

2024

Opérationnaliser l'approche de l'entretien motivationnel pour la réadaptation au travail

Marie-France Coutu

Université de Sherbrooke, marie-france.coutu@usherbrooke.ca

Marie-José Durand

Université de Sherbrooke

Marie-Élise Labrecque

Université de Sherbrooke

Sara Pettigrew

Université de Sherbrooke

Suivez ce contenu et d'autres travaux à l'adresse suivante: <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique>

Citation recommandée

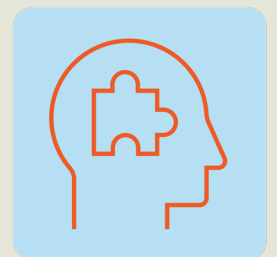
Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Labrecque, M.-É. et Pettigrew, S. (2024). *Opérationnaliser l'approche de l'entretien motivationnel pour la réadaptation au travail* (Rapport n° R-1205-fr). IRSST. <https://doi.org/10.70010/UNMA1911>

Ce document vous est proposé en libre accès et gratuitement par PhareSST. Il a été accepté pour inclusion dans Rapports de recherche scientifique par un administrateur autorisé de PhareSST. Pour plus d'informations, veuillez contacter pharesst@irsst.qc.ca.

Opérationnaliser l'approche de l'entretien motivationnel pour la réadaptation au travail

Marie-France Coutu¹, Marie-José Durand¹,
Marie-Élise Labrecque¹, Sara Pettigrew¹

R-1205-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, 2024
ISBN 978-2-89797-304-9 (PDF)

<https://doi.org/10.70010/UNMA1911>

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2024

IRSST — Service des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

Note au lecteur

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des autrices et auteurs. 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.

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.

Cadre de référence pour la recherche en SST



Prévention des atteintes à l'intégrité physique et psychique



Réadaptation, retour et maintien au travail



Surveillance et prospection des données en SST



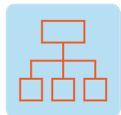
Identification des dangers, estimation et évaluation des risques



Élimination des dangers et maîtrise des risques



Métrologie appliquée à la SST



Organisation du travail



Santé mentale et psychologique



Population, société et SST

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche a été rendu possible grâce à la participation des travailleurs qui ont subi un trouble musculosquelettique ayant causé une absence prolongée au travail. Leur engagement dans le projet a été démontré plus d'une fois par leur disponibilité. Ils ont généreusement partagé leur point de vue, ce qui a permis d'explorer la faisabilité du modèle de l'entretien motivationnel auprès d'une clientèle en réadaptation au travail.

Nous tenons à remercier vivement tous les cliniciens qui ont permis par leur précieuse collaboration d'obtenir un modèle de l'entretien motivationnel en réadaptation au travail et à tester sa faisabilité.

Nous exprimons également notre gratitude envers les équipes cliniques qui ont participé au recrutement des participants.

Notre équipe souhaite également remercier la contribution de Rachel Green et de Joanne Park pour leur soutien et le partage de leurs connaissances sur l'entretien motivationnel. Nos remerciements sincères vont également à toutes les personnes qui nous ont fourni leurs précieux commentaires lors des prétests des outils et aux deux experts-codeurs de la Grille d'observation de l'intégrité de l'EM, Danielle Pinsonneault et Pierre Luc Bourdeau.

Cette recherche n'aurait pu voir le jour sans la contribution financière de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Nous aimerions souligner son ouverture à l'égard de cette recherche innovante par sa méthode et sa vision transdisciplinaire de la problématique émergente en réadaptation au travail.

SOMMAIRE

Chaque année, de nombreux travailleurs ont de la difficulté à retourner au travail en raison d'une incapacité. L'incapacité au travail due à un problème de santé, lorsqu'elle persiste dans le temps, a des répercussions importantes pour les travailleurs, mais aussi pour leurs employeurs. Bien qu'il existe des interventions reconnues efficaces pour favoriser la reprise du travail, une des barrières est liée à la capacité du clinicien à établir une relation soutenante avec la personne en absence. Il existe une approche de communication qui soutient la relation, mais celle-ci est encore peu implantée dans la pratique courante en réadaptation.

L'objectif général de cette étude visait ainsi à rendre une façon de communiquer plus accessible et opérationnalisée aux cliniciens travaillant en contexte de réadaptation au travail pour personne ayant un trouble musculosquelettique. Pour cela, il a fallu élaborer un modèle logique de l'entretien motivationnel et ensuite évaluer sa faisabilité, à savoir s'il est utilisable par les cliniciens et acceptable pour les travailleurs.

D'abord, un consensus d'experts-cliniciens en réadaptation au travail a été recherché, afin d'obtenir un modèle suffisamment détaillé. Celui-ci devait inclure les effets à atteindre, les activités à réaliser et les outils pour soutenir la réalisation des activités prévues dans le modèle. Malgré ce niveau de détail, les experts ont recommandé de développer une trousse de formation permettant d'illustrer le modèle détaillé, avec des vidéos de cas types de travailleurs avec qui les cliniciens ont plus de défis de communication. Les outils ont aussi été illustrés avec des exemples s'appliquant à la réadaptation au travail.

Dans un deuxième temps, l'étude a permis d'explorer si le modèle de l'entretien motivationnel (EM) pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail opérationnalisé par sa trousse de formation est utilisable par des cliniciens pour des travailleurs en réadaptation au travail pour un trouble musculosquelettique et d'établir les recommandations de modifications pour l'améliorer. Les cliniciens devaient premièrement consulter la trousse de formation sur un site Web gratuit et s'exercer. Deuxièmement, chacun devait faire l'expérimentation de l'EM avec un « patient simulé ». Il s'agissait d'une personne formée pour simuler un patient et réagir à l'interaction avec le clinicien formé. Cette expérimentation était évaluée par des experts en entretien motivationnel. Leur analyse et leur rétroaction étaient transmises à chaque clinicien, pour qu'ils puissent avoir une rétroaction objective de leur capacité à réaliser l'EM et plus facilement établir lors de l'entrevue individuelle leur avis sur l'utilisabilité de la trousse et les recommandations de modification dans la trousse. La majorité des cliniciens participants ont mentionné explicitement être satisfaits de la trousse de formation, en général. Les autres ont rapporté plusieurs éléments qu'ils ont aimés. Les capsules vidéo, les verbatims des capsules illustrant certaines composantes de l'EM, le modèle logique de l'EM, les outils

proposés pour mettre en pratique l'EM et le jeu-questionnaire à la fin de la formation pour mesurer les compétences acquises permettent de bien saisir l'esprit de l'EM.

Pour l'exploration de l'acceptabilité avec les travailleurs, ceux-ci ont été rencontrés pour obtenir leur avis, après avoir visionné deux vidéos illustrant l'approche. Les participants avaient tous un trouble musculosquelettique. Ils étaient à différents moments de leur réadaptation au travail (début du programme à récemment terminé). Ils avaient en moyenne six mois de délai entre leur événement et la rencontre. En visionnant une illustration de l'EM avec une ergothérapeute et une travailleuse, ces personnes ont globalement perçu l'EM positivement. L'EM avait beaucoup de sens pour la majorité des participants. Par exemple, les participants ont nommé que l'approche était sécurisante et réduisait l'isolement. Ils ont aussi vu la possibilité de se sentir plus outillés et soutenus dans leur cheminement. Ils mentionnent, entre autres, que les décisions et les objectifs semblent davantage émerger des travailleuses dans la vidéo. Les reflets de la clinicienne sur les vidéos permettaient de mieux faire réfléchir et accepter sa condition. L'avantage perçu était que cette façon de communiquer pourrait favoriser leur ouverture.

En conclusion, la retombée de cette étude est d'avoir un modèle et une trousse de formation pour opérationnaliser l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail. Concernant la faisabilité, globalement, les cliniciens ont jugé l'opérationnalisation, c'est-à-dire la trousse, utilisable avec quelques modifications. L'EM a aussi été jugée acceptable par les travailleurs. La prochaine étape sera de tester son implantation. Une adaptation pour le système d'assurance pourrait également être une avenue.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE.....	1
1. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	3
1.1 Facteurs pouvant contribuer à une dynamique de résistance	3
1.2 L'entretien motivationnel (EM)	4
1.3 Opérationnaliser une approche.....	6
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE	8
3. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE GÉNÉRALE.....	9
4. MÉTHODE POUR DÉVELOPPER UN MODÈLE LOGIQUE DE L'EM EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL (OBJ. 1).....	10
4.1 Devis	10
4.2 Participants.....	10
4.2.1 Procédure de recrutement.....	11
4.3 Procédure de collecte des données	11
4.3.1 Consultation individuelle	11
4.3.2 Consultation de groupe	13
5. RÉSULTAT : DÉVELOPPEMENT DU MODÈLE LOGIQUE (OBJ. 1).....	15
5.1 Caractéristiques des cliniciens ayant participé au développement du modèle logique.....	15
5.2 Consultation individuelle : accord avec les énoncés du modèle logique initial.....	16
5.3 Consultation de groupe : formulation du modèle logique final	19
6. MÉTHODE POUR EXPLORER LA FAISABILITÉ DU MODÈLE LOGIQUE DE L'EM EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL (OBJ. 2)	24
6.1 Devis	24
6.2 Participants et recrutement pour l'utilisabilité des cliniciens	24
6.3 Procédure de collecte des données pour l'utilisabilité des cliniciens	25
6.4 Participants et recrutement pour l'acceptabilité des travailleurs	28
6.5 Procédure de collecte des données pour l'acceptabilité des travailleurs	28
7. ANALYSE DES DONNÉES.....	31

8.	RÉSULTATS DE L'EXPLORATION DE LA FAISABILITÉ DU MODÈLE LOGIQUE DE L'EM EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL (OBJ. 2)	33
8.1	Caractéristiques des cliniciens ayant expérimenté l'utilisabilité de l'EM	33
8.2	L'utilisabilité du modèle logique avec une trousse de formation à l'EM en réadaptation - selon les cliniciens	33
8.3	Caractéristiques des travailleurs sollicités pour explorer l'acceptabilité de l'EM	41
8.4	Explorer l'acceptabilité de l'EM en réadaptation selon les travailleurs	45
9.	DISCUSSION	52
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	58
	ANNEXE A	66
A.1	Objectif 2 : Guide d'entrevue – Cliniciens	66
	ANNEXE B	68
B.1	Objectif 2 : Guide d'entrevue – Travailleurs	68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Données sociodémographiques des experts-cliniciens	15
Tableau 2.	Pourcentage d'accord avec les énoncés du 1 ^{er} questionnaire d'accord.....	17
Tableau 3.	Résultats obtenus au MITI en fonction des niveaux de familiarité avec l'EM	34
Tableau 4.	Données sociodémographiques des travailleurs	42
Tableau 5.	Résultats obtenus aux variables cliniques pour les travailleurs	44

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle logique initial de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail.	12
Figure 2.	Déroulement des consultations individuelles et de groupes.	19
Figure 3.	Modèle logique final de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail.	21

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Acronyme	Définition
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
RR	Risque relatif
EM	Entretien motivationnel
MINT	<i>Motivational Interviewing Network of Trainers</i>
MITI	<i>Motivational Interviewing Treatment Integrity</i>
DARN	Desires, Abilities, Reasons, Needs
CAT	Commitment, Actions, Taking steps
PUPSR	Programme d'utilisation des patients standardisés et réels
TMS	Troubles musculosquelettiques

RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE

Le rôle de travailleur au sein de la population active est central dans l'identité sociale des individus (Baril *et al.*, 1994 ; Limoges, 1987 ; Morin, 2008). Il procure une autonomie financière, confère un statut social, aide à construire des relations, structure le temps, l'espace (Limoges, 1987) et contribue à une meilleure qualité de vie (Morin, 2008). De plus, le travail, dans des conditions de non-précarité et de sécurité, est considéré comme un déterminant positif de la santé (Waddell et Burton, 2006). Pourtant, chaque année, de nombreux travailleurs ont de la difficulté à retourner au travail en raison d'une incapacité. L'incapacité au travail due à un problème de santé, lorsqu'elle persiste dans le temps, a des répercussions importantes pour les travailleurs, mais aussi pour leurs employeurs (van den Heuvel *et al.*, 2017). Les troubles musculosquelettiques (TMS) sont depuis longtemps une des principales causes d'incapacité dans les pays industrialisés (Woolf et Pfleger, 2003).

Les TMS sont au deuxième rang mondial pour leur impact sur le nombre d'années vécues avec une incapacité, selon l'étude du fardeau mondial de la maladie et au premier rang pour les personnes âgées de 50 à 69 ans (Briggs *et al.*, 2016). Environ une personne sur trois dans le monde vivrait avec un TMS persistant (≥ 12 semaines) (Briggs *et al.*, 2018). Au Québec, les TMS non liés à un traumatisme et liés au travail affectent près d'un million de travailleurs, soit 1 travailleur sur 4 (Tissot *et al.*, 2020). Avec un coût estimé de 48 000 \$ par blessure. Les coûts pour l'employeur sont aussi importants touchant l'absentéisme et la perte de productivité (Boucher *et al.*, 2019). Par exemple, les coûts directs (c.-à-d. liés au traitement de la maladie) pour les TMS sont estimés à 7,5 milliards de dollars (Deraspe, 2013 ; Stephens et Joubert, 2001). Au Québec, en 2017, les TMS représentaient 29,7 % des indemnités de remplacement de revenu versées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST, 2018). Les TMS représentent également 40 % de l'ensemble des coûts de la CNESST, atteignant 500 millions de dollars en 2017 (CNESST, 2017). Ainsi, des mesures sont nécessaires pour réduire tant les impacts économiques, que les impacts sociaux et humains de l'incapacité au travail.

En ce qui concerne les solutions permettant la réduction de l'incapacité au travail, une revue systématique d'essais randomisés conclut, à un niveau élevé d'évidence, que les interventions de réadaptation au travail sont plus efficaces que les soins usuels (van Wilsteren *et al.*, 2015). Elles réduiraient de 33 jours l'absence cumulative. Pour la récurrence d'absences et le statut fonctionnel, les évidences sont modérées (RR = 0,42) (van Wilsteren *et al.*, 2015). Les données démontrent ainsi l'efficacité des programmes de réadaptation au travail en contexte de recherche.

Or, il est reconnu que l'efficacité des interventions, dans la pratique clinique, est hautement influencée par les compétences relationnelles des cliniciens (Lambert et Barley, 2001 ; Lustig *et al.*, 2002).

Deux études ont démontré que les comportements de résistance au changement d'un patient en contexte d'intervention sont directement associés au style directif du clinicien (Miller *et al.*, 2001 ; Patterson et Forgatch, 1985). Il y aurait une tendance chez les cliniciens à mettre l'emphase sur des arguments soutenant la position de changement, pour les aider. Pour cette étude, ceci signifierait qu'un clinicien insisterait pour effectuer le retour au travail. Cependant, ce type de discours pour une personne initialement ambivalente, en raison de certaines craintes ou inquiétudes par rapport au retour au travail, aura souvent l'effet inverse et alimentera par la suite des comportements de résistance (Miller et Ernst, 2004).

Pour Miller et Rollnick (2002), la résistance d'un patient/travailleur se produit seulement dans un contexte d'interaction sociale, c'est-à-dire lors des discussions et des échanges entre le clinicien et le travailleur. Dans cette perspective, il est crucial d'établir des moyens pour soutenir une dynamique favorable, afin que le travailleur puisse bénéficier du meilleur soutien possible de la part du clinicien. À cet effet, une étude randomisée et contrôlée a démontré que les cliniciens, lorsque formé à une approche de communication (l'entretien motivationnel) peuvent soutenir l'engagement des travailleurs dans leur retour au travail (Park *et al.*, 2018). Cette approche est centrée sur la personne et est fondée sur les données probantes (Lundahl *et al.*, 2010). Cependant, selon une revue systématique portant sur les formations et leur évaluation de la formation, son utilisation par les cliniciens reste difficile à implanter (Barwick *et al.*, 2012). Dans une visée d'implantation dans la pratique courante, il est essentiel de démocratiser cette approche par son opérationnalisation, afin de la rendre plus explicite et accessible.

Cette proposition s'inscrit dans le champ de la réadaptation au travail qui vise à améliorer l'intervention dans le système de santé, afin de soutenir des actions efficaces. Plus spécifiquement, elle correspond au développement et à la mise en œuvre de la réadaptation et du retour durable au travail et au soutien aux interventions en milieu clinique, un des thèmes prioritaires à l'IRSST.

1. ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'état des connaissances abordera trois principaux thèmes. Le premier portera sur les facteurs pouvant contribuer à une dynamique de résistance. Le deuxième thème présentera l'approche de communication retenue, soit l'entretien motivationnel (EM). Finalement, le troisième thème abordera une façon reconnue d'opérationnaliser l'approche de l'EM, par le développement d'un modèle logique de l'intervention.

1.1 Facteurs pouvant contribuer à une dynamique de résistance

À travers les résultats émanant de nos diverses études effectuées en prévention de l'incapacité au travail, l'équipe de chercheurs de la présente étude a été en mesure de mieux saisir les facteurs pouvant influencer la dynamique entre le clinicien et le travailleur. Dans un premier temps, l'équipe a tenté de mieux comprendre la façon dont le travailleur ayant un TMS causant une incapacité au travail se représente/comprend son problème de santé (Coutu *et al.*, 2008). Des travailleurs ont été interrogés au début du programme de réadaptation, à l'annonce du retour au travail, à 50 % du temps régulier et à la fin du programme de réadaptation. La majorité des travailleurs a affirmé, avant d'effectuer le retour au travail, ressentir une ambivalence et de la résistance par rapport au retour au travail. En revanche, après l'exposition au travail, la vaste majorité rapportait être soulagée et reconnaissait la pertinence du retour thérapeutique au travail (c.-à-d., l'ergothérapeute qui effectue un accompagnement lors du retour) (Coutu *et al.*, 2008 ; Coutu *et al.*, 2010 ; Coutu, Durand, *et al.*, 2011). Cette étude permet donc d'observer la présence de comportements d'ambivalence et de résistance lorsqu'il est question du processus de retour au travail à la suite d'une blessure.

Dans un deuxième temps, une autre étude a été effectuée auprès de travailleurs toujours durant leur programme de réadaptation au travail, incluant un retour thérapeutique au travail (Loisel *et al.*, 2001). Cette étude visait à mieux comprendre la fluctuation des inquiétudes rapportées par les travailleurs durant le programme de réadaptation. Les résultats ont permis d'observer que les travailleurs rapportent une réduction cliniquement significative et très rapide des inquiétudes, et ce, dès qu'ils ont été en milieu de travail (Coutu *et al.*, 2010 ; Coutu, Durand, *et al.*, 2011). À la suite de cette étude, il restait à étudier plus en profondeur la relation entre les inquiétudes des travailleurs et leur environnement de travail. Ainsi, dans un troisième temps, il a été possible d'observer que les inquiétudes rapportées par les travailleurs émanaient essentiellement de situations vécues au travail, plutôt que dans la vie personnelle. Les observations auprès des travailleurs étaient aussi concordantes avec l'évaluation de leur ergothérapeute. Il y avait une vision commune concernant les situations vécues au travail, perçues comme à risque pour le travailleur. Par exemple, le travailleur s'inquiétait de ne pas avoir accès à des ressources (outils, banc de repos, etc.) pour lui permettre de faire ses tâches (Coutu *et al.*, 2023).

Les études font ressortir qu'à différents moments du processus de réadaptation et de retour au travail, des obstacles comme l'anticipation du retour, les inquiétudes, le manque de marge de manœuvre viendront contribuer à l'incertitude ou l'ambivalence. Une métasynthèse de recherches qualitatives portant sur le retour au travail pour des employés ayant une incapacité au travail due à un trouble mental commun (Andersen *et al.*, 2012) rapporte aussi diverses sources d'ambivalences. Dans cette étude, cette ambivalence aurait fait en sorte qu'il devienne difficile pour les travailleurs d'établir le moment où ils se sentent prêts à retourner au travail (Andersen *et al.*, 2012). Ainsi, ce soutien doit être offert au moment opportun, pour optimiser les retombées de l'intervention en milieu de travail.

En contexte d'ambivalence, par exemple à retourner au travail, certains comportements de résistance du patient/travailleur peuvent émerger. Malheureusement, cette résistance est perçue par les cliniciens comme une caractéristique de l'individu. Plusieurs auteurs statuent clairement que cette vision devrait être proscrite (Miller et Rollnick, 2013 ; Westra *et al.*, 2012). Le fait que la résistance est perçue comme une caractéristique personnelle et non comme le résultat de la dynamique clinicien-travailleur pourrait avoir pour conséquence que le clinicien « baisse les bras » devant cette « résistance », puisqu'il n'est pas conscient qu'il puisse générer de la résistance et qu'il peut agir sur celle-ci, sans l'exacerber. À cet effet, des physiothérapeutes, techniciens en physiothérapie et ergothérapeutes au Québec ont récemment nommé comme obstacle majeur, cette perception de résistance et se percevaient peu outillés pour intervenir (Godbout *et al.*, sous presse).

Miller et Rollnick (2013) stipulent plutôt que l'ambivalence manifestée doit être considérée comme normale en contexte de changements complexes, comme le processus de retour au travail. Le clinicien qui répond à cette ambivalence par l'adoption d'un style directif, comme tenter de convaincre que son programme pourra aider la personne, pourrait alors générer des comportements de résistance plus ou moins importants. Ainsi, l'EM est particulièrement indiqué en contexte où une personne est perçue par le clinicien comme ambivalente ou résistante au changement (Page et Tchernitskaia, 2014). Pour Miller et Rollnick (2013), la résistance doit être explorée et résolue : c'est ce que propose l'EM.

1.2 L'entretien motivationnel (EM)

L'EM est une approche de communication collaborative qui permet de soutenir la motivation intrinsèque d'une personne envers son engagement à changer (Miller et Rollnick, 2013). En contexte de réadaptation au travail, l'engagement à changer serait par exemple l'engagement à retourner au travail ou participer à un programme de réadaptation au travail. Le clinicien qui utilise l'EM guide la discussion pour établir les désirs, les besoins, les habilités ou les raisons personnelles qui peuvent soutenir la personne dans son processus de réadaptation au travail, par exemple.

Quatre concepts sont centraux à l'EM : collaborer avec la personne, l'accepter, avoir une attitude de compassion envers elle et faire évoquer ses forces. L'acceptation se démontre par l'empathie, la valorisation et en nommant les valeurs de la personne et en soutenant son autonomie. Il y a quatre grands processus rattachés aux quatre concepts centraux à l'EM. Le premier est l'engagement dans la relation en créant une alliance de travail. Ensuite, il s'agit de se centrer (focussing) sur une direction comme un objectif, d'évoquer les motivations de la personne liée à l'objectif et finalement de planifier le changement (Miller et Rollnick, 2013). En ce qui concerne son efficacité, une revue systématique couvrant 25 ans d'études empiriques a identifié 119 études et conclut que l'EM est efficace et permet de réduire la durée des suivis (Lundahl *et al.*, 2010).

L'EM est parfois utilisé en complémentarité avec le modèle transthéorique qui met l'accent sur les processus associés aux changements de comportements (Prochaska et DiClemente, 1994). Ce modèle identifie des stades que traverse l'individu lorsqu'il doit modifier sa façon de faire habituelle (changement de comportements) (Prochaska et DiClemente, 1994). Quatre stades décrivent l'état de préparation à un changement et le changement comme tel. 1) **La précontemplation**, où la personne n'a pas conscience qu'elle doit modifier sa façon de faire. Par exemple, un travailleur est dirigé vers un programme de réadaptation au travail, alors qu'il ne connaissait pas l'existence de ce type de programme et qu'il ne se perçoit pas prêt à retourner au travail. Dans ce cas, il serait naturellement résistant à la proposition. 2) **La contemplation** a lieu lorsque la personne conçoit la possibilité d'un changement, mais elle est ambivalente quant à son engagement et encore en partie résistante. Les travailleurs ayant des craintes et des inquiétudes par rapport à leur retour au travail seraient à ce stade. 3) **L'action** correspond au moment où la personne amorce un changement, comme débiter une reprise graduelle des tâches. 4) **Le maintien** est atteint lorsque la personne a effectué le changement et doit le maintenir (p. ex. maintenir une gestion de la douleur ou le processus de retour au travail) (Prochaska *et al.*, 1992). À chacun des stades correspondent des besoins de soutien qui doivent être adaptés, afin de mieux soutenir la personne.

Bien que l'EM soit proposé au moment de débiter un programme ou une démarche de changement, la plupart des personnes passent par les stades à des rythmes différents (Kaplan *et al.*, 1993). En fait, il peut y avoir des périodes de stagnation, de retour et d'abandon temporaire (Prochaska et DiClemente, 1994). Ainsi, l'EM pourrait être effectué non seulement au début de la prise en charge, mais à d'autres moments durant le programme de réadaptation au travail, selon la présence de nouvelles difficultés qui n'auraient pas été anticipées.

L'EM a été utilisé dans différents milieux pour traiter divers problèmes de santé (Hettema *et al.*, 2005), dont en contexte de retour au travail (Page et Tchernitskaia, 2014). Dans certains cas de problématiques mineures touchant la santé psychologique ou la modification d'habitudes de vie, l'EM est offert en quelques rencontres. À ce moment, il est utilisé pour soutenir l'individu, sans représenter en soi une approche thérapeutique.

Cependant pour d'autres problématiques, l'EM utilisé seul n'est pas suffisant en soi (Miller et Rollnick, 2013). Dans ces cas, une intervention en concomitance, comme une intervention en milieu de travail (Durand *et al.*, 2017) est alors nécessaire.

Ce qui réduit l'efficacité de l'EM est l'observation de comportements non compatibles avec l'EM, chez les cliniciens tels la confrontation, le style directif, le réflexe de l'expert, dont le fait de mettre en garde (c.-à-d. « *Attention, si vous faites cela, il pourrait vous arriver...* ») (Apodaca et Longabaugh, 2009). Cependant, lorsque les cliniciens sont formés à l'EM, ceux-ci présentent moins ces comportements, comparativement à ceux n'étant pas formés à l'EM (Apodaca et Longabaugh, 2009).

Il existe une revue systématique portant sur l'évaluation de formations offertes sur l'EM (Söderlund *et al.*, 2011 ; Söderlund *et al.*, 2008). Les études porteraient surtout sur la satisfaction ou la perception des cliniciens relativement au changement de leur pratique (Söderlund *et al.*, 2011), ce qui n'est pas l'habileté réelle à effectuer l'EM. Seulement trois études ont analysé des enregistrements des séances d'EM. Ils observent des résultats convergents à Apodaca et Longabaugh (2009). En effet, les cliniciens formés à l'EM auraient davantage de comportements compatibles à l'EM (Söderlund *et al.*, 2011). Ces auteurs ont conclu et renforcent **l'importance d'offrir un soutien systématique aux cliniciens, car les compétences en EM après la formation ne persistent pas toujours dans le temps** (Söderlund *et al.*, 2011). **Il est donc crucial de soutenir le clinicien avec des outils adaptés à leur réalité de pratique clinique.**

En ce qui concerne l'utilisation de l'EM en contexte de retour au travail, une étude a été effectuée auprès d'un assureur à la Direction norvégienne du travail et de la protection sociale. L'EM a été introduite dans leur organisation (Flodgren et Berg, 2017). Les conseillers ont trouvé l'EM pertinent, mais sa mise en œuvre dans la pratique a été difficile. Les auteurs observent que les stratégies d'implantation n'ont pas toutes été bénéfiques. L'acceptabilité et l'utilisabilité n'ont pas été documentées. Par exemple, tous les niveaux hiérarchiques n'appuyaient pas le changement de pratique et une utilisation irrégulière de l'EM a été observée (Ståhl et Gustavsson, 2018). En somme, l'EM est efficace, mais son implantation reste difficile. Pour favoriser son implantation, il vaudrait mieux outiller les cliniciens, tenir compte du contexte d'implantation, s'assurer que l'EM est adapté à la réalité de la pratique et est perçu comme acceptable.

1.3 Opérationnaliser une approche

Dans la perspective d'opérationnaliser une approche comme l'EM, l'une des premières étapes consiste à élaborer un modèle logique plausible (Champagne *et al.*, 2009). Une des recommandations d'une revue systématique des formations à l'EM pour les professionnels de la santé est d'ailleurs d'élaborer une théorie du programme pour mieux comprendre les mécanismes de l'EM (Söderlund *et al.*, 2011). Une façon est d'élaborer un modèle logique de l'approche (Champagne *et al.*, 2009 ; Chen *et al.*, 1999). Ce modèle

constitue une schématisation de l'approche. Il identifie les effets immédiats qui devraient mener à des effets intermédiaires et ultimes, comme favoriser le retour au travail à plus long terme (Chen *et al.*, 1999). Des activités et moyens sont identifiés pour permettre l'atteinte des effets. Des ressources matérielles peuvent aussi être ciblées pour soutenir la réalisation des activités (Funnell *et al.*, 2011).

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif général de cette étude est d'opérationnaliser l'EM à la réadaptation au travail, afin de soutenir l'implantation de l'EM dans la pratique. Pour ce faire, les objectifs spécifiques suivants ont été poursuivis :

1. Développer un modèle logique de l'EM avec des experts-cliniciens pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail qui est plausible et faisable ;
2. Explorer la faisabilité du modèle logique de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail, du point de vue des cliniciens et des travailleurs.

Globalement, une étude de faisabilité est recommandée pour déterminer si une intervention est appropriée en vue d'être testée (Bowen *et al.*, 2009). La faisabilité a été étudiée sous deux dimensions. Puisque nous ne savons pas si un modèle logique de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail sera suffisant pour permettre aux cliniciens de le déployer en contexte de pratique, l'utilisabilité du modèle sera explorée auprès des cliniciens. L'utilisabilité est effectuée pour déterminer si d'autres changements sont nécessaires pour soutenir la faisabilité de son implantation (Bowen *et al.*, 2009). Finalement, l'autre aspect incontournable de la faisabilité est de savoir si les travailleurs visés perçoivent l'EM en réadaptation au travail acceptable.

3. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE GÉNÉRALE

Cette étude s'inscrit dans le domaine de la recherche évaluative (Contandriopoulos *et al.*, 1992). Généralement, l'élaboration d'une intervention nécessite quatre phases itératives : l'évaluation des besoins ; la planification et l'élaboration de l'intervention ; la mise en œuvre et l'évaluation de l'intervention ; l'amélioration de l'intervention (Berk et Rossi, 1999). Chacune de ces phases implique une méthodologie et des analyses spécifiques pour assurer la validité et la fiabilité des données collectées (Love, 2004). Pour la première phase, selon les besoins, ceux-ci ont été évalués selon une approche déductive. Ils sont fondés sur des études antérieures qui ont été présentées dans l'état des connaissances (Coutu *et al.*, 2008 ; Coutu *et al.*, 2010 ; Kilgour *et al.*, 2015a, 2015b ; Park *et al.*, 2018 ; Rose *et al.*, 2017). Par conséquent, le projet actuel s'est concentré sur la deuxième phase, soit celle de la planification et de l'élaboration de l'intervention.

Dans un souci de clarté, il est à noter que les utilisateurs visés par l'EM en réadaptation au travail sont les cliniciens en réadaptation au travail. Ceux qui en bénéficient sont les travailleurs ayant une incapacité au travail. Finalement, pour faciliter la lecture, la méthodologie et les résultats pour l'objectif 1 seront d'abord présentés dans leur ensemble, suivis de la méthodologie et des résultats pour l'objectif 2. Il est à noter que l'ensemble du projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (numéro 2021-3762).

4. MÉTHODE POUR DÉVELOPPER UN MODÈLE LOGIQUE DE L'EM EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL (OBJ. 1)

4.1 Devis

Un devis séquentiel mixte a été retenu. La Technique de Recherche d'Information par Animation d'un Groupe d'Experts (TRIAGE) a été utilisée. Elle vise le consensus au sein d'un groupe et permet une interaction libre et directe entre experts (Albert *et al.*, 2020). Elle repose sur un paradigme constructiviste (Gervais et Pépin, 2002). Par conséquent, les chercheurs s'abstiennent d'imposer leurs points de vue et permettent plutôt aux experts-cliniciens de délibérer en fonction de leur expérience et connaissance (Leclerc, 1999).

Pour le développement du modèle logique de l'EM, la combinaison d'une perspective fondée sur la théorie (littérature scientifique) avec une perspective fondée sur l'utilisateur (experts-cliniciens) (Ridde et Dagenais, 2009) a été retenue. Cette méthode a été utilisée avec succès dans des études antérieures (Bouffard *et al.*, 2019 ; Coutu *et al.*, 2015 ; Coutu *et al.*, 2016 ; Coutu, Légaré, *et al.*, 2011 ; Longtin *et al.*, 2020). D'abord, une version préliminaire du modèle logique de l'EM a été élaborée en fonction des données probantes en EM, dont plusieurs revues systématiques de la littérature sur l'EM, méta-analyse ou revues réalistes. Cette version a été utilisée pour le TRIAGE, afin d'en promouvoir la faisabilité et la plausibilité du modèle de l'EM en réadaptation au travail.

4.2 Participants

Un échantillon théorique de 8 à 10 experts-cliniciens était visé. Les critères d'admissibilité étaient :

1. D'être un clinicien œuvrant en réadaptation au travail (ergothérapeutes, physiothérapeutes ou psychologues) auprès majoritairement d'une clientèle ayant un TMS ;
2. D'avoir au moins deux ans d'expérience en réadaptation au travail ;
3. Parler français ;
4. Avoir une compréhension générale de l'EM ou des processus de changement de comportements.

Pour mesurer le critère n° 4 ci-haut, les trois questions suivantes étaient posées :

1. Êtes-vous familier avec l'EM ou le processus de changement de comportement ?
 - a. Quel type de formation avez-vous suivie et en quelle année ?
(admissible = atelier ou formation de plus de 6 heures) ;
2. Quel est le nombre d'heures totales de formation ?
(admissible = plus de sept heures) ;

3. Jusqu'à quel point utilisez-vous l'EM dans votre pratique courante ?
(admissible = oui, je l'utilise dans ma pratique ou je l'utilise de manière partielle dans ma pratique).

Aussi, afin de s'assurer que les adaptations restent dans l'esprit et les fondements de l'EM, un clinicien expert et formateur reconnu par le *Motivational Interviewing Network of Trainers* (MINT) a participé à l'étude.

Les experts-cliniciens ne répondant pas à tous les critères d'admissibilité concernant l'expertise en EM se sont vu offrir une participation à l'objectif 2 (explorer la faisabilité du modèle logique de l'EM en contexte de la pratique de la réadaptation au travail).

4.2.1 Procédure de recrutement

Des experts-cliniciens ont été recrutés dans un premier temps dans les centres ou les cliniques de réadaptation au travail dans la région du Grand Montréal et de l'Estrie via une banque de données qui regroupe les noms des cliniciens qui ont participé à des études ou à des formations organisées par la présente équipe de recherche. Des courriels personnalisés ont été transmis par une professionnelle de recherche (SP) pour solliciter leur intérêt à participer. Après réception d'une réponse positive, les critères d'admissibilité ont été vérifiés, le formulaire de consentement présenté et les périodes plus propices à l'agenda pour mener les rencontres de groupe sondé. L'experte formée par le MINT est une référence connue par notre équipe dans le domaine de l'EM. La chercheuse principale de l'étude (MFC) l'a contactée pour solliciter son intérêt à participer et pour vérifier son appartenance au MINT.

4.3 Procédure de collecte des données

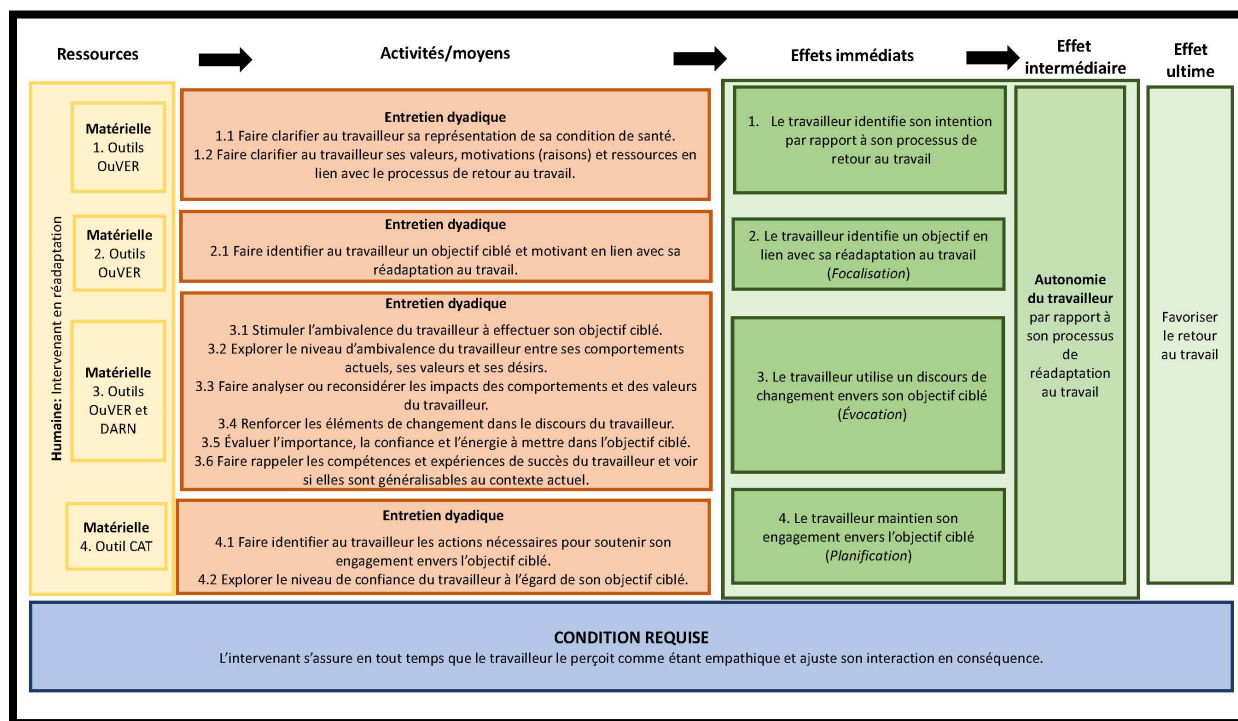
Selon la technique TRIAGE, une première consultation individuelle de tous les experts-cliniciens est réalisée. Elle est effectuée en utilisant un questionnaire. Les participants doivent individuellement se positionner s'ils sont en accord ou en désaccord sur un ensemble d'items. Lorsqu'ils sont en désaccord, ils sont invités à répondre à quelques questions ouvertes pour faire des propositions/suggestions qui pourront par la suite être discutées en groupe. Les items n'ayant pas fait consensus ($\leq 85\%$) ont été compilés en prévision de la rencontre de groupe, avec les mêmes experts-cliniciens. Lors de cette rencontre, les participants discutent, analysent et construisent par consensus le modèle logique final plausible et faisable selon eux.

4.3.1 Consultation individuelle

À la suite du consentement à participer, un courriel était transmis au participant. Celui-ci incluait, le modèle logique de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail (voir la figure 1), une courte capsule vidéo explicative (durée 7 minutes) réalisée par la chercheuse principale (MFC), un document décrivant les ressources matérielles

(outils) pour soutenir la réalisation des activités et un lien Web dirigeant vers le questionnaire sur la plateforme Microsoft Forms. Deux semaines étaient prévues pour consulter la documentation et remplir le questionnaire. Des rappels ont aussi été transmis par courriel.

Figure 1. Modèle logique initial de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail.



4.3.1.1 Instruments

Questionnaire

Le questionnaire utilisé est une adaptation de Coutu *et al.* (2016). Les items du questionnaire visent à documenter l'accord (oui, non) concernant des énoncés sur le modèle logique initial de l'EM en réadaptation. Pour chacune des composantes du modèle (effets, activités/moyens, ressources matérielles et condition préalable), l'avis des experts-cliniciens était recueilli pour savoir si elles étaient **nécessaires, suffisantes et formulées clairement**. Advenant une réponse négative (non), de courtes propositions sous la forme de précisions ou suggestions étaient demandées, par une question ouverte. Par exemple : « sinon, pourquoi la condition requise n'est-elle pas nécessaire au modèle d'EM en réadaptation au travail ? ». Deux types de questions ont aussi été ajoutées. D'abord pour obtenir plus d'information sur l'ampleur des modifications/adaptations nécessaires pour les ressources matérielles (p. ex. Globalement, que faudrait-il ajouter ou

modifier pour que la ressource matérielle 3 soit suffisamment détaillée ?) et ensuite pour ouvrir à tous autres commentaires (Est-ce que vous avez d'autres commentaires à formuler sur le modèle d'entretien motivationnel ?).

Le questionnaire a été prétesté auprès de deux experts représentatifs du groupe ciblé. Aucun commentaire portant sur la clarté du questionnaire n'a été émis. Ainsi, le questionnaire a été repris pour la collecte de données.

Questionnaire sur les données sociodémographiques

Le questionnaire incluait les informations suivantes pour caractériser les répondants : l'âge, le sexe, le genre, le niveau de scolarité, le titre d'emploi, l'ancienneté en réadaptation au travail, la pratique clinique actuelle (privée, public ou les deux) et depuis combien d'années utilisent-ils l'EM.

4.3.2 Consultation de groupe

Selon TRIAGE, préalablement à la consultation de groupe, des analyses de fréquences sont réalisées pour obtenir un pourcentage d'accord de groupe, pour chaque énoncé au questionnaire. Les énoncés ne faisant pas consensus ($\geq 85\%$) (Tassé *et al.*, 2010) doivent être discutés à la consultation de groupe. Les énoncés et leurs propositions doivent être retranscrits intégralement et de façon anonyme. Un résumé des propositions, classées selon les effets et activités/moyens, ressources matérielles, est remis aux experts-cliniciens, avant les rencontres de groupe pour faciliter les échanges.

L'animation a été réalisée par la chercheuse principale (MFC), qui est également psychologue et possède une excellente expérience en animation de groupe. L'animatrice a été soutenue par deux professionnelles de recherche (SP et MEL). Celles-ci géraient le temps, prenaient des notes sur les propositions émises, le regroupement de celles-ci et sur les décisions prises, afin d'assurer le bon déroulement des rencontres. Pour la présente étude, les rencontres de groupe se sont déroulées à distance via la plateforme Teams et un logiciel de type « tableau blanc » (InVision : <https://www.invisionapp.com/>) afin de reproduire le déroulement d'un TRIAGE en présentiel. Les rencontres ont été enregistrées sur bande audio.

Lors des rencontres de groupe, au moment où un énoncé est discuté, seules les propositions s'y rattachant sont affichées. Ceci permet de faciliter le soutien visuel et facilite le triage des propositions par les experts-cliniciens (Albert *et al.*, 2020). Le principe de triage est le suivant : les propositions se situent d'abord dans la section *mémoire*. Les experts-cliniciens peuvent ensuite choisir de les regrouper s'ils ont des similitudes, de les renommer, d'en ajouter ou de les déplacer à la *corbeille* où elles ne seront plus retenues (Albert *et al.*, 2020). Lorsqu'une proposition parvient à un consensus, elle est alors considérée comme sélectionnée et placée dans la section *sélection*. En cas de désaccord entre les participants, l'animateur peut déplacer temporairement une proposition dans la

section *réfrigérateur* pour discussion ultérieure. Si un accord ne peut être atteint, la proposition peut être transférée à la section *veto*, pour examen ultérieur par un groupe externe (Albert *et al.*, 2020 ; Gervais et Pépin, 2002). À la fin, le modèle logique de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail est obtenu. En guise de dédommagement pour le temps consacré à l'étude, les experts-cliniciens participants ont reçu 225 \$ pour chaque participation à une rencontre de groupe.

5. RÉSULTATS : DÉVELOPPEMENT DU MODÈLE LOGIQUE (OBJ. 1)

5.1 Caractéristiques des cliniciens ayant participé au développement du modèle logique

Le recrutement s'est déroulé de janvier à septembre 2021. Au total, 25 experts-cliniciens ont été contactés pour participer à l'étude. De ce nombre, six ont refusé de participer. Les raisons évoquées sont : le manque de temps (n = 4) ; un conflit d'horaire pour les rencontres de groupe (n = 1) et une invitation laissée sans retour. Dix personnes ne répondaient pas aux critères d'admissibilité : six n'avaient pas une clientèle TMS, trois avaient un niveau de connaissance en EM insuffisant pour être identifiés comme expert et une avec une ancienneté en réadaptation de moins de 2 ans. Finalement, neuf experts-cliniciens admissibles ont accepté de participer. Tous ont rempli le questionnaire et participé à la première rencontre de consensus. Pour la deuxième et la troisième rencontre de consultation de groupe, 7 personnes ont participé. Deux personnes sur les neuf participants ont dû s'absenter des rencontres, mais nous ont transmis leurs commentaires par courriel.

Le tableau 1 présente les données sociodémographiques des participants. L'âge moyen est de 40 ans, la majorité étant des femmes (77,8 % ; 7/9) s'associant aussi au genre féminin (77,8 % ; 7/9). La majorité (66,7 % ; 6/9) détient un diplôme universitaire de 2^e cycle, est ergothérapeute (66,7 % ; 6/9) et en cliniques privées (100 % ; 9/9). La moyenne d'ancienneté dans le domaine de la réadaptation au travail est d'environ 13 ans et de 5 ans pour l'utilisation de l'EM dans sa pratique clinique. La durée moyenne des formations en EM lors du recrutement était de 12 heures et a été suivie entre 2011 et 2020.

Tableau 1. Données sociodémographiques des experts-cliniciens

Données sociodémographiques		Experts-cliniciens (n=9)
Âge	Moyenne (É-T)	40,44 (13,30)
Sexe	Homme Femme	2 (22,2 %) 7 (77,8 %)
Genre	Masculin Féminin	2 (22,2 %) 7 (77,8 %)
Dernier niveau scolarité	Baccalauréat Maîtrise Doctorat	1 (11,1 %) 6 (66,7 %) 2 (22,2 %)

Données sociodémographiques		Experts-cliniciens (n=9)
Titre d'emploi	Ergothérapeute	6 (66,7 %)
	Physiothérapeute	1 (11,1 %)
	Psychologue	2 (22,2 %)
Pratique actuelle	Établissement public	0
	Clinique privée	9 (100 %)
	Les deux	0
Ancienneté en réadaptation au travail (an)		
	Moyenne (É-T)	13,19 (10,41)
Nombre d'année d'utilisation de l'EM dans sa pratique		
	Moyenne (É-T)	6,11 (4,14)
Nombre d'heure de formation EM		
	Moyenne (É-T)	12,17 (3,13)

5.2 Consultation individuelle : accord avec les énoncés du modèle logique initial

Pour la consultation individuelle, le tableau 2 présente les accords obtenus au premier questionnaire portant sur le modèle logique initial d'EM en réadaptation au travail. Les énoncés portaient sur les effets, activités/moyens, ressources matérielles et condition préalable (n = 21 énoncés). Un total de 62 % (13/21) d'énoncés atteint un accord ≥ 85 % et 8 ont atteint un accord de ≤ 85 %. Une revue de l'ensemble des réponses individuelles pour les énoncés ayant obtenu un consensus a toutefois été réalisée. L'idée étant qu'il pourrait y avoir consensus, mais qu'il pourrait y avoir eu une seule proposition qui pourrait toucher un aspect important. Dans ce contexte, elle serait reprise dans le groupe pour établir un consensus. Ceci a été le cas pour trois propositions. La première proposition remettait en question la plausibilité en stipulant que l'autonomie n'était pas soutenue¹. La deuxième et la troisième visaient à s'assurer que le travailleur dispose de l'information nécessaire pour définir son intention. Ainsi, 11 énoncés portant sur les effets, les activités et la condition préalable ont été ciblés pour la consultation de groupe.

¹ J'ai un problème avec le constat que « les effets immédiats 1, 2, 3, et 4 sont nécessaires... ». pour moi, le 1 et 2 font du sens sans problème ; ils soutiennent l'autonomie du travailleur. mais pour soutenir l'autonomie du travailleur, il devrait avoir le droit de NE PAS changer autant que de changer. En fait, il me semble que le soutien d'autonomie est le travail du/faït par l'intervenant et n'est pas basé sur les réponses du travailleur. Bref, les effets 3 et 4 ne soutient pas l'autonomie--ils sont les effets possibles d'une l'intervention efficace de l'intervenant efficace si la personne veut changer.

Tableau 2. Pourcentage d'accord avec les énoncés du 1^{er} questionnaire d'accord

Sections du modèle	Énoncés du questionnaire	% accord au questionnaire
Condition	3. La condition requise est nécessaire.	100
	4. La condition requise est suffisante.	33,3
	5. La condition requise est formulée clairement.	100
Effet intermédiaire	6. L'effet intermédiaire est nécessaire.	100
	7. L'effet intermédiaire est suffisant.	55,6
	8. L'effet intermédiaire est formulé clairement.	88,9
Effets immédiats	9. Les effets immédiats 1, 2, 3 et 4 sont nécessaires.	88,9
	10. Les effets immédiats 1, 2, 3 et 4 sont suffisants.	55,6
	11. Les effets immédiats 1, 2, 3 et 4 sont formulés clairement.	55,6
Activités/moyens 1	12. Les activités/moyens 1.1 et 1.2 sont nécessaires pour atteindre l'effet immédiat 1.	88,9
	13. Les activités/moyens 1.1 et 1.2 sont suffisants pour atteindre l'effet immédiat 1.	88,9
	14. Les activités/moyens 1.1 et 1.2 sont formulés clairement.	88,9
Activités/moyens 2	15. L'activité/moyen 2.1 est nécessaire pour atteindre l'effet immédiat 2.	100
	16. L'activité/moyen 2.1 est suffisant pour atteindre l'effet immédiat 2.	55,6
	17. L'activité/moyen 2.1 est formulé clairement.	88,9
Activités/moyens 3	18. Les activités/moyens 3.1 à 3.6 sont nécessaires à l'atteinte de l'effet immédiat 3.	100
	19. Les activités/moyens 3.1 à 3.6 sont suffisants pour atteindre l'effet immédiat 3.	55,6
	20. Les activités/moyens 3.1 à 3.6 sont formulés clairement.	55,6
Activités/moyens 4	21. Les activités/moyens 4.1 et 4.2 sont nécessaires à l'atteinte de l'effet immédiat 4.	100
	22. Les activités/moyens 4.1 et 4.2 sont suffisants pour atteindre l'effet immédiat 4.	44,4
	23. Les activités/moyens 4.1 et 4.2 sont formulés clairement.	88,9

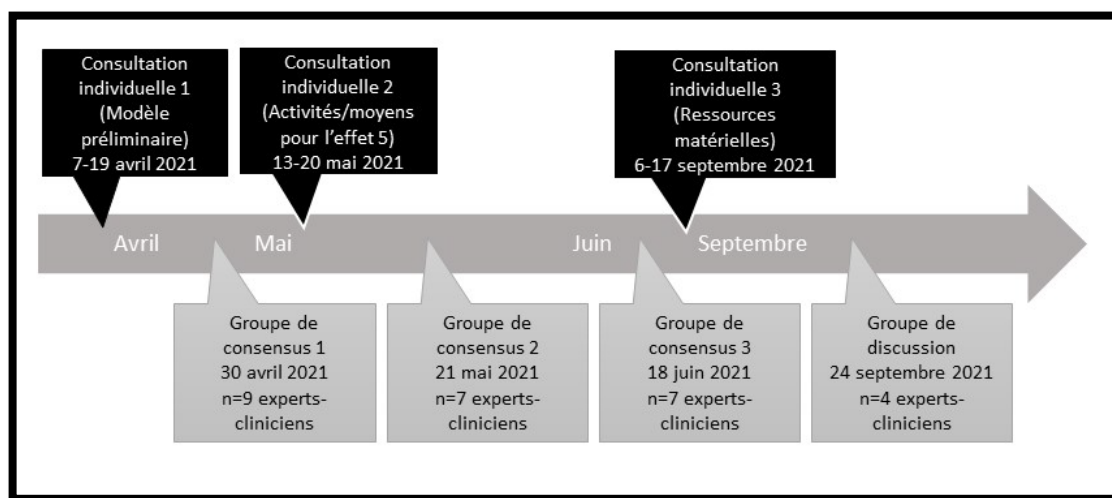
*Les énoncés en gras représentent ceux n'ayant pas fait consensus

Les 11 énoncés comprenaient un total de 49 propositions. Parmi ces propositions, six portaient sur la condition requise, quatre sur l'effet intermédiaire visant l'autonomie du travailleur, 16 sur les quatre effets immédiats proposés et 23 sur les activités/moyens. En moyenne 4,5 propositions ont été obtenues par énoncé (médiane = 4 ; minimum = 0 ; maximum = 11).

Les énoncés qui ont reçu le plus faible pourcentage d'accord sont premièrement, la condition requise est suffisante en soi (33,3 %). La condition stipulait que *l'intervenant s'assure en tout temps que le travailleur le perçoit comme étant empathique et ajuste son interaction en conséquence*. Deuxièmement, les deux activités/moyens qui étaient de *faire identifier au travailleur les actions nécessaires pour soutenir son engagement envers l'objectif ciblé et d'explorer le niveau de confiance du travailleur à l'égard de son objectif ciblé* n'ont pas été jugés suffisants en soi pour pouvoir atteindre l'effet que *le travailleur maintienne son engagement envers l'objectif ciblé* (44,4 %).

À la lumière des résultats obtenus lors de la consultation individuelle et du premier groupe de consensus, une deuxième et une troisième consultation individuelle ont été ajoutées. La deuxième consultation individuelle (questionnaire) avait pour but de documenter les activités/moyens et les ressources matérielles à la suite de l'ajout d'un 5^e effet immédiat (le travailleur applique une résolution de problème en lien avec tous obstacles associés avec le processus de réadaptation au travail), lors du 1^{er} groupe de consensus. Cette consultation individuelle s'est déroulée avant le 2^e groupe de consensus. Cette consultation a généré 39 propositions. La troisième consultation individuelle a été ajoutée, puisque les ressources matérielles proposées ont été jugées peu claires et insuffisantes pour soutenir la faisabilité des activités/moyens. L'adaptation du contenu des outils allant plus loin que le modèle logique, cette partie a été poursuivie avec un sous-groupe de participants ayant accepté de poursuivre leur participation. Aussi, le contenu étant très détaillé, il a été jugé plus réaliste de recueillir les orientations pour les changements et non l'obtention d'un consensus sur tout le contenu écrit. Le déroulement de l'ensemble des consultations individuelles et de groupes est présenté à la figure 2.

Figure 2. Déroulement des consultations individuelles et de groupes.



5.3 Consultation de groupe : formulation du modèle logique final

Les rencontres de groupe ont eu lieu entre avril et septembre 2021. Un total de trois rencontres de trois heures chacune a été nécessaire pour établir un consensus sur la condition, les effets et les activités/moyens. Une quatrième rencontre sous la forme d'un groupe de discussion a été ajoutée pour obtenir des recommandations portant sur le contenu des ressources matérielles adaptées par l'équipe de recherche pour mieux contextualiser leur utilisation en réadaptation au travail.

La prochaine section résume les principaux points de discussion de groupe concernant les modifications à apporter au modèle logique. Ceux-ci réfèrent à la condition requise, l'effet intermédiaire, les effets immédiats, les activités/moyens et les ressources matérielles. Les éléments surlignés en jaune dans la figure 3 illustrent les changements apportés à la suite des rencontres de consensus.

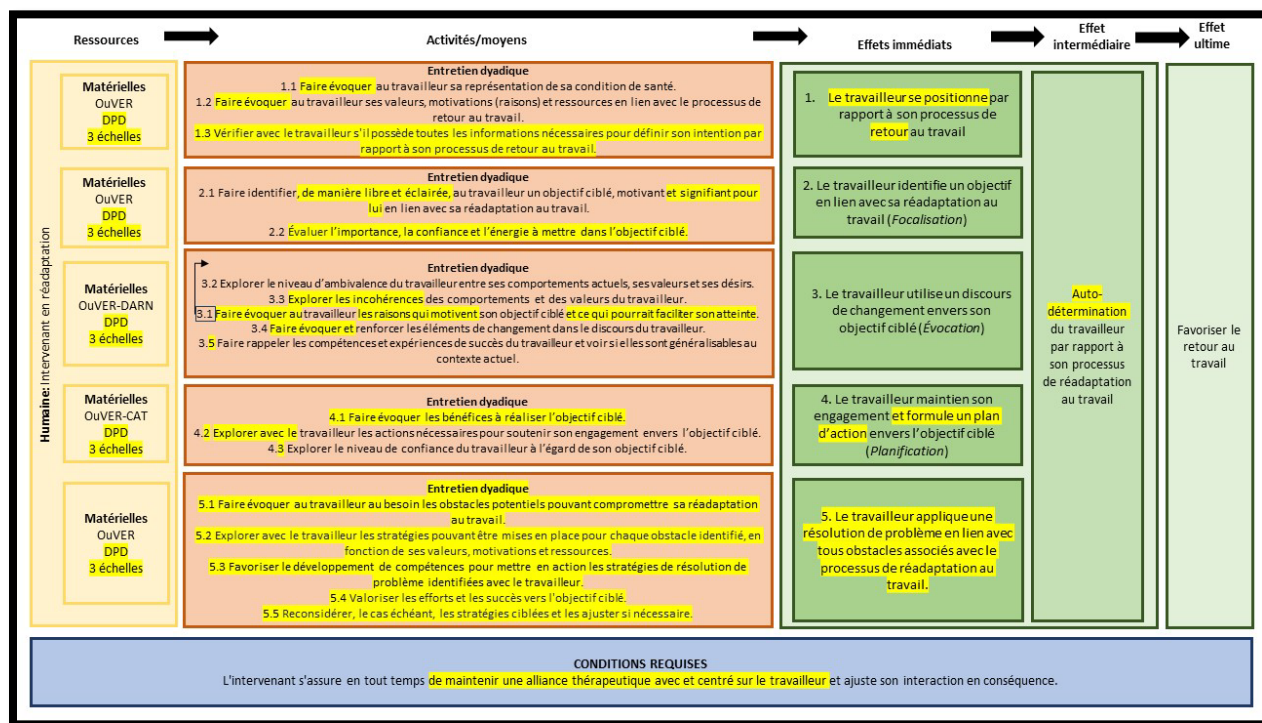
La **condition requise** initialement proposée, c'est-à-dire que l'intervenant s'assure en tout temps que le travailleur le perçoit comme étant empathique et ajuste son interaction en conséquence a été reformulée. Le libellé final est que l'intervenant s'assure en tout temps de maintenir *une alliance thérapeutique avec et centré sur le travailleur* et ajuste son interaction en conséquence. Ceci visait à être plus spécifique et mettre l'accent sur le volet partenariat. La volonté était aussi d'ajouter qu'il est nécessaire de se centrer sur le travailleur.

Pour l'**effet intermédiaire ciblant l'autonomie** du travailleur par rapport à son processus de réadaptation au travail, celle-ci est perçue comme ayant différentes significations, selon les disciplines. La volonté était de clarifier le terme « autonomie ». Une des propositions était de clarifier le terme en faisant ressortir la capacité de prise de décision,

de mobilisation, de consentement éclairé et d'expression-affirmation de ses besoins et limites. Les éléments motivationnels, dont l'engagement, ont aussi été discutés. L'ensemble de ces aspects ont finalement été regroupés sous le concept d'autodétermination du travailleur, tel que défini par Deci et Ryan (2008), qui se base sur trois besoins fondamentaux : l'autonomie, la compétence et l'appartenance.

Ensuite, afin d'être cohérents avec le concept d'autodétermination, les **effets immédiats ont été revus**. Le libellé des effets ayant fait consensus se retrouve à la figure 3. Pour l'**effet 1**, les discussions ont porté sur la clarté de la notion « d'intention » du travailleur, pour clarifier à quoi l'intention réfère. Par exemple, est-ce la disposition d'esprit du travailleur, sa motivation, sa perception d'efficacité personnelle à retourner au travail ou sa volonté de ne pas retourner au travail ? Il s'agit de la motivation. En lien avec les activités déjà proposées dans le modèle logique, il a été mentionné que l'évaluation de la motivation, de type quel est votre « motivation » de 1 à 10 n'apporte pas une information assez précise pour savoir par la suite sur quoi travailler. Ainsi, il a été clarifié qu'il faut d'abord connaître trois facteurs clés à la motivation. Il s'agit de l'énergie à mettre pour faire le changement, de la confiance à pouvoir faire le changement et de l'importance accordée au changement demandé. Par exemple, advenant que la personne indique un résultat de 7/10 et plus, ce résultat serait suffisant pour poursuivre vers un autre effet. Cependant, un résultat de moins de 7/10 nécessiterait de travailler davantage le facteur d'énergie, de confiance ou d'importance avant de poursuivre avec un autre effet. Finalement, afin d'être cohérent avec les trois composantes, un consensus a émergé pour l'ajout dans les ressources matérielles des 3 échelles d'énergie, confiance et importance. Un consensus a été atteint sur l'effet 1, soit que la personne se positionne par rapport à son processus de retour au travail. Ceci a été identifié comme l'effet clé qui permettrait d'orienter par la suite la prise en charge.

Figure 3. Modèle logique final de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail.



Les discussions portant sur l'effet 4 ont mené à sa reformulation, en ajoutant qu'en plus de maintenir son engagement envers l'objectif ciblé, la personne devrait également formuler un plan d'action. À travers les discussions, il a eu un consensus d'ajouter un 5^e effet immédiat. L'idée étant de soutenir la capacité de résolution de problème de la personne, entre autres, en planifiant les obstacles et les stratégies à mettre de l'avant. Cette proposition a aussi suscité une discussion portant sur le risque d'alimenter le discours de maintien (non-changement). Le discours de maintien est connu pour être plus fort en général chez les gens, que le discours de changement. Également, les discussions ont porté sur les concepts de « chutes et rechutes », et sur les craintes que les cliniciens pourraient avoir à ce sujet. Il a été soulevé que nommer les craintes des cliniciens sur les rechutes pourrait nuire au mouvement du changement. Il a été suggéré d'éviter de soulever les possibilités « de rechutes » qui ne sont pas actuelles. En définitive, un consensus a émergé sur la façon dont on aborde la situation avec la personne. En ce sens, il s'agit d'avoir une approche neutre et de l'aborder dans une vision d'autogestion. Il a été recommandé d'aborder les obstacles seulement s'ils sont évoqués par les travailleurs.

Finalement, en ce qui concerne les effets immédiats 1, 2, 3, 4, 5, les participants ont tous souligné que ceux-ci peuvent apparaître linéaires. Ils étaient unanimes qu'en revanche, la personne peut à tout moment au cours de ce cycle, changer d'avis et ainsi débiter un

nouveau cycle de changement. L'idée étant de ne pas « manualiser » l'approche, mais de s'adapter constamment au travailleur et en soutenant son autonomie.

Pour les activités/moyens à réaliser pour atteindre l'effet immédiat 1, une activité a été ajoutée. Il s'agit de la 1.3 « Vérifier auprès du travailleur s'il possède toutes les informations nécessaires pour définir son intention par rapport à son processus de retour au travail ». Cette activité a été jugée essentielle pour aider le travailleur à se positionner par rapport à son processus de retour au travail et qu'il puisse prendre une décision éclairée, ce qui est central à l'EM. Ensuite, une reformulation a fait consensus. Il s'agit de remplacer « clarifier » par « faire évoquer » pour souligner l'importance que la représentation, les valeurs, raisons ou ressources proviennent de la personne.

Des propositions ont été suggérées pour l'**activité/moyen 2.1** (faire identifier au travailleur un objectif ciblé et motivant en lien avec sa réadaptation au travail). Les six propositions portaient surtout sur l'importance que la personne possède toutes les informations nécessaires pour définir son intention et sur l'importance d'avoir une activité permettant que l'objectif soit identifié de manière libre et éclairée, puisqu'il s'agit d'une composante essentielle de l'EM. En fonction de ceci, l'activité a été renommée comme suit : « Faire identifier, de manière libre et éclairée, au travailleur un objectif ciblé, motivant et signifiant pour lui en lien avec sa réadaptation au travail ».

Les activités/moyens pour atteindre l'effet immédiat 3 sont ceux ayant reçu le plus de propositions. Les activités ont toutes été jugées nécessaires. En revanche, à la question si elles sont suffisantes pour atteindre l'effet immédiat 3, neuf suggestions ont été proposées. Faire évoquer les obstacles (activité/moyen 3.1) a été perçu comme ayant le potentiel de démotiver, surtout s'il arrive tôt dans le processus de réadaptation. Il a donc été proposé de faire évoquer les raisons motivantes et ce qui pourrait faciliter l'atteinte de l'objectif. En ce qui concerne l'exploration de l'ambivalence, certains ont soulevé le besoin de clarifier comment gérer l'ambivalence. La question a été soulevée à savoir si référer à la cohérence serait plus clair. Le besoin nommé par les participants était l'importance de faire ressortir les incohérences entre les comportements émis et les objectifs visés par la personne. Les discussions ont permis d'avoir un consensus sur l'activité/moyen 3.2, mais de modifier l'activité/moyen 3.3 (faire analyser ou reconsidérer les impacts des comportements et des valeurs du travailleur). Celle-ci a été reformulée comme « Explorer les incohérences des comportements et des valeurs du travailleur ». Pour les participants, les impacts négatifs dans la vie de la personne auraient moins d'efficacité pour stimuler le discours de changement que les incohérences entre les comportements émis et les objectifs de la personne. Les autres changements pour ces activités/moyens ont été mineurs et liés à la reformulation.

Pour les **activités/moyens pour atteindre l'effet immédiat 4**, il a été suggéré d'ajouter une activité, soit celle de faire évoquer les bénéfices à réaliser l'objectif ciblé. Ceci était vu comme pouvant favoriser le discours de changement et limiter le discours de maintien.

Pour les **activités/moyens visant l'atteinte de l'effet immédiat 5**, au total, 5 activités ont été retenues. Pour ces activités, l'ensemble des propositions visaient à inclure l'efficacité personnelle de la personne à faire son processus de retour au travail. Il était aussi jugé important de tenir compte que la personne peut déjà avoir les ressources personnelles pour réaliser le changement. Par exemple, un consensus a émergé sur « explorer avec le travailleur les stratégies à mettre en place » plutôt que de développer des stratégies qui présupposeraient qu'il n'y en avait préalablement pas. Aussi, le terme « stratégies » a été choisi plutôt que le terme « solution ». Solution a été vu comme une finalité, alors que les stratégies ouvrent à davantage « au chemin » pour s'y rendre. En effet, l'échec de la solution est final, alors que la stratégie ouvre plus de possibilités.

Pour les **ressources matérielles** visant à soutenir la réalisation des activités/moyens, les discussions ont d'abord porté sur l'ajout de ressources qui ne sont pas propres à l'EM. Il a été décidé de se concentrer essentiellement sur les ressources déjà disponibles. Ainsi, les ressources Demander-Partager-Demander et les trois échelles (Importance, confiance et énergie) ont été ajoutées au modèle. La balance décisionnelle n'a pas été incluse, car selon l'experte MINT, celle-ci tend à renforcer le discours de maintien.

Un consensus a émergé indiquant qu'il était nécessaire de clarifier comment réaliser les activités/moyens avec les ressources matérielles ciblées. Également, le nom des ressources matérielles n'était pas assez évocateur selon les participants pour soutenir leur mise en œuvre dans la pratique. DARN et CAT ont été vus comme étant les plus difficiles à comprendre. Les participants ont donc demandé une illustration concrète de leur utilisation. Ceci était aussi vu comme pouvant favoriser la formation au modèle de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail. À cet effet, une suggestion a été formulée, à savoir qu'une bibliothèque de courtes vidéos illustrant des entretiens en réadaptation au travail serait utile. Ces extraits pourraient illustrer deux cas types apportant plus de défis, dont des personnes ayant une perception d'injustice et de l'impuissance. Idéalement, les participants souhaitaient également que l'information/formation soit centralisée à un endroit facilement accessible, comme une trousse de formation.

6. MÉTHODE POUR EXPLORER LA FAISABILITÉ DU MODÈLE LOGIQUE DE L'EM EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL (OBJ. 2)

6.1 Devis

Un devis descriptif simple a été retenu pour explorer la faisabilité du modèle logique de l'EM en contexte de la pratique de la réadaptation au travail (Bowen *et al.*, 2009). Deux méthodes qualitatives ont été réalisées. D'abord, l'utilisabilité de l'EM auprès des cliniciens a été évaluée après la formation, avec une expérimentation, une rétroaction et une entrevue individuelle. La population cible est tous les professionnels impliqués dans le processus de réadaptation au travail (Bowen *et al.*, 2009).

Finale, pour documenter l'acceptabilité prospective (Sekhon *et al.*, 2017) perçue par les travailleurs, des entrevues individuelles ont été réalisées. Ainsi, les travailleurs visés visionnaient des vidéos démontrant l'EM. Ils n'expérimentaient donc pas eux-mêmes l'EM. Également, il est possible que selon le stade de changement, l'EM soit perçue différemment par les travailleurs. Un risque serait que tous les participants soient prêts au changement et donc, l'acceptabilité pourrait être plus favorable. Aussi, puisque dans la littérature en réadaptation au travail, les stades de changements sont encore utilisés, les stades de changements des participants ont été documentés. En fonction des résultats, des modifications, une recommandation ou un contexte pourraient être mieux circonscrits pour l'implantation de l'EM en pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail.

6.2 Participants et recrutement pour l'utilisabilité des cliniciens

Un échantillon théorique comprenant de 15 à 18 cliniciens en réadaptation au travail auprès de travailleurs en incapacité au travail en raison d'un TMS était visé. Ce nombre est entre autres déterminé par la recherche d'une variabilité du niveau de familiarité avec l'EM (aucun à faible ; connaît l'EM, mais ne l'utilise pas habituellement dans la pratique ; l'utilise dans la pratique courante). Diverses disciplines étaient aussi recherchées parmi les professionnels de la réadaptation, dont des physiothérapeutes, des ergothérapeutes ou des psychologues, pour se rapprocher des caractéristiques de la population cible. Les cliniciens ont été recrutés dans les centres ou les cliniques de réadaptation au travail dans la région du Grand Montréal et de l'Estrie via une banque de données qui regroupe les noms des cliniciens qui ont participé à des études ou à des formations organisées par les membres de l'équipe de recherche de la présente étude. Aussi, des contacts ont aussi été établis avec des cliniques publiques et privées qui ne figurent pas dans la banque de données et via les réseaux sociaux d'associations professionnelles. Les modalités pour obtenir le consentement des participants étaient les mêmes que celles présentées à l'objectif 1.

6.3 Procédure de collecte des données pour l'utilisabilité des cliniciens

Trousse de formation pour opérationnaliser l'EM en contexte de la pratique de la réadaptation au travail

La formation a été élaborée en fonction des résultats à l'objectif 1. Les personnes ayant contribué à la formation sont : l'experte en EM et formatrice du MINT (RG), la chercheuse principale (MFC), la cochercheuse de l'étude (MJD), la collaboratrice de l'étude (JP) formatrice et membre du MINT et un technopédagogue. Le format de la trousse Web a été réalisé en collaboration avec un technopédagogue. Les deux courtes vidéos illustrant l'EM entre une travailleuse et une intervenante en réadaptation au travail ont été scriptées par MFC, revue par MJD, RG et un expert-clinicien ayant participé à l'objectif 1. Deux comédiennes membres de l'Union des artistes et une équipe de production vidéo ont permis la réalisation. Les vidéos illustrent, entre autres, deux histoires de cas (impuissance et perception d'injustice), suivant la recommandation des experts-cliniciens.

Le site de la trousse de formation est hébergé sur un microsite Web à l'Université de Sherbrooke et non répertorié dans les moteurs de recherche pour demeurer dédié aux cliniciens. Il s'agit d'une formation autoportante asynchrone d'une durée estimée de 4 heures, accessible gratuitement. À la suite de l'introduction, les utilisateurs sélectionnent dans le modèle logique, les liens menant spécifiquement aux ressources matérielles, aux activités/moyens et aux effets immédiats pour avoir des explications et des illustrations de l'EM en réadaptation au travail. Un jeu-questionnaire est également disponible. La trousse peut être consultée à l'adresse suivante :

<https://entretienmotivationnel.recherche.usherbrooke.ca/>

Les cliniciens ont eu accès à la trousse de formation et disposaient de trois semaines pour la suivre. Après avoir consulté la trousse, les cliniciens étaient invités à faire des jeux de rôles avec leurs collègues, avant l'étape d'expérimenter l'EM en contexte de la pratique de la réadaptation au travail.

Expérimentation par jeux de rôles avec un patient standardisé

Une expérimentation de l'EM par jeux de rôle avec une personne simulant une travailleuse a été réalisée. Cette procédure est mieux connue en éducation médicale sous le terme de « patient standardisé ».

Le développement et la formation des patients/travailleuses standardisés ont été possibles grâce au soutien du « Programme d'utilisation des patients standardisés et réels » (PUPSR) de l'Université de Sherbrooke. Une vignette d'une travailleuse (Madame Tremblay) a été réalisée. Cette vignette décrit une travailleuse ayant une incapacité au travail à trois moments de son processus de réadaptation au travail : 1) au début de sa prise en charge par le programme de réadaptation au travail ; 2) lorsque son retour au

travail est imminent et 3) lorsqu'elle est de retour au travail, mais que des obstacles mettent en cause son engagement. Ces trois moments correspondaient aux stades de changement, selon le modèle transthéorique (précontemplation/contemplation, action, maintien). Le processus de standardisation de deux personnes dans le rôle de la travailleuse standardisée a été fait par le PUPSR et consolidé lors d'une rencontre avec l'équipe de recherche. Un prétest avec un clinicien a aussi été réalisé, ce qui a permis d'apporter des modifications mineures pour faciliter l'expérimentation.

Préalablement à l'expérimentation, une description sommaire du cas de la travailleuse standardisée, les consignes sur le déroulement des jeux de rôle, ainsi qu'un guide pour les soutenir ont été transmis aux cliniciens participants par courriel. Lors de l'expérimentation, chacun des trois moments des jeux de rôles durait en moyenne 10 minutes. La consigne était que chaque jeu serait d'une durée de 10 minutes et que l'effet immédiat ne devait pas nécessairement être atteint. Ainsi, les jeux de rôles totalisaient 35 minutes, en incluant les pauses de quelques minutes entre chacun. Ces durées ont été prescrites par la grille d'observation de l'intégrité de EM. À la fin de l'expérimentation, une attestation de formation était remise aux participants.

Deux professionnelles de recherche étaient présentes (MEL et SP), mais avec une caméra fermée pour éviter d'interférer lors de ces rencontres. Elles ont assuré le bon déroulement et la prise de notes. Les jeux de rôles ont été enregistrés avec la plateforme Teams pour en faciliter l'analyse. Après les jeux de rôle, deux codeurs experts formés ont visionné et codé l'enregistrement avec une grille d'observation de l'intégrité de l'EM.

Grille d'observation de l'intégrité de l'EM

La grille du MITI (*Motivational Interviewing Treatment Integrity*) (Moyers *et al.*, 2005), version 4,2 (Moyers *et al.*, 2014 ; Moyers *et al.*, 2016) permet de coder des habiletés liées à l'EM (Miller *et al.*, 2001). Le MITI possède deux grandes composantes qui se subdivisent : les résultats globaux et les décomptes des comportements. Les résultats globaux permettent d'obtenir une impression intégrale sur quatre compétences des cliniciens à effectuer l'EM, dont deux « techniques » : 1-cultiver le discours-changement et 2- modérer le discours-maintien et deux autres compétences « relationnelles » : 3- partenariat et 4- empathie. Chacune des compétences est codée sur une échelle de Likert à 5 points (1 = Bas à 5 = Haut). Plus le résultat est élevé, plus la compétence est atteinte. Ensuite, une moyenne des résultats est obtenue pour les regroupements des compétences techniques et relationnelles. Il y a aussi le décompte des comportements observés, selon 10 codes. Ces codes identifient des comportements compatibles ou non compatibles avec l'EM (p. ex. : valoriser, chercher la collaboration du travailleur, la présence de confrontation ou la persuasion) (Moyers *et al.*, 2005). Un des avantages de cette grille est qu'elle permet d'évaluer la présence de l'influence du clinicien, qui est contraire à l'esprit de l'EM (Moyers *et al.*, 2016).

Cette grille est utilisée en recherche et offre une rétroaction aux cliniciens en formation. Le MITI est la grille la plus couramment utilisée pour évaluer la fidélité de l'EM, et ce, dans divers contextes. La grille a démontré des propriétés psychométriques satisfaisantes par rapport à la validité et la fidélité interjuge (Moyers *et al.*, 2016). Les auteurs ont comparé l'évaluation d'extraits d'entretiens, d'environ 20 minutes à des entretiens complets et les résultats obtenus à partir de la grille ne varient pas significativement (Moyers *et al.*, 2016).

Le manuel de formation et la grille sont disponibles en ligne gratuitement et en français (https://casaa.unm.edu/assets/docs/miti_french.pdf). Pour cette étude, notre experte en EM (RG) nous a mis en contact avec deux personnes psychologues déjà formées à l'EM et au MITI. Un accord interjuges a été réalisé entre les deux codeurs pour les trois premiers cliniciens et ensuite après chaque 4^e clinicien. Un accord de 92 % a été obtenu entre les deux codeurs. Les résultats divergents entre les codeurs ont été discutés et clarifiés jusqu'à l'atteinte d'un accord interjuges (Landry, 1997).

Les participants ont reçu les évaluations de l'expert pour consultation. L'idée était d'offrir une observation objective de la prestation lors des jeux de rôles pour éviter que les commentaires sur l'utilisabilité soient formulés sur une impression qui pourrait sous-estimer ou surestimer la capacité d'effectuer l'EM. La rétroaction identifiait aussi des points précis d'amélioration à partir des jeux de rôles réalisés. Cette rétroaction était vue pertinente pour l'utilisabilité, au cas où l'expert identifie des points à travailler et que le participant mentionne par exemple que ces points n'étaient pas couverts par la trousse de formation. Finalement, les participants ont aussi eu accès à l'enregistrement, au besoin, de leurs jeux de rôles avant la tenue de l'entrevue individuelle.

Entrevue individuelle

Un guide d'entrevue semi-structurée visait à documenter l'expérience générale vécue avec la trousse d'EM, son utilité, sa facilité à consulter, l'effort requis, les difficultés liées à son utilisation et les modifications à y apporter en fonction de la rétroaction reçue par l'expert (Brooke, 1995). Le guide a préalablement été prétesté auprès d'un clinicien (voir l'annexe 1). Les ajustements étant très mineurs, ses résultats ont été intégrés aux autres participants, comme prévu au formulaire de consentement.

Environ deux à trois semaines après l'expérimentation, les cliniciens étaient invités à participer à une entrevue individuelle (durée de 45 minutes) via la plateforme Teams. L'entrevue était transférée par la suite sur bande audio. L'entrevue a été conduite par une professionnelle de recherche (MEL), après avoir été formée par la chercheuse principale (MFC).

Données sociodémographiques

Un questionnaire sociodémographique a permis de documenter l'âge, le sexe, la discipline et le nombre d'années de pratique en réadaptation au travail. Le niveau de familiarité de l'EM a été demandé lors du recrutement simplement pour s'assurer d'avoir une représentativité de notre échantillon (aucune connaissance à l'utilise couramment dans sa pratique). En guise de dédommagement pour le temps pour participer à l'étude, une compensation financière était remise aux cliniciens participants à moins d'une entente particulière.

6.4 Participants et recrutement pour l'acceptabilité des travailleurs

Un échantillon théorique de 20 à 24 travailleurs blessés provenant de divers secteurs d'activités était visé. Tous les participants devaient présenter un TMS causant ou ayant causé une absence prolongée du travail (minimum de 6 semaines d'absence), avoir conservé leur lien d'emploi et être ou avoir terminé depuis moins d'un mois un programme de réadaptation au travail. La taille de l'échantillon visait la recherche d'une variété de travailleurs et d'expérience en lien avec la réadaptation, de même qu'une variété de stades de préparation au changement (précontemplation/contemplation ; action ; maintien).

Le recrutement des travailleurs était basé sur un système de référence auprès des équipes cliniques qui pouvaient contacter les travailleurs répondant aux critères d'inclusion, afin d'obtenir leur autorisation pour être contactés par l'équipe de recherche. Des publicités sur les réseaux sociaux ont aussi été diffusées. Les modalités pour obtenir le consentement des participants étaient les mêmes que celles présentées à l'objectif 1.

6.5 Procédure de collecte des données pour l'acceptabilité des travailleurs

Les travailleurs participants étaient invités, après leur recrutement à remplir des questionnaires en ligne (durée de 20 minutes). Au début de la rencontre avec les participants, une mise en contexte de ce qu'est l'EM (une approche de communication pour mieux soutenir le travailleur) a été effectuée avant de leur faire visionner deux capsules vidéo illustrant une intervenante en réadaptation utilisant les stratégies de l'EM à trois moments-clés durant la réadaptation (au début de la prise en charge ; à l'annonce du retour au travail et en cours de retour au travail). Il s'agit des mêmes capsules vidéo utilisées dans la trousse de formation. L'entrevue individuelle semi-dirigée a été menée par une professionnelle de recherche (MEL), formée par la chercheuse principale (MFC).

Les deux capsules vidéo duraient 30 minutes, avec possibilité de pause. Le visionnement des capsules, ainsi que l'entrevue se sont déroulés et ont été enregistrés sur les plateformes Teams, Zoom ou Open Tera en fonction du niveau d'aisance du participant avec la technologie. L'entrevue était ensuite transférée sur bande audio, transcrite en

verbatim et anonymisée. Le guide d'entrevue et toute la procédure de collecte ont été prétestés auprès de trois participants correspondant à la clientèle recherchée. Les modifications étant très mineures, leurs résultats ont été inclus comme prévu au formulaire de consentement. En guise de dédommagement pour leur temps, les participants ont reçu une compensation financière de 65 \$.

Instruments

- Stade de préparation

L'Échelle de préparation au retour au travail (Franché et Krause, 2002) comporte deux parties. La première s'applique aux travailleurs blessés qui ne travaillent pas et évalue leur état de préparation au retour au travail. La deuxième partie s'applique aux travailleurs blessés qui travaillent et évalue leur état de préparation au maintien au travail (Franché et Krause, 2002). L'échelle est simple, courte et représente des étapes précises du changement selon le modèle transthéorique (Franché et Krause, 2002).

- Incapacité

Le questionnaire d'incapacité (*Pain Disability Index*) (Jerome et Gross, 1991) mesure l'incapacité perçue due à la douleur. Le questionnaire comprend 7 items sur les incapacités générales et spécifiques liées à la douleur persistante. Le niveau d'incapacité est évalué sur une échelle de 0 (sans incapacité) à 10 (incapacité totale) dans 7 domaines d'activités de la vie. La cohérence interne est acceptable de même que sa validité de construire (Gauthier *et al.*, 2008 ; Tait *et al.*, 1987).

- Douleur

L'intensité de la douleur était mesurée à l'aide d'une échelle numérique en 11 points (où 0 indique « Pas de douleur » et 10 « Insupportable »). Elle permettait d'évaluer les niveaux actuel, meilleur et pire d'intensité de la douleur, au cours de la dernière semaine. Un résultat moyen des 3 niveaux sera calculé (Hawker *et al.*, 2011).

- Profil sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique a permis de documenter l'âge, le sexe, le genre, l'état civil, la scolarité, le titre d'emploi, le secteur d'emploi, la grandeur de l'entreprise, la durée de l'absence, le site de la lésion, si le participant est syndiqué ou non, si une contestation est en cours, s'il y a eu tentative de retour au travail depuis le début de l'absence, le statut de travail au moment de l'entrevue et le nombre d'absence(s) antérieure(s) de plus de six semaines vécues dans le passé.

- Guide d'entrevue semi-structuré

Un guide d'entrevue semi-structuré (Bouffard, 2018 ; Dulude *et al.*, 2020) adapté a été utilisé permettant d'inclure les sept composantes du cadre de Sekhon *et al.* (2017) émerge d'une revue des revues (voir l'annexe 2). Le cadre théorique conçoit l'acceptabilité étant vue comme un construit multifacettes (Sekhon *et al.*, 2017).

Les sept concepts définissant l'acceptabilité qui ont fait l'objet des thèmes abordés dans le guide sont :

1. L'attitude générale concernant l'EM ;
2. La cohérence ;
3. L'utilité (efficacité perçue) ;
4. Les facteurs pouvant influencer l'adhésion ;
5. L'efficacité personnelle.

L'attitude générale concernant l'EM illustré dans deux courtes vidéos en réadaptation au travail élaborée dans le cadre de cette étude dans la trousse de formation a été évaluée. Ensuite, la cohérence de l'EM perçue était sollicitée, à savoir jusqu'à quel point cette façon de communiquer a du sens pour la personne participante. Selon Sekhon *et al.* (2017) ce concept réfère à la « validité apparente » de l'EM pour le participant. L'utilité/efficacité perçue de même que les améliorations possibles étaient également sollicitées. Les facteurs pouvant influencer leur engagement à participer à ce type d'entretien et leur niveau de confiance à pouvoir participer à un type d'échange vu dans les capsules vidéo, de même que leur perception de la clientèle cible était documentée. Finalement, les moments les moins aimés ont été documentés.

7. ANALYSE DES DONNÉES

Des analyses descriptives quantitatives des questionnaires et qualitatives des entrevues ont été effectuées. L'analyse descriptive qualitative se base sur les travaux de Sandelowski (2000). L'analyse descriptive vise à faire une description factuelle plus près des propos émis par les participants de leur interprétation de la situation ou du phénomène. En ce sens, ce type d'analyse n'inclut pas une interprétation des données (Sandelowski, 2000). La posture philosophique en est une recherche naturaliste (*naturalistic inquiry*), soit étudier le phénomène dans son état naturel (Lincoln et Guba, 1985). L'analyse de contenu et la comparaison pour faire ressortir les convergences et divergences a été retenue. Cette approche est cohérente avec la recension systématique des caractéristiques des études qualitatives descriptives (Kim *et al.*, 2017).

Pour l'utilisabilité auprès des cliniciens, d'abord des analyses descriptives du questionnaire sociodémographique et du MITI ont été effectuées pour caractériser les participants. Pour l'analyse descriptive qualitative des entrevues, tous les commentaires portant sur chacun des sept concepts définissant l'utilisabilité ont été colligés dans un fichier Excel pour ensuite en faire une analyse de contenu. Ensuite, un résumé des principaux résultats d'utilisabilité pour chaque participant a été rédigé. Chaque résumé a été mis en parallèle avec les résultats du MITI et au besoin, les jeux de rôle ont été réécoutés pour mieux contextualiser les résultats portant sur l'utilisabilité. Ensuite, l'ensemble des résumés ont été analysés pour faire ressortir les convergences et divergences entre les participants, en fonction des thèmes et selon leur niveau de familiarité avec l'EM.

Pour l'acceptabilité auprès des travailleurs, d'abord des analyses descriptives des questionnaires ont été réalisées pour caractériser les participants. Ensuite, une analyse descriptive a été réalisée. Les transcriptions dénominalisées des entrevues ont d'abord été codées au début par deux codeurs (MFC et MEL). Une liste de codes en fonction des thèmes couverts par les guides a été élaborée et les codes émergents ont aussi été consignés. Le codage s'est effectué à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative des données (Atlas-TI). Les résultats divergents entre les codeurs ont été discutés et clarifiés jusqu'à l'atteinte d'un accord interjuges d'au moins 80 % (Landry, 1997). Ensuite, la professionnelle de recherche (MEL) a pu poursuivre le codage et s'est référée au besoin, à la chercheuse principale. Ensuite, l'analyse de contenu a été effectuée. Pour chaque thème, un résumé a été rédigé et a fait l'objet d'un accord avec la chercheuse principale. Ce résumé de l'analyse a été contextualisé en fonction des caractéristiques des participants, documentées par questionnaires (Sandelowski, 2000). Les convergences et divergences ont été évaluées, afin de faire ressortir les éléments d'acceptabilité qui peuvent être propre à un stade de changement et pouvant avoir un impact sur la perception d'acceptabilité. Les principaux résultats ont été revus et discutés par les

membres de l'équipe de recherche afin de faire ressortir les recommandations au besoin pour favoriser la faisabilité de l'EM en réadaptation au travail.

8. RÉSULTATS DE L'EXPLORATION DE LA FAISABILITÉ DU MODÈLE LOGIQUE DE L'EM EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL (OBJ. 2)

8.1 Caractéristiques des cliniciens ayant expérimenté l'utilisabilité de l'EM

Le recrutement s'est échelonné d'avril à septembre 2022. Un total de 35 cliniciens a été contacté par téléphone ou par courriel pour participer à l'étude. De ce nombre, un a refusé à cause d'un événement imprévu majeur personnel, 11 n'ont pas donné suite à nos relances de recrutement et quatre ont été exclus parce qu'ils ne satisfaisaient pas les critères d'admissibilité (trois = ne voit pas de clientèle avec TMS ; un = changement de travail). Dix-neuf cliniciens répondant aux critères ont accepté de participer.

L'âge moyen des participants était de 32 ans (écart-type = 9,03) et la majorité était des femmes (14/19) s'associant au genre féminin (14/19). La majorité (12/19) détenait un diplôme universitaire de 2^e cycle. Parmi les participants, on retrouve huit ergothérapeutes, cinq kinésiothérapeutes, cinq physiothérapeutes et une conseillère en orientation. La vaste majorité provenait d'une pratique privée (18/19). L'ancienneté moyenne dans le domaine de la réadaptation au travail était de 5,16 ans (écart-type = 5,06). En ce qui concerne le niveau de familiarité avec l'EM, un tiers (6/19) déclaraient un niveau « aucun à faible » de connaissance sur l'EM. Environ la moitié (9/19) connaissait l'EM, mais ne l'utilisait pas et finalement, une minorité (4/19) utilisait l'EM couramment dans sa pratique.

8.2 L'utilisabilité du modèle logique avec une trousse de formation à l'EM en réadaptation - selon les cliniciens

Tous ont complété la trousse de formation et participé à l'expérimentation avec les jeux de rôles avec un patient standardisé. Ils ont reçu la rétroaction de l'expert et ont finalement participé à l'entrevue individuelle. Le temps moyen pour compléter la formation sur l'EM était de 4,5 heures (valeur minimale = 2 h et valeur maximale = 6 h). Dix-sept participants ont mentionné s'être exercés avec un conjoint, un collègue ou un patient avant la tenue de l'expérimentation. La majorité (74 %) a écouté l'enregistrement des jeux de rôle avant l'entrevue individuelle. Tous ont consulté la rétroaction de l'expert, avec leurs résultats à la grille du MITI, avant l'entrevue individuelle.

Les résultats au MITI seront rapportés en fonction des quatre compétences recherchées lors de l'EM. À titre de rappel, les deux premières, cultiver le changement et modérer le discours de maintien représentent des compétences « techniques ». Les deux dernières, favoriser le partenariat et l'empathie, font partie des compétences « relationnelles ».

Globalement, la compétence technique, modérer le discours de maintien a obtenu des résultats plus faibles par les participants de façon générale. Ainsi, détecter le discours de

maintien dans les propos de la travailleuse fut difficile et/ou limiter ce discours semble avoir posé plus de défis. Par exemple, un résultat de 2 signifie que le clinicien choisit généralement de se centrer sur le langage du patient en faveur du statu quo, en explorant par exemple les obstacles au retour au travail.

Pour la compétence relationnelle, globalement, les cliniciens mettent plus de l'avant le partenariat. L'empathie semble avoir posé plus de défi. Basé sur les résultats au MITI, le défi serait de refléter avec justesse ce que la travailleuse exprime plus implicitement. Concernant les comportements non cohérents avec l'EM, aucune tentative de confronter la travailleuse sur la vidéo n'a été notée et très peu de tentatives de persuasion (moyenne = 0,3 fois par expérimentation) ont aussi été observées.

Plus précisément, les résultats moyens au MITI sont tous à 3/5 pour les quatre compétences. Lorsque le mode est considéré, cultiver le discours de changement et le partenariat obtiennent un résultat de 4, modérer le discours de maintien, un résultat de 3 et l'empathie, 2. Rappelons qu'un résultat de 3/5 correspond à la note de passage pour qualifier un entretien d'EM. En ce qui concerne les résultats minimum et maximum pour les quatre compétences au MITI, le résultat minimal observé était de 2 et le résultat maximal de 5, soit le plus haut résultat possible. En observant les résultats individuels, presque tous les participants (18/19) ont obtenu au moins un résultat de 3 ou plus à moins une des quatre compétences. En fait, plus de la moitié (12/19) des participants a obtenu un résultat de 3 ou plus aux quatre compétences. Finalement, à titre descriptif, le tableau 3 illustre les résultats selon le niveau de familiarité avec l'EM. Les moyennes sont toutes semblables pour les niveaux de familiarité et les compétences.

Tableau 3. Résultats obtenus au MITI en fonction des niveaux de familiarité avec l'EM

Niveau de familiarité avec l'EM	Cultiver le discours de changement	Modérer le discours de maintien	Partenariat	Empathie
	Moyenne (mode)	Moyenne (mode)	Moyenne (mode)	Moyenne (mode)
Aucun à faible (n = 6)	3,33 (4)	3,33 (4)	3,33 (4)	3,00 (2)
Connaît l'EM, mais ne l'utilise pas dans sa pratique courante (n = 9)	3,44 (3)	3,22 (3)	3,56 (4)	3,11 (2)

Niveau de familiarité avec l'EM	Cultiver le discours de changement Moyenne (mode)	Modérer le discours de maintien Moyenne (mode)	Partenariat Moyenne (mode)	Empathie Moyenne (mode)
Utilise l'EM dans sa pratique courante (n = 4)	3,75 (4)	3,25 (4)	3,50 (4)	3,50 (4)
Tous les niveaux confondus	3 (4)	3 (3)	3 (4)	3 (2)

Les entrevues individuelles ont été analysées en tenant compte des différents niveaux de familiarité avec l'EM, de même que la discipline du participant. Très peu de différences ont été observées. Par conséquent, les prochaines sections présenteront l'expérience d'utilisabilité globale avec la trousse, sa perception d'utilité, sa facilité et simplicité de même qu'un avis sur la clientèle cible et les recommandations de modifications. Seuls à quelques endroits le niveau d'expérience ou de discipline différait ou nuancait le discours. Ces différences sont alors explicitement nommées.

Expérience globale de la trousse EM

La majorité des cliniciens participants (n = 13/19 ; 68 %) ont mentionné explicitement être satisfaits de la trousse de formation en général. Parmi ceux qui ne l'ont pas explicitement nommé, 5 (26 %) participants ont rapporté plusieurs éléments qu'ils ont aimés dans la trousse et un participant (5 %) a rapporté une satisfaction modérée. L'ensemble des composantes qui ont été aimées sont : les capsules vidéo, les verbatims des capsules illustrant certaines composantes de l'EM, le modèle logique de l'EM, les outils proposés pour mettre en pratique l'EM et le jeu-questionnaire à la fin de la trousse de formation pour mesurer les compétences acquises. Les participants rapportent que la somme de ces composantes a permis de bien saisir l'esprit de l'EM.

Mais ça, pour moi, c'est ça, c'était d'écouter les vidéos qui ça m'aidait un peu à visualiser comment on, comment on amène ça. Comme on est, comme on répond, ou peu importe. Donc je pense. Les vidéos, ça a beaucoup aidé. Si ça avait été juste sur papier, pas de vidéo. Je pense que ça aurait vraiment été très différent. Puis là je le dis là, mais tu sais je me rends compte pour tous les points, c'est juste d'avoir des vidéos. Là c'est avec une cliente fictive, mais quand même là et je pense que ça l'a aidé.

(Participant 14)

...je crois que ce n'est pas, ce n'est pas suffisant. Ce n'est pas réaliste d'arriver, mettons avec l'exemple la vidéo de Madame qui fait l'entretien motivationnel de ces 2 rencontres-là, d'être aussi bonne qu'elle avec le temps que vous nous avez donné.

(Participant 16)

Quelques participants ont rapporté des éléments moins favorables dont un portant sur le doute entourant la capacité à arriver au résultat d'application de l'EM, tel que vue dans les capsules vidéo. Un autre participant a mentionné un accent trop élevé sur un des outils (Demander-Partager-Demander) délaissant ainsi les autres composantes de l'EM. Un participant a mentionné avoir trouvé la trousse de formation complète en soi, mais qu'à cause de la navigation difficile, cela ne permettait pas de saisir l'ensemble du matériel offert. L'utilisation des mêmes comédiennes pour jouer les deux histoires de cas a été identifiée dans les éléments moins favorables.

Plus spécifiquement sur le **format Web** de la trousse, les avis obtenus sont divergents. Certains apprécient l'aspect autodidacte de la trousse, puisque cela permet de pouvoir y aller à son rythme et de naviguer à sa guise. D'autres participants auraient souhaité un accompagnement de type cours magistral pour permettre les échanges entre eux et pouvoir poser des questions sur le contenu. De plus, quelques participants auraient souhaité avoir une version écrite du contenu de la trousse avec une table des matières, des feuilles de notes et un résumé des principaux éléments à tenir compte durant l'EM pour pouvoir s'y référer au besoin.

J'ai trouvé que de le faire par moi-même, d'aller dans les outils, revenir au modèle, puis de l'explorer par moi-même. Ça a été plus bénéfique le temps que j'ai passé dans la trousse versus le 9 h de cours que j'avais eu à l'université. Bon, c'est sûr que là, je suis pratique là, donc c'est différent. C'est la possibilité de l'utiliser à court terme, puis d'avoir des suivis, puis des, c'est des clients en tête là, qui me permettent aussi de peut-être plus facilement le généraliser à ma pratique.

(Participant 11)

Utilité de la trousse

La trousse de formation a été jugée utile par la majorité des participants. Pour les cliniciens plus expérimentés sur l'EM, la trousse permet de faire un rappel sur les éléments à tenir compte (p. ex. : les reflets, les questions ouvertes) et pour ceux qui détiennent peu de connaissances, elle permet d'éviter de prendre de mauvaises habitudes qui seraient contraires à l'EM.

J'ai vraiment eu un impact positif même avec mes clients (...) ça c'est je trouve un point fort dans le discours de changement.

(Participant 6)

Je comprends que la redondance peut être là pour consolider, puis je le vois souvent, ça peut être aidant, mais là ça devenait un peu mélangeant.

Participant 9)

Pour la mise en situation, on peut dire pour le moment de l'expérimentation, donc c'est peut-être là, c'était plus avec le temps, entre la simulation vraiment comprendre tous les concepts. Puis les mettre en pratique parce que c'est tout et toutes les informations sont vraiment bien détaillées. Les exemples qui soutiennent vraiment, c'est que ça permet de comprendre aussi.

(Participant 12)

Les cliniciens autres que les ergothérapeutes (physiothérapeutes, kinésiothérapeutes, conseiller en orientation) ont perçu le contenu des capsules vidéo moins liés à leur réalité clinique, puisqu'ils ne discutent pas si spécifiquement du processus de retour au travail avec leurs patients. Il a donc été suggéré par ceux-ci d'ajouter des exemples qui seraient plus en lien avec leurs interventions.

Facilité à consulter le contenu de la trousse

Quant à la facilité et à la simplicité associée à la consultation de la trousse, la majorité des participants rapportent une navigation facile et agréable. Les hyperliens cliquables sont faciles à utiliser. De plus, les concepts associés à l'EM sont expliqués de manière simple et efficace. Toutefois, quelques participants ont rapporté des difficultés associées à la navigation. À titre d'exemple, certains ont mentionné avoir un doute s'ils avaient pris connaissance de la totalité du contenu, surtout du fait que la navigation est non linéaire. Cette non-linéarité amenait parfois à du contenu déjà vu précédemment. Cette situation pourrait avoir contribué à une impression d'être perdu sur le site, à certains moments. Pour contourner ces difficultés, l'ajout d'une vidéo explicative sur comment bien naviguer dans la trousse a été suggéré.

Un moment donné, au début, j'ai trouvé ça redondant de voir tout le temps comme les mêmes clips.

(Participant 3)

Quant à l'effort à déployer pour consulter la trousse, bien que la majorité des participants mentionnent qu'un effort minimal soit requis, quelques-uns mentionnent avoir vécu de la frustration concernant quelques vidéos, dont la durée est en moyenne de 5 min. Cette dernière est liée au fait d'avoir perdu du temps au moment où ils souhaitaient consulter un aspect spécifique dans une capsule vidéo, par exemple, concernant un outil. Comme il n'y a pas d'hyperlien qui conduit directement, la personne doit visionner toute la vidéo. La suggestion d'ajouter des hyperliens vers des aspects spécifiques de l'EM a été émise.

La majorité des participants a trouvé que le contenu de la trousse était clair. Certains mentionnent que cela peut sembler abstrait au début de la navigation, mais que tout devient plus clair par la suite. Les capsules vidéo sont jugées aidantes pour clarifier l'approche de l'EM et ses concepts.

Ben d'abord, l'utilisation des vidéos, puis des exemples qu'on avait avec l'histoire, ça, je trouvais ça vraiment le fun pour aider à avoir quelque chose de concret. Cependant, l'affaire, c'est qu'il y avait souvent des endroits où est-ce que j'aurais aimé avoir autre chose de plus textuel, particulièrement par exemple dans les outils. Donc tu sais comme juste l'outil OuVER quelque chose d'avoir aussi une version que tu peux juste regarder. Rapide parce qu'une vidéo faut quand même que tu t'arrêtes, tu prends le temps de le regarder, c'est bien dans la formation.

(Participant 8)

Utilisateurs potentiels de la trousse de formation

Les cliniciens participants recommandent l'utilisation de cette trousse d'abord pour les intervenants en réadaptation au travail, considérant qu'elle est spécifique à ce contexte. Ensuite, pour les intervenants qui ont peu ou pas d'expérience avec l'EM. Finalement, pour toutes personnes en relation d'aide. Quelques participants ont mentionné que cette trousse s'adresse moins aux physiothérapeutes et kinésiothérapeutes. Selon ceux-ci, les vidéos abordent surtout le travail. Cependant, ces participants ont mentionné que leurs interventions ne visaient pas spécifiquement le retour au travail, mais leur travail aide à cet objectif ultime.

Modifications suggérées pour la trousse

Plusieurs participants ont mentionné avoir souhaité plus d'exemples et de contre-exemples à travers les vidéos et les verbatims pour illustrer les concepts de l'EM. Aussi, la mise en place d'un comité d'experts, d'une communauté de pratique en EM et une foire aux questions sont des éléments qui ont été suggérés par plusieurs participants. Certains ont suggéré d'augmenter le nombre de questions dans le jeu-questionnaire. Le besoin étant de s'assurer de leur compréhension de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail.

Quelques participants au début de la collecte ont mentionné la valeur ajoutée de l'expérimentation et de la rétroaction de la personne experte au MITI. Ceci a mené à la suggestion de formaliser cette étape dans l'offre de la formation. En fonction des contraintes financières nommées aux participants, ceux-ci se sont montrés ouverts à défrayer cette partie. Ainsi, pour les autres entrevues, nous avons questionné les cliniciens sur cette recommandation. La majorité (15/19) y voyait une valeur ajoutée. Pour une minorité, ces frais (200 \$) représentaient un obstacle (2/19). Deux autres participants ont mentionné préférer une expérimentation en présentiel, pour permettre des échanges plus en profondeur sur la rétroaction de l'expert.

Difficultés en lien avec l'appropriation du contenu de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail

Discours de changement. Le contenu de la trousse est perçu comme favorisant le développement et la mise en application du discours de changement. Par ailleurs, pour certains, le stress de performance associé à l'expérimentation et le manque d'expérience pourraient expliquer la difficulté à faire évoquer le discours de changement. Quelques suggestions ont été émises, dont avoir plus d'exemples et de contre-exemples sur le discours de changement et comment le faire évoquer. Il a aussi été suggéré d'ajouter des suggestions de lectures scientifiques sur l'importance du discours de changement et comment le susciter.

La présentation des outils associés au discours de changement a été jugée positive par la majorité des participants. Certains soulignent qu'ils sont bien vulgarisés et présentés. Par ailleurs, quelques participants mentionnent que deux des outils pourraient être davantage explicités. Il s'agit de DARN et CAT. L'ajout d'exemples favoriserait le repérage dans le discours.

(...) plus qu'on avançait par rapport pour le discours de changement. On voyait que c'était il y avait moins d'exemples, donc plus d'exemples.

(Participant 20)

Modérer le discours de maintien. Pour ce qui est de modérer le discours de maintien, plusieurs participants mentionnent avoir vu plusieurs rappels dans la trousse. Bien que les outils soient bien identifiés dans les vidéos, quelques cliniciens suggèrent l'ajout d'exemples et de contre-exemples avec des repères dans les capsules vidéo où le discours de changement est stimulé. Ceci permettrait d'établir le moment précis dans l'échange où le discours de maintien se produit et la réaction attendue de l'intervenant qui s'en suit. Le tout permettrait de mieux repérer l'utilisation des outils DARN et CAT. De plus, certains auraient souhaité avoir des propositions de phrases à formuler aux travailleurs, encore une fois pour améliorer leur capacité à favoriser le discours de changement et modérer le discours de maintien. Finalement, pour valider la compréhension de ces compétences, l'ajout de jeu-questionnaire a aussi été mentionné.

(...) il aurait fallu un petit peu plus d'exemples, c'est-à-dire qu'on dirait que pour ce qui est du discours du changement, j'étais capable de facilement me remémorer les quelques vidéos. Mais pour ce qui est du discours du maintien, après, quand je regarde la rétroaction, on dirait que soit qu'il était moins marquant ou qu'il en avait moins, mais j'avais l'impression d'avoir une moindre référence au niveau de la trousse pour le discours maintien.

(Participant 15)

Empathie et partenariat. La majorité des participants ont mentionné que le contenu de la trousse facilite la mise en place de l'empathie et du partenariat. Les éléments permettant de valoriser le pouvoir de la personne ont été appréciés. À ce titre, les vidéos et un des outils (Demander-Partager-Demander) sont jugés aidants. Quelques participants ont rapporté que le contenu de la trousse permet de mettre en lumière comment éviter leur réflexe de l'expert (donner des solutions non sollicitées) et de voir des alternatives.

Le contenu de la trousse favoriserait une des activités du modèle logique de l'EM, soit modérer le discours de maintien, en limitant la sollicitation directe des obstacles et se contrer sur les aspects du processus de réadaptation qui vont bien pour maintenir le discours de changement. Aussi à titre de suggestion, l'ajout d'exemples et de contre-exemples sur le discours empathique et d'expliquer davantage pourquoi l'empathie et le

partenariat sont des concepts importants dans l'EM permettraient d'améliorer l'apprentissage et la mise en place de cette compétence.

Moi, c'est sûr que des fois je ne me rappelle pas d'emblée justement comment valoriser la personne. Justement quand elle me dit quelque chose de bien, je faisais comme, yes, mais tu sais, de l'exprimer, c'est vraiment la trousse qui a aidé de ce côté-là.

(Participant 19)

8.3 Caractéristiques des travailleurs sollicités pour explorer l'acceptabilité de l'EM

Le recrutement s'est échelonné de septembre 2022 à mai 2023. Un total de 32 travailleurs a été référé par les équipes cliniques qui ont participé à l'étude. De ce nombre, deux ont refusé de participer. Le premier refus s'explique par la charge perçue trop grande et par la crainte d'une violation de confidentialité craignant des impacts sur son processus de contestation en cours, et ce, malgré une rassurance sur ces mécanismes. La raison du second refus était parce qu'il ne s'agissait pas d'un moment favorable. Deux autres participants ont abandonné l'étude par manque d'intérêt à poursuivre, après avoir rempli les questionnaires. Un total de 28 travailleurs a complété leur participation à l'étude.

Le tableau 4 présente les caractéristiques des participants. Ceux-ci sont âgés en moyenne de 44 ans. Une légère prépondérance de femmes et de genre féminin a participé. Plus de la moitié des participants étaient issus des secteurs des soins de santé et assistance sociale, de la fabrication et du transport. Différents sites de lésion, mais avec une plus grande proportion de personnes ayant un problème aux membres supérieurs. Il y avait autant de personnes syndiquées que les non-syndiquées ont participé. Quelques participants étaient récemment de retour au travail.

Tableau 4. Données sociodémographiques des travailleurs

Données sociodémographiques		Travailleurs (n=30)
Âge	Moyenne (É-T)	44,00 (13,26)
Sexe	Homme Femme	13 (43,3 %) 17 (56,7 %)
Genre	Masculin Féminin Préfère ne pas répondre	11 (36,7 %) 18 (60 %) 1 (3,3 %)
État civil	Célibataire Union libre ou marié Veuf Séparé ou divorcé	11 (36,7 %) 14 (46,7 %) 0 (0 %) 5 (16,7 %)
Dernier niveau scolarité	Secondaire non complété Professionnel Secondaire Collégial Université	5 (16,7 %) 8 (26,7 %) 9 (30 %) 6 (20 %) 2 (6,7 %)
Secteurs d'emploi	Soins de santé et assistance sociale Fabrication Transport Construction Service d'hébergement et de restauration Finances et assurances Mécanicien Services publics Agriculture Service client	9 (30,0 %) 8 (26,6 %) 4 (13,3 %) 2 (6,7 %) 2 (6,7 %) 1 (3,3 %) 1 (3,3 %) 1 (3,3 %) 1 (3,3 %) 1 (3,3 %)
Durée de l'absence avant de débiter un programme de retour au travail	Moyenne (É-T)	187,72 jours (236,27)
Durée entre début du programme et date de l'entrevue	Moyenne (É-T)	279,68 jours (356,07)

Site de lésion	Dos Membres supérieurs Membres inférieurs Multisite	8 (26,7 %) 14 (46,7 %) 4 (13,3 %) 4 (13,3 %)
Syndiqué	Oui Non	19 (63,3 %) 11 (36,7 %)
Contestation	Oui Non	8 (26,7 %) 22 (73,3 %)
Tentative retour au travail depuis le début de l'absence	Oui Non	10 (33,3 %) 20 (66,7 %)
Statut de travail	En absence du poste de travail régulier De retour au poste de travail régulier	25 (83,3 %) 5 (16,7 %)
Nombre d'absences antérieures de plus de 6 semaines pour un problème de douleur	0 1 ou 2 Plus de 2	19 (63,3 %) 7 (23,3 %) 4 (13,3 %)
Grandeur de l'entreprise	Très petite entreprise (≤ 50 employés) Petite et moyenne entreprise (51- 499 employés) Grande entreprise (≥ 500 employés) Ne sait pas	5 (16,7 %) 8 (26,7 %) 13 (43,3 %) 4 (13,3 %)

Le tableau 5 présente les résultats obtenus pour les variables cliniques. Tous les stades de préparation au retour au travail sont représentés, avec une minorité de personnes en précontemplation. Cette variabilité dans les stades est liée aussi au fait que les travailleurs étaient à différents moments dans leur processus de réadaptation, soit du début de la réadaptation jusqu'à la reprise du travail. Le mécanisme de recrutement ciblant les personnes participantes à un programme de réadaptation, il se peut que le faible nombre de personnes en précontemplation (n'envisage pas le processus de retour au travail) y soit associé. Les principales incapacités rapportées étaient liées à la réalisation du travail, des loisirs et des tâches domestiques. Les niveaux de douleurs moyens sont d'intensité modérée. Les moyennes de douleurs et d'incapacité ont été comparées aux stades de changement, en regroupant la précontemplation et la contemplation. Aucune différence significative n'a été identifiée.

Tableau 5. Résultats obtenus aux variables cliniques pour les travailleurs

Variables - questionnaire	Travailleurs (n=30)
Échelle de préparation au retour au travail	
Précomtemplation	1 (3,3%)
Contemplation	9 (30%)
Préparation à l'action dans l'idée	4 (13,3%)
Préparation à l'action dans le comportement	9 (30%)
Maintenance proactive	4 (13,3%)
Maintenance - incertaine	3 (10%)
Questionnaire d'Incapacité (Pain Disability Index)¹	
Moyenne (écart-type)	
Famille / responsabilités domestiques	5,07 (2,15)
Loisirs	6,83 (2,04)
Activités sociales	3,37 (3,00)
Profession	6,37 (3,18)
Activités sexuelles	3,83 (3,01)
Autonomie	2,60 (2,18)
Activités de soutien vital	2,53 (2,90)
Score total (/70)	30,60 (12,83)
Intensité de la douleur²	
Moyenne (écart-type)	
La douleur que vous ressentez présentement	3,87 (1,70)
La pire douleur que vous avez ressentie durant la semaine dernière	6,43 (1,90)
La douleur la plus faible que vous avez ressentie durant la semaine dernière	2,57 (2,39)

¹ 0 = « Aucune incapacité » à 10 = « Incapacité totale »

² 0 indique "Pas de douleur" et 10 "Douleur insupportable"

8.4 Explorer l'acceptabilité de l'EM en réadaptation selon les travailleurs.

Durant l'analyse des entrevues, bien que les stades de changements aient été pris en compte, il n'y a pas de patron de réponses qui a émergé. Il en est de même pour le genre ou le secteur d'emploi. Ainsi, les résultats ne présentent pas de différences sur ces caractéristiques.

Attitude affective

La majorité des participants mentionnent que l'encadrement offert par l'EM est perçu positif. En ce sens, il permettrait d'amener la personne à prendre conscience de son problème et ainsi favoriser la remise en question personnelle. Faire évoquer des pistes de solutions propres à la personne a aussi été jugé favorable. Ce processus a aussi été perçu comme respectueux de la personne, où le temps nécessaire est utilisé pour discuter avec elle. L'approche de l'EM est perçue humaine, soutenant psychologiquement, sans toutefois se sentir chez le psychologue.

C'est pour ça qu'on a besoin d'être encadré. À part d'être... quand je dis encadré, ça ne veut pas dire d'être réprimandé. Ce qui veut dire d'être... nous faire comprendre... [...] Parce qu'on cherche des coupables. Quand on est... en étant bien encadré, en étant rassuré d'une certaine manière, on accepte mieux les choses. [...].

(Participant 1)

Je pense que... je pense que ça peut avoir un très bon impact parce que... Moi, je pense que c'est positif, là, de... d'amener la... personne à s'ouvrir, puis à trouver elle-même des solutions.

(Participant 13)

Un participant a perçu en revanche que l'objectif visant le retour au travail semble plus important que les facteurs qui font obstacle au retour (p. ex. la blessure). Cependant, plusieurs participants rapportent l'inverse en soulignant les bienfaits de l'approche de l'EM qui permet de prendre en compte les autres sphères figurant autour du retour au travail, soit par exemple : la douleur, le sommeil, les activités sociales, etc.

...] le fait d'avoir, justement, de l'écoute active de la part des cliniciens, la mise en place d'objectifs clairs, puis pas focaliser directement sur le retour au travail, mais justement, la... la reprise des activités significatives [...]. il ne sent pas de pression ni de jugement de l'autre... de l'autre personne en face, puis on a l'impression qu'elle croit la personne qui est malade en face d'elle.

(Participant 17)

Bien, j'aurais eu l'impression qu'on focusse moins juste sur le retour au travail dans le sens que de me sentir vraiment juste comme un individu qu'on va remettre en pièces, qu'on va remodeler, puis être sûr qu'elle est correcte pour retourner au travail. Et non la personne que j'étais avant, la conjointe... Je me serais sentie plus prise dans toutes les sphères de ma vie que juste le travail.

(Participant 19)

À travers l'approche de l'EM, certains participants ont remarqué que l'intervenante est en mesure de faire un recadrage ou de créer une ouverture chez la personne. Ceci a été vu favorable pour modifier l'attitude, advenant qu'une frustration ou de la réticence se manifestent comme dans le cas d'une des vidéos présentées où la travailleuse qui vit un profond sentiment d'injustice. Dans ces moments, les participants ont été reconnaissant que l'intervenante évite de contrarier la travailleuse et l'amène plutôt à cheminer sur son état émotif lié à sa condition et à trouver ses propres réponses. Ainsi, l'attitude de l'intervenante permet de créer une alliance thérapeutique favorable selon eux. Par ailleurs, une personne aurait souhaité voir l'intervenante ramener plus rapidement la travailleuse vers une attitude positive et éviter de demeurer dans le négatif, estimant que la guérison aurait été plus rapide.

Quelques participants ont aussi explicitement nommé avoir aimé que l'intervenante sollicite la permission de la travailleuse avant de lui donner son avis sur la situation. Ils ont mentionné que même si une personne n'est pas disposée à l'entendre, solliciter la permission pourrait créer une certaine ouverture. Voir que la travailleuse dans la vidéo peut prendre ses propres décisions. Ceci a été jugé très favorable au processus.

L'impact perçu de l'approche de l'EM est jugé positif par la majorité des participants. L'approche est vue comme sécurisante et la personne risque de se sentir moins seule. Ils ont aussi vu la possibilité de se sentir plus outillé et soutenu dans son cheminement. Un aspect important était aussi d'éviter de créer de fausses attentes en lien avec le rétablissement. Ceci aurait pour effet de diminuer les inquiétudes et le découragement. La communication dans cette approche est jugée très aidante par la majorité des participants. D'une part, parce qu'elle permet à des personnes moins volubiles de

s'exprimer sur leur condition et d'autre part, elle permet d'évacuer certaines inquiétudes et frustrations vécues par leur situation d'incapacité et de douleur. Les participants ont aimé que l'approche de l'EM permette également à la personne de mieux cibler ses options possibles et qu'elle puisse les prioriser en vue d'atteindre ses objectifs.

Bien, c'est neutre, quand même, je veux dire... Quelqu'un qui commencerait dans le métier, ça serait une bonne façon parce que ce n'est pas de provoquer la personne, c'est de la laisser parler. Pourquoi trois plutôt que cinq ? Ça fait que là, elle répond toute seule aux questions. Quelqu'un qui commence, ce sont des bonnes portes, là, pour ne pas provoquer la personne, puis la laisser parler. Ne pas lui dire : « Bon, bien, comment ça se fait que tu n'es pas plus encouragé que ça à travailler ? » Ce n'est pas de même. C'est bien fait, là, de la façon que c'est présenté. Pourquoi trois plutôt que cinq : ce n'est pas méchamment dit, puis ça porte au dialogue.

[...] Je pense que ça pourrait avoir quand même un gros impact dans le sens que justement, en créant des liens comme ça on est beaucoup plus ouvert. Puis je pense qu'il y a beaucoup de problématiques que... Ça fait plusieurs mois maintenant que je suis en réadaptation, puis on a peur de tout le temps de revenir sur les mêmes choses, d'avoir le disque qui dit les mêmes choses, mais en ayant créé un lien de confiance comme ça, puis de dire : « OK. Aujourd'hui, j'ai été capable de marcher ! » au lieu de juste dire : « Non, je ne suis pas prête de retourner travailler. », ça rend le positivisme. Je pense que c'est plus facile pour le moral.

(Participant 19)

Cohérence perçue

En ce qui concerne la cohérence de l'approche de l'EM avec les valeurs des participants, elle a été perçue comme ayant beaucoup de sens à leurs yeux pour la majorité d'entre eux. Entre autres parce que selon eux, les décisions et les objectifs émergent de la personne. Ainsi, cette approche tend à favoriser l'ouverture de la personne. Elle représente également une façon de communiquer qui rend les choses possibles. Pour eux, elle permettrait de mieux accepter sa condition, de la faire réfléchir sur celle-ci avec reflet et de voir qu'il y a des solutions envisageables pendant ou après la rencontre avec l'intervenante. Quelques participants rapportent que cette approche permet de se sentir écouté, rassuré, compris et cru dans sa condition de santé. Cela redonne confiance à la personne et permet de réaliser les progrès de la condition. Aussi, l'intervenante fait preuve d'ouverture sans accuser, sans diriger et sans dire quoi faire. Une personne rapporte que l'intervenante s'adapte bien à ce que la travailleuse lui mentionne. Du fait

que l'approche de l'EM est vue comme personnalisée, elle permet de mieux aborder les différences individuelles.

[...] ça nous fait accepter mieux. Ça nous fait réfléchir. Des fois on parle, on parle, on parle, on va sortir... Dans le fond, quand on parle à notre intervenant, ça nous aide à sortir la pression. Ça fait que quand il nous revient dans le sens inverse, ça nous fait comme réfléchir et comme à comprendre parce que des fois, quand on sort la pression à notre intervenant, on fait : ouf ! Ça fait du bien. [...] Il y a une solution à ça.

(Participant 03)

L'utilisation de la valorisation dans l'approche de l'EM est centrale (exemple : « *Dans les dernières semaines, vous avez travaillé fort pour reprendre vos activités* ». Cependant, certains ont rapporté que de le faire trop souvent pourrait paraître moins authentique. À titre d'exemple, une personne rapporte que la phrase : « Merci pour votre ouverture » est trop souvent utilisée et est jugée irritante. Cela amenait à douter du naturel de l'intervenante. Varier la façon de le dire serait mieux reçue. Pour augmenter l'authenticité, il a aussi été suggéré que l'intervenante mentionne à la travailleuse en début de rencontre, qu'elle est là pour l'écouter sans jugement.

Efficacité perçue (utilité)

L'approche de l'EM est unanimement perçue comme étant utile. Les participants rapportent qu'elle permettait de se sentir moins jugé, en favorisant une approche humaine et chaleureuse. L'importance de laisser parler la personne, de l'accompagner dans son cheminement, de la soutenir et de la légitimer, la situation est clairement ressortie.

Puis j'ai marqué que de viser les objectifs aussi un après l'autre, qu'on voyait dans la vidéo, ça enlevait un poids de pouvoir identifier chaque aspect de notre vie. Comme une, c'était ses enfants. L'autre, c'était la fatigue. De pouvoir les identifier, puis de les exprimer. De dire ben là on met notre priorité sur quoi ? En premier, ça, c'est... je trouvais ça bien comme approche, là. C'est moins pesant de voir... d'être... de voir l'organisation de notre plan de réhabilitation qui peut être mis en place avec une équipe, là, qui soutient.

(Participant 12)

Deux participants soulignent qu'une rencontre individuelle, en privé entre le travailleur et son intervenant, est très utile pour s'ouvrir et se confier. La stabilité de l'intervenant a aussi été nommée comme étant importante.

Un participant rapporte de façon plus générale, y percevoir aussi une utilité pour les assureurs :

On s'entendra pour dire qu'il y a quand même un travail à faire du point de vue de l'assureur ou peu importe la personne qui réfère pour aller rassurer la personne parce que le thérapeute, à un moment donné, ne peut pas tout faire non plus, là. Il y a un gros travail à faire de la part des assureurs là-dessus, selon moi, qui n'est pas assez fait. Ça va être profitable pour les assureurs aussi, probablement, mais il faut qu'ils soient plus investis dans le processus de réadaptation, puis dans le lien avec le patient, puis pas juste avec les thérapeutes. Ce serait profitable avec l'assureur, ça ne l'est pas présentement parce qu'ils ne sont pas assez investis.

(Participant 3)

Facteurs pouvant influencer la participation à l'EM

Plusieurs participants rapportent une perception positive de l'entretien jugeant que dans la vidéo, l'intervenante exerce une approche réaliste et honnête avec la travailleuse. En plus des éléments favorables déjà mentionnés, l'approche de l'EM est vue comme favorisant le lien de confiance, ce qui est vu positivement pour stimuler la participation. Certains participants apprécient observer un changement d'attitude de la travailleuse dans une des vidéos présentées. Au fil des rencontres, ils voient le changement d'une attitude fermée vers une attitude plus ouverte, témoignant pour eux, de l'impact positif sur la relation qui s'installe avec l'intervenante.

Il y en a qui y vont trop, au positif. Mais dans les capsules, non. Je n'ai pas vu ça. Ça reste plus neutre. C'est plus smooth comme intervention. Même si la personne est fâchée, même si la personne est contente, tu restes pas mal sur le même pied d'émotion pour ne pas... ne pas brusquer.

[...] C'est parce que ce n'est pas un loisir, aller se faire réadapter ! Tu ne vas pas là pour rire, tu ne vas pas là pour brailler, tu vas là pour faire ta réadaptation. Ça fait que tu n'as pas besoin d'une personne qui soit positive comme un jovialiste, là. Pas tant. Tu as besoin de positif, tu as besoin que la personne soit contente de te voir, mais pas à l'extrême.

(Participant 09)

Oui, parce que quand on rentre dedans, le monde se ferme plus vite.

(Participant 10)

Ce qui pourrait limiter la participation, selon quelques participants, est l'utilisation par l'intervenante des trois échelles de confiance, d'énergie et d'importance. Lorsque l'intervenante utilise les échelles dans la vidéo et qu'elle demande pourquoi un 6 et non 4, certains ont vu cette démarche comme décourageante. Aussi, pour un participant, l'utilisation des échelles est jugée irritante, puisqu'elles sont déjà trop souvent utilisées lors des suivis, depuis le début de l'absence. Rappelons que la moyenne des participants avait environ 6 mois d'absence du travail. À l'inverse, quelques participants ont mentionné que les chiffres des échelles tendent à favoriser le dialogue avec l'intervenante, et ce, sans provocation et dans une ambiance respectueuse. Cette stratégie pour ces personnes permet de quantifier la perception de la condition par rapport au retour au travail. Quelques participants y ont même vu un avantage, en permettant de réaliser les progrès.

D'autres irritants sont aussi perçus par quelques participants, comme lorsque l'intervenante prend des notes durant l'échange. Ceci est vu comme un obstacle à l'écoute de la travailleuse, ce qui pourrait provoquer, selon eux, un effet de fermeture. Malgré ces irritants rapportés, quelques travailleurs rapportent néanmoins que les échelles favorisent le dialogue sans provocation.

Efficacité personnelle

En ce qui concerne la perception des travailleurs à pouvoir participer à ce type d'entretien, ils sont unanimes sur le fait de se sentir à l'aise puisqu'ils ont le sentiment que l'intervenante est authentique, qu'il puisse se sentir soutenu dans la démarche, et ce, sans jugement ou fausse promesse. Ceci favorise l'ouverture selon eux et la confiance, puisque l'intervenante amène à parler de ce qui est positif également. Certains ont soulevé que cette communication est motivante et qu'il est, par conséquent, plus facile d'envisager un retour avec ce soutien. Cette approche offre un espace pour discuter et s'exprimer.

*Pas du tout. Du tout. J'aime ça comme ça. J'aimerais ça comme ça aussi.
Ça me laisse... Ça donne aussi une grosse plage pour expliquer où est-ce
qu'on se situe dans notre douleur, où [...] ça... puis vraiment d'en parler,
trouver des moyens concrets. Je trouve ça vraiment bien.*

(Participant 13)

Ah, je me serais sentie plus en confiance parce que je n'aurais pas eu l'impression qu'on fait juste tiquer sur mon foutu retour au travail.

(Participant 19)

Je veux dire, si j'avais eu une entrevue de même, je trouve que c'est encourageant parce que déjà là au bout de la ligne, on voyait déjà que son attitude changeait, c'est normal. Je pense que tout le monde changerait. OK chez vous entre 4 murs, ben tu as mal, tu ne peux pas faire, tu es limitée tout ça. Il n'y a rien qui te stimule. Pis l'autre te dit ben garde si on t'aiderait côté ça, ça te donnerait des trucs côté ça. C'est sûr que c'est encourageant. Je vais les prendre tes trucs.

(Participant 30)

9. DISCUSSION

L'objectif général de cette étude était d'opérationnaliser l'EM à la réadaptation au travail, afin de soutenir son implantation dans la pratique. Tout d'abord, un modèle logique de l'EM pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail a été préalablement développé à partir de la littérature, afin d'offrir un point de départ pour soutenir la discussion et le consensus d'un modèle plausible et faisable, avec des experts-cliniciens. Ensuite, la faisabilité a été explorée pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail, du point de vue des cliniciens et des travailleurs. Les résultats de cette étude permettent de formuler quatre constats.

Le premier constat porte sur la richesse du modèle logique final. La représentation graphique du modèle, sur une page, permet de transmettre succinctement l'information (Porteous, 2009). Jumelé à une consultation structurée (TRIAGE), avec les experts de la pratique, le tout a permis d'enrichir le modèle initial issu de la littérature. La première étape de TRIAGE, la consultation individuelle, permet aux participants d'être plus à l'aise pour remettre en question des éléments du modèle, tant sur sa plausibilité que sur sa faisabilité. Cette remise en question est un incontournable pour contribuer à la qualité du modèle, selon Porteous (2009). À la deuxième étape de TRIAGE, la consultation de groupe, pour établir un consensus, une autre stratégie qui favorise la remise en question du modèle. En effet, en présentant toutes les propositions anonymisées liées aux énoncés n'ayant pas fait consensus, les participants sont encore une fois plus à l'aise de discuter des modifications nécessaires. Ces discussions en groupe stimulent les échanges sur les enjeux et les diverses interprétations possibles des composantes du modèle logique, que ce soit en lien avec sa plausibilité ou sa faisabilité dans la pratique, contribuant à une coconstruction collective plus riche. Selon Porteous (2009) la participation des experts-cliniciens qui sont appelés à utiliser le modèle logique est d'ailleurs de plus en plus recommandée.

La coconstruction du modèle final faisant consensus a permis la modification de l'effet intermédiaire initialement nommé « Autonomie du travailleur par rapport à son processus de réadaptation au travail ». Le concept d'autonomie est une des prémisses de Rollnick et Miller (1995). Elle est définie comme la prémisses d'honorer la capacité d'effectuer des choix personnels et décider pour ses propres comportements (Miller et Rollnick, 2009). En contexte de réadaptation, ce concept a été élargi à l'autodétermination dans notre modèle. L'autodétermination s'inscrit au sein de la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2008). Dans la littérature, certains rapprochements théoriques ont été tentés entre la théorie de l'autodétermination et l'entretien motivationnel (Resnicow et McMaster, 2012 ; Vansteenkiste *et al.*, 2012). L'autonomie est un concept central pour les deux. Elle est cependant conceptualisée un peu différemment pour la théorie de l'autodétermination.

Pour Deci et Ryan (2012), l'autonomie est un besoin de base à savoir que la personne doit non seulement se percevoir compétente, mais savoir que son comportement est autodéterminé. Ceci renforce la motivation intrinsèque. Pour Deci et Ryan, le contraire de « l'autonomie » n'est donc pas un état dépendance, mais une situation où un contrôle est exercé (2012). Le contrôle constituerait la pression qu'elle soit perçue ou réelle, envers le travailleur. Par exemple, la pression pourrait s'exercer par le clinicien pour que le travailleur s'engage dans son processus de retour au travail. Le soutien serait plus efficace que le contrôle (pression) pour l'engagement (Deci et Ryan, 2000 ; Ryan, 1982). Cette nuance en contexte de réadaptation au travail est cruciale pour limiter la pression exercée sur le travailleur. Par conséquent, en changeant l'autonomie pour l'autodétermination, le risque est limité que l'autonomie soit comprise par les professionnels de la réadaptation comme le travailleur est indépendant (autonome) et n'a pas besoin de soutien des acteurs clés dans son processus de retour au travail. En fait, les études empiriques démontrent que le soutien des intervenants améliore la volonté et l'efficacité de leur patient (Deci et Ryan, 2012).

La limite de la théorie de l'autodétermination est qu'elle n'offre pas une façon de faire pour soutenir l'autodétermination. Quelques articles dans les dernières années ont donc proposé l'entretien motivationnel (Resnicow et McMaster, 2012 ; Vansteenkiste *et al.*, 2012). Notre modèle logique est donc parfaitement cohérent avec cette littérature.

L'adoption consensuelle de l'autodétermination, comme effet intermédiaire recherché, a par la suite teinté en bonne partie l'ensemble des modifications proposées au modèle de l'EM en contexte de la pratique de la réadaptation au travail. En ce qui concerne le discours de changement, pour Rollnick et Miller (1995), celui-ci constitue le principal déterminant du changement. Notre modèle intègre le discours de changement, entre autres par la recherche de l'effet immédiat 3 : Le travailleur utilise un discours de changement envers son objectif ciblé. Cependant, d'autres effets, liés à l'autodétermination, sont aussi recherchés. Dans cette lignée, Vansteenkiste *et al.* (2012) émettent l'hypothèse qu'en présence d'autodétermination le discours de changement serait de meilleure qualité en étant moins fluctuant, plus enthousiaste et démontrerait moins de tension ou d'émotions négatives, que si la personne adopte le changement, sous contrôle (pression). Par exemple, un travailleur peut mentionner qu'il veut retourner au travail, car il manque les interactions sociales et la valorisation. Ce discours de changement serait vu de « meilleure qualité ». Ceci se distingue du travailleur qui mentionne qu'il veut retourner au travail, par crainte de pertes financières.

Le deuxième constat est que le modèle de l'EM en contexte de la pratique de la réadaptation au travail n'a pas été jugé, par les experts cliniciens, suffisamment explicite pour soutenir son implantation dans la pratique. Selon eux, les ressources matérielles proposées pour soutenir les activités/moyens se devaient d'être illustrées, pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail. Par conséquent, le produit de l'étude est une trousse de formation Web gratuite et réalisée à partir du modèle logique

développé par les cliniciens experts. L'objectif initial de la faisabilité perçue du modèle logique a donc été orienté de façon pragmatique vers la trousse de formation dans laquelle on retrouvait le modèle logique de l'EM en réadaptation.

La faisabilité s'est articulée autour de deux dimensions, soit l'utilisabilité pour les cliniciens en réadaptation au travail et l'acceptabilité perçue par les travailleurs vivant le processus de réadaptation au travail. L'utilisabilité permettrait entre autres de questionner directement les utilisateurs, afin de s'assurer que le produit satisfait leurs besoins : un essentiel pour l'implantation (Lyon *et al.*, 2020). À cet effet, cette étude s'inscrit en continuité des travaux de Park (2018), en contexte de pratique de réadaptation au travail. Cette étude a observé un problème d'implantation, avec seulement 26 % de ses cliniciens ayant rapporté effectuer les activités prévues au protocole de l'EM. Une des hypothèses de l'équipe était que certains cliniciens ne percevaient pas l'EM pertinent pour leurs patients.

Un troisième constat découle des résultats portant sur l'utilisabilité. Il semble y avoir un enjeu disciplinaire à l'utilisabilité de la trousse de formation. Selon la revue d'Alexanders et Douglas (2016), le besoin d'intégrer des approches psychologiques pour favoriser l'efficacité de la réadaptation en physiothérapie est clair. Les professionnels de la physiothérapie auraient de meilleurs résultats lorsqu'ils démontrent de l'empathie, lorsque leur communication non verbale et verbale favorise l'établissement d'une alliance de travail et une compréhension de leur patient (Chan *et al.*, 2009). Malgré que les études aient démontré l'importance, l'implantation reste difficile et pourrait être en partie associée au manque d'uniformité et de formalisation de la formation sur les approches psychologiques en pratique de la physiothérapie (Alexanders et Douglas, 2016). Un récent sondage auprès de professionnels de la physiothérapie en Australie soutient ces résultats. En effet, les professionnels jugent l'intervention de nature psychologique, dont l'EM, importante. Parmi les répondants, 65 % des 244 répondants ont indiqué se sentir cependant peu confiant à utiliser l'EM (Driver *et al.*, 2021). Les résultats de notre étude sont donc convergents avec l'étude australienne. Une recommandation émanant de ces résultats est donc d'offrir des exemples spécifiques pour les physiothérapeutes et également plus détaillés sur comment passer de la pratique usuelle à la pratique de l'EM. Cette recommandation sera d'ailleurs implantée dans la trousse de formation de l'EM, avec des vidéos illustrant un physiothérapeute.

Le quatrième et dernier constat porte sur l'acceptabilité perçue par les travailleurs. Dans l'étude de Park *et al.* (2018) les auteurs rapportent que les cliniciens peuvent juger que certains clients ne percevraient pas l'EM utile. Or, les résultats de notre étude ne soutiennent pas cette perception. Au contraire, peu importe le stade de changement, la vaste majorité des participants ont perçu l'EM comme étant acceptable. Ce résultat renforce d'ailleurs la pertinence de documenter l'acceptabilité. Ce résultat s'inscrit d'ailleurs dans une tendance forte en implantation de pratique psychosociale (Lyon et Koerner, 2016).

Implications pour la réadaptation

La principale implication de cette étude est pour la pratique des cliniciens en réadaptation au travail. Une formation d'environ 4 heures est maintenant gratuitement accessible à tous cliniciens en réadaptation au travail, souhaitant en savoir plus sur l'entretien motivationnel. En étant hébergée sur un microsite de l'Université de Sherbrooke, elle est accessible à toute personne ayant l'adresse URL. Les personnes peuvent ainsi se former au moment qu'il leur convient. Cette formation a été jugée utilisable par les cliniciens et acceptable par les personnes en incapacité au travail. Les vidéos illustrant chacun des outils peuvent être revus facilement au besoin dans le temps, puisqu'ils sont répertoriés dans un onglet « outils ». Ceci permet donc d'offrir une « bibliothèque » d'exemples en français. Ceci n'existait pas jusqu'à présent.

Bien que cette étude ne vise pas à démontrer l'efficacité de l'entretien motivationnel ou de la formation, les résultats au MITI des cliniciens permettent d'observer des comportements compatibles avec l'EM avec des patients standardisés. Les personnes ayant une incapacité au travail pourraient donc bénéficier d'un accompagnement favorisant leur autodétermination dans leur processus de réadaptation au travail.

Forces et limites de l'étude

Parmi les forces de cette étude, il y a la méthodologie utilisée, qui se base à la fois sur les évidences existantes et le consensus coconstruit de cliniciens experts. Le modèle logique élaboré permet de résumer les principaux éléments de l'EM en contexte de la réadaptation au travail. Il a permis d'expliquer les activités et effets attendus et de structurer la trousse de formation. Ceci est connu pour favoriser une compréhension commune pour tous (Porteous, 2009). Soulignons en revanche que l'effet à long terme recherché, le retour et le maintien au travail pourraient être favorisés, mais d'autres facteurs sociaux et législatifs pourraient venir influencer le résultat. Ainsi, l'étude de l'efficacité sur le retour ou le maintien devrait faire l'objet d'une prochaine étude.

Dans une visée d'implantation de l'EM en contexte de la réadaptation au travail, l'exploration de la faisabilité de l'implantation auprès des cliniciens et des travailleurs permet d'évaluer les adaptations nécessaires pour en favoriser le succès. Pour l'exploration de la faisabilité, l'expérimentation et la rétroaction pour les cliniciens ou le visionnement d'un entretien d'EM pour les travailleurs augmentent la rigueur de l'étude. Cependant, les cliniciens ayant participé à documenter l'utilisabilité pourraient avoir des caractéristiques différentes des cliniciens œuvrant en réadaptation au travail en général. En étant possiblement plus ouverts aux approches biopsychosociales, ils auraient pu juger plus favorablement l'utilisabilité. Pour les travailleurs un pourcentage non négligeable de 60 % des participants étaient de genre féminin. Les participants travaillaient aussi en bonne partie dans des emplois mettant de l'avant des compétences

en relations humaines, ce qui pourrait aussi contribuer à une perception d'acceptabilité plus favorable.

CONCLUSION

L'objectif général de cette étude était d'opérationnaliser l'approche de l'entretien motivationnel (EM) à la réadaptation au travail, afin de soutenir son implantation dans la pratique. La démarche utilisée a permis une coconstruction collective riche entre les experts cliniciens. Au final, un modèle logique pour le contexte de la pratique de la réadaptation au travail plausible et faisable est disponible. Celui-ci a été opérationnalisé avec une trousse de formation asynchrone accessible sur le Web.

La faisabilité s'est articulée autour de deux dimensions, soit l'utilisabilité pour les cliniciens en réadaptation au travail et l'acceptabilité perçue par les travailleurs vivant le processus de réadaptation au travail. Pour l'utilisabilité, la majorité des cliniciens participants ont mentionné explicitement être satisfaits de la trousse de formation, en général. Les autres ont rapporté plusieurs éléments appréciés. Les capsules vidéo, les verbatims des capsules illustrant certaines composantes de l'EM, le modèle logique de l'EM, les outils proposés pour mettre en pratique l'EM et le jeu-questionnaire à la fin de la formation pour mesurer les compétences acquises permettent de bien saisir l'esprit de l'EM. En visionnant une illustration de l'EM avec une ergothérapeute et une travailleuse, les travailleurs ayant participé à documenter l'acceptabilité ont globalement perçu l'EM positivement. L'EM avait beaucoup de sens pour la majorité des participants. La prochaine étape sera de tester son implantation. Une adaptation pour le système d'assurance pourrait également être une avenue.

BIBLIOGRAPHIE

- Albert, V., Durand, M.-J. et Pépin, G. (2020). TRIAGE : une méthode structurée sollicitant l'opinion d'experts en vue d'atteindre un consensus. Dans M. Corbière et N. Larivière (édit.), *Méthodes qualitatives et quantitatives en contexte de réadaptation en santé mentale* (2^e éd., p. 305-326). Presses de l'Université du Québec.
- Alexanders, J. et Douglas, C. (2016). The role of psychological skills within physiotherapy: A narrative review of the profession and training. *Physical Therapy Reviews*, 21(3-6), 222-227.
- Andersen, M. F., Nielsen, K. M. et Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(2), 93-104.
- Apodaca, T. R. et Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*, 104(5), 705-715.
- Baril, R., Martin, J.-C., Lapointe, C. et Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sur le marché du travail des travailleuses et des travailleurs après un passage en réadaptation* (Rapport n° R-082). IRSST
- Barwick, M. A., Bennett, L. M., Johnson, S. N., McGowan, J. et Moore, J. E. (2012). Training health and mental health professionals in motivational interviewing: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1786-1795.
- Berk, R. A. et Rossi, P. H. (1999). *Thinking about program evaluation* (2^e éd.). Sage.
- Boucher, A., Duguay, P. et Busque, M.-A. (2019). *Analyse des différences de durées d'indemnisation selon le sexe et le groupe d'âge* (Rapport n° R-1046). IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/stats/7/>
- Bouffard, J. (2018). *Outils les employeurs dans la gestion du retour progressif au travail de personnes présentant un trouble musculosquelettique : adaptation du guide d'évaluation de la marge de manœuvre* (Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke).
- Bouffard, J., Durand, M.-J. et Coutu, M.-F. (2019). Adaptation of a guide to equip employers to manage the gradual return to work of individuals with a musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(3), 625-635.
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., . . . Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Briggs, A. M., Cross, M. J., Hoy, D. G., Sanchez-Riera, L., Blyth, F. M., Woolf, A. D. et March, L. (2016). Musculoskeletal health conditions represent a global threat to healthy aging: A report for the 2015 World Health Organization world report on ageing and health. *Gerontologist*, 56(Suppl 2), S243-255. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw002>

- Briggs, A. M., Woolf, A. D., Dreinhöfer, K., Homb, N., Hoy, D. G. et Kopansky, D. (2018). Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(5), 366-368. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.194886>
- Brooke, J. (1995). *SUS: A quick and dirty usability scale*. https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/survey/systemusabilityscale%2528sus%2529_comp%255B1%255D.pdf
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z. et Contandriopoulos, A. P. (2009). Modéliser les interventions. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (édit.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 57-70). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chan, D. K., Lonsdale, C., Ho, P. Y., Yung, P. S. et Chan, K. M. (2009). Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: The influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(12), 1977-1982.
- Chen, W. W., Cato, B. M. et Rainford, N. (1999). Using a logic model to plan and evaluate a community intervention program: A case study. *International Quarterly of Community Health Education*, 18(4), 449-458. <https://doi.org/10.2190/jdnm-mnpb-9p25-17cq>
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. (2017). *Statistiques annuelles 2016*. CNESST. https://www.centredoc.cnesst.gouv.qc.ca/pdf/Rapports_annuels_CSST_et_annexes_statistiques/CNESST_Statistiques_annuelles_2016.pdf
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. (2018). *La CNESST en bref - année 2017*. CNESST.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J.-L. et Pineault, R. (1992). *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Charpentier, N., Rouleau, A., Côté, D. et Cadieux, G. (2008). *Explorer les types d'écart de représentation entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un trouble musculo-squelettique durant le processus de réadaptation au travail* (Rapport n° R-581). REPAR; IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique/516/>
- Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Côté, D., Rouleau, A. et Cadieux, G. (2010). Transforming the meaning of pain: An important step for the return to work. *Work*, 35(2), 209-219. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-0973>
- Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Marchand, A., Labrecque, M.-E., Cadieux, G. et Berbiche, D. (2011). *Présence et évolution des facteurs de maintien du trouble de l'anxiété généralisée chez des travailleurs en réadaptation pour une douleur persistante d'origine musculo-squelettique* (Rapport n° R-699). REPAR; IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique/346/>

- Coutu, M.-F., Durand, M.-J., O'Hagan, F., Gosselin, P., Nastasia, I., Berbiche, D., . . . Bordeleau, M. (2023). Workers' worries, pain, psychosocial factors, and margin of manoeuvre, in relation to outcomes in a return-to-work program: An exploratory study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10155-x>
- Coutu, M.-F., Légaré, F., Durand, M.-J., Corbière, M., Stacey, D., Bainbridge, L. et Labrecque, M.-E. (2015). Operationalizing a shared decision making model for work rehabilitation programs: A consensus process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 141-152. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9532-7>
- Coutu, M.-F., Légaré, F., Durand, M.-J., Corbière, M., Stacey, D., Bainbridge, L. et Labrecque, M.-E. (2016). *Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un trouble musculosquelettique persistant* (Rapport n° R-896). IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique/199/>
- Coutu, M.-F., Légaré, F., Durand, M.-J., Corbière, M., Stacey, D., Loisel, P. et Bainbridge, L. (2011). Fostering shared decision making by occupational therapists and workers involved in accidents resulting in persistent musculoskeletal disorders: A study protocol. *Implementation Science*, 6(1), article 22. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-22>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macro theory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: A few comments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), article 24. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-24>
- Deraspe, R. (2013). *Current issues in mental health in canada: The economic impact of mental illness*. Parliamentary Information and Research Service. https://publications.gc.ca/collections/collection_2018/bdp-lop/eb/YM32-5-2013-87-eng.pdf
- Driver, C., Lovell, G. P. et Oprescu, F. (2021). Physiotherapists' views, perceived knowledge, and reported use of psychosocial strategies in practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(1), 135-148. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1587798>
- Dulude, E., Coutu, M.-F. et Durand, M.-J. (2020). Promoting resilience in work rehabilitation: Development of a transdiagnostic intervention. *Disability and Rehabilitation*, 43(25), 3652-3662. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1744041>
- Durand, M.-J., Sylvain, C., Fassier, J.-B., Tremblay, D., Shaw, W. S., Anema, J. R., . . . Bernier, M. (2017). *Troubles musculosquelettiques : revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail* (Rapport n° R-942). IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/expertises-revues/29/>

- Flodgren, G. M. et Berg, R. C. (2017). *Motivational interviewing as a method to facilitate return to work: A systematic review*. NIPH.
- Franche, R.-L. et Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: Conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(4), 233-256.
<https://doi.org/10.1023/A:1020270407044>
- Funnell, S. C., Rogers, P. J. et Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory: Effective use of theories of change and logic models*. Jossey-Bass.
- Gauthier, N., Thibault, P., Adams, H. et Sullivan, M. J. L. L. (2008). Validation of a French-Canadian version of the pain disability index. *Pain Research and Management*, 13(4), 327-333. <https://doi.org/10.1155/2008/461436>
- Gervais, M. et Pépin, G. (2002). TRIAGE: A new group technique gaining recognition in evaluation. *Evaluation Journal of Australasia*, 2(2), 45-49.
- Godbout, P., Coutu, M. F., Durand, M. J. (sous presse). Clinicians' challenges with workers' pain and disability representations: A mixed methods study. *Journal of Occupational Rehabilitation*.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T. et French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale. (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S240-S252.
- Hettema, J., Steele, J. et Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Jerome, A. et Gross, R. T. (1991). Pain disability index: Construct and discriminant validity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72(11), 920-922.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F. et Patterson, T. L. (1993) *Health and human behavior*. McGraw Hill.
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D. et Collie, A. (2015a). Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 220-239.
<https://doi.org/10.1007/s10926-014-9521-x>
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D. et Collie, A. (2015b). Interactions between injured workers and insurers in workers' compensation systems: A systematic review of qualitative research literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 160-181.
- Kim, H., Sefcik, J. S. et Bradway, C. (2017). Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Research in Nursing & Health*, 40(1), 23-42.

- Lambert, M. J. et Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Landry, R. (1997). L'analyse de contenu. Dans B. Gauthier (édit.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (5^e éd., p. 329-356). Presses de l'Université du Québec.
- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Presses Université Laval.
- Limoges, J. (1987). Pourquoi travailler? Dans J. Limoges, R. Lemaire et F. Dodier (édit.), *Trouver son travail* (p. 13-27). CIM Fides.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- 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. <https://doi.org/10.3233/WOR-203289>
- Love, A. (2004). Implementation evaluation. Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry et K. E. Newcomer (édit.), *Handbook of practical program evaluation* (p. 63-97). Jossey-Bass.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. et Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160. <https://doi.org/10.1177/1049731509347850>
- Lustig, D. C., Strauser, D. R., Rice, N. D. et Rucker, T. F. (2002). The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(1), 24-32. <https://doi.org/10.1177/00343552020460010201>
- Lyon, A. R., Brewer, S. K. et Areán, P. A. (2020). Leveraging human-centered design to implement modern psychological science: Return on an early investment. *American Psychologist*, 75(8), 1067-1079.
- Lyon, A. R. et Koerner, K. (2016). User-centered design for psychological intervention development and implementation. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 23(2), 180-200.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. et Tonigan, J. S. (2001). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Dans C. E. Hill (édit.), *Helping skills: The empirical foundation* (p. 243-255). APA. <https://doi.org/10.1037/10412-014>
- Miller, P. L. et Ernst, A. A. (2004). Sex differences in analgesia: A randomized trial of mu versus kappa opioid agonists. *Southern Medical Journal*, 97(1), 35-41.

- Miller, W. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2e éd.). Guilford Press.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129-140.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change* (3e éd.). Guilford Press.
- Morin, E. (2008). *The meaning of work, mental health and organizational commitment* (Rapport n° R-585). IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique/520/>
- Moyers, T., Manuel, J. et Ernst, D. (2014). Motivational interviewing treatment integrity coding manual 4.1 (MITI 4.1). [Document non publié].
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. et Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1), 19-26.
- Moyers, T. B., Rowell, L. N., Manuel, J. K., Ernst, D. et Houck, J. M. (2016). The motivational interviewing treatment integrity code (miti 4): Rationale, preliminary reliability and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.001>
- Munly, K. (2003). Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd ed. *Journal for Healthcare Quality*, 25(3), 46.
- Page, K. M. et Tchernitskaia, I. (2014). Use of motivational interviewing to improve return-to-work and work-related outcomes: A review. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 20(1), 38-49. <https://doi.org/10.1017/jrc.2014.5>
- Park, J., Esmail, S., Rayani, F., Norris, C. M. et Gross, D. P. (2018). Motivational interviewing for workers with disabling musculoskeletal disorders: Results of a cluster randomized control trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 252-264.
- Patterson, G. R. et Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.53.6.846>
- Porteous, N. L. (2009). La construction du modèle logique d'un programme. Dans C. Dagenais et V. Ridde (édit.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 87-105). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1994). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy* (2e éd.). Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

- Resnicow, K. et McMaster, F. (2012). Motivational interviewing: Moving from why to how with autonomy support. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, article 19.
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2009). Introduction générale à l'évaluation de programme. Dans C. Dagenais et V. Ridde (édit.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 11-29). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rollnick, S. et Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334.
- Rose, A., Rosewilliam, S. et Soundy, A. (2017). Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 65-75.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(3), 450-461.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.
- Sekhon, M., Cartwright, M. et Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), article 88.
- Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S. et Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Education and Counseling*, 84(1), 16-26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.025>
- Söderlund, L. L., Nilsen, P. et Kristensson, M. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal*, 67(2), 102-109. <https://doi.org/10.1177/0017896908089389>
- Ståhl, C. et Gustavsson, M. (2018). Introducing motivational interviewing in a sickness insurance context: Translation and implementation challenges. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 357-364. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9731-0>
- Stephens, T. et Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22(1), 18-23.
- Tait, R. C., Pollard, C. A., Margolis, R. B., Duckro, P. N. et Krause, S. J. (1987). The Pain Disability Index: Psychometric and validity data. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68(7), 438-441.
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. et Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science. Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), 62-69.

- Tissot, F., Stock, S. et Nicolakakis, N. (2020). *Portrait des troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail : résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2632>
- van den Heuvel, S., van der Zwaan, L., van Dam, L., Oude-Hengel, K., Eekhout, I., van Emmerik, M., . . . Wilhelm, C. (2017). *Estimating the costs of work-related accidents and ill-health: An analysis of European data sources*. EU-OSHA.
- van Vilsteren, M., van Oostrom, S. H., de Vet, C. W. H., Franche, R., Boot, R. L. C. et Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub3>
- Vansteenkiste, M., Williams, G. C. et Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between self-determination theory and motivational interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: Autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), article 23. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-23>
- Waddell, G. et Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* The Stationery Office. <https://cardinal-management.co.uk/wp-content/uploads/2016/04/Burton-Waddell-is-work-good-for-you.pdf>
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A. et Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, 49(2), 163-172. <https://doi.org/10.1037/a0023200>
- Woolf, A. D. et Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 646-656.

ANNEXE A

A.I Objectif 2 : Guide d'entrevue – Cliniciens

L'intervention développée vise à soutenir les cliniciens dans leur façon de mieux communiquer avec les travailleurs lors de la réadaptation au travail. Nous souhaitons avoir votre avis sur la trousse de formation et sur son utilité à vous soutenir pour faire l'entretien motivationnel.

- De façon globale, quelle est votre satisfaction par rapport à l'utilisation de la trousse de formation pour vous amener à réaliser l'entretien motivationnel ?
 - Combien de temps (approximation) avez-vous eu besoin pour consulter cette trousse ?
- Parlez-moi de l'utilité de la trousse de formation pour vous soutenir par rapport à la réalisation de l'entretien motivationnel.
- Par rapport à la facilité à consulter tout le contenu de la trousse, qu'en avez-vous pensé ?
 - Au niveau de :
 - La simplicité
 - L'effort à mettre pour la consulter
 - La clarté du contenu
 - Quelles ont été vos difficultés ?
- Jusqu'à quel point pourriez-vous recommander l'utilisation de la trousse de formation ?
 - Qu'avez-vous le plus apprécié ?
 - Qu'avez-vous le moins apprécié ?
- À qui la trousse de formation pourrait-elle s'adresser ?
- Quelles modifications devraient être apportées pour faire en sorte que la trousse de formation puisse aider efficacement à soutenir les cliniciens pour réaliser l'entretien motivationnel ?

Par rapport à l'expert qui a visionné et analysé les jeux de rôles, j'aimerais avoir votre avis sur certains éléments qui sont ressortis.

- Observation 1, Qu'en pensez-vous ?
 - En fonction de l'observation de l'expert qu'est ce qui aurait pu être amélioré dans la trousse ?
- Observation 2, Qu'en pensez-vous ?
 - En fonction de l'observation de l'expert qu'est ce qui aurait pu être amélioré dans la trousse ?
- Observation 3, Qu'en pensez-vous ?
 - En fonction de l'observation de l'expert qu'est ce qui aurait pu être amélioré dans la trousse ?

Finalement, pour mieux nous aider à comprendre comment les personnes utilisent la trousse, il me reste quelques dernières questions :

- Après avoir suivi la formation, jusqu'à quel point vous êtes-vous pratiqué avec une autre personne, avant la rencontre avec la travailleuse standardisée ?
- Est-ce que vous avez réécouté votre enregistrement de vos jeux de rôles avant cette entrevue ?
- Est-ce que vous avez consulté le résumé de l'expert ?

Auriez-vous d'autres informations que nous n'avons pas discutées que vous aimeriez me partager ?

Merci pour votre participation.

ANNEXE B

B.I Objectif 2 : Guide d'entrevue – Travailleurs

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude.

Nous avons bien reçu les réponses aux questions et nous vous en remercions. On se rencontre aujourd'hui parce que nous aimerions vous présenter une intervention qui vise à aider les cliniciens à mieux communiquer avec les travailleurs lors de la réadaptation au travail. Nous souhaitons donc avoir votre avis sur cette façon de communiquer. Puisque l'intervention qui vous sera présentée est en développement, il est normal que vous ne l'ayez pas reçue jusqu'à présent.

La rencontre aura 3 parties :

1. Nous allons maintenant visionner ensemble 2 capsules vidéo. Ce sont deux comédiennes qui jouent le rôle d'une travailleuse et d'une intervenante en réadaptation. Ces capsules illustrent deux situations où la collaboration pourrait être plus difficile à établir pour un clinicien à différents moments durant la réadaptation soit au début de la prise en charge, juste avant de débiter le retour au travail et lorsque la travailleuse est de retour à l'emploi. Au besoin et si vous le désirez, vous pouvez vous prendre quelques notes durant le visionnement des capsules. Aussi, si vous souhaitez prendre une pause, c'est possible, juste à me le dire.

Si le partage d'écran devient problématique, je pourrai vous transmettre les liens Web pour que vous puissiez visionner les capsules.

(Note pour nous : noter les remarques non verbales qui changent durant le visionnement. Pourra être repris ensuite).

2. Ensuite, je vous poserai quelques questions pour savoir ce que vous pensez de l'intervention.
3. Finalement, je vais vous demander de me fournir une adresse postale pour vous faire parvenir le chèque de compensation financière.

Quelques rappels importants avant de commencer :

Nous avons mis en place les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des données. Vous serez identifié par un numéro de code et notre rencontre d'aujourd'hui se déroule sur une plateforme sécurisée de l'Université de Sherbrooke. La rencontre sera enregistrée pour nous permettre d'en faire l'analyse seulement. Il sera possible d'arrêter à n'importe quel moment. Juste à m'en aviser.

Est-ce que ça vous convient ?

A) VISIONNEMENT DES CAPSULES VIDÉO

*****Débuter l'enregistrement de la rencontre et changer la langue de la transcription en français. ***Lors du partage d'écran – partager le son aussi.**

B) QUESTIONS PORTANT SUR L'AVIS DU TRAVAILLEUR

Maintenant, j'aimerais solliciter votre avis sur cette façon de communiquer qui vous a été présentée dans ces capsules.

1. Attitude (affective attitude) :

Que pensez-vous de la façon de communiquer dans les deux capsules ?

Si votre ergothérapeute (ou autre intervenant) avait communiqué ainsi avec vous, qu'auriez-vous pensé ?

Jusqu'à quel point cette façon de communiquer pourrait-elle avoir un impact sur le déroulement d'un programme de réadaptation ?

2. Cohérence (Intervention cohérence) :

Jusqu'à quel point cette façon de communiquer fait-elle du sens pour vous ?

3. Utilité (efficacité perçue/perceived effectiveness) :

Jusqu'à quel point cette façon de communiquer est-elle utile selon vous ?

Selon vous, qu'est-ce qu'il faudrait améliorer/ajouter à cette façon de communiquer pour qu'elle réponde le mieux à vos besoins ou aux besoins de personnes en arrêt de travail ?

Quels aspects seraient moins utiles selon vous ?

4. Facteur pouvant influencer l'adhésion (opportunity cost) :

Quels moments dans les capsules avez-vous le moins appréciés ?

5. Efficacité personnelle (self-efficacy) :

Quel est votre niveau de confiance à pouvoir participer comme les travailleuses à ce type d'échange ?

Attitude :

- Pour qui pensez-vous que cette façon de communiquer serait la plus utile ?
- Recommanderiez-vous cette façon de faire à une personne de votre entourage qui est en arrêt de travail en raison d'un problème de santé similaire au vôtre ?
 - Si oui, pour quelles raisons ?
 - Sinon, pour quelles raisons ?

Si remarque observée durant vidéo, poser les questions... J'ai remarqué pendant le visionnement que... qu'est-ce que vous vous êtes dit?

Noter les temps de réaction dans l'enregistrement.

C'est maintenant la fin des questions sur l'intervention de communication, auriez-vous d'autres informations que nous n'avons pas discutées que vous aimeriez me partager ?

Merci pour votre participation.