Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 85(3), e299-e310.

Dulude, E., Coutu, M.-F. et Durand, M.-J. (2021). Promoting resilience in work rehabilitation: development of a transdiagnostic intervention. *Disability and Rehabilitation*, 43(25), 3652-3662.

Durand, M.-J., Baril, R., Loisel, P. et Gervais, J. (2008). Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*(10-2). 10.4000/pistes.2223

Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Tremblay, D., Sylvain, C., Gouin, M.-M., Bilodeau, K., . . . Côté, D. (2020). Insights into the sustainable return to work of aging workers with a work disability: An interpretative description study. *J Occup Rehabil*. 10.1007/s10926-020-09894-y

- Egger, M., Smith, G. D. et O'Rourke, K. (2001). Introduction: rationale, potentials, and promise of systematic reviews. Dans M. Egger, G. D. Smith et D. Altman (édit.), *Systematic reviews in health care: meta-analysis in context* (2nd^e éd., p. 1-19).
- Ekberg, K. (1995). Workplace changes in successful rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5(4), 253-269.
- Etuknwa, A., Daniels, K. et Eib, C. (2019a). Sustainable return to work: a systematic review focusing on personal and social factors. *J Occup Rehabil*, 1-22.
- Etuknwa, A., Daniels, K. et Eib, C. (2019b). Sustainable return to work: a systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 29(4), 679–700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Farholm, A., Halvari, H., Niemiec, C. P., Williams, G. C. et Deci, E. L. (2017). Changes in return to work among patients in vocational rehabilitation: a self-determination theory perspective. *Disability and Rehabilitation*, 39(20), 2039-2046.
- Farrow, A. et Reynolds, F. (2012). Health and safety of the older worker. *Occupational Medicine*, 62(1), 4-11. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr148>
- Feuerstein, M., Callan-Harris, S., Hickey, P., Dyer, D., Armbruster, W. et Carosella, A. M. (1993). Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders. Long-term effects. *Journal of occupational medicine.: official publication of the Industrial Medical Association*, 35(4), 396-403.
- Freeman, A., Shaw, L., Turcotte, S., Montenegro, A.-L., Alzamora, C., Wertheimer, L. et Garcia, G. (2018). *Decent work project report* (Rapport). World Federation of Occupational Therapists. https://www.researchgate.net/publication/327321313_Decent_work_project_report_May_2018_World_Federation_of_Occupational_Therapists_wwwfotorg
- Gates, L. B. (2000). Workplace accommodation as a social process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10(1), 85-98.
- Gismervik, S. Ø., Fimland, M. S., Fors, E. A., Johnsen, R. et Rise, M. B. (2019). The acceptance and commitment therapy model in occupational rehabilitation of musculoskeletal and common mental disorders: a qualitative focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 41(26), 3181-3191.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American sociological review*, 25(2), 161-178. <https://doi.org/10.2307/2092623>
- Gouvernement de l'Alberta. (2016). *Let's talk: a guide to resolving workplace conflicts*.
- Grant, M. et Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information and libraries journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

- Gross, D., Park, J., Rayani, F., Norris, C. et Esmail, S. (2017). Motivational Interviewing Improves Sustainable Return to Work in Injured Workers After Rehabilitation: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(12), 2355–2363. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.003>
- Hållstam, A., Löfgren, M., Benson, L., Svensén, C. et Stålnacke, B.-M. (2017). Assessment and treatment at a pain clinic: A one-year follow-up of patients with chronic pain. *Scandinavian journal of pain*, 17(1), 233-242.
- Hampel, P., Köpnick, A. et Roch, S. (2019). Psychological and work-related outcomes after inpatient multidisciplinary rehabilitation of chronic low back pain: a prospective randomized controlled trial. *BMC psychology*, 7(1), 1-10.
- Heathcote, K., Wulschleger, M. et Sun, J. (2019). The effectiveness of multi-dimensional resilience rehabilitation programs after traumatic physical injuries: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 41(24), 2865-2880.
- Hedges, H. (2010). Blurring the boundaries: Connecting research, practice and professional learning. *Cambridge Journal of Education*, 40(3), 299-314. <https://doi.org/10.1080/0305764x.2010.502884>
- Higgins, J. P. T. et Deeks, J. (2008). Selecting Studies and Collecting Data. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, 151-185. <https://doi.org/10.1002/9780470712184.ch7>
- Hoefsmits, N., Houkes, I., Boumans, N., Noben, C., Winkens, B. et Nijhuis, F. J. (2016). The effectiveness of an intervention to enhance cooperation between sick-listed employees and their supervisors (COSS). *Journal of occupational rehabilitation*, 26(2), 229-236. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9606-1>
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., . . . Johnston, M. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348(mar07 3), g1687–g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
- Hong, Q. N. (2013, 2021). FAQ. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/71030694/FAQ>
- Hong, Q. N., Gonzalez-Reyes, A. et Pluye, P. (2018). Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(3), 459-467.
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., . . . Nicolau, B. (2019). Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 111, 49-59. e41.
- Hutting, N., Johnston, V., Staal, J. B. et Heerkens, Y. F. (2019). Promoting the use of self-management strategies for people with persistent musculoskeletal disorders: the role of physical therapists. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 49(4), 212-215.

IRSST. (2017 2017a). Plan quinquennal 2018-2022. 1-107.

IRSST. (2017b). *Plan quinquennal de production scientifique et technique, 2018-2022*.
<https://www.irsst.qc.ca/Portals/0/upload/5-institut/Plan/plan-quinquennal-2018-2022.pdf>

Irvine, A. B., Russell, H., Manocchia, M., Mino, D. E., Cox Glassen, T., Morgan, R., . . . Ary, D. V. (2015). Mobile-Web App to Self-Manage Low Back Pain: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 17(1), e1. 10.2196/jmir.3130

Ito, D., Watanabe, A., Takeichi, S., Ishihara, A. et Yamamoto, K. (2019). A Preliminary study of work-focused cognitive behavioural group therapy for Japanese workers. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(2), 251-256.

Jensen, C., Jensen, O. K. et Nielsen, C. V. (2012). Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1), 156-156. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-156>

Johnston, V. et Shaw, W. S. (2013). Helping workers help themselves: empowering physiotherapy clients to manage musculoskeletal problems at work. *Physical Therapy Reviews*, 18(5), 373-378.

Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B. et Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine*, 46(4), 683-697.

Kröger, C., Bode, K., Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grocholewski, A. et Finger, F. (2015). Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work: Preliminary findings of a controlled, matched study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(2), 248.

Lammerts, L., Schaafsma, F. G., Eikelenboom, M., Vermeulen, S. J., van Mechelen, W., Anema, J. R. et Penninx, B. W. (2016a). Longitudinal associations between biopsychosocial factors and sustainable return to work of sick-listed workers with a depressive or anxiety disorder. *Journal of occupational rehabilitation*, 26(1), 70-79.
<https://doi.org/10.1007/s10926-015-9588-z>

Lammerts, L., Schaafsma, F. G., Eikelenboom, M., Vermeulen, S. J., van Mechelen, W., Anema, J. R. et Penninx, B. W. (2016b). Longitudinal associations between biopsychosocial factors and sustainable return to work of sick-listed workers with a depressive or anxiety disorder. *J Occup Rehabil*, 26(1), 70-79.

Lecours, A. (2020a). Scientific, professional and experiential validation of the model of preventive behaviours at work: protocol of a modified Delphi Study. *BMJ Open*, 10(9), e035606. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035606>

Lecours, A. (2020b). Using an occupational perspective to understand behaviours fostering the prevention of work-related health problems: A proposed conceptual model. *Journal of Occupational Science*, 27(2), 222–235. <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1600575>

IRSST ■ Description des stratégies favorisant l'adoption de comportements préventifs chez les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle : une revue critique de la littérature

- Lecours, A. (2021). Validation du modèle des comportements préventifs au travail : une étude Delphi. *Recueil annuel belge d'ergothérapie*, 13, 54-63.
- Lecours, A., Beaulieu, A.-A., Poulin, V., Nastasia, I. et St-Hilaire, F. (2022). Échelle de fréquence des comportements préventifs au travail: Analyse des propriétés métrologiques. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*.
- Lecours, A., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Groleau, C. et Bédard-Mercier, R. (2021). Stay at Work After a Period of Disability Due to an Occupational Injury: A Complex Process Marked by Social Exchanges. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 10.1007/s10926-021-10008-5
- Lecours, A. et Groleau, C. (2020). *Habiliter les travailleurs à préserver leur santé mentale: Que font les ergothérapeutes? - Preprint*.
- Lecours, A., Sauvageau, A., Cantin, N. et Therriault, P.-Y. (2017). Conception et évaluation d'ateliers de formation visant à développer un comportement préventif au travail chez les élèves en apprentissage d'un métier *Pistes*, 19(3), En ligne.
- Lecours, A., St-Hilaire, F. et Daneau, P. (2021). Moving toward an integrated prevention approach for mental health at work: Promoting workers' involvement through concrete actions. *Work*, 69(1), 295-306. 10.3233/WOR-213478
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2017). Supporting vocational students' development of preventive behaviour at work: a phenomenological analysis of teachers' experiences *IJRVT*, 4(1), 20-46. 10.13152/IJRVT.4.1.2
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2018a). Development of preventive behavior at work: Description of occupational therapists' practice. *Work*, 61(3), 477-488. 10.3233/WOR-182811
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2018b). Evaluation of occupational therapy workshops to prevent work-related injuries or illnesses among vocational students. *Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention*, 11(1), 60-76. 10.1080/19411243.2017.1393368
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2018c). Preventive behaviour at work of vocational students. *Journal of Vocational Education & Training*, 70(3), 399-416.
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2019). Habilitier les travailleurs à la prévention: description des pratiques des ergothérapeutes visant la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail.
- Leon, L., Jover, J. A., Candelas, G., Lajas, C., Vadillo, C., Blanco, M., . . . Abasolo, L. (2009). Effectiveness of an early cognitive-behavioral treatment in patients with work disability due to musculoskeletal disorders. *Arthritis Care & Research*, 61(7), 996-1003.
- Longtin, C., Coutu, M.-F. et Tousignant-Laflamme, Y. (2019). Deciphering programs for optimal self-management of persistent musculoskeletal-related pain and disability—Clinical

- implications for PTs. *Physiotherapy theory and practice*, 37(12), 1264–1272.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1698083>
- Longtin, C., Tousignant-Laflamme, Y. et Coutu, M.-F. (2020). A logic model for a self-management program designed to help workers with persistent and disabling low back pain stay at work. *Work*, 67(2), 395-406.
- Marhold, C., Linton, S. J. et Melin, L. (2001). A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain*, 91(1), 155-163. 10.1016/S0304-3959(00)00431-0
- Marras, W. S., Ferguson, S. A., Burr, D., Schabo, P. et Maronitis, A. (2007). Low back pain recurrence in occupational environments. *Spine*, 32(21), 2387-2397.
- McLaughlin, J. A. et Jordan, G. B. (2004). Using logic models. *Handbook of practical program evaluation*, 2, 7-32.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et Group, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Netterstrøm, B., Friebel, L. et Ladegaard, Y. (2013). Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(3), 177-186.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U. et Faber, B. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10).
- Noordik, E., van der Klink, J. J., Geskus, R. B., de Boer, M. R., van Dijk, F. J. et Nieuwenhuijsen, K. (2013). Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 39(2), 144-154.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3320>
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (Charte). Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
- Osborne, J. (2015). What is rotating in exploratory factor analysis? *Assessment*, 20(1), 1-8.
- Palstam, A., Törnblom, M. et Sunnerhagen, K. (2018). Experiences of returning to work and maintaining work 7 to 8 years after a stroke: A qualitative interview study in Sweden. *BMJ Open*, 8, e021182. 10.1136/bmjopen-2017-021182

- Pluye, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F. et Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in mixed studies reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 529-546.
- Pluye, P. et Hong, Q. N. (2014). Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 29-45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
- Pomaki, G., Franche, R.-L., Murray, E., Khushrushahi, N. et Lampinen, T. M. (2012). Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 182-195.
- Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J. et Hayward, R. S. A. (1995). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP Journal Club*, 123(3), A12-A13. <https://doi.org/10.7326/ACPJC-1995-123-3-A12>
- Roe, R. A. et Ester, P. (1999). Values and Work: Empirical Findings and Theoretical Perspective. *Applied Psychology: An International Review*, 48(1), 1-21. 10.1111/j.1464-0597.1999.tb00046.x
- Sameem, M., Wood, T., Ignacy, T., Thoma, A. et Strumas, N. (2011). A systematic review of rehabilitation protocols after surgical repair of the extensor tendons in Zones V–VIII of the hand. *Journal of Hand Therapy*, 24(4), 365-373.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2020). *Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses*. <http://www.sign.ac.uk>
- Shukla, V. K., Bai, A., Milne, S. et Wells, G. (2007). *Systematic review of quality assessment instruments for randomized control trials: Selection of SIGN50 methodological checklist* [Communication]. XV Cochrane Colloquium (p. 23-27).
- Sjöström, R., Alricsson, M. et Asplund, R. (2008). Back to work—evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme with emphasis on musculoskeletal disorders. A two-year follow-up. *Disability and Rehabilitation*, 30(9), 649-655.
- Souto, R. Q., de Araújo Lima, K. S., Pluye, P., Hong, Q. N., Barbosa, K. et de Araújo, G. K. N. (2020). Translation and cross-cultural adaptation of the mixed methods appraisal tool to the brazilian context/Tradução e adaptação transcultural do instrumento mixed methods appraisal tool ao contexto brasileiro. *RPCFO*, 12, 510-516.
- Souto, R. Q., Khanassov, V., Hong, Q. N., Bush, P. L., Vedel, I. et Pluye, P. (2015). Systematic mixed studies reviews: updating results on the reliability and efficiency of the mixed methods appraisal tool. *International journal of nursing studies*, 52(1), 500-501. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.010>

- Steenstra, I. A., Anema, J. R., Bongers, P. M., De Vet, H. C. et Van Mechelen, W. (2003). Cost effectiveness of a multi-stage return to work program for workers on sick leave due to low back pain, design of a population based controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 4(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-4-26>
- Stenlund, T., Nordin, M. et Järvholm, L. S. (2012). Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the REST study. *Journal of rehabilitation medicine*, 44(8), 684-690.
- Stergiopoulos, E., Cimo, A., Cheng, C., Bonato, S. et Dewa, C. S. (2011). Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 1-10.
- Sullivan, M. J. L., Feuerstein, M., Gatchel, R., Linton, S. J. et Pransky, G. (2005). Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 475-489.
- Sullivan, M. J. L., Ward, L. C., Tripp, D., French, D. J., Adams, H. et Stanish, W. D. (2005). Secondary prevention of work disability: community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(3), 377-392.
- Tjulin, Å., MacEachen, E. et Ekberg, K. (2010). Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(3), 311-321. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9209-9>
- Tousignant-Laflamme, Y., Longtin, C., Coutu, M.-F., Gaudreault, N., Kairy, D., Nastasia, I. et Leonard, G. (2020). What are the essential components of a self-management program designed to help workers with chronic low back pain stay at work? A mapping review. *European Journal of Physiotherapy*, 1-10.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, M., Iwana, J., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (édit.), *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (p. 103-158). CAOT Publications ACE.
- van den Hout, J. H., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H., Zijlema, J. H. et Wijnen, J. A. (2003). Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial. *The Clinical journal of pain*, 19(2), 87-96.
- van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H. et van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and environmental medicine*, 60(6), 429-437.

- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., Brouwers, E. P., Emons, W. H., . . . van der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e116. <https://doi.org/10.2196/jmir.4097>
- Waddell, G. et Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London, TSO.
- Wallensten, J., Åsberg, M., Wiklander, M. et Nager, A. (2019). Role of rehabilitation in chronic stress-induced exhaustion disorder: a narrative review. *J Rehabil Med*, 51(5), 331-342.
- Wang, P. S., Simon, G. E., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E. J., McCulloch, J., . . . Kessler, R. C. (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *Jama*, 298(12), 1401-1411.
- Wasiak, R., Pransky, G., Verma, S. et Webster, B. (2003). Recurrence of low back pain: definition-sensitivity analysis using administrative data. *Spine*, 28(19), 2283-2291.
- Wilcock, A. A. et Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health* (3^e éd.). SLACK Incorporated.
- Woby, S. R., Roach, N. K., Urmston, M. et Watson, P. J. (2008). Outcome following a physiotherapist-led intervention for chronic low back pain: the important role of cognitive processes. *Physiotherapy*, 94(2), 115-124.
- Wong, E., Mavondo, F. et Fisher, J. (2020). Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence. *BMC Health Services Research*, 20(1). 10.1186/s12913-020-05383-3
- Young, A. (2010). Employment maintenance and the factors that impact it after vocational rehabilitation and return to work. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1621-1632. 10.3109/09638281003611029
- Young, A., Roessler, R., Wasiak, R., McPherson, K., Poppel, M. et Anema, J. (2005). A Developmental Conceptualization of Return to Work. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 557-568. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8034-z>

ANNEXE A

A.I Stratégie de recherche

Base de données	#	Requête de recherche
CINAHL (EBSCO) Database : no limited Period of coverage: 1937 to present Update frequency: daily Date:2020/04/13	S1	TI (((employee* OR job OR industrial OR labor* OR labour* OR occupational OR office OR work*) N2 accident*) OR ("work-related" N2 (injur* OR accident*)) OR ((employee* OR worker* OR laborer* OR laborer*) N2 (disabilit* OR incapacit* OR Incapacit*)) OR ((musculoskeletal OR occupational) N2 (disease* OR disorder* OR lesion* OR injur* OR pain)) OR "non-specific pain" OR "nonspecific pain" OR "physical impair*") OR AB (((employee* OR job OR industrial OR labor* OR labour* OR occupational OR office OR work*) N2 accident*) OR ("work-related" N2 (injur* OR accident*)) OR ((employee* OR worker* OR laborer* OR laborer*) N2 (disabilit* OR incapacit* OR Incapacit*)) OR ((musculoskeletal OR occupational) N2 (disease* OR disorder* OR lesion* OR injur* OR pain)) OR "non-specific pain" OR "nonspecific pain" OR "physical impair*")
	S2	MH « Occupational-Related Injuries »
	S3	MH « Accidents, Occupational »
	S4	MH « Musculoskeletal Diseases »
	S5	MH « Occupational Diseases »
	S6	TI ("affective symptom*" OR "adaptability problem*" OR burnout OR depression OR "social adaptation difficult*" OR ((occupational OR job OR employment OR "work-related" OR work*) N2 stress) OR ((affective OR adjustment OR anxiety OR "common mental" OR depressive OR emotion* OR mental OR mood) N2 disorder*)) OR AB ("affective symptom*" OR "adaptability problem*" OR burnout OR depression OR "social adaptation difficult*" OR ((occupational OR job OR employment OR "work-related" OR work*) N2 stress) OR ((affective OR adjustment OR anxiety OR "common mental" OR depressive OR emotion* OR mental OR mood) N2 disorder*))
	S7	MH « Adjustment Disorders »
	S8	MH « Affective Disorders »
	S9	MH « Affective Symptoms »
	S10	MH « Anxiety Disorders »
	S11	MH « Behavioral and Mental Disorders »
	S12	MH « Burnout, Professional »
	S13	MH « Depression »
	S14	MH « Social Behavior Disorders »
	S15	MH « Stress, Occupational »
	S16	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15

Base de données	#	Requête de recherche
	S17	TI (((strateg* OR approach* OR intervention* OR program* OR therap* OR "training support skill*" OR "training work place" OR "training workplace" OR treatment*) N5 rehabilitation)) OR AB (((strateg* OR approach* OR intervention* OR program* OR therap* OR "training support skill*" OR "training work place" OR "training workplace" OR treatment*) N5 rehabilitation))
	S18	MH « Rehabilitation »
	S19	MH « Therapeutics »
	S20	MH « Job Accommodation »
	S21	MH « Occupational Health »
	S22	S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21
	S23	TI ("return to work" OR "back to work" OR "work environment") OR AB ("return to work" OR "back to work" OR "work environment")
	S24	MH « Job Re-Entry »
	S25	MH « Work Environment »
	S26	S23 OR S24 OR S25
	S27	TI (communicat* OR assertiveness OR "self-disclosure" OR "self-monitoring" OR "professional boundaries" OR "personal boundaries") OR AB (communicat* OR assertiveness OR "self-disclosure" OR "self-monitoring" OR "professional boundaries" OR "personal boundaries")
	S28	MH « Assertiveness »
	S29	MH "Communication Skills" OR MH "Help Seeking Behavior"
	S30	MH « Self Disclosure »
	S31	MH « Professional Boundaries »
	S32	MH « Personal Boundaries »
	S33	S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32
	S34	S16 AND S22 AND S26 AND S33
	TOTAL	84
	S35	TI (reflexiv* OR refleciv* OR adjustment OR "self-efficacy" OR "self-control" OR "self-regulat*" OR "self-evaluat*" OR "self-assessment" OR "self-manag*" OR ((adapt* OR chang*) N2 behavi*)) OR AB (reflexiv* OR refleciv* OR adjustment OR "self-efficacy" OR "self-control" OR "self-regulat*" OR "self-evaluat*" OR "self-assessment" OR "self-manag*" OR ((adapt* OR chang*) N2 behavi*))
	S36	MH « Reflection »
	S37	MH « Adaptation, Occupational »
	S38	MH « Adaptation, Psychological »
	S39	MH « Behavioral Changes »
	S40	MH « Self Assessment »
	S41	MH « Self-Management »
	S42	MH « Self-Efficacy »
	S43	MH « Self Regulation »

Base de données	#	Requête de recherche
	S44	S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43
	S45	S16 AND S22 AND S26 AND S44
	TOTAL	173
	S46	TI (altruism OR ((caring OR care OR careful) N2 behavi*) OR empathy OR "social support" OR "team work" OR teamwork OR ("employee-employee" OR coworker OR interpersonnal OR worker* OR intraprofessional OR interprofessional) N2 relation*))) OR AB (altruism OR ((caring OR care OR careful) N2 behavi*) OR empathy OR "social support" OR "team work" OR teamwork OR ("employee-employee" OR coworker OR interpersonnal OR worker* OR intraprofessional OR interprofessional) N2 (relation*)))
	S47	MH « Altruism »
	S48	MH « Caring »
	S49	MH « Empathy »
	S50	MH « Collaboration »
	S51	MH « Support, Psychosocial »
	S52	MH « Teamwork »
	S53	MH « Intraprofessional Relations »
	S54	MH « Interprofessional Relations »
	S55	MH « Interpersonal Relations »
	S56	S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55
	S57	S16 AND S22 AND S26 AND S56
	TOTAL	301
	S58	TI ("work-life balance" OR "healthy lifestyle" OR "health 57ehave*" OR "stress manag*" OR "manag* stress" OR "self-care") OR AB ("work-life balance" OR "healthy lifestyle" OR "health 57behavi*" OR "stress manag*" OR "manag* stress" OR "self-care")
	S59	MH "Work-Life Balance"
	S60	MH "Life Style Changes"
	S61	MH "Health Behavior"
	S62	MH "Self Care"
	S63	MH "Stress Management"
	S64	S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63
	S65	S16 AND S22 AND S26 AND S64
	TOTAL	175
	S66	TI ((comply* OR follow* OR respect* OR adopt* OR u?e OR u?ing OR utili?ation) N3 (rule* OR "security proced*" OR equipment* OR protect* OR "protect* cloth*") OR ((safety OR "Risk reduction" OR prevent*) N2 behavi*))) OR AB ((comply* OR follow* OR respect* OR adopt* OR u?e OR u?ing OR utili?ation) N3 (rule* OR "security proced*" OR equipment* OR protect* OR

Base de données	#	Requête de recherche
		"protect* cloth*") OR ((safety OR "Risk reduction" OR prevent*) N2 behavi*))
	S67	MH "Occupational Safety"
	S68	S66 OR S67
	S69	S16 AND S22 AND S26 AND S68
	TOTAL	268
	S70	TI (((invov* OR improv* OR participat* OR proact* OR "forward-thinking") N5 (prevent* OR regulat* OR safety)) OR empowerment) OR AB (((invov* OR improv* OR participat* OR proact* OR "forward-thinking") N5 (prevent* OR regulat* OR safety)) OR empowerment)
	S71	MH "Empowerment"
	S72	MH "Work Engagement"
	S73	S70 OR S71 OR S72
	S74	S16 AND S22 AND S26 AND S73
	TOTAL	86
	S75	TI 58 behavio* * OR AB 58 behavio*
	S76	MH "Behavior"
	S77	S75 OR S76
	S78	S16 AND S22 AND S26 AND S77
	TOTAL	180
	S80	S34 OR S45 OR S57 OR S65 OR S69 OR S74 OR S78
	TOTAL	1255
EMBASE (ELSEVIER) Database: no limited Period of coverage: 1947 to present Update frequency: daily Date : 10/04/2020	#1	((employment OR employee* OR job OR industrial OR labor* OR occupational OR office OR work*) NEAR/2 accident*):ab,ti) OR (('work related' NEAR/2 (injur* OR accident*)):ab,ti) OR (((employee* OR worker* OR laborer*) NEAR/2 (disabilit* OR incapacilit* OR incapacit*)):ab,ti) OR (((musculoskeletal OR occupational) NEAR/2 (disease* OR disorder* OR lesion* OR injur* OR pain)):ab,ti) OR 'non-specific pain':ab,ti OR 'nonspecific pain':ab,ti OR 'physical impairment':ab,ti
	#2	'work disability'/de
	#3	'occupational disease'/de
	#4	'occupational accident'/de
	#5	'accidental injury'/de
	#6	'musculoskeletal disease'/de
	#7	'musculoskeletal pain'/de
	#8	'musculoskeletal injury'/de
	#9	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
	#10	'affective symptom*':ab,ti OR 'adaptability problem*':ab,ti OR burnout:ab,ti OR depression:ab,ti OR 'social adaptation difficulties':ab,ti OR (((occupational OR job OR employment OR 'work related' OR work*) NEAR/2 stress):ab,ti) OR (((affective OR adjustment OR anxiety OR 'common mental' OR depressive OR emotion* OR mental OR mood) NEAR/2 disorder*):ab,ti)

Base de données	#	Requête de recherche
	#11	'emotional disorder'/de
	#12	'mood disorder'/de
	#13	'job stress'/de
	#14	'burnout'/de
	#15	'professional burnout'/de
	#16	'depression'/de
	#17	'adjustment disorder'/de
	#18	'problem behavior'/de
	#19	'anxiety disorder'/de
	#20	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19
	#21	#9 OR #20
	#22	((strateg* OR approach* OR intervention* OR program* OR therap* OR 'training support skill*' OR 'training work place' OR 'training workplace' OR treatment*) NEAR/5 rehabilitation):ab,ti
	#23	'rehabilitation'/de
	#24	'therapy'/de
	#25	'job adaptation'/de
	#26	'occupational health'/de
	#27	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26
	#28	'return to work':ab,ti OR 'back to work':ab,ti OR 'work environment':ab,ti
	#29	'return to work'/de
	#30	'work environment'/de
	#31	#28 OR #29 OR #30
	#32	communicat*:ab,ti OR assertiveness:ab,ti OR 'self-disclosure':ab,ti OR 'self-monitoring':ab,ti OR 'professional boundaries':ab,ti OR 'personal boundaries':ab,ti
	#33	'interpersonal communication'/de
	#34	'assertiveness'/de
	#35	'self disclosure'/de
	#36	'self monitoring'/de
	#37	#32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36
	#38	#21 AND #27 AND #31 AND #37
	TOTAL	122
	#39	reflexiv*:ab,ti OR reflectiv*:ab,ti OR 'personal reflection':ab,ti OR adjustment:ab,ti OR 'self-efficacy':ab,ti OR 'self-control':ab,ti OR 'self-regulat*':ab,ti OR 'self-evaluat*':ab,ti OR 'self-assessment':ab,ti OR 'self-manag*':ab,ti OR (((adapt* OR chang*) NEAR/2 behavi*):ab,ti)
	#40	'adaptive behavior'/de
	#41	'adjustment'/de
	#42	'behavior change'/de
	#43	'self evaluation'/de
	#44	'self control'/de
	#45	#39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44

Base de données	#	Requête de recherche
	#46	#21 AND #27 AND #31 AND #45
	TOTAL	165
	#47	altruism:ab,ti OR (((care* OR caring) NEAR/2 behavi*):ab,ti) OR empathy:ab,ti OR 'social support':ab,ti OR 'team work':ab,ti OR teamwork:ab,ti OR (((employee-employee' OR coworker OR interpersonal OR worker* OR intraprofessional OR interprofessional) NEAR/2 relation*):ab,ti)
	#48	'altruism'/de
	#49	'care behavior'/de
	#50	'empathy'/de
	#51	'employee attitude'/de
	#52	'social support'/de
	#53	'teamwork'/de
	#54	'coworker'/de
	#55	#47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #54
	#56	#21 AND #27 AND #31 AND #55
	TOTAL	222
	#57	'work life balance':ab,ti OR 'healthy lifestyle':ab,ti OR 'health behavi*':ab,ti OR 'stress manag*':ab,ti OR 'manag* stress':ab,ti OR 'self-care':ab,ti
	#58	'work-life balance'/de
	#59	'healthy lifestyle'/de
	#60	'health behavior'/de
	#61	'stress management'/de OR 'self care'/de
	#62	#57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61
	#63	#21 AND #27 AND #31 AND #62
	TOTAL	134
	#64	((comply* OR follow* OR respect* OR adopt* OR use* OR using OR uzing OR utilization OR utilisation) NEAR/3 (rule* OR 'security proced*' OR equipment\$ OR protect* OR 'protect* cloth*')):ab,ti) OR (((safety OR 'risk reduction') NEAR/2 behavi*):ab,ti)
	#65	'safety procedure'/de
	#66	'protection'/de
	#67	'safety'/de
	#68	'danger, risk, safety and related phenomena'/de
	#69	'risk reduction'/de
	#70	#63OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68
	#71	#21 AND #27 AND #31 AND #70
	TOTAL	150
	#72	((involv* OR improv* OR participat* OR proact* OR 'forward-thinking') NEAR/5 (prevent* OR regulat* OR safet*)):ab,ti) OR empowerment:ab,ti
	#73	'prevention'/de
	#74	'empowerment'/de
	#75	#72 OR #73 OR #74
	#76	#21 AND #27 AND #31 AND #75

Base de données	#	Requête de recherche
	TOTAL	145
	#77	behavi*:ab,ti
	#78	'behavior'/de
	#79	#77 OR #78
	#80	#21 AND #27 AND #31 AND #79
	TOTAL	257
	#81	#38 OR #46 OR #56 OR #63 OR #71 OR #76 OR #80
	TOTAL	1195
ERGONOMICS ABSTRACTS (EBSCO) Database : no limited Period of coverage: 1955 to present Update frequency: weekly Date : 2020/04/15	S1	TI (((employee* OR job OR industrial OR labor* OR labour* OR occupational OR office OR work*) N2 accident*) OR ("work-related" N2 (injur* OR accident*)) OR ((employee* OR worker* OR laborer* OR labourer*) N2 (disabilit* OR incapacilit* OR incapacit*)) OR ((musculoskeletal OR occupational) N2 (disease* OR disorder* OR lesion* OR injur* OR pain)) OR "non-specific pain" OR "nonspecific pain" OR "physical impairment") OR AB (((employee* OR job OR industrial OR labor* OR labour* OR occupational OR ...
	S2	DE "MUSCULOSKELETAL system diseases"
	S3	DE "MUSCULOSKELETAL system injuries"
	S4	DE "OCCUPATIONAL diseases"
	S5	DE "WORK-related injuries"
	S6	TI ("affective symptom*" OR "adaptability problem*" OR burnout OR depression OR "social adaptation difficult*" OR ((occupational OR job OR employment OR "work-related" OR work*3) N2 stress) OR ((affective OR Nustment OR anxiety OR "common mental" OR depressive OR emotion* OR mental OR mood) N2 disorder*)) OR AB ("affective symptom*" OR "adaptability problem*" OR burnout OR depression OR "social adaptation difficult*" OR ((occupational OR job OR employment OR "work-related" OR work*3) N2 stress) OR ((affective OR Nustment OR anxiety OR "common mental" OR depressive OR emotion* OR mental OR mood) N2 disorder*))
	S7	DE "ADJUSTMENT disorders"
	S8	DE "AFFECTIVE disorders"
	S9	DE "BURNOUT (Psychology)"
	S10	DE "JOB stress"
	S11	DE "MENTAL depression"
	S12	DE "MENTAL illness"
	S13	DE "SOCIAL adjustment"
	S14	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13
	S15	TI (((strateg* OR approach* OR intervention* OR program* OR therap* OR "training support skill*" OR "training work place" OR "training workplace" OR treatment*) N5 rehabilitation)) OR AB (((strateg* OR approach* OR intervention* OR program* OR

Base de données	#	Requête de recherche
		therap* OR "training support skill*" OR "training work place" OR "training workplace" OR treatment*) N5 rehabilitation))
	S16	DE "THERAPEUTICS")
	S17	DE "PSYCHOTHERAPY"
	S18	DE "OPERANT behavior"
	S19	DE "MEDICAL rehabilitation"
	S20	DE "INTERVENTION (Social services)"
	S21	DE "REHABILITATION"
	S22	S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21
	S23	TI (employment OR employee* OR job OR labor* OR labour* OR work* OR workplace OR "return to work" OR "back to work" OR "work environment") OR AB (employment OR employee* OR job OR labor* OR labour* OR work* OR workplace OR "return to work" OR "back to work" OR "work environment")
	S24	DE "EMPLOYMENT"
	S25	DE "WORK"
	S26	DE "RETURN to work programs"
	S27	(DE "WORK environment")
	S28	S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27
	S29	TI (communicat* OR assertiveness OR "self-disclosure" OR "self-monitoring" OR "professional boundaries" OR "personal boundaries") OR AB (communicat* OR assertiveness OR "self-disclosure" OR "self-monitoring" OR "professional boundaries" OR "personal boundaries")
	S30	DE "ASSERTIVENESS (Psychology)"
	S31	DE "INTERPERSONAL communication")
	S32	DE "SELF-disclosure"
	S33	DE "SELF-monitoring (Psychology)"
	S34	S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33
	S35	S14 AND S22 AND S28 AND S34
	TOTAL	12
	S36	TI (Reflexiv* OR reflectiv* OR adjustment OR "self-efficacy" OR "self-control" OR "self-regulat*" OR "self-evaluat*" OR "self-assessment" OR "self-manag*" OR ((adapt* OR chang*) N2 behavi*)) OR AB (Reflexiv* OR reflectiv* OR adjustment OR "self-efficacy" OR "self-control" OR "self-regulat*" OR "self-evaluat*" OR "self-assessment" OR "self-manag*" OR ((adapt* OR chang*) N2 behavi*))
	S37	DE "ADAPTABILITY (Psychology)"
	S38	DE "ADJUSTMENT (Psychology)"
	S39	DE "BEHAVIOR modification"
	S40	DE "OCCUPATIONAL adaptation"
	S41	DE "REFLEXIVITY"
	S42	DE "SELF regulation"
	S43	DE "SELF-control"
	S44	DE "SELF-evaluation"

Base de données	#	Requête de recherche
	S45	S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44
	S46	S14 AND S22 AND S28 AND S45
	TOTAL	37
	S47	TI (altruism OR ((caring OR care OR careful) N2 behavi*) OR empathy OR social support OR team w0rk OR teamwork OR ("employee-employee" OR coworker OR interpersonal OR worker* OR intraprofessional OR interprofessional) N2 (relation*))) OR AB (altruism OR ((caring OR care OR careful) N2 behavi*) OR empathy OR social support OR team w0rk OR teamwork OR ("employee-employee" OR coworker OR interpersonal OR worker* OR intraprofessional OR interprofessional) N2 (relation*)))
	S48	DE "ALTRUISM"
	S49	DE "CARING"
	S50	DE "HELPING behavior"
	S51	DE "COWORKER relationships"
	S52	DE "EMPATHY"
	S53	DE "INTERPERSONAL relations"
	S54	DE "SOCIAL support"
	S55	DE "TEAMS in the workplace"
	S56	S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55
	S57	S14 AND S22 AND S28 AND S56
	TOTAL	12
	S58	TI ("work-life balance" OR "healthy lifestyle" OR "health behavi*" OR "stress manag*" OR "manag* stress" OR "self-care") OR AB ("work-life balance" OR "healthy lifestyle" OR "health behavi*" OR "stress manag*" OR "manag* stress" OR "self-care")
	S59	DE "WORK-life balance"
	S60	DE "HEALTH behavior"
	S61	DE "LIFESTYLES & health"
	S62	DE "STRESS management"
	S63	DE "EMPLOYEE health promotion"
	S64	S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62 OR S63
	S65	S14 AND S22 AND S28 AND S64
	TOTAL	9
	S66	TI ((comply* OR follow* OR respect* OR adopt* OR u?e* OR u?ing OR utili?ation) N3 (rule* OR security proced* OR equipment* OR protect* OR "protective cloth*") OR ((safety OR risk reduction OR prevent*) N2 behavi*)) OR AB ((comply* OR follow* OR respect* OR adopt* OR u?e* OR u?ing OR utili?ation) N3 (rule* OR security proced* OR equipment* OR protect* OR "protective cloth*") OR ((safety OR risk reduction OR prevent*) N2 behavi*))
	S67	DE "ACCIDENT prevention"

Base de données	#	Requête de recherche
	S68	DE "INDUSTRIAL safety"
	S69	DE "PREVENTION"
	S70	DE "PROTECTIVE clothing"
	S71	DE "SAFETY"
	S72	S66 OR S67 OR S68 OR S69 OR S70 OR S71
	S73	S14 AND S22 AND S28 AND S72
	TOTAL	15
	S74	TI (((involv* OR improv* OR participat* OR proact* OR "forward-thinking") N5 (prevent* OR regulat* OR safety)) OR empowerment) OR AB (((involv* OR improv* OR participat* OR proact* OR "forward-thinking") N5 (prevent* OR regulat* OR safety)) OR empowerment)
	S75	DE "EMPLOYEE empowerment"
	S76	DE "JOB involvement"
	S77	DE "PARTICIPATION"
	S78	S74 OR S75 OR S76 OR S77
	S79	S14 AND S22 AND S28 AND S78
	S80	TI Behavior* OR AB Behavior*
	S81	DE "BEHAVIOR"
	S82	S81 OR S82
	S83	S14 AND S22 AND S28 AND S82
	TOTAL	11
	S84	S14 AND S22
	TOTAL	519
	S85	S35 OR S46 OR S57 OR S65 OR S73 S79 S83 OR S84
	TOTAL	627
Medline (OVID) Database: No limited Period of coverage: 1946 to April 11, 2020 Update frequency: daily Date :2020/04/13	1	((employee\$ or job or industrial or labor\$3 or labour\$3 or occupational or office or work\$3) adj2 accident\$) or (work-related adj2 (injur\$ or accident\$)) or ((employee\$ or worker\$ or laborer\$ or labourer\$) adj2 (disabilit\$ or incapacit\$ or incapacit\$)) or ((musculoskeletal or occupational) adj2 (disease\$ or disorder\$ or lesion\$ or injur\$ or pain)) or non-specific pain or nonspecific pain or physical impairment).ti,ab.
	2	Accidents, Occupational/
	3	Accidental Injuries/
	4	Musculoskeletal Diseases/
	5	Musculoskeletal Pain/
	6	(affective symptom\$ or adaptability problem\$ or burnout or depression or social adaptation difficult\$ or ((occupational or job or employment or work related or work\$3) adj2 stress) or ((affective or adjustment or anxiety or common mental or depressive or emotion\$ or mental or mood) adj2 disorder\$)).ti,ab.
	7	Affective Disorders, Psychotic/
	8	Mood Disorders/
	9	Occupational Stress/

Base de données	#	Requête de recherche
	10	Burnout, Professional/
	11	Depression/
	12	Depressive Disorder/
	13	Adjustment Disorders/
	14	Mental Disorders/
	15	Anxiety Disorders/
	16	or/1-15
	17	((strateg\$ or approach\$ or intervention\$ or program\$ or therap\$ or training support skill\$ or training work place or training workplace or treatment\$) adj5 rehabilitation).ti,ab.
	18	Therapeutics/
	19	Occupational Health/
	20	Rehabilitation/
	21	or/17-20
	22	(return to work or back to work or work environment).ti,ab.
	23	Return to Work/
	24	or/22-23
	25	(communicat\$ or assertiveness or self-disclosure or self-monitoring or professional boundaries or personal boundaries).ti,ab.
	26	Assertiveness/
	27	Communication/
	28	Self Disclosure/
	29	or/25-29
	30	16 and 21 and 24 and 29
	TOTAL	40
	31	(reflexiv\$ or reflektiv\$ or adjustment or self-efficacy or self-control or self-regulat\$ or self-evaluat\$ or self-assessment or self-manag\$ or ((adapt\$ or chang\$) adj2 behavi\$)).ti,ab.
	32	Self-Control/
	33	Adaptation, Psychological/
	34	Self Efficacy/
	35	Self-Assessment/
	36	Self-Management/
	37	Social Adjustment/
	38	or/31-37
	39	16 and 21 and 24 and 38
	TOTAL	85
	40	(altruism or ((caring or care or careful) adj2 behavi\$) or empathy or social support or team work or teamwork or ((employee-employee or coworker or interpersonal or worker\$ or intraprofessional or interprofessional) adj2 relation\$)).ti,ab.
	41	Empathy/
	42	Social Support/
	43	Interpersonal Relations/
	44	Interprofessional Relations/

Base de données	#	Requête de recherche
	45	or/40-45
	46	16 and 21 and 24 and 45
	TOTAL	101
	47	(work-life balance or healthy lifestyle or health behavi\$ or stress manag\$ or manag\$ stress or self-care).ti,ab.
	48	Work-Life Balance/
	49	Healthy Lifestyle/
	50	Occupational Health/
	51	Self Care/
	52	or/47-51
	53	16 and 21 and 24 and 52
	TOTAL	31
	54	((comply\$ or follow\$ or respect\$ or adopt\$ or u#e or u#ing or utili#ation) adj3 (rule\$ or security proced\$ or equipment\$ or protect\$ or protective cloth\$)) or ((safety or risk reduction or prevent\$) adj2 behavi\$)).ti,ab.
	55	Risk Reduction Behavior/
	56	Safety/
	57	Personal Protective Equipment/
	58	or/54-57
	59	16 and 21 and 24 and 58
	TOTAL	21
	60	((involv\$ or improv\$ or participat\$ or proact\$ or forward-thinking) adj5 (prevent\$ or regulat\$ or safet\$)) or empowerment).ti,ab.
	61	Empowerment/
	62	or/60-61
	63	16 and 21 and 24 and 62
	TOTAL	28
	64	behavi*.ti,ab.
	65	Behavior/
	66	or/64-65
	67	16 and 21 and 24 and 66
	TOTAL	112
	68	30 or 39 or 46 or 53 or 59 or 63 or 67
	TOTAL	913
PSYCINFO (OVID) Database: no Period of coverage: 1806 to april week 2, 2020	1	((employee\$ or job or industrial or labor\$3 or labour\$3 or occupational or office or work\$) adj2 accident\$) or ("work-related" adj2 (injur\$ or accident\$)) or ((employee\$ or worker\$ or laborer\$ or labourer\$) adj2 (disabilit\$ or incapacilit\$ or incapacit\$)) or ((musculoskeletal or occupational) adj2 (disease\$ or disorder\$ or lesion\$ or injur\$ or pain)) or "non-specific pain" or "nonspecific pain" or "physical impairment").ti,ab.
	2	disabled personnel/
	3	industrial accidents/
	4	musculoskeletal disorders/

Base de données	#	Requête de recherche
Update frequency: weekly Date: 2020/04/13	5	work related illnesses/
	6	("affective symptom\$" or "adaptability problem\$" or burnout or depression or "social adaptation difficult\$" or ((occupational or job or employment or "work-related" or work\$3) adj2 stress) or ((affective or adjustment or anxiety or "common mental" or depressive or emotion\$ or mental or mood) adj2 disorder\$)).ti,ab.
	7	adjustment disorders/
	8	affective disorders/
	9	anxiety disorders/
	10	emotional disturbances/
	11	major depression/
	12	mental disorders/
	13	occupational stress/
	14	or/1 -13
	15	((strateg\$ or approach\$ or intervention\$ or program\$ or therap\$ or "training support skill\$" or "training work place" or "training workplace" or treatment\$) adj5 rehabilitation).ti,ab.
	16	strategies/
	17	rehabilitation/
	18	intervention/
	19	occupational health/
	20	occupational health psychology/
	21	treatment/
	22	workplace intervention/
	23	or/15-22
	24	("return to work" or "back to work" or "work environment").ti,ab.
	25	Reemployment/
	26	working conditions/
	27	or/33-35
	28	(communicat\$ or assertiveness or "self-disclosure" or "self-monitoring" or "professional boundaries" or "personal boundaries").ti,ab.
	29	assertiveness/
	30	interpersonal communication/
	31	self-disclosure/
	32	self-monitoring/
	33	or/28-32
	34	14 and 23 and 27 and 33
	TOTAL	34
	35	(Reflexiv\$ or reflectiv\$ or adjustment or "self-efficacy" or "self-control" or "self-regulat\$" or "self-evaluat\$" or "self-assessment" or "self-manag\$" or ((adapt\$ or chang\$) adj2 behavi\$)).ti,ab.
	36	adjustment/
	37	adaptive behavior/
	38	behavior change/
	39	behavior modification/

Base de données	#	Requête de recherche
	40	emotional adjustment/
	41	occupational adjustment/
	42	reflectiveness/
	43	self-control/
	44	self-efficacy/
	45	self-evaluation/
	46	self-management/
	47	self-regulation/
	48	social adjustment/
	49	or/35-48
	50	14 and 23 and 27 and 49
	TOTAL	78
	51	(altruism or ((caring or care\$1 or careful) adj2 behavi\$) or empathy or social support or team work or teamwork or (("employee-employee" or coworker or interpersonal or worker\$ or intraprofessional or interprofessional) adj2 relation\$)).ti,ab.
	52	altruism/
	53	employee interaction/
	54	empathy/
	55	caring behaviors/
	56	interpersonal relationships/
	57	social support/
	58	work teams/
	59	or/51-58
	60	14 and 23 and 27 and 59
	TOTAL	58
	61	("work life balance" or "healthy lifestyle" or "health behavi\$" or "stress manag\$" or "manag\$ stress" or "self-care").ti,ab.
	62	work-life balance/
	63	healthy lifestyle/
	64	occupational health/
	65	stress management/
	66	or/61-65
	67	14 and 23 and 27 and 66
	TOTAL	356
	68	((((comply\$ or follow\$ or respect\$ or adopt\$ or u#e\$ or u#ing or utili#ation) adj3 (rule\$ or security proced\$ or equipment\$ or protect\$ or "protective cloth\$")) or ((safety or risk reduction or prevent\$) adj2 behavi\$)).ti,ab.
	69	accident prevention/
	70	occupational safety/
	71	prevention/
	72	safety/
	73	or/68-73
	74	14 and 23 and 37 and 73
	TOTAL	106

Base de données	#	Requête de recherche
	75	((involv\$ or improv\$ or participat\$ or proact\$ or "forward-thinking") adj5 (prevent\$ or regulat\$ or safety)) or empowerment).ti,ab.
	76	empowerment/
	77	initiative/
	78	participation/
	79	or/75-78
	80	14 and 23 and 27 and 79
	TOTAL	33
	81	behavi*.ti,ab.
	82	behavior/
	83	or/81- 82
	84	14 and 23 and 27 and 83
	TOTAL	127
	85	34 or 50 or 60 or 67 or 74 or 80 or 84
	TOTAL	792
Web of science, Core collection (CLARIVATE) Database: no limited Period of coverage: 1900-2020 Update frequency: daily Date: 2020/04/13	#1	TS=((employee* OR job OR industrial OR labo\$r* OR occupational OR office OR work*) NEAR/2 accident*))
	#2	TS=("work-related" NEAR/2 (injur* OR accident*))
	#3	TS=((employee* OR worker* OR labo\$rer*) NEAR/2 (disabilit* OR incapacilit* OR incapacit*))
	#4	TS=((musculoskeletal OR occupational) NEAR/2 (disease* OR disorder* OR lesion* OR injur* OR pain))
	#5	TS=("non-specific pain" OR "nonspecific pain" OR "Physical impairment")
	#6	TS=("affective symptom*" OR "adaptability problem*" OR burnout OR depression OR "social adaptation difficulties")
	#7	TS=((occupational OR job OR employment OR "work-related" OR work*) NEAR/2 stress)
	#8	TS=((affective OR adjustment OR anxiety OR "common mental" OR depressi* OR emotion* OR mental OR mood) NEAR/2 disorder*)
	#9	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
	#10	TS=((strateg* OR approach* OR intervention* OR program* OR therap* OR "training support skill*" OR "training work place" OR "training workplace" OR treatment*) NEAR/5 rehabilitation)
	#11	TS=("return to work" OR "back to work" OR "work environment")
	#12	TS=(communicat* OR assertiveness OR "self-disclosure" OR "self-monitoring" OR "professional boundaries" OR "personal boundaries")
	#13	#9 AND #10 AND #11 AND #12
	TOTAL	11
	#14	TS=(reflexiv* OR reflectiv* OR adjustment OR "self-efficacy" OR "self-control" OR "self-regulat*" OR "self-evaluat*" OR "self-

Base de données	#	Requête de recherche
		assessment" OR "self-manag*" OR ((adapt* OR chang*) NEAR/2 behavi*)
	#15	#9 AND #10 AND #11 AND #14
	TOTAL	50
	#16	TS=(altruism OR ((caring OR care OR careful) NEAR/2 behavi*)
	#17	TS=(((employee-employee OR coworker OR interpersonal OR worker* OR intraprofessional OR interprofessional) NEAR/2 relation*)
	#18	TS=(empathy OR "social support" OR team work OR teamwork)
	#19	#16 OR #17 OR #18
	#20	#9 AND #10 AND #11 AND #19
	TOTAL	26
	#21	TS=("work-life balance" OR "healthy lifestyle" OR "health behavi*" OR "stress manag*" OR "manag* stress" OR "self-care")
	#22	#9 AND #10 AND #11 AND #21
	TOTAL	13
	#23	TS=((comply* OR follow* OR respect* OR adopt* OR use OR u?ing OR utili?ation) NEAR/3 (rule* OR "security proced*" OR equipment* OR protect* OR "protect* cloth*"))
	#24	TS=(((safety OR "risk reduction") NEAR/2 behavi*))
	#25	#23 OR #24
	#26	#9 AND #10 AND #11 AND #25
	TOTAL	0
	#27	TS=((involv* OR improv* OR participat* OR proact* OR "forward-thinking") NEAR/5 (prevent* OR regulat* OR safe*)) OR empowerment)
	#28	#9 AND #10 AND #11 AND #27
	TOTAL	6
	#29	TS=(behavi*)
	#30	#9 AND #10 AND #11 AND #29
	TOTAL	71
	#31	13 OR 15 OR 20 OR 22 OR 26 OR 28 OR 30
	TOTAL	177

ANNEXE B

B.I Liste des manuscrits

1. Andersen, L. N., Juul-Kristensen, B., Sørensen, T. L., Herborg, L. G., Roessler, K. K. et Søgaaard, K. (2015). Efficacy of Tailored Physical Activity or Chronic Pain Self-Management Programme on return to work for sick-listed citizens: A 3-month randomised controlled trial. *Scandinavian journal of public health*, 43(7), 694–703. <https://doi.org/10.1177/1403494815591687>
2. Arends, I., Bültmann, U., Nielsen, K., Van Rhenen, W., de Boer, M. R., et Van der Klink, J. J. (2014). Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Social science & medicine*, 100, 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.041>
3. Axén, I., Brämberg, E. B., Vaez, M., Lundin, A. et Bergström, G. (2020). Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *International archives of occupational and environmental health*, 93(7), 823–838. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01535-4>
4. Bee, P. E., Bower, P., Gilbody, S. et Lovell, K. (2010). Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *General hospital psychiatry*, 32(3), 337-340. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.01.006>
5. Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., et Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20(2), 129–144. <https://doi.org/10.1080/02678370600856615>
6. Braathen, T., Veiersted, K.B. et Heggenes, J. (2007). Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave. *Journal of rehabilitation medicine*, 39 (6), 493-499. <https://doi.org/10.2340/16501977-0081>
7. Brendbekken, R., Eriksen, H. R., Grasdahl, A., Harris, A., Hagen, E. M. et Tangen, T. (2017). Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *Journal of occupational rehabilitation*, 27(1), 82–91. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9634-5>
8. Dalgaard, V. L., Aschbacher, K., Andersen, J. H., Glasscock, D. J., Willert, M. V., Carstensen, O. et Biering, K. (2017). Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 43(5), 436–446. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3655>

9. Doki, S., Sasahara, S. et Matsuzaki, I. (2015). Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. *International archives of occupational and environmental health*, 88(6), 659-667. [https://doi.org/ 10.1007/s00420-014-0996-8](https://doi.org/10.1007/s00420-014-0996-8)
10. Du Bois, M. et Donceel, P. (2012). Guiding low back claimants to work: a randomized controlled trial. *Spine*, 37(17), 1425-1431. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31824e4ada>
11. Ekberg, K. (1995). Workplace changes in successful rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation*, 5(4), 253–269. <https://doi.org/10.1007/BF02109989>
12. Farholm, A., Halvari, H., Niemiec, C. P., Williams, G. C. et Deci, E. L. (2017). Changes in return to work among patients in vocational rehabilitation: a self-determination theory perspective. *Disability and rehabilitation*, 39(20), 2039–2046. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1215559>
13. Feuerstein, M., Callan-Harris, S., Hickey, P., Dyer, D., Armbruster, W. et Carosella, A. M. (1993). Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders. Long-term effects. *Journal of occupational medicine*, 35(4), 396–403.
14. Gismervik, S. Ø., Fimland, M. S., Fors, E. A., Johnsen, R. et Rise, M. B. (2019). The acceptance and commitment therapy model in occupational rehabilitation of musculoskeletal and common mental disorders: a qualitative focus group study. *Disability and rehabilitation*, 41(26), 3181–3191. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1490824>
15. Gouvernement de l'Alberta. (2016). *Let's talk: A Guide to Resolving Workplace Conflicts*. <https://www.keyano.ca/en/about-us/resources/letstalk.pdf>
16. Gross, D. P., Park, J., Rayani, F., Norris, C. M. et Esmail, S. (2017). Motivational Interviewing Improves Sustainable Return to Work in Injured Workers After Rehabilitation: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(12), 2355–2363. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.003>
17. Hållstam, A., Löfgren, M., Benson, L., Svensén, C. et Stålnacke, B. M. (2017). Assessment and treatment at a pain clinic: A one-year follow-up of patients with chronic pain. *Scandinavian journal of pain*, 17, 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.08.004>
18. Hampel, P., Köpnick, A. et Roch, S. (2019). Psychological and work-related outcomes after inpatient multidisciplinary rehabilitation of chronic low back pain: a prospective randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0282-3>
19. Heathcote, K., Wulschleger, M. et Sun, J. (2019). The effectiveness of multi-dimensional resilience rehabilitation programs after traumatic physical injuries: a systematic review and

meta-analysis. *Disability and rehabilitation*, 41(24), 2865-2880.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1479780>

20. Hutting, N., Johnston, V., Staal, J. B. et Heerkens, Y. F. (2019). Promoting the Use of Self-management Strategies for People With Persistent Musculoskeletal Disorders: The Role of Physical Therapists. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 49(4), 212-215. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0605>
21. Irvine, A. B., Russell, H., Manocchia, M., Mino, D. E., Glassen, T. C., Morgan, R., ... Ary, D. V. (2015). Mobile-Web app to self-manage low back pain: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 17(1), e1. <https://doi.org/10.2196/jmir.3130>
22. Ito, D., Watanabe, A., Takeichi, S., Ishihara, A. et Yamamoto, K. (2019). A Preliminary Study of Work-Focused Cognitive Behavioural Group Therapy for Japanese Workers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(2), 251-256.
<https://doi.org/10.1017/S1352465818000280>
23. Jensen, I. B., Bergström, G., Ljungquist, T. et Bodin, L. (2005). A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*, 115(3), 273–283.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.03.005>
24. Johnston, V. et Shaw, W. S. (2013). Helping workers help themselves: empowering physiotherapy clients to manage musculoskeletal problems at work. *Physical Therapy Reviews*, 18(5), 373-378. <https://doi.org/10.1179/1743288x13y.0000000087>
25. Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B. et Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine*, 46(4), 683-697.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715002408>
26. Kröger, C., Bode, K., Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grochowski, A. et Finger, F. (2015). Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work: Preliminary findings of a controlled, matched study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(2), 248–258. <https://doi.org/10.1037/a0038341>
27. Lecours, A. et Theriault, P.-Y. (2018). Development of preventive behavior at work: Description of occupational therapists' practice. *Work*, 61(3), 477-488.
<https://doi.org/10.3233/WOR-182811>
28. Lecours, A., et Groleau, C. (2020). Habilitier les travailleurs à préserver leur santé mentale : Que font les ergothérapeutes ? *Preprint* ²

² Depuis le moment de la recherche documentaire, cette référence a été actualisée :

29. Leon, L., Jover, J. A., Candelas, G., Lajas, C., Vadillo, C., Blanco, M., Loza, E., Perez, M. A., Redondo, M. et Abasolo, L. (2009). Effectiveness of an early cognitive-behavioral treatment in patients with work disability due to musculoskeletal disorders. *Arthritis and rheumatism*, 61(7), 996–1003. <https://doi.org/10.1002/art.24609>
30. Longtin, C., Coutu, M. F. et Tousignant-Laflamme, Y. (2019). Deciphering programs for optimal self-management of persistent musculoskeletal-related pain and disability - Clinical implications for PTs. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(12), 1264-1272. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1698083>
31. Marhold, C., Linton, S. J. et Melin, L. (2001). A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain*, 91(1-2), 155–163. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(00\)00431-0](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00431-0)
32. Netterstrøm, B., Friebel, L. et Ladegaard, Y. (2013). Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(3), 177–186. <https://doi.org/10.1159/000346369>
33. Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U. et Faber, B. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub3>
34. Noordik, E., Van der Klink, J., Geskus, R., De Boer, M., Van Dijk, F. et Nieuwenhuijsen, K. (2013). Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: A cluster-randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(2), 144-154. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3320>
35. Pomaki, G., Franche, R. L., Murray, E., Khushrushahi, N. et Lampinen, T. M. (2012). Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(2), 182–195. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9338-9>
36. Sjöström, R., Alricsson, M. et Asplund, R. (2008). Back to work--evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme with emphasis on musculoskeletal disorders. A two-year follow-up. *Disability and rehabilitation*, 30(9), 649–655. <https://doi.org/10.1080/09638280701400599>

Lecours, A., & Groleau, C. (2022). Habilitier les travailleurs à préserver leur santé mentale: Que font les ergothérapeutes?. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, <https://doi.org/10.1177/00084174221076228>

37. Stenlund, T., Nordin, M. et Järvholm, L. S. (2012). Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the REST study. *Journal of rehabilitation medicine*, 44(8), 684–690. <https://doi.org/10.2340/16501977-1003>
38. Stergiopoulos, E., Cimo, A., Cheng, C., Bonato, S. et Dewa, C. S. (2011). Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: a systematic review. *BMC public health*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-838>
39. Sullivan, M. J., Ward, L. C., Tripp, D., French, D. J., Adams, H. et Stanish, W. D. (2005). Secondary prevention of work disability: community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(3), 377–392. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-5944-7>
40. Sullivan, M., JL, Feuerstein, M., Gatchel, R., Linton, SJ. et Pransky, G. (2005). Integrating Psychosocial and Behavioral Interventions to Achieve Optimal Rehabilitation Outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 475-489. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8029-9>
41. Van der Klink, J. J., Blonk, R. W. B., Schene, A. H. et Van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and environmental medicine*, 60(6), 429–437. <https://doi.org/10.1136/oem.60.6.429>
42. Van den Hout, J. H., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H., Zijlema, J. H. et Wijnen, J. A. (2003). Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial. *The Clinical journal of pain*, 19(2), 87–96. <https://doi.org/10.1097/00002508-200303000-00003>
43. Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., Brouwers, E. P., Emons, W. H., Van Lomwel, A. G., et Van der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 17(5), e116. <https://doi.org/10.2196/jmir.4097>
44. Wallensten, J., Åsberg, M., Wiklander, M. et Nager, A. (2019). Role of rehabilitation in chronic stress-induced exhaustion disorder: A narrative review. *Journal of rehabilitation medicine*, 51(5), 331–342. <https://doi.org/10.2340/16501977-2545>
45. Wang, P. S., Simon, G. E., Avom, J., Azocar, F., Ludman, E. J. et McCulloch, J. K. RC (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: A randomized controlled trial. *JAMA*, 298(12), 1401-1411. <https://doi.org/10.1001/jama.298.12.1401>
46. Woby, S. R., Roach, N. K., Urmston, M. et Watson, P. J. (2008). Outcome following a physiotherapist-led intervention for chronic low back pain: the important role of cognitive processes. *Physiotherapy*, 94(2), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.08.008>

ANNEXE C

C.I Grille d'extraction

Référence complète selon l'APA	Objectif de l'étude	Méthode					Résultats	
		Devis	Participants	Procédure	Mesures	Analyses	Comportements préventifs ciblés (1 à 6)	Description des stratégies d'intervention
								1. Nom de l'intervention 2. Pourquoi 3. Quoi 4. Quoi 5. Qui 6. Comment 7. Où 8. Quand et combien 9. Adaptation 10. Modifications 11. Comment (planifié) 12. Comment (réel)