Institut de Recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

PhareSST

Rapports de recherche scientifique | Rapports

2006

Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité

Conrad Lecomte
Université de Montréal

Réginald Savard
Université de Sherbrooke

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

Citation recommandée

Lecomte, C. et Savard, R. (2006). *Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité* (Rapport n° R-448). IRSST.

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.

Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité

ÉTUDES ET RECHERCHES

Conrad Lecomte
Réginald Savard

R-448

RAPPORT

irsst

Solidement implanté au Québec depuis l980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES *travaillent* pour vous !

MISSION

- Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.
- Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.
- Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

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

POUR EN SAVOIR PLUS...

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

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CSST.
Abonnement : 1-877-221-7046

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
février 2006

Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité

ÉTUDES ET RECHERCHES

Conrad Lecomte, Département de psychologie, Université de Montréal
Réginald Savard, Département d'orientation professionnelle, Université de Sherbrooke

RAPPORT

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.

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca

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

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

PRÉFACE

Ce rapport de recherche est le résultat de notre engagement soutenu à l'amélioration de l'intervention en réadaptation auprès de travailleurs accidentés à risque de chronicité. Pour permettre aux chercheurs, aux gestionnaires, aux futurs chercheurs et aux intervenants d'améliorer les services de réadaptation offerts à ces travailleurs, nous avons choisi de produire un rapport détaillé.

Ce rapport se présente en trois grands volets. Une première partie élabore une recension des écrits portant sur la chronicité et l'intervention. Dans un deuxième temps, la recherche qui vise à évaluer les effets d'une formation en counseling sur les processus et les résultats de réadaptation est présentée et discutée. Finalement, un troisième volet propose des conclusions, des pistes de recherche et des recommandations pour la formation et la pratique de la réadaptation.

À un moment où l'étude et la compréhension de la problématique des travailleurs accidentés à risque de chronicité se dirigent vers de nouvelles pratiques reconnaissant l'influence des facteurs psychosociaux, cette recherche se veut un effort d'exploration scientifique pouvant orienter l'intervention compte tenu de plusieurs enjeux fondamentaux de cette problématique.

Enfin, nous voulons souligner que tout projet de recherche ne devrait pas nous faire oublier, comme le souligne G. H. Mead, que «La recherche scientifique n'est en fait que le processus évolutionnaire devenu conscient».

REMERCIEMENTS

En premier lieu, les chercheurs tiennent à remercier l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRRST) d'avoir accordé son soutien financier, technique et humain à cette recherche. En particulier, merci à monsieur Marc Baril pour sa patience chaleureuse et à monsieur Thierry Petitjean-Roget pour le partage de son expertise en analyse statistique.

Cette recherche repose sur la collaboration de plusieurs personnes. D'abord, sans le partenariat de la Direction de la réadaptation et de l'indemnisation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), cette recherche n'aurait pas été possible. En effet, c'est grâce à la collaboration active, entre autres, de mesdames Lise Harvey et Danièle Dumas ainsi que monsieur Robert Rodrigue que cette étude a pu se réaliser dans plus de 10 régions du Québec.

Sur le terrain, nous devons une fière chandelle aux conseillers en réadaptation qui ont choisi de participer activement à processus d'expérimentation exigeant qui s'est déroulé sur plusieurs mois. Cette participation est un témoignage éloquent de leur engagement au bien-être des travailleurs accidentés. Merci aussi aux gestionnaires qui ont accepté de planifier et d'aménager des conditions de pratique permettant la participation des conseillers. Avant tout, cette recherche repose sur la participation de travailleurs accidentés, car c'est en acceptant de nous partager leur expérience tout au long du processus d'intervention que ce projet a pris tout son sens.

Nous tenons également à remercier monsieur Marc Corbière, Ph.D., chercheur à l'Université de Colombie Britannique qui a agi comme consultant méthodologique et statistique. Merci à toutes les assistantes et tous assistants de recherche qui ont participé à la collecte des données.

Finalement, nous tenons à souligner la qualité du travail empreint de persévérance et de patience de monsieur François Laisné qui a coordonné l'ensemble des activités de ce projet de recherche du début à la fin.

RÉSUMÉ

Cette recherche propose l'investigation des effets d'une intervention en counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité. À la suite d'une recension de la littérature pertinente portant sur les facteurs biopsychosociaux et la chronicité, les enjeux de l'intervention en réadaptation sont analysés. Soixante-deux travailleurs accidentés à risque de chronicité sont assignés au hasard à 19 conseillers regroupés en deux catégories, soit formés ou non formés au counseling de réadaptation et intervenant selon deux modalités, soit sur une base hebdomadaire ou selon les pratiques habituelles de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Des mesures d'indicateurs de réadaptation prises avant l'intervention, après l'intervention et six mois plus tard ainsi que des mesures du processus d'intervention prises à chaque séance sont analysées. Les travailleurs suivis par des conseillers formés au counseling connaissent des améliorations significatives sur plusieurs indicateurs de réadaptation comparativement aux travailleurs suivis par des conseillers non formés au counseling. L'évaluation du processus d'intervention faite à chaque séance confirme l'impact significatif de l'intervention des conseillers formés au counseling et ce sur plusieurs variables. Les résultats soulignent également l'impact significatif du soutien sur l'adhésion des conseillers à l'application du counseling de réadaptation. La motivation et l'adhésion des conseillers à l'intervention fondée sur le counseling de réadaptation influencent les résultats et le processus de réadaptation. Des implications et des recommandations pour la pratique et la recherche sont formulées.

Mots clés : chronicité, lien d'emploi, facteurs biopsychosociaux, counseling, réadaptation, réinsertion, efficacité, formation, processus, résultats.

Key words: chronicity, occupational disability, biopsychosocial factors, counseling, rehabilitation, reintegration, efficacy, training, process, outcomes.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE…… i
REMERCIEMENTS…….... iii
RÉSUMÉ……... v

I. CONTEXTE THÉORIQUE ET SCIENTIFIQUE DE LA LA RÉADAPTATION ET DE LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLES……..... 1

A- PROBLÉMATIQUE LA RÉADAPTATION ET DE LA RÉINSERTION DES TRAVAILLEURS ACCIDENTÉS……..... 1
1. Un bilan des facteurs déterminants de la réadaptation et de la réinsertion professionnelles…..……..... 1
2. Au-delà et en deçà des facteurs structurels de la réadaptation et de la réinsertion : l'expérience psychosociale multidimensionnelle des lésions professionnelles…… 4
3. L'analyse des variables multidimensionnelles psychosociales de la réadaptation et de la réinsertion professionnelles……..…….. 7
   3.1 Les caractéristiques de la transition : l'accident de travail……..... 8
   3.2 Les variables liées au fonctionnement intrapersonnel…….. 9
      3.2.1 La santé, les limitations fonctionnelles et les variables contextuelles sociodémographiques associées……..... 9
      3.2.1.1 Les variables sociodémographiques ……..... 9
      3.2.1.2 La santé et les limitations fonctionnelles……..... 10
      3.2.2 Les variables psychologiques……. 11
         3.2.2.1 Les croyances……. 11
         3.2.2.2 Les variables affectives : la détresse, la dépression et l'anxiété…… 14
         3.2.2.3 L'estime de soi……... 15
         3.2.2.4 Les variables cognitives : l'évaluation cognitive et les stratégies d'adaptation……... 15
         3.2.2.5 Les stades de changement des travailleurs accidentés…….. 17
         3.2.2.6 Les facteurs associés à la personnalité…….. 19
   3.3 Les variables associées au fonctionnement interpersonnel…….. 20
      3.3.1 Le soutien social……. 20
      3.3.2 La pression sociale et l'encouragement…….……. 21
      3.3.3 Le soutien du conseiller…….. 22
   3.4 Les variables associées au fonctionnement extrapersonnel du travailleur accidenté……..……. 22
      3.4.1 Le lien d'emploi et le retour au travail……... 22
      3.4.2 L'importance accordée au travail……... 23
      3.4.3 Les compensations financières et les litiges……... 24
4. La conclusion……..... 24

B- INTERVENTION DU CONSEILLER EN RÉADAPTATION……..... 25
1. La problématique de l'intervention du conseiller en réadaptation…….. 25

2. Le counseling de réadaptation……. 26
2.1 L'intervention de counseling de réadaptation ……. 26
2.2 Les facteurs déterminants de l'efficacité du counseling……... 27
2.2.1 Les variables caractérisant la participation du travailleur accidenté au processus en counseling de réadaptation ……..…….. 28
2.2.1.1 La perception subjective de l'intervention par le travailleur accidenté…… 28
2.2.1.2 L'adhésion du travailleur accidenté aux recommandations du conseiller……... 28
2.2.2 Les variables caractérisant la participation du conseiller au counseling de réadaptation……..... 30
2.2.2.1 Les perceptions et réactions subjectives du conseiller…….. 30
2.2.2.2 L'adhésion du conseiller au modèle d'intervention en counseling de réadaptation…… 30
2.2.2.3 La motivation du conseiller face à son travail de réadaptation…..... 31
2.2.3 La variable relationnelle : l'alliance de travail …….…….. 32
2.2.4 Les facteurs contextuels de l'intervention……... 34
3. La conclusion…….. 35
3.1 Le bilan de l'intervention en réadaptation et en réinsertion professionnelles……..... 35
3.2 Les facteurs déterminants du counseling de réadaptation……...….. 35

C- OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE…….. 35
1. Les objectifs de recherche…….. 35
2. Les hypothèses de recherche…….. 36
2.1 Les hypothèses touchant les variables associées au fonctionnement multidimensionnel du travailleur accidenté…….…….. 36
2.2 Les hypothèses concernant les facteurs déterminants de l'évolution du counseling de réadaptation professionnelle……..... 37

II- MÉTHODOLOGIE……..…… 38

1. Le devis de recherche……..... 38
2. L'échantillon…….…….. 40
2.1 Les travailleurs accidentés……. 40
2.2 Les conseillers en réadaptation……..……..... 44
2.2.1 La sélection et les caractéristiques……..……... 44
2.2.2 La formation au counseling de réadaptation ……...…….. 46
3. Les modalités de traitement……..... 47
4. Les instruments de mesure……. 49
4.1 Les mesures de l'impact mutidimensionnel…….. 49
4.1.1 Les mesures portant sur des variables asssociées au fonctionnement intrapersonnel……... 49
4.1.2 Les mesures portant sur des variables associées au fonctionnement interpersonnel……... 54
4.1.3 Les mesures portant sur des variables associées au fonctionnement

extrapersonnel……..... 55
4.2 Les mesures portant sur les déterminants de l'évolution du counseling……... 56
4.2.1 Les mesures associées à des variables associées à la participation du travailleur accidenté..... 56
4.2.2 Les mesures associées à la participation du conseiller au counseling de réadaptation…… 57
4.2.3 La mesure de la relation entre le travailleur accidenté et le conseiller en réadaptation…… 59
5. Le déroulement de l'expérimentation……..……. 60
6. Les analyses statistiques……..... 61

III- ANALYSE DES RÉSULTATS……..... 64

1. Les analyses préliminaires…….. 64
1.1 La comparaison des conseillers……. 64
1.2 La comparaison de l'équivalence des groupes de traitement avant l'expérimentation…… 64
1.3 L'attrition des sujets……..……. 66
2. La comparaison de l'impact des modalités d'intervention sur des indicateurs de réadaptation……..... 71
2.1 Les variables associées au fonctionnement intrapersonnel……..... 72
2.2 Les variables associées au fonctionnement interpersonnel……..…..... 75
2.3 Les variables associées au fonctionnement extrapersonnel……..…... 83
3. La comparaison de l'impact des modalités d'intervention sur des indicateurs de l'évolution du processus de réadaptation……. 84
3.1 Les variables associées à la participation du travailleur accidenté au counseling de réadaptation…… 85
3.1.1 L'évaluation de la séance…… 85
3.1.2 L'adhésion aux recommandations…….. 86
3.1.3 L'évaluation des recommandations…… 87
3.1.4 L'impact des séances d'intervention……... 88
3.2 La variable relationnelle : l'alliance de travail……..……..... 91
3.3 Les variables associées à la participation du conseiller au counseling de réadaptation…… 92
3.3.1 L'évaluation de la séance par les conseillers……..……..... 92
3.3.2 Les réactions subjectives des conseillers……..... 94
3.3.3 L'impact de l'adhésion des conseillers formés au modèle d'intervention en counseling de réadaptation……. 94
3.3.3.1 La motivation des conseillers……..... 94
3.3.3.2 La motivation et l'adhésion à l'application de l'intervention de counseling…….. 96
3.3.3.3 L'adhésion des conseillers et soutien à l'application du modèle d'intervention……..... 96
3.3.3.4 L'impact de l'adhésion des conseillers formés à l'application du modèle d'intervention sur les indicateurs de réadaptation et de la qualité du processus……... 98

3.3.3.4.1 L'impact de l'adhésion cotée par des juges externes sur les indicateurs de réadaptation…… 98
3.3.3.4.2 L'impact de l'adhésion cotée par des juges externes sur les indicateurs de la qualité du processus…….. 105
3.3.3.4.3 L'impact de l'adhésion autoévaluée des conseillers formés sur les indicateurs de réadaptation…….. 105
3.3.3.4.4 L'impact de l'adhésion autoévaluée des conseillers formés sur les indicateurs de la qualité du processus……..... 112

IV- DISCUSSION DES RÉSULTATS…….. 113

1. L'impact de l'intervention mesuré par des indicateurs multidimensionnels de réadaptation……..……..... 113
1.1 L'impact sur des variables associées au fonctionnement intrapersonnel…..... 113
1.2 L'impact sur des variables associées au fonctionnement interpersonnel…….. 116
1.3 L'impact sur des variables associées au fonctionnement extrapersonnel…….. 117
2. Les facteurs qui contribuent à l'évolution du processus de réadaptation…… 119
2.1 Les variables associées à la participation du travailleur accidenté au processus de réadaptation..……..…….. 119
2.2 La variable relationnelle : l'alliance de travail……..... 121
2.3 Les variables associées à la participation du conseiller au processus de réadaptation…… 123

V- CONCLUSIONS, LIMITES ET RECOMMANDATIONS…… 128
1. Les conclusions……... 128
2. Les limites de la recherche……..... 129
3. Les recommandations et les implications pour la pratique……..... 131
4. Les recommandations et les applications pour la recherche…….. 133

LISTE DES ANNEXES…….. 136
Annexe I Synthèse de l'approche d'intervention en counseling de réadaptation professionnelle……..... 137
Annexe II Tableaux des données brutes concernant les indicateurs de l'évolution du processus de réadaptation à chaque séance……..... 138
Annexe III Liste des diagnostics principaux et secondaires pour chaque travailleur…….. 153
Annexe IV Régressions linéaires entre les variables distinguant les sujets restants aux temps 2 et 3 sur les des indicateurs de réadaptation…….. 155

RÉFÉRENCES……. 157

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des sujets selon les 4 groupes de traitement…….. 39
Tableau 2 : Description des variables sociodémographiques des travailleurs…… 42
Tableau 3 : Données descriptives pour les conseillers formés et non formés……. 45
Tableau 4a : Répartition des travailleurs par conseiller formé selon la fréquence de leur suivi…….. 46
Tableau 4b : Répartition des travailleurs par conseiller non formé selon la fréquence de leur suivi…… 46
Tableau 5a : Schéma des moments d'administration des questionnaires pour les travailleurs……... 59
Tableau 5b : Schéma des moments d'administration des questionnaires pour les conseillers…… 60
Tableau 6 : Anovas comparant les 4 groupes de travailleurs sur les variables biopsychosociales au temps 1……. 65
Tableau 7 : Anovas comparant les 4 groupes de travailleurs sur les variables sociodémographiques et reliées au travail……... 66
Tableau 8 : Chi carré comparant les travailleurs suivis par les conseillers formés et non formés sur les variables sociodémographiques et reliées au travail……... 66
Tableau 9 : Chi carré comparant les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire et selon les pratiques habituelles à la CSST sur les variables sociodémographiques et reliées au travail…… 66
Tableau 10 : Profil du nombre de rencontres par modalité de traitement…… 67
Tableau 11 : Anovas comparant les travailleurs participant toujours à la recherche et les travailleurs ayant abandonné la recherche au temps 2……... 67
Tableau 12 : Chi carrés comparant les travailleurs participant toujours à la recherche et les travailleurs ayant abandonné la recherche au temps 2…… 68
Tableau 13 : Anovas comparant les travailleurs participant toujours à la recherche et les travailleurs ayant abandonné la recherche au temps 3…… 68
Tableau 14 : Anovas comparant les travailleurs participant toujours à la recherche au temps 2 sur les variables sociodémographiques et psychosociales au temps 1……... 69
Tableau 15 : Chi carrés comparant les travailleurs suivis par les conseillers formés et non formés participant toujours à la recherche au temps 2 sur les variables sociodémographiques et reliées au travail au temps 1……. 69
Tableau16 : Chi carrés comparant les travailleurs suivis de façon hebdomadaire et selon les pratiques habituelles à la CSST participant toujours à la recherche au temps 2 sur les variables sociodémographiques et reliées au travail au temps 1…… 70

Tableau 17 : Anovas comparant les travailleurs participant toujours à la recherche au temps 3 sur les variables sociodémographiques et psychosociales au temps 1……... 70
Tableau 18 : Chi carrés comparant les travailleurs suivis par les conseillers formés et non formés participant toujours à la recherche au temps 3 sur les variables sociodémographiques et reliées au travail au temps 1…… 71
Tableau 19 : Chi carrés comparant les travailleurs suivis de façon hebdomadaire et selon les pratiques habituelles à la CSST participant toujours à la recherche au temps 3 sur les variables sociodémographiques et reliées au travail au temps 1…… 71
Tableau 20 : Manovas comparant les 4 groupes sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 2……..….. 78
Tableau 21 : Manovas comparant les quatre groupes sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3……..….. 80
Tableau 22 : Comparaison des 4 groupes par rapport au retour au travail……... 83
Tableau 23 : Comparaison des 4 groupes par rapport à l'évolution vers le retour au travail…….. 83
Tableau 24a : Chi carré comparant le taux de retour au travail chez les travailleurs suivis par les conseillers formés et non formés……... 84
Tableau 24b : Chi carré comparant le taux de retour au travail chez les travailleurs selon la fréquence des rencontres…… 84
Tableau 25 : Anovas comparant les 4 groupes sur l'évaluation de la séance par les travailleurs……. 85
Tableau 26a : Anovas comparant les 4 groupes sur l'adhésion aux recommandations selon les travailleurs……... 86
Tableau 26b : Anovas comparant les 4 groupes sur l'adhésion aux recommandations selon les conseillers…… 87
Tableau 27 : Anovas comparant les 4 groupes sur l'évaluation des recommandations par les travailleurs…….. 88
Tableau 28 : Anovas comparant les 4 groupes sur l'évaluation de la séance selon les conseillers…….. 93
Tableau 29 : Anovas comparant les 4 groupes sur les réactions émotives des conseillers…… 93
Tableau 30 : Anovas comparant les conseillers formés et non formés sur leur degré de motivation……. 95
Tableau 31 : Tests *t* comparant les conseillers adhérant fortement ou faiblement au modèle selon les juges externes sur leur motivation……..…….. 96
Tableau 32 : Corrélations entre l'adhésion au modèle par les conseillers formés et leur motivation à la suite de la recherche……. 96
Tableau 33 : Moyenne d'adhésion au modèle selon les conseillers et les juges externes…… 97
Tableau 34 : Corrélation entre l'adhésion au modèle selon les conseillers, les juges externes et le soutien à l'application du modèle perçu par les conseillers…… 97

Tableau 35 : Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les juges externes sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 2…… 99
Tableau 36 : Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les juges externes sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3…….…… 101
Tableau 37 : Anovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les juges externes sur les indicateurs de qualité du processus…….. 105
Tableau 38 : Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les conseillers sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 2……... 107
Tableau 39 : Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les conseillers sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3. ……. 109
Tableau 40 : Anovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les conseillers sur les indicateurs de qualité du processus……..... 112
Tableau 41a : Moyennes et écart-types pour l'alliance selon les travailleurs et selon les groupes à chaque séance……... 139
Tableau 41b : Moyennes et écart-types pour l'alliance selon les conseillers selon les groupes à chaque séance…… 139
Tableau 42 : Moyennes et écart-types pour la mesure d'impact pour les travailleurs selon les groupes à chaque séance…… 140
Tableau 43 : Moyennes et écart-types des réactions émotives du conseiller selon les groupes à chaque séance…… 142
Tableau 44a : Moyennes et écarts-types pour l'évaluation de la séance selon les travailleurs selon les groupes à chaque séance…… 144
Tableau 44b : Moyennes et écarts-types pour l'évaluation de la séance selon les conseillers et selon les groupes à chaque séance……..…….. 147
Tableau 45 : Moyennes et écarts-types pour l'évaluation des recommandations par les travailleurs selon les groupes à chaque séance…… 150
Tableau 46 : Moyennes et écarts-types pour l'adhésion des travailleurs aux recommandations selon les groupes à chaque séance…….. 152
Tableau 47 : Liste des diagnostics principaux et secondaires pour chaque travailleur……. 153
Tableau 48 : Régressions linéaires entre les variables distinguant les sujets restants au temps 2 et les différences temps 2 - temps 1 sur les indicateurs de réadaptation…….. 155
Tableau 49 : Régressions linéaires entre les variables distinguant les sujets restants au temps 3 et les différences temps 3 - temps 1 sur les indicateurs de réadaptation…….. 156

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Détresse subjective des travailleurs selon le groupe…….. 89
Figure 2 : Relations interpersonnelles des travailleurs selon le groupe……. 89
Figure 3 : Rôles sociaux des travailleurs selon le groupe…….……. 90
Figure 4 : Fonctionnement global des travailleurs selon le groupe…… 90
Figure 5 : Alliance perçue par les travailleurs selon le groupe…….. 91
Figure 6 : Alliance perçue par les conseillers selon le groupe……... 92

I- CONTEXTE THÉORIQUE ET SCIENTIFIQUE DE LA RÉADAPTATION ET DE LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLES

A- PROBLÉMATIQUE DE LA RÉADAPTATION ET DE LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLES

Depuis quelques années, les résultats de recherche soulignent les lourdes conséquences médicales, psychologiques, sociales et économiques des lésions professionnelles. En raison de l'augmentation constante du nombre de cas et des coûts reliés aux accidents de travail, un intérêt croissant s'est développé depuis les quinze dernières années pour la recherche concernant les processus de réinsertion professionnelle des travailleurs accidentés dans l'ensemble des pays occidentaux (Baril, 2002).

La littérature scientifique démontre que seulement une faible proportion de travailleurs accidentés évolue vers la chronicité et ne retourne pas travailler (Gatchel et Gardea, 1999). En effet, il apparaît que 90 % des travailleurs accidentés retournent au travail après trois mois et ce, sans égard aux soins médicaux qui leur sont prodigués (Carey, 1999).

Ces données concordent avec les constats établis par la Commission de santé et de sécurité du travail (CSST). Dans une analyse des données recueillies à partir de différents sites pilotes, la CSST (2004) note que la clientèle à risque de chronicité représente 10,4 % des dossiers étudiés. Ainsi, pour la majorité des travailleurs accidentés, soit 90 %, un suivi élémentaire de la situation médicale et la confirmation de la capacité de retour au travail s'avèrent suffisants pour que les activités professionnelles reprennent leur cours normal.

Cette faible proportion de clientèle identifiée à risque de chronicité génère des coûts très élevés menaçant l'équilibre du régime. Au-delà de cette problématique socioéconomique, que dire des multiples conséquences aux plans personnel, familial, financier et social dans la vie de ces travailleurs que nous connaissons encore trop peu (Martin et Baril, 1996; Yelin, 1986). La chronicité constitue la pierre d'achoppement des pratiques de réadaptation visant la réintégration professionnelle. Les facteurs de chronicité entourant les accidents de travail sont ainsi devenus une préoccupation majeure (Baril, 2002).

1. Un bilan des facteurs déterminants de la réadaptation et de la réinsertion professionnelles

Au sujet de la réinsertion professionnelle des travailleurs accidentés à risque de chronicité, la littérature scientifique indique que depuis une vingtaine d'années, l'étude des lésions professionnelles tente de passer d'un modèle linéaire médical à un modèle dynamique biopsychosocial à composantes multifactorielles (Baril, 2002). À partir d'une conception interactive personne-environnement, plusieurs programmes de réadaptation intégrant le milieu de travail ont été conçus (Frank, Brooker, DeMaio, Kerr, Mactzel,

Shannon, Sullivan, Norman et Wells, 1996; Loisel, Durand, Abenhaim, Gosselin, Simard, Turcotte et Esdaile, 1994; Nachemson, 1999). Plusieurs recherches portant sur ces programmes confirment l'importance de facteurs psychosociaux non seulement dans les problématiques du mal de dos, mais aussi dans l'ensemble de la population en réadaptation présentant des risques de chronicité, peu importe le siège de la lésion (Baril, Berthelette et Massicotte, 2002).

L'analyse de ces programmes d'intervention permet de constater qu'ils visent sous diverses formes l'intégration au travail par procédures variées soit : les tâches allégées, l'assignation temporaire, des modifications ergonomiques apportées au travail. Tout en reconnaissant l'importance des facteurs psychosociaux, ces programmes sont d'abord centrés sur des activités générales d'intégration au travail, sur la structure légale et administrative, ainsi que sur les composantes et déterminants organisationnnels. Dans ce contexte, l'utilisation de réseaux de soutien pour faciliter le retour au travail (Baril, 2002) est préconisée par quelques rares programmes (Hétu et Getty, 1994). Cette préoccupation de retour précoce au travail a permis de reconnaître l'importance de l'amélioration, de l'harmonisation et de la cohérence des interventions des différents acteurs concernés. L'intégration de ces différents facteurs dans le processus de réadaptation demeure encore un enjeu important et un défi considérable (Durand et Loisel, 2001; Rossignol, Abenhaim, Séguin, Neveu, Collet, Ducruet et Shapiro, 2000).

L'étude comparative de certains de ces programmes de réinsertion indique que ces diverses formes d'intervention produisent des effets à peu près équivalents en réduisant souvent le nombre de jours d'absence du travail de près de 50 %. Dans une revue de l'ensemble des programmes de réinsertion utilisant des tâches allégées de travail, comportant toutes les clientèles avec atteintes physiques confondues, Krause, Dasinger et Neuhauser (1998) ont montré que les interventions avaient un effet positif sur le retour au travail, divisant souvent par deux le nombre de jours d'absence du travail.

À ce jour, il n'est donc pas permis de préciser quelle est la forme optimale permettant l'intégration au travail (Leclaire, Dupuis, Proulx, Esdaile, Rossignol et Suissa, 1996). Ces programmes d'intervention semblent manifester des résultats équivalents. Un tel constat soulève plusieurs questions, portant en particulier sur les facteurs explicatifs des résultats obtenus. Comment expliquer que des programmes avec des composantes différentes produisent des résultats équivalents ? Ce que nous savons, c'est que ces les programmes en question visent essentiellement le retour précoce chez le même employeur avec la mise en place de mesures adaptées aux limitations fonctionnelles du travailleur blessé. Pour que ces programmes soient efficaces, plusieurs conditions doivent être respectées : 1) un lien d'emploi doit être assuré par l'employeur pour une période d'au moins 1 an, 2) le retour au travail doit se faire rapidement, souvent avant la 8ième semaine après l'accident de travail, 3) la possibilité d'utiliser le milieu de travail réel comme lieu d'apprentissage est essentielle.

Ces programmes de réadaptation prétendent s'appuyer sur un modèle interactif personne-environnement. Ce modèle interactif prend sa source dans le cadre conceptuel de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, Côté, et St-Michel, 1996). L'incapacité y est définie comme le

résultat d'une interaction défavorable entre une déficience qui entraîne une perte de capacité à réaliser certaines tâches et des obstacles environnementaux, incluant le milieu de travail, le système administratif de compensation et même parfois le système de santé, entraînant une impossibilité à réaliser un travail. Considérant l'incapacité résultant de l'accident comme une problématique capacité-aptitude au lieu de la voir comme une déficience, cette approche vise l'intégration précoce au travail par des interventions en milieu de travail. Il s'agit ainsi de rétablir la compatibilité d'un travailleur avec un poste ciblé. Tout en constituant une avancée considérable, l'influence et surtout l'expérience psychosociales du travailleur accidenté demeurent peu explorées dans de telles perspectives (Borgen et Amundsen, 1987). Malgré ces limites et ces contraintes, Baril, Berthelette, Ross, Gourde, Massicotte et Pajot (2000) concluent que les variables structurelles reliées au contexte du travail, au contexte administratif et légal et au contexte familial sont plus prometteuses que les variables individuelles pour assurer le retour au travail.

En résumé, les données probantes disponibles suggèrent l'importance de facteurs environnementaux de même que l'arrimage des différents acteurs impliqués dans le processus de retour au travail. Malgré les progrès remarquables réalisés par les programmes axés sur l'intégration au travail, plusieurs questions fondamentales demeurent sans réponse. Si la réadaptation professionnelle est définie à partir du critère de retour au travail uniquement, il est alors permis de conclure que ces programmes de réinsertion professionnelle sont relativement efficaces. En effet, même si d'un point de vue objectif le travailleur accidenté est invité à un retour dit thérapeutique au travail (Durand et Loisel, 2001), que ce retour soit progressif au poste régulier ou à un poste semblable, même lorsque les tâches sont allégées, l'expérience du travailleur ne sera plus jamais ressentie ni vécue comme avant l'accident. En ce sens, peut-on vraiment parler d'un retour au travail, ce qui suggère revenir en arrière comme si rien n'avait changé? Il s'agit peut-être davantage d'une rentrée au travail ou d'une réinsertion à la suite d'une expérience de réadaptation. Vue sous cet angle, une conception multidimensionnelle de la réadaptation impliquant des aspects personnels, identitaires, interpersonnels et professionnels offre un contexte plus nuancé et modulé de l'efficacité d'une intervention. Au-delà et en deçà de l'efficacité de programmes de retour au travail, quels sont les effets des variables psychosociales sur l'évolution de ces programmes et sur les résultats obtenus? Comment expliquer que des facteurs psychosociaux comme la représentation de la condition physique soient considérés comme des obstacles à l'application de certains de ces programmes (Durand et Loisel, 2001)? Comment soutenir et donner du sens à l'expérience psychosociale non seulement de la douleur mais aussi de la souffrance du travailleur accidenté ? Que savons-nous de l'expérience qualitative de maintien au travail et de la durée du retour du travailleur accidenté dans ses efforts d'intégration professionnelle? Plus encore, comment peut-on considérer la problématique du travailleur accidenté ayant perdu son lien d'emploi ? Maintenant que des programmes ont démontré une certaine efficacité, peut-être est-il pertinent de tenter de comprendre : a) comment s'installe le processus de chronicité et b) comment se déploie le processus de réadaptation et de réinsertion professionnelles dans l'expérience vécue du travailleur accidenté.

2. Au-delà et en deçà des facteurs structurels de la réadaptation et de la réinsertion : l'expérience psychosociale multidimensionnelle des lésions professionnelles

La plupart des recherches portant sur la réinsertion professionnelle se sont intéressées aux travailleurs accidentés ayant un lien d'emploi assuré (Loisel *et al.*, 1994). Les travailleurs qui, à la suite d'un accident de travail, ont perdu leur lien d'emploi représentent une population peu étudiée et souvent laissée pour compte. Des études partielles dans certaines régions du Québec montrent que le risque de chronicité est multiplié lorsque la victime de lésion se retrouve sans lien d'emploi. Plus précisément, on observe que 3 % de la clientèle présentent des risques accrus de chronicité compte tenu de la perte de tout lien d'emploi. Or, bien qu'il n'existe pas de portrait-type de l'individu à risque de chronicité, on peut affirmer sans contredit que la perte du lien d'emploi caractérise la chronicité. En effet, toutes proportions gardées, les travailleurs dont le lien d'emploi est compromis ont trois fois plus de probabilité d'évoluer vers une incapacité chronique par rapport à ceux ayant un emploi (CSST, 2004). De plus, 80 % des travailleurs sans lien d'emploi présentent des limitations fonctionnelles, et à peine 30 % sont jugés aptes à retourner au travail, comparativement à 77,2 % des travailleurs avec un lien d'emploi.

Certaines équipes de recherche ont tenté de documenter l'impact des lésions physiques et psychologiques (Bolton, 1979), permettant ainsi de mieux cerner et comprendre l'influence déterminante des processus d'adaptation des individus accidentés. En effet, au-delà d'un processus visible dans les sphères médicale et légale, on sait maintenant que des enjeux psychosociaux importants s'entrechoquent, dont certains demeurent non dits ou non reconnus. Plusieurs recherches soulignent l'influence de facteurs psychosociaux pour tenter d'expliquer les écarts mentionnés précédemment (Truchon et Fillion, 2000, 2001). On peut se demander pourquoi ces facteurs se manifestent avec autant de force lorsque le lien d'emploi est compromis. L'étude de l'importance du lien d'emploi dans la vie de tout travailleur permet, en partie, de mieux comprendre comment la rupture de celui-ci peut déclencher de multiples réactions psychosociales.

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux conséquences de la perte du lien d'emploi (Borgen et Amundsen, 1993; De Gaulejac et Léonetti, 1994; Lazarus et Folkman, 1984; Shlossberg, 1999). Tous s'entendent pour reconnaître son rôle crucial aux plans social, psychologique, vocationnel et de la santé. Plusieurs se sont attardés à étudier la perte du lien d'emploi comme un processus pouvant entraîner la chronicisation, soit à partir d'une perspective de transition (Schlossberg, 1984) ou de deuil (Borgen et Amundsen, 1984, 1987; Lindermann, 1979; Livneh, 1986a; Parkes, 1972; Werner-Beland, 1980) comportant des dimensions de désaffiliation (Castel, 2000), de marginalisation et d'exclusion (De Gaulejac et Léonetti, 1994) ou de perte d'identité (Datan et Ginsberg, 1975; Erikson, 1963). À partir d'approches théoriques et de méthodologies différentes, les résultats des chercheurs concordent pour indiquer comment la perte du lien d'emploi entraîne de multiples répercussions biopsychosociales vocationnelles.

Ces chercheurs découvrent que la perte du lien d'emploi déclenche la plupart du temps un enchaînement de ruptures qui mène souvent à l'exclusion et, dans le cas des travailleurs accidentés, à la chronicisation. En effet, ces auteurs observent que la perte du lien

d'emploi provoque fréquemment une série de ruptures avec une organisation, des collègues, une routine, un lieu où se rendre, des tâches à accomplir. Plus les personnes sont démunies affectivement, économiquement et culturellement, moins elles ont les ressources nécessaires pour résister aux mécanismes de rupture (Boulte, 1995). Lorsque l'accident de travail et la perte du lien d'emploi se produisent de façon concomitante, les risques de s'enliser dans la chronicisation sont plus élevés pour l'individu touché (Clavier, 1994; De Gaulejac et Léonetti, 1994). En l'occurrence, les travailleurs à risque de chronicité manifestent des problèmes de santé auxquels se greffent souvent des ruptures affectives avec des collègues, des amis, des membres de la famille (Hill, 1978).

La chronicité constitue un processus dynamique où se jouent en tension la perception de soi par soi et la perception de soi par les autres. L'individu accidenté pourrait par exemple en arriver à conclure de façon plus ou moins consciente que s'il ne peut plus être le travailleur qu'il était, il préfère encore adopter le statut officiel de malade que de faire face à la perte engendrée par cette nouvelle perception de soi. Ce statut peut être vu comme la meilleure protection face à la honte (Yelin, 1986).

Comme on peut le constater, la perte du lien d'emploi peut provoquer une dynamique complexe conduisant à la chronicisation. Au-delà de la nature et de la sévérité de la lésion, plusieurs recherches ont en effet démontré que l'évolution vers la chronicité dépend davantage de l'influence des facteurs psychosociaux que de conditions médicales objectives. Plusieurs auteurs mettent en évidence le caractère multifactoriel, pluridimensionnel et particulièrement complexe de ce processus dans lequel interagissent des aspects sociaux, interpersonnels, environnementaux, psychologiques et physiques (Kennett, 1992; Robertson, 1992).

Au cours des dernières décennies, plusieurs modèles ont tenté de conceptualiser et d'expliquer l'incapacité et la douleur chronique, de même que les difficultés de réadaptation pour la réinsertion professionnelle (Schultz, Crook, Fraser et Joy, 2000). Il est maintenant de plus en plus reconnu que la diversité des manifestations liées à un accident de travail est dépendante de l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels (Turk et Monarch, 2002). La prémisse du modèle biopsychosocial est que la douleur et l'incapacité chronique sont déterminées par les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, que ces facteurs s'interinfluencent et que l'expérience de la douleur et l'incapacité sont évolutives et se modifient avec le temps afin de s'adapter aux circonstances biologiques, psychologiques et sociales (Turk, 1996).

Des chercheurs ont documenté le caractère complexe et multifactoriel des risques de chronicité à la suite d'un accident de travail chez des travailleurs ayant un lien d'emploi (Dorset, 2000; Truchon et Fillion, 2000). Ainsi, chez les lombalgiques, ce qui semble se dégager comme facteurs dominant le tableau clinique et ayant un potentiel de prédiction de chronicité, ce sont : les perceptions subjectives des travailleurs de leur condition physique, de leur sentiment de contrôle, de la persistance perçue de leur douleur et la perception de leurs ressources. L'ensemble des autres facteurs comme la gravité du diagnostic, la personnalité, l'âge, le sexe, l'éducation, la compensation ne permettent pas de prédire de façon significative l'incapacité chronique.

Lorsqu'un accident de travail vient remettre en question le lien d'emploi, les effets concomitants biopsychosociaux de ces deux évènements augmentent les risques de s'enliser dans une expérience de chronicité complexe. Peu d'études, sinon aucune, se sont penchées sur ce double phénomène des effets de la perte du lien d'emploi et de l'accident de travail. Il n'y a pas de profil du travailleur accidenté dont les risques de chronicité sont accrus à la suite de la perte du lien d'emploi. Les recherches se sont plutôt intéressées à la réinsertion professionnelle de travailleurs accidentés ayant un lien d'emploi assuré. Quelques recherches qualitatives (Gaulejac et Léonetti, 1994) suggèrent que l'influence des perceptions subjectives du travailleur accidenté sans lien d'emploi est déterminante de son adaptation tout en se complexifiant. La perte du lien d'emploi à la suite d'un accident de travail semble représenter un puissant déclencheur de facteurs biopsychosociaux contribuant à la chronicisation.

Plusieurs auteurs ont mis en évidence le caractère multifactoriel et multidimensionnel particulièrement complexe de la chronicité (Baril *et al.*, 2002). Des recherches ont démontré que l'évolution vers la chronicité semble dépendre davantage de l'influence de facteurs psychosociaux de nature subjective que de facteurs objectifs comme la condition médicale (Kennett, 1992; Robertson, 1992). Au-delà de cette reconnaissance, peu de chercheurs et d'auteurs ont tenté d'offrir un cadre conceptuel permettant de tenir compte de l'influence réciproque des facteurs psychosociaux individuels et des facteurs structurels environnementaux. Comme mentionné précédemment, certains programmes de réinsertion professionnelle se sont centrés sur l'intégration au travail en s'appuyant sur une définition du processus de réadaptation principalement fondé sur le retour au travail (Durand et Loisel, 2001). Tout en étant pertinente, une telle définition ne permet pas de saisir l'ensemble de l'expérience complexe de réadaptation du travailleur accidenté. En ce sens, le programme d'action des Nations Unies touchant les personnes présentant une incapacité a proposé en 1983 que la réadaptation soit définie comme un processus visant à aider la personne à atteindre un niveau de fonctionnement social, physique et mental optimal lui permettant d'avoir les outils et les moyens nécessaires pour changer sa propre vie (*World Programme of Action Concerning Disabled Persons*, 1983). Cette définition met l'emphase sur une conception holistique et multifactorielle de l'adaptation du travailleur accidenté. Des notions de perception de contrôle, d'*empowerment*, de qualité de vie et d'adaptation sont au cœur de cette conception. Dans une telle perspective, le retour au travail devient une variable parmi d'autres en contexte de réadaptation et de réinsertion, celle-ci prenant diverses significations selon l'expérience vécue et perçue du travailleur accidenté, en particulier en termes de qualité de vie.

Dans son analyse de plus de 40 modèles touchant l'adaptation psychosociale face à l'incapacité physique, portant sur le deuil (Kubler-Ross, 1975; Lindeman, 1979), sur la crise (Moos et Tsu, 1976), sur les stades de transition (Hopson et Adams, 1977), en particulier les travaux théoriques et scientifiques de Schlossberg (1984, 1995), Livneh (1986a, 1986b, 2001) articule un cadre conceptuel unifié et intégratif pour comprendre le processus de réadaptation et de réinsertion professionnelle. Ce modèle propose de considérer l'accident de travail comme une transition se définissant comme tout évènement ou non évènement perçu et vécu comme entraînant des modifications dans les relations, les comportements, les croyances et les rôles de vie liés soit au travail, à la famille, à la santé, à soi ou aux aspects économiques (Schlossberg, 1984, 1995). Une telle

définition correspond bien à l'expérience de transition que représentent l'accident de travail et/ou la perte du lien d'emploi. La transition est d'abord une question de perception de changement plutôt que d'évènement objectif. Selon cette perception de changement, l'accident de travail ou la perte d'un lien d'emploi peut prendre diverses significations.

Plusieurs recherches portant sur des transitions comme la perte d'un emploi, la maladie, un accident, concluent que les processus de réadaptation et de réinsertion professionnelle sont liés à l'interaction des caractéristiques perçues de la transition et des facteurs personnels et environnementaux (Robertson, 1992). Dans leur analyse de la mesure et de l'évaluation de la réadaptation et de l'intervention, plusieurs chercheurs recommandent d'évaluer les programmes de réadaptation et de réinsertion professionnelles à partir de l'impact multidimensionnel d'un accident de travail, soit aux plans intrapersonnel, interpersonnel et extrapersonnel (Bolton, 1979; Gelso, 1979; Livney, 2001; Ogles, Lambert et Masters, 1996). Une telle approche permet donc de tenir compte des multiples facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux caractérisant le processus de réadaptation.

C'est en s'appuyant sur cette recommandation que nous allons analyser les variables multidimensionnelles à considérer dans l'étude des résultats de la réadaptation professionnelle. Après avoir défini les caractéristiques de l'accident de travail et de la perte du lien d'emploi comme expériences de transition, l'analyse des variables intrapersonnelles, interpersonnelles et extrapersonnelles suivra.

3. L'analyse des variables psychosociales multidimensionnelles de la réadaptation et de la réinsertion professionnelles

La plupart des chercheurs reconnaissent l'impact multidimensionnel de l'accident de travail sur le travailleur. Pour les travailleurs à risque de chronicité, l'étude et la compréhension de cet impact sont d'autant plus complexes. Plusieurs recherches ont porté sur le processus de réinsertion professionnelle, en particulier le retour au travail sous diverses formes, en utilisant la durée de l'absence au travail comme indicateur (Durand et Loisel, 2000). Ces recherches ont mis en lumière l'importance primordiale de facteurs environnementaux structurels dans le retour au travail (Baril, 2002). Cependant, ces recherches se sont surtout limitées au processus de réinsertion professionnelle de travailleurs accidentés ayant un lien d'emploi. Pour ces chercheurs, certains facteurs individuels comme la représentation de la maladie, la rupture identitaire ou la stigmatisation constituent des obstacles à leur programme de réinsertion professionnelle centré sur le retour au travail (Durand et Loisel, 2000). Ce qui laisse entendre que nous sommes loin d'un modèle de compréhension axé sur l'expérience psychosociale du travailleur accidenté interagissant avec des variables organisationnelles. En fait, peu de recherches ont porté sur l'impact multidimensionnel et multifactoriel combiné des facteurs individuels et environnementaux à la suite d'un accident de travail.

De plus en plus de chercheurs suggèrent donc l'étude multifactorielle des programmes de réinsertion et de réadaptation (Baril, 2002). S'appuyant sur les recommandations de plusieurs chercheurs (Bolton, 1976; Gelso, 1979; Kendall et Buys, 1998; Ogles, Masters et Lambert, 1996), Livneh (2001) propose dans un travail de synthèse de considérer que l'impact d'un accident de travail se répercute sur trois niveaux de fonctionnement, soit les niveaux intrapersonnel, interpersonnel et extrapersonnel. Ceci permet d'en arriver à une compréhension plus articulée de l'ensemble de l'expérience du travailleur accidenté car ces trois niveaux interagissent pour déterminer l'évolution de la réadaptation et de la réinsertion du travailleur. Le fonctionnement extrapersonnel comprend l'ensemble des variables touchant le retour au travail, le lien d'emploi, l'adaptation au travail et à la communauté comme la satisfaction, le statut, la situation financière, la compétence au travail, l'importance du travail, etc. Le fonctionnement interpersonnel concerne le soutien lié aux relations familiales et maritales, ainsi qu'aux relations professionnelles et sociales. Enfin, la dimension intrapersonnelle comporte deux catégories de variables, soit : 1) les indicateurs de la santé et les habiletés fonctionnelles, en particulier la perception subjective de la condition physique; 2) le fonctionnement psychologique se manifestant par des indicateurs multiples touchant l'expérience émotionnelle, cognitive et comportementale comme la détresse, la dépression, les habiletés d'adaptation, les croyances, l'optimisme, l'estime de soi, etc. Pour cerner l'impact d'un accident de travail sur l'évolution de la chronicité et planifier le processus de réadaptation, l'étude de ces trois niveaux de fonctionnement semble fondamentale et essentielle.

Au-delà de la variable extrapersonnelle du retour au travail, le processus de réadaptation vise à donner un sens identitaire au travail, à développer une perception de contrôle pertinent sur sa vie et, globalement, à améliorer la qualité de vie du travailleur en facilitant le fonctionnement optimal aux plans intrapersonnel et interpersonnel (Wright, 1983; Livneh, 2001). Pour arriver à établir une congruence et une cohérence entre ses aptitudes, ses intérêts, ses valeurs et la réalité du travail, de la vie sociale et interpersonnelle, le travailleur accidenté doit parvenir à une adaptation psychosociale fonctionnelle (Pollock, 1986). Pour tenter d'améliorer le processus de réinsertion et de réadaptation professionnelle, des chercheurs ont commencé à explorer certaines variables intrapersonnelles, interpersonnelles et extrapersonnelles de l'expérience du travailleur accidenté (Bloom, 1956, 1988). Avant d'aborder ces variables, précisons la nature de la transition que représentent l'accident de travail et/ou la perte du lien d'emploi.

3.1 Les caractéristiques de la transition : l'accident de travail

Certains auteurs ont postulé que les caractéristiques d'une transition pouvaient avoir une influence sur le processus de réadaptation des travailleurs accidentés (Schlossberg, 1981, 1984; Hopson et Adams, 1974). Par caractéristiques d'une transition, ils entendent la sévérité d'un accident, le fait que la transition soit anticipée ou non, le contexte, la durée et l'expérience passée de situations similaires. Si l'on tient compte du fait que le travail constitue un facteur essentiel d'identité et de santé mentale, il devient évident que la perte ou l'absence d'emploi puisse représenter une expérience déterminante de transition. L'interaction de plusieurs facteurs comme les ressources personnelles et environnementales et surtout la signification subjective accordée à l'expérience, fait en

sorte que les personnes ne réagissent pas de la même façon ni avec la même intensité à un accident de travail et/ou la perte d'un emploi (Lecomte et Tremblay, 1987).

L'analyse de la littérature scientifique portant sur la nature et la sévérité d'un accident de travail, de même que sur la perte du lien de travail, fait ressortir la singularité de chaque individu et l'influence déterminante de la perception subjective (Gatchel, Polatin et Kinney, 1995). Tout en ne niant pas l'importance de l'intensité et de la persistance de la douleur qui compromettent souvent la réinsertion professionnelle, des auteurs (Dorsett, 2001) concluent au rôle déterminant de la perception subjective dans le processus d'adaptation. Les travaux de plusieurs chercheurs portant sur la perte du lien d'emploi arrivent à la même conclusion (Borgen et Amundsen, 1984; Schlossberg, 1984; Schlossberg, Water et Goodman, 1995).

Tout en étant considérant avec attention les caractéristiques spécifiques de l'accident et de la perte du lien d'emploi, les résultats de recherche suggèrent de s'attarder d'abord à la perception et à la signification subjectives de ces évènements dans la vie du travailleur de la personne. En soi, les caractéristiques objectives comme le diagnostic médical, le degré de sévérité de la lésion, le contexte, la durée de l'absence au travail, etc., ne semblent pas permettre de prédire l'évolution du processus de réadaptation et de chronicisation.

3.2 Les variables liées au fonctionnement intrapersonnel

Au plan intrapersonnel, deux catégories de variables ont été considérées, soit les indicateurs de santé et limitations fonctionnelles et leurs variables contextuelles sociodémographiques ainsi que les variables psychologiques.

3.2.1 La santé, les limitations fonctionnelles et les variables contextuelles sociodémographiques associées

3.2.1.1 Les variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques, notamment l'âge, le sexe, l'ethnie, le statut civil et le niveau de scolarité ont donné lieu à de nombreuses recherches auprès de populations à risque de chronicité, sans toutefois qu'il ne s'en dégage de conclusions claires. Les études portant sur ces variables et démontrant un lien significatif avec la chronicité se trouvent bien souvent contredites par d'autres études démontrant des liens significatifs inverses (Truchon et Fillion, 2000; Crook, Moldofsky et Shannon, 2002). En ce qui concerne l'âge, une tendance semble ressortir même si cette variable n'est pas toujours prédictrice du non retour au travail. Ainsi, certaines études rapportent un désavantage pour les travailleurs plus âgés qui tendent à montrer un plus faible taux de retour au travail, particulièrement lors de l'approche de la retraite (Blackwell, Leierer, Haupt et Kampitsis, 2003; Cheadle, Franklin, Wolhagen, Savarino, Liu, Salley et Weaver, 1994; Oleinick, Gluck, et Guire, 1996; Thomas, Browning et Greenwood, 1994). Quant au genre, les résultats apparaissent plutôt contradictoires alors que l'incapacité et l'absence prolongée du travail sont davantage associées aux femmes dans certaines études (Cheadle *et al.*, 1994; Coste, Delecoeuillerie, Cohen de Lara, Le Parc et Paolaggi, 1994) et aux hommes (Crook, Moldofsky et Shannon, 1998) dans d'autres. Par ailleurs, Truchon et Fillion

(2000) font ressortir que le niveau de scolarité de même que l'ethnie ne représentent pas de bons prédicteurs de chronicité, les recherches rapportant également souvent des résultats contradictoires. Par exemple, certaines études disent que les individus caucasiens tendent à montrer un taux de retour au travail plus élevé que ceux appartenant à un groupe ethnique minoritaire (Gatchel, Polatin et Kinney, 1995), alors que d'autres études trouvent l'inverse (Burton *et al.*, 1997).

3.2.1.2 La santé et les limitations fonctionnelles

Les études portant sur la sévérité, la durée et la fréquence des symptômes (Bieber, Wroblecoski et Barber, 1999; Truchon et Fillion, 2000) et celles portant sur les limitations fonctionnelles (Andrews, Peters et Teesson, 1994; Bieber *et al.*, 1999) soulignent l'influence déterminante de l'expérience subjective, en particulier de la perception subjective, sur le processus d'adaptation (Cummings, 1999; Truchon et Fillion, 2000). L'interaction complexe de l'expérience subjective des symptômes, par exemple de la douleur et de la représentation qui en découle, semble jouer un rôle considérable dans l'évolution de la chronicité et dans le processus de réadaptation (Leventhal, Brissette et Leventhal, 2003). Les théories contemporaines de la douleur proposent une compréhension biopsychologique de la perception de la douleur et mettent en lumière la participation de facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux pouvant stimuler le cerveau et envoyer des messages qui influencent la perception de la douleur et les réactions qu'elle suscite (Weisemberg, 1999).

Lorsque l'on tente de déterminer les variables permettant de prédire l'incapacité chronique, certaines recherches trouvent un lien important entre l'intensité de la douleur perçue, l'incapacité et le non retour au travail (Gatchel *et al.*, 1995; Van Der Giezen, 2000). Par contre, Truchon et Fillion (2000) rapportent que plusieurs recherches démontrent que l'intensité de la douleur rapportée en phase aiguë n'est pas un bon indicateur de chronicité. Cependant, il semble que plus la douleur persiste, plus elle permet de prédire l'incapacité et l'échec de la réinsertion professionnelle (Epping-Jordan *et al.*, 1998). Ces auteurs suggèrent que la perception d'une douleur importante qui perdure indique peut-être une difficulté à s'y adapter. Par ailleurs, il semble que le statut fonctionnel des travailleurs accidentés soit un meilleur prédicteur dans les premiers temps de l'arrêt de travail. En effet, plusieurs études ont observé une relation significative entre le statut fonctionnel au moment d'entrée dans l'étude et la durée d'absence en emploi (Carey, 1999; Carey, Garrett et Jackman, 2000; Coste *et al.*, 1994; Crook *et al.*, 1998; Van Der Weide, Verbeek, Sallé et Van Dijk, 1999). Ces études suggèrent qu'une absence de recouvrement fonctionnel lors de la phase aiguë semble être un meilleur prédicteur d'incapacité. La plupart des experts en douleur chronique s'entendent pour définir la phase de chronicisation entre 3 et 6 mois (Boureau, Luu et Doubrère, 1997; Frank *et al.*, 1996). Lorsque la douleur ou l'incapacité persiste au-delà de 12 semaines, ils soulignent l'importance de mettre en œuvre les ressources nécessaires pour intervenir globalement et de façon plurimodale auprès du travailleur afin de prévenir l'évolution vers la chronicité. Dans la présente étude, une attention particulière sera portée aux perceptions subjectives des travailleurs de leur douleur, de leur santé et de leur vie, tout en tenant compte de leurs limitations fonctionnelles.

3.2.2 Les variables psychologiques

Au plan du fonctionnement psychologique, plusieurs catégories de variables ont été explorées. Des chercheurs ont commencé l'étude des croyances au sens plus général comme l'optimisme (Scheir et Carver, 1985) et au sens plus spécifique comme la perception de l'efficacité personnelle (Bandura, 1997) et la certitude perçue sur le processus de réadaptation (Bloom, 1988). D'autres chercheurs se sont penchés sur l'impact de l'accident de travail sur des variables d'ordre émotionnel, telles que la détresse, la dépression et l'anxiété (Gatchel et Gardea, 1999; Pincus, Burton, Vogel et Fiel, 2002). Aussi, l'impact sur l'estime de soi d'un accident de travail doublé de perte de lien d'emploi a fait l'objet de recherches pertinentes touchant le processus de réadaptation (Kinicki, Prussia et McKee-Ryan, 2000). Finalement, un courant important de recherche souligne l'importance de l'évaluation cognitive et des stratégies d'adaptation (Lazarus et Folkman, 1984) dans l'étude du processus de réadaptation et ce, au-delà des facteurs de personnalité (Main et Watson, 1995).

3.2.2.1 Les croyances

Les croyances au sens large du mot telles que l'optimisme et les croyances plus spécifiques comme le sentiment d'efficacité et le contrôle perçu semblent être des variables prédictrices importantes de résultats dans l'étude de plusieurs problématiques comme la toxicomanie, l'alcoolisme et la performance en général (Bandura, 1997; Scheier et Carver, 1985). Cependant, peu d'études se sont intéressées à leur impact sur le processus de réadaptation.

L'optimisme

L'optimisme peut être considéré comme une forme de croyance générale se manifestant dans des attentes face à diverses situations (Waldrop**,** Lightsey, Ethington, Woemme et Coke, 2001). Cette variable est généralement défini comme une disposition ou un trait de personnalité relativement stable à travers le temps et diverses situations où l'individu tend de façon générale à maintenir des attentes positives quant au futur (Scheier et Carver, 1985; Carver et Scheier, 2002). Les auteurs avancent que les croyances optimistes risquent de diminuer seulement lorsque l'individu est confronté à de nombreux stresseurs importants. Les recherches dans le domaine de la santé tendent de plus à plus à démontrer que l'optimisme a des effets bénéfiques sur le bien-être psychologique et physique des individus (Affleck et Tennen, 1996; Fournier, de Ridder et Bensing, 2002; Scheier, Carver et Bridges, 2001). Plusieurs études font ressortir que les individus optimistes se rétabliraient plus rapidement d'une opération (Scheier *et al.*, 2001), réussiraient mieux au plan professionnel (Seligman, 1994) et s'adapteraient plus favorablement aux transitions importantes de la vie (Aspinwall et Taylor, 1992). Au-delà de l'impact de l'optimisme sur le bien-être psychologique et physique, il semble que l'optimisme affecterait favorablement les résultats à la suite d'un traitement. La perspective et l'attitude générale d'une personne face à la vie influenceraient donc sa réponse à un traitement (Garofalo,

2000). Toutefois, les mécanismes par lesquels l'optimisme influence l'ajustement à une maladie chronique par exemple, demeurent incertains (Fournier *et al.*, 2002).

Selon Scheier *et al.*, (1994), plusieurs recherches affirment que ces résultats proviendraient, entre autres, des différences entre les optimistes et des pessimistes dans les stratégies qu'ils adoptent pour faire face aux obstacles rencontrés. À cet effet, Wanberg (1995) décrit l'optimisme comme une ressource de *coping* ayant un impact sur le type de stratégies adaptatives utilisées par les individus qui cherchent à se réinsérer professionnellement. Dans leur recension des écrits, Scheier *et al.*, (1994) notent que les individus optimistes tendent à utiliser davantage des stratégies adaptatives centrées sur la résolution de problème que les individus pessimistes. Or, ce type de stratégies est souvent relié au bien-être psychologique et physique (Lazarus et Folkman, 1984), à l'adoption de comportements actifs et à une plus faible intensité de la douleur déclarée (Gatchel et Epker, 1999; Turner, Jensen, Warms, et Cardenas, 2002) ainsi qu'à une meilleure estime de soi (Gatchel et Epker, 1999). Bref, ce type de disposition et de stratégies est souvent associé à des résultats favorables en réadaptation et à un meilleur fonctionnement (Garofalo, 2000). En ce sens, Haerkaepae, Jaervikoski et Estlander, (1996) rapportent que les gens faisant preuve de plus d'optimisme et de contrôle perçu montrent plus d'amélioration physique et moins de douleur à la suite de leur traitement, et qu'ils retournent davantage au travail. Par ailleurs, lorsque la situation empêche l'utilisation de stratégies centrées sur la résolution de problème ou est incontrôlable, il apparaît que les individus optimistes utilisent des stratégies plus adaptées quant à la régulation de leurs émotions (ex. : acceptation ou réévaluation positive de la situation) que les individus pessimistes (Carver et Scheier, 2002). De leur côté, les individus pessimistes utiliseraient plus de stratégies d'évitement et de déni, stratégies généralement associées aux affects négatifs et à la détresse psychologique (Lazarus et Folkman, 1984), ainsi qu'à l'évolution vers la chronicité (Katz, Ritvo, Irvine et Jackson, 1996).

Les optimistes et les pessimistes semblent donc se différencier quant aux types de stratégies d'adaptation qu'ils utilisent, que ces stratégies soient générales ou spécifiques à certaines situations (Carver et Scheier, 2002). Bien que plusieurs recherches suggèrent que l'effet de l'optimisme sur l'ajustement soit indirect et s'explique entre autres par les stratégies d'adaptation utilisées (Carver**,** Pozo, Suzanne Noriega et al.., 1993; Novy, Nelson, Hetzel, Squitieri et Kennington, 1998), bon nombre d'études rapportent un effet spécifique de l'optimisme sur l'ajustement psychologique (Brenner, Melamed et Panush, 1994; Hatchett et Park, 2004; Long et Sangster, 1993; Tennen, Affleck, Urrows, Higgins et Mendola, 1992) et physique (Chang, 1998; Scheier et Carver, 1992; Shen, McCreary et Myers, 2004), effet qui ne s'explique pas par les stratégies d'adaptation utilisées.

De plus, bien que les stratégies d'adaptation puissent parfois être définies comme une disposition générale par certains auteurs, la perspective situationnelle défendue par Lazarus et Folkman (1984) est le paradigme dominant actuellement (Ptacek et Pierce, 2003). Le choix des stratégies d'adaptation est donc généralement perçu comme résultant d'une interaction entre la personne et son environnement physique et psychosocial (Ptacek et Pierce, 2003). Contrairement à l'optimisme qui est un trait relativement stable dans le temps, les stratégies d'adaptation varient d'une situation à l'autre. Bien que

plusieurs recherches rapportent un lien significatif entre ces deux concepts, il s'agit de deux construits distincts qu'il demeure pertinent de mesurer de façon concomitante.

Le sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle, défini comme une croyance dans son habileté à organiser et à exécuter des actions requises pour arriver à des objectifs souhaités (Bandura, 1997), a fait l'objet de plusieurs recherches. Les résultats soulignent que cette variable est un prédicteur remarquable de résultats dans la réadaptation de plusieurs conditions de santé (Bandura, 1997). Par exemple, le degré de sentiment d'efficacité personnelle prédit l'habileté perçue à bien accomplir des tâches de travail spécifiques, malgré la douleur perçue, chez des personnes âgées souffrant d'arthrite du genou (Rejeski, Brawley et Schumaker, 1996). De plus, un haut degré de sentiment d'efficacité personnelle est associé à moins de détérioration de la capacité physique chez des personnes âgées (Mendes de Leon**,** Seeman, Baker et Richardson, 1996). Il semble donc pertinent d'envisager l'étude de cette variable dans le domaine spécifique de la réadaptation professionnelle de travailleurs accidentés, particulièrement en ce qui concerne les obstacles perçus par les travailleurs face au retour au travail et leur évaluation de leur capacité à surmonter ces obstacles.

Par ailleurs, le concept de contrôle perçu se rapproche beaucoup du concept de sentiment d'efficacité personnelle de Bandura (1982), il correspond à la conviction de pouvoir entreprendre une série d'actions et atteindre avec succès les objectifs fixés. Plusieurs recherches ont démontré que le comportement et les efforts des individus pour faire face à une situation sont fortement influencés par leur confiance en leur capacité de manifester ce comportement. Les sujets ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle abandonnent très souvent lorsqu'ils rencontrent des obstacles importants. Plusieurs études en réadaptation découvrent que le sentiment d'efficacité personnelle joue un rôle important dans la détermination du retour au travail de sujets souffrant de douleur chronique (Gibson et Strong, 1998; Orbell**,** Johnston, Rowley, Davey et Espley, 2001; Robbins, Moody, Hahn et Weaver, 1996; Turk et Flor, 1999; Turk et Gatchel, 1999). Ces études tendent à démontrer que les individus qui ont une perception d'efficacité personnelle limitée seraient moins aptes à retourner au travail ou à se réadapter. Turk et Gatchel (1999) rapportent qu'une perception d'efficacité personnelle limitée peut renforcer des comportements d'évitement et contribuer à encourager l'inactivité. Ainsi, une telle perception semble participer à réduire les efforts et l'activité, à augmenter la détresse psychologique et de ce fait, peut même contribuer à l'apparition de nouvelles limitations physiques (Turk et Flor, 1999). De plus, Altmaier, Russell, Kao, Lehmann et Weinstein (1993) trouvent que lorsque les traitements en réadaptation ont un impact positif sur le sentiment d'efficacité personnelle d'individus aux prises avec des maux de dos chroniques, ces derniers montrent une amélioration de leur fonctionnement et un taux plus élevé de retour au travail.

L'évaluation des obstacles perçus par les travailleurs accidentés pouvant empêcher leur retour éventuel au travail est un domaine de recherche quasi inexploré (Marhold, Linton et Melin, 2002). On peut toutefois concevoir que la perception d'obstacles peut avoir une influence à la fois sur le processus de réadaptation et sur le processus de chronicisation.

La perception qu'un travailleur a des obstacles à sa réinsertion, de même que son évaluation de sa capacité à surmonter ces obstacles (sentiment d'efficacité personnelle) et le contrôle qu'il a sur la situation, influence ces processus puisqu'elle guide et oriente les comportements et les actions de l'individu dans sa réadaptation.

3.2.2.2 Les variables affectives : la détresse, la dépression, l'anxiété

On sait que la douleur est généralement accompagnée d'une expérience émotionnelle, la douleur chronique étant particulièrement propice aux sentiments de désespoir, d'impuissance et de dépression (Gatchel et Gardea, 1999). Au-delà de l'expérience de la douleur et de l'incapacité, les effets nocifs d'une situation d'arrêt de travail forcé et prolongé ont aussi maintes fois été démontrés. Outre une baisse d'estime de soi, plusieurs symptômes de détresse émotionnelle sont généralement rapportés, particulièrement ceux de dépression et d'anxiété (Guidon et Smith, 2002; Taris, 2002). Ces réactions émotives peuvent à leur tour entraver la capacité de l'individu de se mobiliser et d'adhérer au processus de réadaptation, affectant négativement ses intentions de retourner au travail ainsi que les résultats de l'intervention (Polatin, Kinney, Gatchel, Lillo et Mayer, 1993; Wright et Gatchel, 2002).

Plusieurs recherches ont démontré le rôle important de la psychopathologie, particulièrement la dépression, dans la douleur chronique et le développement d'une incapacité à long terme (Carey, 1999; Crook *et al.*, 1998; Gatchel et Epker, 1999; Gatchel et Gardea, 1999; Pincus, Burton, Vogel et Fiel, 2002; Pincus, Vlaeyen, Kendal, Von Korff, Kalauokani et Reis, 2002). Par contre, d'autres recherches font ressortir certaines particularités quant à la relation entre la détresse psychologique et la chronicisation. Il semble que cette variable n'arrive pas à prédire l'incapacité chronique lorsqu'elle est mesurée dans les 12 premières semaines suivant une lésion au bas du dos par exemple (Burton *et al.,* 1997; Epping-Jordan, 1998; Haldorsen, Indahl et Ursin, 1998; Linton et Halden, 1998, cités dans Truchon et Fillion, 2000). Gatchel et Gardea (1999) indiquent que la détresse psychologique jouerait un rôle dans le processus de chronicisation en raison d'un phénomène de circularité où la douleur persistante engendre une détresse qui elle, conduit à l'inactivité et à l'incapacité, qui se répercutent à leur tour sur l'expérience de douleur, qui se répercute sur la détresse et ainsi de suite. Dans leur modèle, Gatchel et Gardea (1999) indiquent que la dépression s'installerait chez tous les individus de deux à quatre mois après la lésion, temps habituellement requis pour qu'une lombalgie, par exemple, se résorbe. Les trois premières semaines suivant la lésion sont davantage marquées par des symptômes d'anxiété, de crainte et de peur. «En d'autres mots, l'individu mobilise ses ressources pour faire face à un épisode de lombalgie. Quand la douleur perdure, il résiste et maintient sa mobilisation. Toutefois, au fil du temps et confronté à une non résolution de ce stresseur chronique, il s'épuiserait et deviendrait déprimé» (Truchon et Fillion, 2000, p.19).

Au delà du facteur temps, on remarque donc un lien entre la douleur perçue à la suite d'une lésion physique et la détresse, qui à son tour peut interférer avec la réadaptation et contribuer au développement d'une condition d'incapacité chronique. Cependant, plusieurs facteurs psychosociaux semblent aussi jouer un rôle médiateur entre ces variables et permettent de comprendre davantage l'évolution vers la chronicité. Bien sur,

décrire les relations complexes existant entre l'ensemble de ces facteurs irait bien au-delà des objectifs de ce rapport. Toutefois, nous souhaitons dresser un portrait de plusieurs de ces variables et de leur rôle par rapport au retour au travail et à l'incapacité chronique afin de mieux comprendre les enjeux du processus de réadaptation et de réinsertion.

3.2.2.3 L'estime de soi

L'estime de soi est perçue comme une composante qui influence la vie et une grande partie des habitudes, des réactions et des actes de tout individu (Geergen et Anderson, 1981, dans Lecomte, 1997). En ce sens, cette variable apparaît également comme un facteur pouvant avoir une influence sur l'intégration professionnelle, le processus de la réadaptation et la chronicisation des travailleurs accidentés. À cet effet, Szymanski, Hershenson, Enright et Ettinger (1996) incluent le concept de soi et l'estime de soi dans les variables modératrices qui ont une influence sur l'incapacité et, de facto, sur la réadaptation des personnes présentant des limitations (Guidon et Smith, 2002). S'intéressant aux problématiques d'insertion de différents individus, plusieurs auteurs affirment que l'estime de soi peut influencer l'évaluation qu'une personne fait de sa situation et ainsi, avoir un impact sur ses comportements et ses attitudes face à sa réinsertion (Kinicki *et al.*, 2000; Leana et Feldman, 1988; Wanberg, 1995). En somme, une estime de soi positive apparaît comme une ressource individuelle qui tend à favoriser la réadaptation et la réinsertion. Il semble d'autant plus pertinent de considérer cette variable compte tenu que plusieurs recherches ont démontré que les pertes au niveau de la condition physique de même que l'absence du travail prolongée entraînent bien souvent une baisse de l'estime de soi (Gatchel et Gardea, 1999; Waters et Moore, 2002).

3.2.2.4 Les variables cognitives : l'évaluation cognitive et les stratégies d'adaptation

Les variables cognitives constituent une autre catégorie de variables qui semble jouer un rôle dans le passage vers l'incapacité chronique. À l'intérieur de ce champ d'étude, deux concepts retiennent particulièrement l'attention de plusieurs chercheurs, soit : l'évaluation cognitive et les stratégies adaptatives (*coping*).

L'évaluation cognitive

Plusieurs recherches soulignent l'influence qu'exerce l'évaluation cognitive d'une situation (Lazarus et Folkman, 1984). On la décrit comme un «processus cognitif par lequel l'individu évalue de quelle façon une situation donnée peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources dont il dispose pour y faire face» (Paulhan, 1994 p.105). Lazarus et Folkman (1984) distinguent deux formes d'évaluation. D'abord, au cours de l'évaluation primaire, l'individu soupèse ce qui est en jeu dans une situation stressante telle qu'un accident de travail. Il évalue si ce qui lui arrive peut être dommageable ou bénéfique, correspond à une menace ou à un défi, ou encore n'est pas une source de préoccupation importante (Gage, 1991). Devant cette première évaluation, l'individu doit faire quelque chose pour gérer la situation. S'appuyant sur plusieurs recherches, Gatchel et Epker (1999) disent que, face à la douleur chronique, les personnes répondant négativement, exagérant, dramatisant et percevant peu de contrôle sur leur situation rapportent davantage d'incapacité en regard de leur douleur. La dramatisation a

également donné lieu à bon nombre de recherches dans le champ de la chronicité. Elle se traduit par le fait que l'individu anticipe des impacts négatifs majeurs à partir d'une situation donnée et ce, indépendamment de la gravité de la situation (Turner *et al.,* 2002). Les résultats de cette étude et de plusieurs autres (Turner *et al.*, 2002) indiquent que la dramatisation joue un rôle majeur sur l'incapacité physique et psychosociale et ce, sans égard au type de douleur.

Ensuite, c'est par une évaluation secondaire que l'individu se demande ce qu'il peut faire ou ce qu'il doit faire pour gérer la situation. Ici, l'individu évalue les ressources physiques, psychologiques, sociales et matérielles dont il dispose pour faire face à la situation stressante. Cette évaluation oriente les stratégies adaptatives qui seront par la suite utilisées pour faire face. Truchon et Fillion (2000) rapportent que dans les écrits sur la douleur et l'incapacité, la menace perçue (évaluation primaire) est souvent évaluée par la gravité des symptômes rapportés et par leur influence sur la santé. Quant à la perception de ses ressources ou de sa capacité à faire face à un événement stressant (évaluation secondaire), en l'occurrence la douleur, elle est souvent évaluée par la mesure du sentiment d'efficacité personnelle à laquelle nous nous attarderons ultérieurement.

Par ailleurs, Truchon et Fillion (2000) soulignent le peu de consensus quant à la définition et à l'opérationnalisation de ces concepts qui ont souvent été mesurés de façons différentes. Par conséquent, il est difficile de dégager des conclusions claires de ces recherches empiriques. L'intérêt d'étudier l'évaluation cognitive réside toutefois dans le fait qu'il existe des différences évidentes entre les individus et les groupes quant au degré et aux types de réaction face aux demandes de l'environnement. En effet, face à des conditions comparables, diverses personnes répondent à l'environnement de façon fort différente en se sentant en colère, anxieuses, déprimées, coupables ou bien en y reconnaissant un défi à relever. (Lazarus et Folkman, 1984). L'intensité des émotions provoquées par la situation découle, entre autres, de l'évaluation qu'en fait l'individu (Gage, 1991).

Les stratégies d'adaptation

Pour leur part, les stratégies d'adaptation ont fait l'objet de nombreuses recherches dans le domaine de la chronicité. Les stratégies d'adaptation peuvent être définies comme «l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, qui changent constamment, destinés à gérer les exigences spécifiques, internes et/ou externes, qui sont perçues comme menaçant ou dépassant les ressources d'une personne» (Lazarus et Folkman, 1984, p. 141). Il est maintenant établi que la façon dont les individus perçoivent la douleur et y font face (stratégies adaptatives) est significativement associée au niveau de dysfonctionnement psychologique et physique vécu par ces personnes (Turner, Jensen, Warms et Cardenas, 2002).

Les recherches en réadaptation ont démontré de façon constante un lien entre les stratégies de *coping* et l'ajustement (Ptacek et Pierce, 2003). Malgré les inconsistances de certains résultats empiriques résultant, entre autres, des divergences quant à l'application de ce concept et des lacunes méthodologiques (voir Truchon et Fillion, 2000), les études sur la douleur chronique tendent à démontrer que les gens qui déploient des stratégies

adaptatives actives plus efficaces (davantage centrées sur la résolution de problème) seraient les plus enclins à demeurer actifs, à vivre moins de détresse psychologique et à déclarer moins de douleur. De même, les personnes utilisant des stratégies davantage passives ou d'évitement, par exemple réduire leur activité en raison de la douleur, la pensée magique, dépendre des autres pour leur « enlever » leur douleur, rapportent plus de douleur, d'incapacité physique, d'affects négatifs et une plus faible estime d'eux-mêmes (Turk, 1996). Selon différents résultats apparaissant dans la littérature, certains auteurs suggèrent qu'il est toutefois souhaitable d'aider les individus à développer une variété de stratégies pour faire face à leur douleur. En effet, plusieurs reconnaissent qu'il n'y a pas de stratégies idéales et que certaines stratégies sont plus efficaces pour certaines personnes à certains moments selon un contexte donné (Turk, 1996; Turner *et al.,* 2002).

Pour leur part, Leventhal, Brissette et Leventhal (2003) proposent, à la suite de plusieurs recherches expérimentales, de reconceptualiser les stratégies d'adaptation dans une perspective d'autorégulation s'inspirant des principes de la cybernétique (Powers, 1973) et du modèle de traitement parallèle de l'information. Pour arriver à des buts spécifiques, cette approche vise la régulation des expériences perceptuelles, des sensations physiques et des émotions. Dans cette perspective, les représentations qui découlent de l'expérience subjective d'un individu quant à sa condition physique seraient particulièrement déterminantes de son adaptation. (Leventhal *et al.*, 2003).

3.2.2.5 Les stades de changement du travailleur accidenté

L'évolution et le dénouement des enjeux de transition, de deuil, de prise de décision et d'orientation reposent sur la dynamique complexe des processus de changement qui les sous-tendent. Certains travaux scientifiques permettent d'articuler les caractéristiques de l'évolution de ces processus de changement (Prochaska, 1999; Mahoney, 1997). Ces travaux soulignent que chaque individu organise de façon unique son expérience subjective à partir de son histoire, de sa trajectoire et de sa façon de percevoir la réalité. L'être humain vit de nombreux changements tout au long de sa vie, qu'ils soient choisis ou subis. En constante recherche d'équilibre, il perçoit souvent instinctivement le changement comme une menace à cet équilibre et ce, même s'il s'agit d'un équilibre précaire ou insatisfaisant. Paradoxalement, le propre de l'être humain est de ressentir le besoin fondamental de se développer et de croître. C'est pourquoi face au changement et à la nouveauté, tout individu oscille entre l'ouverture et la fermeture (Lecomte et Savard, 2004).

L'environnement peut faciliter le changement, tout comme il peut lui faire obstacle. Ce constat prend une grande importance pour toute intervention qui veut favoriser et accompagner le changement quel qu'il soit. Ainsi, l'intervention peut difficilement être efficiente sans tenir compte de la disposition de l'individu face au changement. En effet, même si la société ou l'équipe d'intervention considère qu'il est nécessaire pour l'individu d'effectuer un changement, il arrive fréquemment que le premier concerné n'adopte pas cette perspective.

Dans ses travaux de recherche, Prochaska (1999) conclue à l'importance de moduler l'intervention liée au changement en tenant compte de la perspective et du rythme de

changement de l'individu. Il définit ce processus en précisant six étapes pour caractériser l'évolution du changement, soit : précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien et terminaison.

En précontemplation, le changement n'est pas envisagé au cours des mois à venir. Ces individus ne sont pas conscients des conséquences de leur comportement sur leur environnement. Certains ont tenté de changer plusieurs fois et l'échec les a découragés. D'autres se protègent en niant leur comportement problématique. Ils évitent toute situation invitant à la réflexion. Ces individus sont souvent étiquetés par plusieurs comme non motivés et résistants. À l'étape de précontemplation, les bénéfices du changement sont sous-estimés et les coûts surestimés. Ces individus n'ont pas conscience d'être dans l'erreur. Il leur est donc difficile d'envisager toute forme de changement. Certains s'enlisent dans cette situation pour plusieurs années. Ils se nuisent à eux-mêmes et aux autres. Pour eux, la formulation d'objectifs de changement et de moyens pour y parvenir ne produit aucun effet significatif. Souvent, les seules avenues d'intervention pour ces individus sont de les informer sur les conséquences de leurs comportements et d'explorer leurs tentatives de changement antérieures ainsi que les causes de leurs échecs. Des forces majeures comme des événements de vie (ex. : accident de travail) peuvent parfois amener ces individus à s'engager dans la prochaine étape. À la contemplation, des changements sont envisagés dans les prochains six mois. Ces individus commencent à contempler sérieusement la possibilité de l'action, ils deviennent plus conscients des avantages et des coûts du changement. Ils se rendent compte qu'il n'y a pas de changement gratuit. La tension entre les coûts et les bénéfices du changement peut provoquer une profonde ambivalence. À cette étape, comme à l'étape précédente, plusieurs pratiques d'intervention dites traditionnelles conduisent souvent à l'impasse. L'intervention devrait viser à expliciter les raisons qui rendent le changement souhaitable et mettre en lumière les conséquences et les risques de l'indécision et de l'inaction, tout en soutenant le sentiment d'efficacité personnelle.

À l'étape de préparation, les individus ont l'intention ferme de prendre des mesures pour passer à l'action dans un futur immédiat. Certaines actions significatives ont même été concrétisées. Ces personnes établissent un plan d'action. Un programme à court terme orienté vers l'action devient alors pertinent au niveau de l'intervention. À l'étape de l'action, des modifications spécifiques sont observées dans le style de vie et des efforts soutenus sont mis en place pour prévenir la rechute. Finalement, le changement se consolide dans le stade de maintien en s'appuyant sur des croyances en sa capacité à persévérer. Des recherches sur l'efficacité personnelle démontrent que le stade de maintien peut durer de 6 mois à 5 ans. Lorsque les individus appuient leur changement sur un sentiment d'efficacité personnelle et que leurs anciens comportements perdent leur pouvoir d'attraction, le processus d'intervention entre dans sa phase de terminaison.

On constate qu'il est inutile, voire nuisible, de tenter de pousser un individu à l'action si celui-ci n'est pas d'abord stimulé à prendre conscience qu'il existe un problème et qu'il serait important d'effectuer un changement pour résoudre celui-ci. De plus, il est essentiel de se préoccuper des obstacles qui entraînent l'échec et la rechute au cours des étapes d'action et de maintien. Prochaska (1995) croit que le principal obstacle des individus au cours de ces étapes réside dans leur manque de préparation à l'effort prolongé. En

s'attardant aux raisons pour lesquelles tant de gens faillissent dans leurs efforts pour changer et à la façon dont les individus interprètent leurs échecs de telle sorte qu'ils persistent dans les mêmes attentes impossibles à réaliser, Polivy et Herman (2002) distinguent la confiance et l'excès de confiance. Un grand nombre d'auteurs, particulièrement Bandura (1977), prouvent hors de tout doute la prédominance de la confiance comme gage de succès dans différentes entreprises humaines. Cependant, Polivy et Herman (2002), Goldbeck, Myatt et Aitchison (1997) et quelques autres apportent maintenant une nuance lorsqu'ils précisent qu'un excès de confiance, c'est-à-dire une confiance irréaliste, peut contribuer à l'échec ou à la rechute.

En somme, le changement peut être perturbateur et renverser l'équilibre d'un individu. L'environnement peut alors agir auprès de l'individu comme obstacle ou comme facilitateur dans la régulation du changement. Parce qu'elles peuvent aider à donner du sens aux tensions inhérentes au changement, les étapes proposées et validées par Prochaska offrent un cadre significatif pour accompagner avec pertinence la réadaptation. Le comportement des personnes en réadaptation est influencé par l'étape de changement en cours. Par conséquent, intervenir en fonction de l'étape de changement d'un travailleur accidenté, c'est donner du sens à son expérience de tension entre l'ouverture et la fermeture et lui permettre de progresser dans son processus de réadaptation vers la réinsertion professionnelle (Lecomte et Savard, 1998).

3.2.2.6 Les facteurs associés à la personnalité

Plusieurs études ont tenté de déterminer les caractéristiques d'une personnalité souffrante pouvant prédire l'incapacité chronique. Bien que ces tentatives aient échoué dans l'établissement d'un profil-type, elles ont mis en lumière certaines caractéristiques communes à l'intérieur des populations aux prises avec la douleur chronique (Gallagher**,** Rauh, Haugh, Milhous, Callas, Langelier, McClallen et Frymoyer, 1989; Gatchel et Gardea, 1999; Vittengl, Clark, Owen-Salters et Gatchel, 1999). Ces études révèlent une prévalence significativement plus élevée de troubles de personnalité pour les individus aux prises avec une douleur ou une incapacité chronique que pour la population normale (entre 30 % et 81 %) (Burton *et al.*, 1997; Fishbain, Goldberg, Meagher et Steele, 1986; Kinney**,** Gatchel, Polatin et Fogarty, 1993; Polatin *et al.*, 1993).

Plusieurs études portant sur les traits de personnalité ont, par exemple, observé que l'échelle d'hystérie du MMPI semble être liée à l'incapacité chronique (Gatchel et Gardea, 1999). Dans une autre étude utilisant ce même instrument de mesure, Alexy et Webb (1999) ont découvert une corrélation significative entre l'échelle de comportements défensifs et le retour en emploi. Il semblerait que plus les gens ayant subi une lésion adoptent un comportement défensif caractérisé par le déni psychologique et la détresse émotionnelle, moins ils sont susceptibles de retourner en emploi et de connaître du succès dans leur réadaptation. Cet instrument est toutefois contesté par plusieurs auteurs qui avancent que l'ambiguïté entourant le diagnostic de la lésion, réalité souvent présente dans le cas d'une lombalgie par exemple, contamine les réponses au MMPI (Simmonds, Kumar et Lechelt, 1996, dans Truchon et Fillion, 2000). Pour leur part, Pincus *et al.,* (2002a) révèlent que peu d'études portant sur la personnalité souscrivent à des critères acceptables de validité et de fidélité. De plus, il est permis de croire que la

variabilité des échantillons de sujets et des méthodes diagnostiques peut expliquer la divergence des résultats empiriques (Gatchel et Dersh, 2002). Ces nombreux constats appellent à la prudence quant à la valeur prédictive de la mesure de la personnalité en regard de l'incapacité chronique.

Par ailleurs, d'autres équipes de recherche ne trouvent pas de lien entre la présence de troubles de la personnalité et le retour au travail après un an (Gatchel *et al.*, 1995; Miller, Rollnick et Corforti, 2002; Vittengl *et al.*, 1999). Gatchel *et al.*, (1995) notent qu'il ne semble pas y avoir de trouble de personnalité spécifique relié à la chronicité, ce qui les amène à penser que tout diagnostic serait davantage lié à d'autres facteurs plus en lien avec la chronicité, par exemple, des déficits au plan des stratégies d'adaptation. D'autres auteurs, pour leur part, affirment que, plutôt que de contribuer à prédire l'incapacité chronique, les études portant sur la personnalité semblent indiquer que les troubles de personnalité découleraient d'une lésion persistante et demeurant inexpliquée tant pour l'individu que pour le milieu médical (Simmonds, Kumar et Lechelt, 1996; Waddell, 1992; Weiser et Cedraschi, 1992, dans Truchon et Fillion, 2000). À partir de cette analyse, la mesure de la personnalité ne sera pas retenue dans la présente recherche

3.3 Les variables associées au fonctionnement interpersonnel

L'impact d'un accident de travail se répercute dans le fonctionnement marital, familial et social (Livneh, 2001). Parmi les indicateurs fonctionnels interpersonnels, la littérature reconnaît l'importance et l'impact de ces trois types de soutien sur la santé et le bien-être psychologiques.

3.3.1 Le soutien social

La littérature actuelle reconnaît l'importance et l'impact du soutien social sur la santé et le bien-être psychologiques des individus. Ce concept a été défini comme étant un processus complexe et dynamique impliquant des transactions entre un individu et son réseau social (Vaux, 1991). Ces liens sont constitués à la fois de l'intégration au sein de groupes primaires, comme la famille et les amis, et de l'intégration dans la société à travers des liens sociaux institutionnalisés, par exemple avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques au travail (De Gaulejac et Léonetti, 1994). Le soutien offert peut répondre à plusieurs besoins tant émotifs, cognitifs qu'instrumentaux (Jacobson, 1986).

Différentes théories s'opposent à ce sujet. Certaines parlent d'un effet positif alors que d'autres avancent qu'il y a un effet potentiellement négatif du soutien social. Le «modèle de l'effet principal» (*the main effect model*), prétend que le soutien social a, de façon générale, des effets bénéfiques sur la santé et ce, sans égard au degré d'expérience de stress vécu par une personne à un moment donné (Cohen et Wills, 1985). De son côté, le modèle de « l'effet modérateur » (*the buffer effect model*), stipule que le soutien social modère l'impact négatif causé par le stress sur la santé d'un individu lorsqu'il est confronté à des événements de vie difficiles. Dans cette perspective, le soutien social s'associe avec de meilleures conditions de santé surtout lorsqu'il y présence d'un niveau élevé de stress (Kaplan, 1990).

Par ailleurs, d'autres auteurs font le postulat d'un impact négatif du soutien social tel que le modèle de conditionnement opérant de Fordyce (1976), un des pionniers des travaux sur la douleur chronique. Selon cette théorie, le soutien social pourrait renforcer certains comportements prolongeant la réadaptation de l'individu. Par exemple, en offrant de la sympathie ou en accordant à l'individu l'exemption de faire certaines tâches habituelles, l'effet de ce renforcement peut inciter la personne souffrante à reproduire certains comportements associés à la douleur. S'appuyant sur ce modèle, de nombreuses recherches ont démontré une association entre le soutien social et l'expression de plus de comportements de douleur (*pain behavior*), une augmentation de la perception de la douleur, une plus grande incapacité et moins d'activité de la part de l'individu (Kerns, Rosenberg et Otis, 2002). Kaplan et Toshima (1990) nuancent toutefois cette conception et proposent un modèle de «l'effet fonctionnel du soutien social» (*the fonctional effect model or social support*) où le soutien social peut avoir autant des effets positifs que négatifs chez les personnes avec de la douleur chronique. Selon ce modèle, l'effet du soutien social dépendrait du contexte, du type de soutien social offert et, plus particulièrement, du type de comportements renforcés, soit adaptés ou mésadaptés. Dworkin et Banks (1999) rapportent plusieurs recherches appuyant ce double rôle du soutien social.

Plusieurs recherches viennent appuyer l'importance du soutien social dans la réadaptation des personnes accidentées du travail. En effet, Gatchel et Gardea (1999) ainsi que Kaplan (1990) rapportent plusieurs résultats qui mettent en relation le retour au travail et le support au sein de la famille. Ces recherches tendent à démontrer que les gens mariés retournent plus rapidement au travail que les gens célibataires, divorcés ou séparés. Ces propos font écho aux travaux de Turgeon, Boisvert, Ladouceur et Tremblay (1999) qui affirment que le partenaire conjugal peut influencer le processus de réadaptation. Quant aux relations avec les collègues de travail, il semble qu'elles contribuent à prédire le retour au travail. En ce sens, dans une étude portant sur la durée du retour au travail chez les personnes souffrant de douleur chronique, Van der Weide, Verbeek, Sallé et Van Dijk (1999) identifient les mauvaises relations avec les collègues de travail comme étant un facteur influençant la durée de l'absence en emploi. Qui plus est, le soutien social semble être associé avec d'autres variables psychosociales telles que la dépression, les stratégies adaptatives ou l'estime de soi, elles-mêmes liées au succès du processus de réadaptation (Chwalizs et Vaux, 2000).

3.3.2 La pression sociale et l'encouragement

Au-delà du soutien familial et marital, l'entourage social peut encourager le retour au travail et/ou exercer une pression sociale (Ullah, Bancks et Warr, 1985). Au-delà de ses propres attitudes face au retour au travail, un individu peut se conformer aux pressions sociales soit par peur des conséquences négatives ou pour se conformer aux exigences d'un groupe qu'il trouve attractif (Penner, 1986). Des recherches ont démontré que si un comportement est perçu par un individu comme important pour les autres, cela aura une influence sur ses intentions d'agir (Fishbein et Ajzen, 1980). Dans leur théorie du comportement planifié, ces chercheurs parlent de cette influence en termes de normes subjectives qui sont définies comme des pressions sociales perçues par l'individu pour agir dans une direction. Certaines recherches ont démontré l'influence de la pression

sociale et de la perception de contrôle sur l'intention d'adhérer à un programme de réadaptation auprès de sujets souffrant de cancer ou de problèmes cardiaques (Courneya, Blanchard et Laing, 2001; Blanchard, Courneya, Rodgers, Daub et Knapik, 2002). De leur côté, Hêtu et Getty (1990) de même que Gingras (1997) démontrent dans leurs recherches l'importance du soutien dans le milieu de travail afin de favoriser la réinsertion professionnelle.

3.3.3 Le soutien du conseiller

Pour plusieurs travailleurs accidentés, en particulier lorsque le lien d'emploi est menacé, le conseiller en réadaptation représente souvent une source de soutien importante, voire le seul soutien. En effet, l'accident de travail et la perte du lien d'emploi déclenchent souvent un enchaînement de ruptures qui mène à l'exclusion et à l'isolement des travailleurs accidentés (De Gaujelac et Léonetti, 1994). Lorsque ces évènements se produisent de façon concomitante, le conseiller en réadaptation peut alors représenter un soutien essentiel et vital en vue de la réadaptation et de la réinsertion professionnelles. Pour tenter d'évaluer et de mesurer l'expérience de soutien perçu par les travailleurs accidentés face à leurs conseillers en réadaptation, leur perception et leur évaluation des services reçus s'avèrent une méthodologie pertinente (Attkisson et Greenfield, 1994). Cette évaluation permet d'avoir accès à leur satisfaction face aux attitudes, aux compétences et à l'accessibilité du conseiller lors de moments difficiles de leur adaptation.

3.4 Les variables associées au fonctionnement extrapersonnel du travailleur accidenté

Le fonctionnement extrapersonnel touche l'ensemble des activités liées au travail et à l'environnement en général. Les facteurs structurels et environnementaux sont de plus en plus reconnus comme des influences déterminantes du retour au travail, en particulier chez les travailleurs accidentés ayant un lien d'emploi (Durand et Loiselle, 2000). Les recherches soulignent plusieurs facteurs environnementaux pouvant influencer le processus de réadaptation et de réinsertion professionnelles : 1) le lien d'emploi et le retour au travail, 2) l'importance du travail dans la vie du travailleur et 3) les compensations financières et les litiges.

3.4.1 Le lien d'emploi et le retour au travail

Considérant les conséquences importantes de l'évènement accidentel, lorsque cet évènement provoque en plus une perte du lien d'emploi, certains auteurs parlent d'une rupture identitaire et d'un effondrement des acquis économiques, sociaux et professionnels (Martin et Baril, 1987). Peu de recherches ont porté sur la perte du lien d'emploi à la suite d'un accident de travail. Ces deux problématiques ont été étudiées séparément comme nous l'avons expliqué plus haut. Pour éviter l'évolution rapide vers la chronicité, plusieurs programmes de réinsertion professionnelle ont mis en place diverses modalités pour maintenir le lien d'emploi. Afin d'assurer la prise en charge des travailleurs accidentés et d'assurer le lien d'emploi, des mesures d'assignation temporaire et de tâches allégées connaissent de plus en plus de succès. Ces mesures sont fortement

liées à un retour précoce au travail dans plusieurs recherches (Baril, Berthelette et Massicotte, 2002; Krause, Dasinger et Neuhauser, 1999). Elles dépendent souvent de facteurs organisationnels comme les attitudes des employeurs, les règles régissant le travail telles que les conventions collectives, l'organisation du travail, les relations inter organisationnelles, la proximité sociale et la taille de l'entreprise (Baril, Berthelette, Ross, Gourde, Massicotte et Pajot, 2001). L'application de ces mesures pour maintenir le lien d'emploi et faciliter le retour précoce au travail rencontre de nombreux obstacles, en particulier en ce qui concerne l'organisation du travail. Les mesures du retour au travail sont souvent calculées indirectement par l'absence au travail, même s'il s'agit de mesures aussi variées que l'assignation temporaire, les tâches allégées ou le retour à un travail déjà connu. Le retour au travail constitue sans doute la variable la plus utilisée pour mesurer l'impact d'un programme de réadaptation. Toutefois, peu de recherches se sont penchées sur l'expérience qualitative de la signification dans la vie du travailleur de ce retour au travail.

3.4.2 L'importance accordée au travail

Au sein des variables psychosociales participant à la difficulté du retour au travail, l'importance que le travailleur accorde au travail joue un rôle significatif (Ripon et François, 1993). L'incitatif financier n'est pas suffisant pour rendre le travail attractif. En ce sens, des auteurs décrivent un ensemble de facteurs contribuant à mobiliser l'individu vers le travail (Limoges, 1987; Schroeder, 2000). En plus d'assumer une fonction manifeste de revenu, le travail répond aussi à des fonctions associées aux besoins psychologiques de la personne tels que structurer le temps, partager des expériences et des contacts avec les autres, trouver une source de réalisation et surtout définir les aspects de son statut personnel identitaire. Dans notre société, le travail rémunéré est reconnu comme le principal facteur d'intégration (Baby, 1993).

En ce qui concerne les variables reliées au travail, plusieurs recherches ont montré un lien entre le statut fonctionnel, le retour au travail et la satisfaction au travail où les individus plus insatisfaits de leur emploi sont plus à risque de chronicité (Coste *et al.*, 1994; Fishbain *et al.*, 1995; Murphy, 1994). Cependant, d'autres chercheurs ne trouvent pas cette même relation (Linton et Hallden, 1998; Marhold *et al.*, 2002). D'autre part, il semble que l'évaluation subjective de la difficulté de la tâche soit également reliée avec l'incapacité chronique. Plusieurs études soulignent la pertinence de mesurer la perception que l'individu a de sa capacité à accomplir son travail plutôt que de la difficulté réelle de la tâche (Fishbain *et al.*, 1997; Marhold *et al.*, 2002). Ces études ont trouvé que les perceptions et les croyances concernant la difficulté des tâches reliées au travail constituent une variable permettant de prédire le retour en emploi. En ce sens, Van der Weide *et al.*, (1999) arrivent à des résultats congruents alors que la perception d'un rythme élevé de travail et la quantité de travail demandé sont corrélés avec le statut fonctionnel de l'individu. L'étude de Krause, Dasinger, Deegan, Rudolf et Brand (2001) montre également une relation entre la perception de la demande de travail et le retour au travail chez les personnes souffrant de maux de dos.

3.4.3 Les compensations financières et les litiges

L'obtention de compensation financière à la suite d'un accident est souvent citée comme une autre variable psychosociale pouvant contribuer à l'incapacité chronique. Les effets de l'indemnisation versée aux travailleurs accidentés peuvent comporter des aspects positifs et négatifs, directs et indirects, sur le processus de réadaptation. En permettant aux individus touchés de se concentrer sur leur convalescence et en limitant les contrecoups possibles d'une situation dramatique si cette période n'était pas supportée par une assurance, l'indemnisation peut favoriser la réinsertion en emploi d'un grand nombre de victimes de lésion professionnelle. Par contre, l'indemnisation peut contribuer chez d'autres à des gains secondaires influençant la rétention à l'aide et faciliter une installation dans la dépendance et la chronicisation (Gatchel et Gardea, 1999). En ce sens, les mesures subventionnées et les compensations financières semblent parfois perpétuer la désinsertion (Conseil Supérieur de l'Éducation, 1997; Lemieux, 1994; Long, 1994).

Bien que quelques recherches démontrent un lien entre les compensations financières et la durée d'absence au travail (Reynolds, Paniak, Toller-Lobe et Nagy, 2003), d'autres obtiennent des résultats opposés, confirmant ainsi la complexité du sujet compte tenu de l'interaction des dimensions économique, éthique et légale (Hadjistavropoulos, 1999). Comme le rapportent Truchon et Fillion (2000), certaines études ont trouvé un lien entre le montant d'indemnité versée et le retour en emploi. Une partie d'entre elles trouvent que les travailleurs recevant les indemnités les plus faibles et les plus élevées tendent à retourner au travail plus rapidement, alors que d'autres n'obtiennent ces résultats que pour les moins indemnisés. Les résultats empiriques sont jusqu'à ce jour non concluants sur le rôle de cette variable. D'ailleurs, il en va de même pour les variables potentiellement associées aux compensations, telles que les procédures légales, qui semblent aussi avoir un certain pouvoir de prédiction. Certaines études découvrent en effet un lien positif entre la durée d'absence de l'emploi et le fait d'être engagé dans des procédures judiciaires (Blackwell *et al.*, 2003; Reynolds *et al.*, 2003). Toutefois, d'autres travaux, tels que l'étude de Mendelson (1995), ne trouvent pas de lien significatif entre la durée des procédures légales et le retour en emploi.

4. La conclusion

Cette analyse des facteurs contribuant à la réadaptation et à la réinsertion professionnelles souligne l'importance d'étudier l'expérience multidimensionnelle des facteurs psychosociaux du travailleur accidenté. Une des principales motivations à cerner les caractéristiques des travailleurs accidentés à risque de chronicité est d'ajuster les traitements de réadaptation à leurs besoins. Il est important de se rappeler, comme le suggèrent plusieurs auteurs, que chaque individu réagit de façon unique à un accident de travail et à la perte du lien d'emploi, ce qui nécessite une approche tenant compte de ses idiosyncrasies. Le survol que nous venons de faire des principales variables pouvant affecter le processus de chronicisation d'un individu, sa réponse aux traitements en réadaptation et son retour au travail démontre bien cette réalité de singularité. L'identification des facteurs contribuant à l'incapacité et à la chronicité constitue une étape essentielle à une intervention rapide et ciblée auprès des travailleurs accidentés (Schultz *et al.*, 2000). En ce sens, des indicateurs multidimensionnels, soit les variables

touchant le fonctionnement intrapersonnel, interpersonnel et extrapersonnel, seront utilisés dans cette recherche afin d'évaluer l'impact d'un programme d'intervention de réadaptation.

B- INTERVENTION DU CONSEILLER EN RÉADAPTATION

1. La problématique de l'intervention du conseiller en réadaptation

L'intervention en réadaptation reflète diverses conceptions de la chronicité, soit : biomédicale, sociale, psychologique et vocationnelle. L'intégration de ces perspectives demeure complexe et encore peu appliquée. Au mieux, des tentatives d'intervention concertées sont de plus en plus souhaitées (Goldberg, 1992). Cette problématique soulève des enjeux de collaboration pluridisciplinaire et met en lumière la nécessité d'appuyer l'intervention en réadaptation sur des principes et un langage communs.

C'est dans ce contexte de tentatives de collaboration pluridisciplinaire que les conseillers en réadaptation sont appelés d'une part, à jouer un rôle de coordination entre les intervenants, entre les intervenants et le travailleur accidenté, entre le travailleur accidenté et l'employeur ou le marché du travail, et d'autre part, à intervenir comme professionnel de la réadaptation. Au-delà de l'application pertinente de la loi prescrite, le conseiller est avant tout dans une position charnière pour assurer l'évolution du processus de réadaptation et de réinsertion professionnelles des travailleurs accidentés. Le rôle du conseiller en réadaptation a connu au cours des dernières années diverses révisions et remises en question variant de la gestion procédurière de cas à un rôle de coordonnateur de services et de professionnel du processus de la réadaptation (Wright, Leahy et Shapson, 1987).

La problématique des travailleurs à risque de chronicité et de l'influence déterminante des facteurs psychosociaux a amené des services de réadaptation et des institutions universitaires à redéfinir le rôle et les compétences requises des conseillers (Beardley et Rubin, 1988; Danek, Wright, Leahy et Shapson, 1987; Leahy, Chan et Saunders, 2003; Lindowsky, Thoreson, Diamond, Leahy, Szymanski et Witty, 1993). Une première constatation fait l'unanimité : la simple gestion de cas ne suffit pas. Les conclusions de plusieurs recherches ont permis d'identifier les grands domaines de compétences requises pour intervenir avec des travailleurs à risque de chronicité, soit : 1) une connaissance approfondie du système de santé; 2) une connaissance des limitations fonctionnelles et de leurs implications médicales; 3) une connaissance des services et des ressources spécialisées de réadaptation; 4) une maîtrise des dossiers, de la gestion de cas et de leur évolution; 5) des habiletés de coordination et de travail d'équipe; 6) une connaissance et une maîtrise du counseling de réadaptation aux plans théorique et pratique.

La recherche de Leahy, Chan et Saunders (2003) a permis de conclure que parmi ces connaissances et ces compétences, la connaissance et la maîtrise du counseling de réadaptation constituaient le point d'ancrage du travail du conseiller en réadaptation, en particulier auprès de travailleurs à risque de chronicité. C'est en maîtrisant des

compétences fondamentales de communication, d'établissement de contrat de travail, de processus de résolution de conflits interpersonnels, de processus de motivation et de résistance, d'alliance de travail, de formulation d'objectifs de changement et de plan d'action que le conseiller peut donner des assises professionnelles à son rôle de coordonnateur auprès des acteurs concernés et à son rôle d'intervenant dans le processus de réadaptation auprès du travailleur accidenté (Koch, Hennessey, Niese, Tabor et Petro, 2004; Rubin et Roessler, 2001).

2. Le counseling de réadaptation

2.1 L'intervention de counseling de réadaptation

Pour tenter d'atteindre les objectifs multidimensionnels de la réadaptation tant aux plans physique, psychologique que social, la plupart des programmes de formation universitaire préconisent un modèle générique éclectique de counseling de réadaptation (Egan, 1986; Hill et O'Brien, 1999; Lecomte et Savard, 2002; Robertson, 1992; Schlossberg *et al.,* 1995; Schlossberg, 1984). Essentiellement ce modèle propose trois phases non linéaires, soit d'explorer le problème, d'en faciliter la compréhension et finalement de planifier et de soutenir l'action face aux enjeux de la réadaptation et de la réinsertion professionnelles. Cette approche a le grand avantage d'offrir un cadre favorisant l'utilisation flexible de techniques appropriées aux besoins de réadaptation des travailleurs accidentés (Livneh, 1986b). Le choix de ces techniques sera influencé entre autres par la nature et l'évolution de la lésion professionnelle, l'impact psychosocial observé et le système de soutien du travailleur accidenté (Rubin, Matkin, Ashley, Beardsley, May, Onstott et Puckett, 1984).

Selon les besoins et l'évolution de la réadaptation du travailleur accidenté, chacune de ces phases prendra plus ou moins d'importance, de place et de durée. La phase d'exploration de la difficulté de réadaptation du travailleur accidenté vise essentiellement à développer une alliance de travail en utilisant des habiletés d'écoute et de communication sur lesquelles le conseiller s'appuie pour faire déployer explorer les perceptions subjectives du travailleur quant à son accident et à l'impact de celui-ci. C'est en acceptant d'accueillir et de reconnaître la perspective subjective du travailleur accidenté qu'il devient possible d'établir un travail de collaboration d'exploration et d'obtenir progressivement un engagement actif (Lecomte et Savard, 2002). Considérant l'influence déterminante des perceptions subjectives sous-jacentes aux multiples facteurs psychosociaux, cette phase d'exploration s'avère fondamentale à l'évolution du processus de réadaptation professionnelle.

La deuxième phase vise à aider le travailleur à comprendre l'impact multidimensionnel de la lésion professionnelle. Dans cette perspective, le conseiller aide le travailleur à donner un sens à son expérience en identifiant ses ressources et ses limites personnelles et environnementales face à sa condition et dans sa situation. Ces activités de clarification et de compréhension s'appuient sur des compétences de confrontation, d'explication et

d'information tout en assurant l'évolution positive de l'alliance de travail (Lecomte et Savard, 2002; Robertson, 1992).

Finalement, la dernière phase constitue une démarche pour aider et pour soutenir le travailleur accidenté à s'adapter de façon plus appropriée, soit en prévoyant concrètement le retour au travail, soit en planifiant des actions et mesures spécifiques pouvant conduire à la réinsertion professionnelle. Dans tous les cas, les enjeux fondamentaux de motivation et de résistance sont identifiés, explorés et clarifiés (Lecomte et Savard, 2002). Dans cette phase, le conseiller est souvent appelé à utiliser des habiletés de prise de décision, ainsi que des techniques comportementales et cognitives, tout en s'appuyant sur une solide alliance de travail. Pour donner du sens et pour tenter de comprendre l'expérience subjective de réadaptation du travailleur accidenté, la plupart des programmes de formation en counseling de réadaptation articulent cette compréhension en s'appuyant sur la théorie de transition (Brammer, 1991; Livneh, 1986a, 1986b, 2001; Schlossberg *et al.,* 1995). Cette théorie brièvement décrite en première partie du présent document offre un cadre conceptuel pertinent et intégratif de plus de 40 modèles de réadaptation. En articulant la réadaptation du travailleur accidenté comme un processus fondamental de transition prenant en compte, au-delà de la sévérité de la lésion, les ressources et les limites personnelles et environnementales, principalement influencé par les perceptions et la quête de sens du travailleur, cette approche offre un cadre conceptuel pertinent pour accompagner et comprendre le processus de réadaptation unique et singulier de chaque travaillleur (Schlossberg *et al.,* 1995; Young, 1992).

Les résultats de plusieurs méta-analyses portant sur l'étude des interventions de counseling concluent à leur efficacité (Bergin et Garfield, 1994; Bolton et Akridge, 1995; Lecomte et Castonguay, 1987; Whiston, Sexton et Lasoff, 1998). Ces études portant sur le changement personnel et vocationnel ont mis en lumière l'obtention de résultats positifs substantiels dans plus de 80 % de cas (Lambert et Bergin, 2004; Olivier et Spokane, 1988). Plus spécifiquement, ces recherches démontrent que des interventions de counseling produit des effets significatifs correspondant à une amélioration de plus de 50 % en moins de dix séances et de 75 % en 26 séances. L'importance accordée à une intervention faite tôt et de façon soutenue découle de ces constats. C'est à partir de ces résultats que le traitement de la présente recherche sera planifié.

2.2 Les facteurs déterminants de l'efficacité du counseling de réadaptation

Au-delà de l'efficacité des interventions de counseling, de plus en plus de chercheurs s'intéressent à tenter d'identifier les facteurs contribuant à l'obtention de résultats positifs. Ces recherches portant sur l'évolution et l'efficacité du counseling de réadaptation révèlent l'influence déterminante de facteurs fondamentaux (Lecomte et Castonguay, 1987). Plusieurs méta-analyses (Wampold, 2001) concluent à l'importance incontournable : 1) des variables du travailleur accidenté, soit les perceptions subjectives du travailleur accidenté face à l'intervention, l'engagement du travailleur accidenté pouvant se manifester dans l'adhésion aux recommandations du conseiller et l'évolution du travailleur accidenté face à des étapes de changement (Prockaska, 1999); 2) des variables du conseiller, comme l'adhésion au programme d'intervention, la motivation du conseiller face à son travail, et les perceptions et réactions subjectives du conseiller face

aux travailleurs et à leur évolution dans le processus de réadaptation (Lecomte et Castonguay, 1987; Wampold, 2001); et 3) les variables relationnelles cruciales de l'alliance de travail (Lecomte et Castonguay, 1987; Wampold, 2001). Plus de 92 % de la variance du changement dépendrait de ces variables (Wampold, 2001). Ces variables agissant de façon interactive constituent des facteurs déterminants du counseling de réadaptation. En effet, autant dans les phases d'exploration et de compréhension que dans la phase d'action, nous retrouvons à différents degrés l'influence des variables du travailleur accidenté, des variables du conseiller et de l'alliance de travail.

2.2.1 Les variables caractérisant la participation du travailleur accidenté au processus de counseling de réadaptation

2.2.1.1 La perception subjective de l'intervention par le travailleur accidenté

La perception et la signification subjectives qu'accorde une personne à son expérience dans un contexte spécifique conditionnent largement l'évolution de la chronicité et l'obtention de résultats dans un processus de réadaptation (Truchon et Fillion, 2000; Whiston et Sexton, 1993). Les récentes recherches soutiennent que l'étude des perceptions subjectives des effets d'une intervention est un moyen tout indiqué pour évaluer le processus de relation d'aide. Hill et Corbett (1996) confirment que plusieurs auteurs ont utilisé l'étude des perceptions subjectives du client pour évaluer les processus de counseling et son efficacité. L'évaluation de ces réactions subjectives de satisfaction ou d'insatisfaction par rapport à l'expérience vécue permet de mesurer l'impact d'une séance de counseling (Orlinsky et Howard, 1967). Pour Reynolds, Barkham, Stiles, Shapiro, Hardy et Rees (1996), la mesure de l'effet subjectif d'une rencontre tant par le client que par l'intervenant en counseling comporte cinq éléments : 1) Les opinions à propos de la rencontre, par exemple si elle a été profonde, de valeur ou encore si elle a eu des effets nuisibles; 2) La perception concernant leur état émotionnel pendant la rencontre, par exemple, si l'expérience a été confortable ou stressante; 3) La perception de leur relation, par exemple si elle est caractérisée par la chaleur, la confiance et l'habileté; 4) L'évaluation des tâches prévues et de l'avancement du processus, soit un sentiment d'être en voie de résoudre le problème, un sentiment de progression, de compréhension ou de stagnation; 5) Les émotions ressenties tout de suite après la rencontre en termes, par exemple, de stimulation ou de calme. On peut voir que ces effets observés permettent d'identifier les réactions internes des clients. Selon Reynolds *et al.*, (1996) ainsi que Stiles, Shapiro et Firth-Cozens (1988), ces réactions donnent des informations précieuses sur le vécu des rencontres, autant pour le client que pour l'intervenant, afin de comprendre l'évolution du processus d'intervention. De plus, partager ces évaluations subjectives favorise un impact positif sur la qualité de l'alliance de travail (Stiles et Snow, 1984).

2.2.1.2 L'adhésion du travailleur accidenté aux recommandations du conseiller

L'entente sur les objectifs et les tâches de l'alliance se concrétise souvent sous forme de recommandations proposées de façon plus ou moins explicite par le conseiller. En ce sens, les recommandations constituent un facteur commun à toutes les approches. St-Amand (2004) propose une synthèse articulée et éclairante sur l'utilisation des

recommandations en counseling. Nous reprenons ici les grandes lignes de son analyse. Les résultats de recherches en counseling arrivent aux conclusions suivantes : d'une part, l'utilisation de recommandations implicites ou explicites, soit sous forme de pistes de réflexion, d'objectifs à atteindre, d'interprétations ou de suggestions directes (Bryant, Simons et Thase, 1999), influence les résultats obtenus (Coon et Gallagher-Thompson, 2002; Kazantis, 2000; Kazantis, Deane et Ronan, 2000) et d'autre part; il y a un lien entre l'adhésion aux recommandations, le changement et le maintien du changement (Addis et Jacobson, 2000; Bryant *et al.*, 1999; Burns et Nolen-Hoeksema, 1991; Burns et Nolen-Hoeksema, 1992; Edelman et Chambless, 1993; Kazantis, 2000; Kazantis *et al.*, 2000; Startup et Edmonds, 1994)

Selon St-Amand (2004), on peut dégager à l'examen de différentes définitions de l'adhésion quatre éléments, soit : 1) l'élément comportemental (mise en application des recommandations ou manifestation des comportements suggérés); 2) l'élément cognitif (intention ou engagement à appliquer les recommandations ou capacité de se souvenir des recommandations); 3) le degré de mise en application des recommandations ou de manifestation des comportements suggérés; et 4) l'adhésion comme processus continu et dynamique. Pour leur part, les déterminants de l'adhésion peuvent se regrouper en catégories, soit celles qui sont reliées au processus de relation d'aide, au client, au conseiller et finalement, celles qui sont reliées aux caractéristiques des recommandations.

Des variables du client et du conseiller semblent influencer l'adhésion aux recommandations. Pour le client, la sévérité du problème (Edelman et Chambless, 1993; Worthington, 1986), ses croyances quant à son efficacité personnelle et à sa capacité de résoudre des problèmes, son habileté à appliquer les recommandations, influencent fortement son degré d'adhésion aux recommandations (Bryant *et al.,* 1999). L'adhésion du client à une recommandation dépend donc de la perception de ses propres capacités, de la complexité de la recommandation proposée, du temps requis pour la mettre en application, des ressources disponibles et de l'anxiété qu'elle génère (Conoley, Conoley, Ivey et Schell, 1991; Conoley, Padula, Payton et Daniels, 1994; Reimers *et al.*, 1987; Scheel *et al.*, 1999). Pour ce qui est des variables reliées au conseiller, des chercheurs concluent que l'influence de l'intervenant telle que perçue par le client est reliée au degré d'adhésion de celui-ci (Scheel *et al.*, 1999). Cette influence repose sur trois conditions, soit la perception du conseiller : comme expert face à sa difficulté, digne de confiance et fiable.

Par ailleurs, d'autres recherches se sont penchées sur les caractéristiques des recommandations et leur influence sur l'adhésion. Les caractéristiques suivantes jouent un rôle important dans l'adhésion aux recommandations : 1) l'acceptabilité du rationnel de l'intervention comme les procédures et les tâches proposées (Addis et Jacobson, 2000; Edelman et Chambless, 1993; Kazdin, 1981; Primakoff, Epstein et Covi, 1986; Reimers, Wacker et Koeppl, 1987); 2) l'utilisation de recommandations simples, concrètes spécifiques et appropriées aux capacités du client, (Conoley *et al.*, 1994; Coon et Gallagher-Thompson, 2002; Tompkins, 2002); 3) fournir des explications claires et pertinentes et prévoir les problèmes potentiels; 4) au-delà du contenu, la façon de donner les recommandations (Jones et Caldwell, 1981); ainsi que 5) discuter et négocier avec le client le choix des recommandations (Garland et Scott, 2002). Les recommandations

concrètes de nature médicale ou éducative sont plus susceptibles d'être mises en application que des recommandations de nature psychologique ou évaluative (Jones et Cladwell, 1981; Worthington ,1986).

Enfin, le fait que le conseiller soit perçu comme étant digne de confiance, soutenant et empathique et que ces recommandations soient jugées acceptables par le client, semble favoriser l'alliance de travail et l'adhésion aux recommandations (Burns et Nolen-Hoeksema, 1991; Burns et Nolen-Hoeksema, 1992; Edelman et Chambless).

2.2.2 Les variables caractérisant la participation du conseiller au counseling de réadaptation

2.2.2.1 Les perceptions et réactions subjectives du conseiller

Autant pour le client que pour le conseiller, les recherches soutiennent de plus en plus que les perceptions subjectives de l'intervention ont une influence déterminante sur le processus de réadaptation (Whiston et Sexton, 1993). L'évaluation des perceptions du conseiller de son degré de satisfaction, des progrès, de l'alliance de travail avec le client constituent des indicateurs significatifs de l'impact d'une séance de counseling (Orlinsky et Howard, 1967). Plusieurs auteurs (Livneh, 2001; Najavits, Griffin, Luborsky et Frank, 1995) soulignent l'importance pour le conseiller de réguler ces réactions émotives d'impuissance, de déception, d'impatience, de tristesse et autres, face à l'expérience du travailleur accidenté et face à l'évolution du processus de réadaptation. En effet, la qualité de l'alliance de travail et la pertinence des interventions du conseiller peuvent être influencées par la régulation de ces réactions émotives.

2.2.2.2 L'adhésion du conseiller au modèle d'intervention en counseling de réadaptation

Des recherches portant sur l'efficacité indiquent l'importance de s'assurer de la compétence, de l'adhésion et de l'allégeance de l'intervenant dans l'application d'une intervention (Bolton et Akridge, 1995; Bolton, Bellini et Neath, 1996; Janikowski, 1990; Kunce et Derrieux, 1984; Schaffer, 1982). En ce sens, Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue et Hayes (1996) ainsi que Strupp et Hadley (1983) affirment qu'il est important de vérifier le degré d'adhésion au modèle utilisé lorsque l'on veut étudier les effets d'une intervention en relation d'aide. Par contre, l'adhésion stricte à un modèle peut enfermer dans des carcans, contraignant les réponses de l'intervenant (Goldfried et Wolfe, 1998) et créant même des effets négatifs (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue et Hayes, 1996; Henry, Strupp, Butler, Schacht et Binder, 1993). Partant de ce fait, un degré d'adhésion élevé à des procédures qui portent plus attention aux techniques qu'au processus peut mettre en péril le processus même de réadaptation. Il est suggéré que cette adhésion soit mesurée à partir de sources multiples soit par le client, l'intervenant et un évaluateur externe (Castonguay *et al.*, 1996).

Un facteur qui semble influencer l'adhésion et la mise en application réside dans le fait que les personnes se sentent suffisamment soutenues par leur entourage (Saks, Haccoun et Appelbaum, 1997). La recherche a démontré que le soutien perçu joue un rôle important chez les personnes qui maîtrisent moins bien les habiletés apprises en

formation. Pour Laroche et Haccoun (1999), le soutien perçu se définit comme l'impression d'être considéré comme étant une personne importante de qui on se préoccupe et dont on apprécie la contribution, tout en n'hésitant pas à l'aider si elle a des problèmes.

2.2.2.3 La motivation du conseiller face à son travail de réadaptation

L'adhésion et l'investissement des conseillers dans le processus d'intervention auprès des travailleurs accidentés à risque de chronicité peuvent être influencés par leur motivation au travail. Faire un travail pour satisfaire ses besoins de réalisation et de développement de compétences comparativement à rechercher la satisfaction de besoins comme le salaire, le prestige et les avantages sociaux, peut entraîner des conséquences sur l'adhésion pour l'application d'un processus d'intervention. On peut tenter de faciliter la motivation et la quête de sens du conseiller par des programmes de formation à de nouvelles compétences (Hackman et Oldham, 1980, 1975), tout en s'appuyant sur des rétroactions de qualité. Au delà et en deçà de ces programmes, Ryan et Deci (2000) affirment que la motivation humaine repose sur la satisfaction de trois besoins psychologiques, soit le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin d'appartenance sociale. Si ces besoins ne sont pas comblés, un désintérêt grandissant pour un emploi en résulte. Il existe plusieurs théories permettant de mieux comprendre et de mieux expliquer la motivation, mais nous retiendrons celle de l'autodétermination de Deci et Ryan, en particulier parce qu'elle est pertinente et solidement appuyée par plusieurs recherches (Deci et Ryan, 1985, 1991). Cette théorie offre, de plus, deux grands avantages : 1) d'intégrer les effets du contexte sur le développement de la personne, en identifiant des facteurs du contexte social qui viennent affecter la motivation comme le soutien à l'autonomie versus le contrôle, par exemple le soutien de la part des gestionnaires; 2) de proposer l'existence de différents types de motivation autodéterminée qui ont des répercussions importantes sur le développement de la personne. Deci et Ryan (1985) postulent que le comportement peut être vu comme étant motivé intrinsèquement, extrinsèquement ou comme étant amotivé. La motivation est considérée comme une source d'énergie, une direction ou encore la persévérance que les individus éprouvent dans leurs actions ainsi que dans leurs intentions (Ryan et Deci, 2000).

La qualité de la motivation est une variable importante dans tout processus d'intervention. Selon Deci et Ryan (1985), elle est directement proportionnelle au degré d'autodétermination : plus la motivation est autodéterminée, plus le comportement sera émis en l'absence de contrainte ou de pression externe. La motivation se décline sur un continuum dont une extrémité est la motivation intrinsèque, suivie de la motivation extrinsèque et se terminant par l'amotivation. La motivation intrinsèque, c'est-à-dire le degré de motivation autodéterminée le plus élevé que peut atteindre un individu, correspond au fait de pratiquer une activité essentiellement pour le plaisir et la satisfaction qu'elle procure. Ainsi, l'individu se sent motivé dans son travail parce qu'il peut s'accomplir, il a de la satisfaction à relever des défis qui piquent son intérêt (accomplissement) ou encore, pour le plaisir que lui procure son travail (stimulation). Entre les deux pôles du continuum, on retrouve la motivation extrinsèque qui survient lorsque l'individu tente d'obtenir quelque chose en échange de la pratique de l'activité

(Deci, 1975, dans Pelletier et Vallerand, 1993). Celle-ci n'est donc pas pratiquée pour le plaisir qu'elle procure, mais pour des raisons plus ou moins externes à l'individu.

La motivation extrinsèque est elle-même subdivisée en trois nuances de plus à moins autodéterminées : la régulation identifiée, la régulation introjectée et la régulation externe. La régulation identifiée implique que l'individu commence à prendre conscience de son intérêt pour l'activité parce qu'il en est valorisé, parce qu'il accorde de l'importance à cette activité et qu'il choisit librement de la pratiquer. Plus précisément, il fait ce travail parce qu'il lui permet d'atteindre ses objectifs en respectant les autres sphères de sa vie et d'atteindre ses projets de carrière. La régulation introjectée signifie que l'individu intériorise des contraintes qui lui étaient auparavant extérieures, ce qui pourrait être perçu comme une appropriation et une amélioration de l'autodétermination. Il tient à réussir son travail sinon il aura honte et sera déçu; ce travail est toute sa vie, il ne veut pas échouer et tient à être un gagnant. Enfin, la régulation externe, celle qui se rapproche le plus de l'absence de motivation autodéterminée, peut être imagée par la stratégie de la carotte et du bâton : elle se nourrit de récompenses et de punitions. Ainsi, ce sont les avantages sociaux, le salaire et la sécurité qui motivent l'individu.

Finalement, l'autre extrémité du continuum est l'amotivation, c'est-à-dire l'absence de motivation autodéterminée chez l'individu. Dans ce cas, le comportement peut être agi de manière automatique, mais l'individu n'y trouve pas de bénéfice et il en vient à se questionner sur les raisons qui le poussent à poser ce comportement puisque celui-ci ne produit pas de résultat concret. Il peut trouver que les normes de rendement sont trop élevées et les conditions de travail difficiles et irréalistes (amotivation externe). L'amotivation peut aussi être causée parce qu'il ne sait pas ce qu'il faut faire pour bien faire son travail, pour arriver à bien faire les tâches et sent qu'il lui manque des habiletés pour y arriver (amotivation interne). Ces différentes positions sur le continuum de la motivation ont fait l'objet de nombreuses validations autant aux États-Unis qu'au Québec (Vallerand et Thill, 1993).

2.2.3 La variable relationnelle : l'alliance de travail

L'alliance influence fortement les résultats de l'intervention. L'ensemble des recherches accorde à l'alliance de travail une grande importance dans le processus de changement thérapeutique (Gelso et Carter, 1994; Horvath et Greenberg, 1994; Luborsky, 1994). La définition opérationnelle la plus utilisée en recherche est celle présentée par Bordin (1994). Il distingue trois aspects de l'alliance de travail : 1) le degré de concordance entre le client et l'intervenant quant aux buts visés, 2) la qualité de la participation du client et du conseiller dans les tâches à effectuer pour atteindre les buts visés et, 3) un lien émotionnel nécessaire entre le client et l'intervenant pour arriver aux résultats escomptés. En ce sens, Horvath et Luborsky (1993) affirment que lors d'un bon fonctionnement de la relation, l'intervenant et le client doivent percevoir les tâches comme pertinentes et efficaces. Une forte alliance est caractérisée par un conseiller et un client qui endossent et valorisent mutuellement les objectifs à atteindre au cours du processus du counseling. La combinaison de ces trois composantes définit la qualité et la force de toute relation d'aide.

La qualité de la relation qui se caractérise par des comportements interpersonnels d'ouverture, de confiance et de collaboration, a un impact significatif et contribue à l'obtention de résultats positifs (Sexton et Whiston, 1994). Selon ces auteurs, une rupture d'alliance non restaurée est associée à une absence de participation du client dans son plan de traitement, à une terminaison prématurée et souvent à des résultats négatifs. La rupture d'alliance peut être attribuable à une faille empathique, à une erreur ou à des réponses défensives de la part du conseiller (Safran, McMain, Crocker et Murray, 1995). La capacité à détecter les ruptures et à effectuer un travail de réparation pour recréer l'alliance est associée à l'obtention de résultats positifs (Stiles, Glick, Osatuke, Hardy, Shapiro, Agney-Davies, Rees et Barkham, 2004). Dans le même sens, Strupp et Hadley (1983) confirment que l'empêchement majeur à la formation d'une bonne alliance de travail est intimement lié aux réactions subjectives du conseiller. Cette affirmation rejoint l'idée que la principale difficulté du conseiller consiste à réguler ses propres réactions en relation avec son client (Lecomte, Richard, Savard et Cyr, 1997). De plus, Safran et ses collègues (Safran et Muran, 1996; Safran, Muran et Samstag, 1994) soutiennent qu'à travers des interventions spécifiques pour aider à établir, à maintenir et à restaurer une alliance de travail, il est important, dans les moments de rupture de cette alliance, d'avoir non seulement une écoute non défensive des plaintes et des récriminations des clients, mais plus encore de reconnaître sa propre contribution, tout en considérant les demandes du client comme une quête d'expérience réparatrice dans la relation. Hill et ses collègues (Hill, Nut-Williams, Heaton, Thompson et Rhodes, 1996; Hill, Thompson et Corbertt, 1992) vont dans le même sens en suggérant à l'intervenant de prendre en compte les problèmes interpersonnels qui surviennent dans la relation et de les voir comme un éclairage pour donner du sens et pour résoudre les difficultés des clients.

Dans ce processus interpersonnel, la participation du client et de l'intervenant est essentielle. Un client qui manifeste une attitude positive, confiante et ouverte, en s'engageant de façon active dans le processus thérapeutique, contribue aux progrès du counseling (Hill et Williams, 2000; Stiles, Shapiro et Elliott, 1986). Pour sa part, l'intervenant porte la responsabilité du développement, du maintien et de la restauration de la relation. Des études (Horvath, 1994; Rounsaville, Chevron, Prusoff, Elkin, Imber, Sotsky et Watkins, 1987; Windholz et Silberschatz, 1988) démontrent l'importance de cette contribution en l'identifiant comme un facteur déterminant des résultats du counseling. Les variables personnelles du conseiller jouent un rôle significatif dans la formation de l'alliance (Luborsky *et al.*, 1985). Ces caractéristiques incluent la chaleur, l'intérêt, l'engagement émotionnel positif et l'absence d'attitudes négatives. Il semble y avoir consensus à l'effet que plus l'alliance est forte dans les premières entrevues, plus les résultats du counseling sont positifs (Gelso et Fretz, 1992; Luborsky, 1994).

L'action d'autres facteurs communs comme les attentes du client, le sentiment d'efficacité personnelle, l'expérience émotionnelle, la compréhension de la difficulté et les nouveaux apprentissages dépend essentiellement de la régulation de l'alliance de travail. C'est pourquoi plusieurs chercheurs concluent que le lien de confiance et le travail de collaboration sur les tâches et les objectifs entre le conseiller et le client constituent le cœur du processus d'intervention. Cet aspect prend une importance centrale puisque l'alliance est considérée par plusieurs comme l'élément le plus important en relation d'aide (Drapeau et Koerner, 2003; Lecomte et Castonguay, 1987). Une étude de

Lustig, Srauser, Rice et Rucker (2002) a démontré l'importance de l'alliance dans l'issue du processus de réadaptation. Leurs résultats indiquent que les travailleurs qui retournent en emploi obtiennent un score nettement supérieur à une mesure de l'alliance de travail en comparaison avec les individus demeurés en situation de non emploi. De plus, les travailleurs affichant des scores supérieurs à cette même échelle affirment être plus satisfaits de leur travail que ceux du deuxième groupe. On peut conclure que l'alliance constitue un facteur-clé qui favorise la participation active du client dans son processus de réadaptation (Chan**,** Shaw, McMahon, Koch et Strauser, 1997; Lustig *et al.,* 2002). De nombreuses études ont d'ailleurs démontré que l'alliance thérapeutique est sans contredit le meilleur prédicteur du succès d'une intervention de counseling ou thérapeutique (Drapeau et Koerner, 2003).

2.2.4 Les facteurs contextuels de l'intervention

Par ailleurs, à un niveau plus macroscopique, la littérature scientifique souligne que l'efficacité du counseling dépend de ces facteurs déterminants, mais aussi de conditions liées au contexte comme la temporalité, la continuité et la cohérence des interventions.

Intervenir tôt. Intervenir tôt en établissant un lien de confiance et en mobilisant le plus tôt possible le réseau du travailleur. Les recherches soulignent que ce principe est fondamental (Lecomte, 2000), en particulier pour les travailleurs à risque de chronicité. Plus le processus de réadaptation commence tôt après la lésion professionnelle (Gardner, 1987), plus l'engagement et la motivation du travailleur sont mobilisés, plus la réinsertion professionnelle est assurée et moins les coûts sont élevés. Davis (1984) et Rundle (1983) indiquent que plus de 71 % des coûts peuvent être épargnés quand un processus de réadaptation est enclenché moins de trois mois après la lésion, comparativement à un délai de 12 mois auquel on associe une réduction de 54 %.

Intervenir de façon soutenue. L'intervention de counseling soutenue produit des effets significatifs correspondant à une amélioration de plus de 50 % en moins de dix séances et de 75 % en 26 séances. Un processus soutenu et une intervention ajustée peuvent grandement contribuer à la consolidation de l'identité de travailleur, évitant la dissolution de celle-ci dans une identité de prestataire d'assurance autojustifiée par les conséquences de la lésion.

La cohérence du processus de réadaptation impliquant l'ensemble des intervenants. En assurant la cohérence du processus d'intervention de réadaptation en lien avec d'autres intervenants (l'employeur, le médecin, le physiothérapeute, etc.) et en créant le contact avec l'entourage des travailleurs victimes de lésion, l'équipe d'intervention établit des occasions de réseautage qui peuvent aider à maintenir l'identité de travailleur et à faire progresser la responsabilisation et l'autodétermination face au retour au travail.

3. La conclusion

3.1 Le bilan de l'intervention en réadaptation et en réinsertion professionnelles

L'analyse de la littérature scientifique touchant les facteurs déterminants de la réadaptation et de la réinsertion professionnelles met en lumière les points suivants : 1) L'intervention en réadaptation professionnelle passe de plus en plus d'un regard partiel, statique et morcelé, à un processus englobant dans lequel de multiples facteurs biopsychosociaux se déploient à travers des interactions complexes et dynamiques (Kenny, 1992). Plusieurs facteurs entrent en action en réadaptation : le biologique, le psychologique, le social et le vocationnel. Ces facteurs interagissent et s'influencent à différents degrés, ils sont indissociables les uns des autres et sont toujours greffés à l'environnement et au contexte auxquels ils appartiennent. On peut donc dire que les processus de réadaptation et d'aide à l'intégration professionnelle soulignent le fait que la dimension biologique n'existe pas en dehors des autres dimensions humaines. L'évolution vers la chronicité dépend davantage de l'influence des facteurs psychosociaux que de conditions médicales objectives. Parmi ces facteurs psychosociaux, les recherches, y compris celle-ci, soulignent l'influence prépondérante de la perception et de l'évaluation subjectives des travailleurs accidentés.

Au-delà de cette reconnaissance, l'intervention en réadaptation a besoin d'un cadre conceptuel sur lequel s'appuyer face à ces multiples facteurs, variant de facteurs organisationnels aux perceptions subjectives individuelles. Dans cette perspective, la partie I de ce document propose un modèle heuristique qui tente d'offrir une approche unifiée de la lésion professionnelle. 2) L'étude et la mesure de l'impact d'une lésion professionnelle se répercutent dans le fonctionnement multidimensionnel soit intrapersonnel, interpersonnel et extrapersonnel du travailleur accidenté. Par conséquent, pour cerner cet impact, la mesure des effets d'un programme d'intervention de réadaptation ou de réinsertion professionnelle devrait tenir compte de variables multidimensionnelles.

3.2 Les facteurs déterminants du counseling de réadaptation

L'étude des facteurs déterminants du counseling de réadaptation souligne les points suivants : 1) L'importance pour le conseiller de s'appuyer sur un modèle de counseling de réadaptation flexible et pertinent, s'articulant en trois phases d'exploration, de compréhension et d'action. 2) L'évaluation des processus de counseling et de leur efficacité est intimement liée à l'interaction des variables du travailleur accidenté, du conseiller, de même que la qualité de l'alliance de travail.

C- OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

1. Les objectifs de recherche

Suite aux recommandations de plusieurs recherches soulignant l'importance d'évaluer l'impact multidimensionnel d'une lésion professionnelle, cette recherche vise dans un

premier temps à évaluer les effets d'un programme d'intervention de counseling offert par des conseillers sur des indicateurs multidimensionnels de réadaptation professionnelle touchant les fonctionnements intrapersonnel, interpersonnel et extrapersonnel de travailleurs accidentés à risque de chronicité. Un deuxième objectif vise à tenter de cerner les facteurs de processus d'intervention pouvant contribuer à l'évolution et à l'efficacité d'un programme de réadaptation.

2. Les hypothèses de recherche

Pour tenir compte de l'impact multidimensionnel de la lésion professionnelle, les effets de l'intervention de counseling de réadaptation seront mesurés par des indicateurs aux trois niveaux de fonctionnement, soit intrapersonnel, interpersonnel et extrapersonnel. D'autre part, pour mesurer les facteurs contribuant à l'évolution et à l'impact de l'intervention de counseling, les variables touchant le travailleur accidenté, le conseiller et l'alliance de travail seront mesurés après chaque rencontre de réadaptation. Concrètement, les hypothèses suivantes seront investiguées :

2.1 Les hypothèses touchant les variables associées au fonctionnement multidimensionnel du travailleur accidenté

Compte tenu de l'importance de perceptions subjectives liées aux variables intrapersonnelles dans le counseling de réadaptation, l'hypothèse suivante est formulée :

1. les travailleurs suivis par des conseillers formés au counseling de réadaptation manifesteront des progrès supérieurs aux travailleurs suivis par des conseillers intervenant selon les pratiques habituelles de la CSST sur des indicateurs de réadaptation professionnelle touchant les perceptions subjectives de détresse, de dépression, d'anxiété, d'évaluation du changement, de sentiment d'efficacité personnelle, d'optimisme et de la perception de la douleur.

Compte tenu de l'importance accordée aux variables interpersonnelles comme au soutien et à l'alliance de travail dans la formation au counseling, l'hypothèse suivante est formulée :

2. les travailleurs suivis par des conseillers formés au counseling manifesteront plus de satisfaction face aux services reçus et au soutien que les travailleurs suivis par des conseillers non formés au counseling.

Au plan du fonctionnement extrapersonnel, compte tenu de l'importance du lien d'emploi pour assurer la réinsertion professionnelle et que les travailleurs accidentés de cette recherche sont, soit sans lien d'emploi ou à risque de le perdre, nous formulons l'hypothèse suivante :

3. il n'y aura pas de différence significative entre les travailleurs suivis par des conseillers formés au counseling et ceux suivis par des conseillers non formés au counseling sur des indicateurs de retour au travail.

Au plan extrapersonnel, compte tenu de l'importance accordée à valider, à planifier et à soutenir les plans d'action du travailleur accidenté dans l'intervention du counseling, l'hypothèse suivante est formulée :

4. les travailleurs suivis par des conseillers formés au counseling manifesteront des progrès supérieurs sur les intentions de retour au travail et sur la perception des obstacles à la réinsertion professionnelle comparativement aux travailleurs suivis par des conseillers non formés.

2.2 Les hypothèses concernant les facteurs déterminants de l'évolution du counseling de réadaptation professionnelle

Compte tenu de l'importance de l'alliance de travail et des perceptions subjectives dans la formation au counseling, l'hypothèse suivante est formulée :

5. les travailleurs suivis par des conseillers formés au counseling manifesteront des résultats supérieurs sur les variables d'alliance de travail, d'adhésion aux recommandations et de perception de la qualité des rencontres comparativement aux travailleurs suivis par des conseillers non formés.

Compte tenu de l'importance accordée au suivi de l'évolution du changement chez le travailleur accidenté, l'hypothèse suivante est formulée :

6. les travailleurs suivis par des conseillers formés au counseling manifesteront des résultats supérieurs à des indicateurs de changement mesurés à chaque séance comparativement aux travailleurs suivis par des conseillers non formés au counseling.

Compte tenu que plusieurs études recherche concluent à l'importance d'offrir un processus d'intervention soutenu, l'hypothèse suivante est formulée :

7. les travailleurs suivis par des conseillers formés au counseling ou non formés au counseling montreront davantage de progrès sur les variables intrapersonnelles, interpersonnelles et extrapersonnelles (à l'exception des indicateurs de retour au travail) (variables des hypothèses 1, 2, 4), ainsi que sur certaines variables liées à l'évolution du counseling de réadaptation (variables hypothèse 5 et 6) s'ils sont suivis selon une fréquence plus intensive (chaque semaine) plutôt que selon les pratiques habituelles à la CSST.

Compte tenu de l'importance accordée à la pratique réflexive de la réadaptation dans la formation au counseling, l'hypothèse suivante est formulée :

8. les conseillers formés au counseling manifesteront des résultats supérieurs dans la gestion de leurs réactions subjectives face au travailleur accidenté et au processus d'intervention comparativement aux conseillers non formés au counseling.

Compte tenu de l'influence de l'adhésion à l'application du modèle d'intervention de counseling, de la motivation du conseiller sur l'évolution du processus du counseling de réadaptation l'hypothèse suivante est formulée :

9. Les travailleurs suivis par les conseillers formés adhérant davantage au modèle d'intervention en counseling de réadaptation manifesteront des progrès supérieurs aux travailleurs suivis par des conseillers formés qui adhèrent peu au modèle, sur des indicateurs multidimensionnels intrapersonnels et interpersonnels de réadaptation professionnelle (détresse, satisfaction de la vie et la santé, stade de changement, douleur, sentiment d'efficacité, intention de retourner au travail, sentiment de contrôle, stratégies d'adaptation, obstacles perçus, estime de soi, satisfaction par rapport aux services) ainsi que selon des indicateurs de la qualité du processus de réadaptation (alliance thérapeutique, évaluation des rencontres, évaluation et adhésion aux recommandation, réaction émotive aux travailleurs).

Compte tenu de l'importance des facteurs environnementaux comme le soutien des chefs d'équipe à l'application de l'intervention de counseling, l'hypothèse suivante est formulée :

10. les conseillers obtenant plus de soutien de leur chef d'équipe manifesteront un plus haut degré d'adhésion à l'application de l'intervention de counseling.

II - MÉTHODOLOGIE

Lorsque l'on s'engage dans un projet de recherche sur le terrain impliquant des participants tels que des conseillers et des travailleurs accidentés et qui, de plus, touche un processus d'intervention s'étalant sur plusieurs semaines, il est normal de prévoir que des modifications seront apportées et des décisions devront être prises en cours de route. Ces modifications seront détaillées ci-dessous.

1. Le devis de l'étude

Dans un premier temps, il est prévu de comparer l'intervention de conseillers formés au modèle de counseling de réadaptation à celle de conseillers non formés, et ce, sur plusieurs indicateurs de réadaptation. Pour assurer la validité d'une telle comparaison, il est décidé de contrôler l'effet du temps. Les deux groupes de conseillers devront rencontrer les travailleurs sur une base hebdomadaire avec une possibilité d'au moins huit rencontres. Nous avons établi le nombre minimum de huit rencontres en nous basant sur les résultats de recherche portant sur l'efficacité des interventions qui suggèrent que plus de 50 % des clients connaissent une amélioration significative de leurs symptômes après 8 séances de counseling s'étalant sur 8 semaines consécutives (Whiston et Sexton, 1993). Ces résultats grimpent à 75 % après 26 séances. Compte tenu de cette réalité et du contexte de la CSST, nous optons pour un processus d'une séance hebdomadaire d'intervention en counseling sur une période de 8 semaines. Une telle proposition entraîne toutefois d'importantes conséquences dans les pratiques de réadaptation à la CSST. Compte tenu que la charge de travail d'un conseiller est d'abord planifiée en fonction de critères d'efficience et de gestion de dossiers par rapport au nombre total de

dossiers, une telle disposition pose plusieurs problèmes logistiques pour les gestionnaires et les conseillers.

De plus, une telle comparaison ne permet pas de bien refléter les pratiques courantes de réadaptation telles que pratiquées à la CSST. Celles-ci se caractérisent souvent par des rencontres distribuées dans le temps en fonction de critères d'urgence et de la charge de travail du conseiller. Afin de bien représenter cette réalité, nous décidons d'ajouter la comparaison de l'impact de l'intervention hebdomadaire à l'impact de l'intervention selon les pratiques habituelles à la CSST. Un tel schème d'étude entraîne par contre des conséquences encore plus lourdes pour la gestion. Les régions engagées dans ce projet doivent accepter de permettre aux conseillers participant de travailler différemment de leurs collègues. Comme nous l'avons souligné précédemment, même si plusieurs gestionnaires et conseillers reconnaissent les enjeux complexes de la chronicité, mettre en place des pratiques de réadaptation en modifiant concrètement les pratiques habituelles soulève une toute autre problématique. Un compromis est finalement accepté. Il est convenu que les groupes de conseillers formés et non formés engagés dans l'expérimentation offriront à la fois des services sur une base hebdomadaire et selon les pratiques habituelles de la CSST.

Cette recherche s'articule donc autour d'un schème expérimental mixte pré post comparant deux groupes de conseillers (formés ou non) selon deux modalités temporelles (hebdomadaire ou pratiques habituelles). Les travailleurs accidentés à risque de chronicité sont assignés au hasard aux 4 groupes expérimentaux. Ces travailleurs sont comparés sur trois catégories de variables dépendantes d'indicateurs de réadaptation, soit des mesures biomédicales, psychologiques et sociales, à trois moments de mesure, soit avant (pré) l'intervention, après (post) l'intervention (2 mois) ainsi que 6 mois plus tard une fois l'intervention terminée. Les conseillers sont pour leur part comparés sur des variables sociodémographique et de motivation au début de l'expérimentation et à la fin. De plus, les travailleurs et conseillers évaluent le processus de réadaptation à l'aide de questionnaires remplis à la suite de chaque rencontre. Compte tenu que les conseillers formés et non formés suivent des travailleurs chacun selon 2 modalités temporelles, soit sur une base hebdomadaire et selon les pratiques habituelles, le schème expérimental se situe entre un schème croisé (où chaque conseiller suivrait tous les travailleurs dans toutes les conditions expérimentales) et un schème niché (où les travailleurs de chaque condition expérimentale seraient suivis par des conseillers différents). Les implications et limites de ce type de schème expérimental seront abordées lors de la discussion (tableau 1).

Tableau 1
Répartition des sujets selon les 4 groupes de traitement

Conseillers en réadaptation qui ont suivi la formation	
11 conseillers	
Sur une base hebdomadaire	Selon les pratiques habituelles à la CSST
Total : 18 travailleurs	Total : 12 travailleurs

Conseillers en réadaptation qui n'ont pas suivi la formation	
8 conseillers	
Sur une base hebdomadaire	Selon les pratiques habituelles à la CSST
Total : 15 travailleurs	Total : 17 travailleurs

Les travailleurs furent donc répartis au hasard entre les groupes et par conséquent, ne savaient pas quel traitement ils allaient recevoir. De leur côté, les conseillers étaient aussi assignés à l'aveugle quant au choix des travailleurs qu'ils suivraient. La fréquence des rencontres fut déterminée par le coordonnateur de la recherche et attribuée au hasard à chaque travailleur. Par ailleurs, les assistants de recherche furent informés autant de la constitution des groupes des conseillers que de la fréquence des rencontres offertes aux travailleurs. Pour sa part, le statisticien connaissait les hypothèses et objectifs de la recherche, de même que la définition des groupes.

À la lumière d'avis légaux émis par les avocats de la CSST, des contrats d'entente formels sont signés avec chaque région administrative participant à la recherche. De plus, le projet de recherche a été soumis au comité d'éthique de la recherche de la faculté des arts et sciences de l'Université de Montréal qui a approuvé le projet et émis un certificat d'éthique énonçant le respect des règles d'éthique selon la «politique relative à l'utilisation des êtres humains en recherche» de l'Université de Montréal.

2. L'échantillon

2.1 Les travailleurs accidentés

Dans un premier temps, des critères opérationnels ont été définis permettant d'identifier les 10,4 % des travailleurs accidentés à risque de chronicité parmi les travailleurs faisant une demande d'indemnisation à la CSST. D'une part, certaines recensions des écrits démontrent le peu d'études prospectives permettant d'établir clairement le profil du travailleur accidenté à risque de chronicité. Peu de certitudes se dégagent donc de cette littérature jusqu'à ce jour (Baril, 2002). Au plan médical, la gravité du diagnostic ne semble pas un indicateur fiable. Lorsque nous débutons cette recherche, la CSST a déjà entrepris des opérations importantes pour tenter de caractériser cette population à partir de ses propres dossiers. L'opération «mille jours», ainsi que des réflexions portant sur les cas à enjeu de chronicité, ont permis d'identifier certaines caractéristiques de ces travailleurs. La durée des séquelles d'un accident semble avoir un effet complexe, surtout s'il s'agit d'un travailleur présentant une lombalgie et ayant des antécédents de lombalgie. Dans la plupart des cas à risque, la perte du lien d'emploi ou un lien d'emploi compromis semble être un prédicteur important. Nous nous sommes donc appuyé principalement sur cette réflexion de la CSST afin de cibler les dossiers à risque.

Après plusieurs consultations avec des représentants des régions participantes, il est d'abord convenu de retenir les critères suivants : les nouveaux dossiers de travailleurs présentant des maux de dos, un lien d'emploi compromis, des individus oeuvrant dans des petites et moyennes entreprises, la capacité de lire en français, un âge se situant entre 25 et 55 ans. Le ciblage des travailleurs se fait via un comité de détection régional comprenant un chef d'équipe, un conseiller en réadaptation et un agent d'indemnisation. L'identification de ces dossiers à risque se révèle vite une expérience beaucoup plus complexe que prévue. Des centaines de dossiers doivent être parcourus pour arriver à repérer quelques cas jugés à risque de chronicité. Le recrutement ne progresse que très lentement.

Une nouvelle consultation avec les responsables du recrutement nous amène à conclure que le critère qui fait l'unanimité pour la CSST est d'abord et avant tout le lien d'emploi compromis. Ici, le lien d'emploi compromis correspond à la définition de la CSST et est déterminé par le comité de détection des participants potentiels de chaque région. Il dépend de plusieurs facteurs tels que : limitations fonctionnelles prévues incompatibles avec l'emploi pré lésionnel ou peu compatibles avec tout emploi chez l'employeur, pas de possibilité d'autres emplois envisageables chez cet employeur (petite entreprise), conflit avec l'employeur ou employeur peu coopératif, présence chez le travailleurs de certain(s) facteur(s) de risque et/ou prédicteurs de chronicité susceptibles de faire obstacle au retour sur le marché du travail. Seuls 2 travailleurs avaient définitivement perdu leur lien d'emploi avec l'employeur dès le départ à la suite d'une faillite de l'employeur.

Afin de faciliter le recrutement, certains critères sont révisés**.** Il fut donc décidé de retenir les critères d'inclusion suivants : 1) un lien d'emploi compromis, 2) toute lésion professionnelle à l'exception des traumatismes et maladies professionnelles, 3) la capacité de lire en français, 4) un âge variant entre 25 et 55 ans, 5) pas de rechute ou dossier de réadaptation antérieure pour la lésion actuelle et 6) autant que possible moins de 2 mois devraient s'être écoulé depuis l'accident.

Ces modifications aux critères permettent de recruter de nouveaux candidats un peu plus rapidement. Cependant, un des critères pose d'énormes problèmes. En effet, il est difficile voire impossible dans plusieurs cas d'intervenir avant 80 et même 90 jours après l'accident. L'organisation et la gestion des dossiers ne permettent pas d'offrir des services de réadaptation plus tôt dans bien des cas. Ce constat est lourd de conséquences. Une des conclusions les plus importantes de l'ensemble des recherches en réadaptation et en intervention en général est sans contredit l'importance d'intervenir tôt. C'est en cours d'expérimentation que nous découvrons avec nos partenaires de la CSST la quasi impossibilité, dans la pratique gestionnaire de l'époque, de mettre en place une intervention pertinente dans les 60 jours qui suivent un accident.

Ce constat varie toutefois selon les régions. Dans certaines d'entre elles, nous arrivons parfois à un recrutement se situant entre 60 et 90 jours après l'accident. Cependant, pour plusieurs régions, ce critère est impossible à appliquer. Face à cette limite, nous devons accepter d'inclure des travailleurs dont l'accident est survenu dans les deux à six mois précédents et parfois davantage. Compte tenu de la complexité de ce recrutement d'une part et, d'autre part, du temps exigé pour compléter l'ensemble du processus d'intervention, nous avons été obligés de mettre fin à l'expérimentation après être intervenus auprès de 62 travailleurs au lieu des 96 prévus au départ. Nous ne pouvions plus obtenir la participation des régions concernées. Comme il s'agit d'une première investigation dans un domaine aussi complexe que l'intervention en réadaptation et que ce projet exige des changements organisationnels importants, il faut plutôt se réjouir d'avoir pu mener la recherche à terme. L'ensemble de ces conditions sera à considérer dans la discussion des résultats.

L'échantillon final est donc constitué de 62 travailleurs accidentés souffrant de lésions musculo-squelettiques variées à la suite d'un accident de travail et dont le lien d'emploi est compromis ou rompu. Les travailleurs proviennent d'une variété de secteurs d'activité. L'âge moyen est de 37,73 ans et 75,8 % sont des hommes. En moyenne, les participants ont complété 11,01 années de scolarité. De plus, 50 % sont mariés ou avec un

conjoint de fait, 19,4 % sont séparés ou divorcés et 30,6 % sont célibataires. Finalement, presque la moitié d'entre eux, soit 45,2 %, n'ont aucun enfant à charge, 19,4 % en ont un, 29 % en ont 2 et 6,4 % en ont 3 ou plus. Nous n'avons aucune donnée précise sur le profil ethnique de l'échantillon à cause d'une erreur dans la formulation de cette question. Nous avions demandé leur nationalité aux participants et tous ont répondu canadienne. Cependant, à l'exception de quelques personnes, il nous semble que la très grande majorité des participants étaient d'origine caucasienne ou québécoise.

Concernant le profil des lésions physiques principales pour lesquelles les travailleurs étaient en arrêt de travail, on peut voir que 41,9 % de l'échantillon montraient une lésion au niveau lombaire, 27,4 % au niveau des membres supérieurs, 11,3 % au niveau des membres inférieurs et 17,7 % montraient des lésions à plus d'un siège. Dans l'ensemble, ceux-ci souffraient principalement d'entorses, de fractures, de tendinites ou de contusions. Pour une liste exhaustive des diagnostics principaux et secondaires de l'ensemble des sujets, veuillez consulter le tableau 47 en annexe. Par ailleurs, seulement le quart (25,8 %) des travailleurs n'avaient aucun dossier CSST antérieur. Des 74,2 % qui avaient un ou plusieurs dossiers antérieurs, la moitié des participants (37,1 %) avaient au moins un ancien dossier lié au même siège de lésion. Le quart des participants (25,8 %) avaient un litige à leur dossier et seulement les deux tiers (11/16) étaient réglés à la fin de la présente étude. Plus de la moitié (56,5 %) des travailleurs se sont vus attribuer des limitations fonctionnelles par leur médecin. Seulement 22,6 % avaient un dossier médical consolidé à la suite de l'intervention au temps 2 et 67,7 % lors du suivi au temps 3, 6 mois plus tard. La durée moyenne pour la consolidation[1] depuis l'accident est de 10,55 mois (320,81 jours). Enfin, malgré le fait qu'il était visé de faire une prise en charge rapide par les conseillers à la suite de l'accident, la moyenne est d'un peu plus de 5 mois, soit 154,27 jours. Plus précisément, seulement 12,9 % ont été pris en charge à l'intérieur d'un délai de 90 jours, 22,6 % l'ont été entre 91 et 120 jours, 32,3 % entre 121 et 180 jours et 32,3 % ont été pris en charge dans un délai au delà de 6 mois. Ainsi, environ le tiers des travailleurs de notre échantillon, (32.3%) se trouvent déjà en phase de douleur chronique lors de la prise en charge par un conseiller. Le tableau 2 résume les caractéristiques sociodémographiques de ces travailleurs.

Tableau 2
Description des variables sociodémographiques des travailleurs de l'échantillon

	N(%)	M(ET)
Sexe		
Homme	47 (75,8 %)	
Femme	15 (24,2 %)	
Âge		37,73 (9,16)
19 - 29	15 (24,2 %)	
30 - 39	19 (30,6 %)	
40 – 49	21 (33,9 %)	
50 – 53	7 (11,3 %)	

[1] Consolidation : la guérison ou la stabilisation d'une lésion professionnelle à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé du travailleur victime de cette lésion n'est prévisible (CSST, 2004).

Revenu brut		27 431 (12 824)
0 – 14 599	10 (16,1 %)	
14 600 – 20 000	7 (11,3 %)	
20 001 – 30 000	22 (35,5 %)	
30 001 – 40 000	12 (19,4 %)	
40 001 – 50 000	5 (8,1 %)	
50 000 et +	6 (9,7 %)	
Niveau de scolarité (nombre années)		11,01 (3,1)
Primaire	5 (8,1 %)	
Secondaire non complété	22 (35,5 %)	
Secondaire complété	21 (33,9 %)	
Collégial non complété	7 (11,3 %)	
Collégial complété	4 (6,5 %)	
Universitaire non complété	1 (1,6 %)	
Universitaire complété	2 (3,2 %)	
Statut civil		
Marié/conjoint de fait	31 (50,0 %)	
Séparé/divorcé	12 (19,4 %)	
Célibataire	19 (30,6 %)	
Nombre d'enfants à charge		
Aucun	28 (45,2 %)	
Un	12 (19,4 %)	
Deux	18 (29,0 %)	
Trois ou +	4 (6,4 %)	
Siège de lésion		
Dos	26 (41,9 %)	
Membres supérieurs	17 (27,4 %)	
Membres inférieurs	7 (11,3 %)	
Sièges multiples	11 (17,7 %)	
Autres (thorax)	1 (1,6 %)	
Ancien dossier		3,55 (4,16)
Aucun	16 (25,8 %)	
Un	12 (19,4 %)	
Deux à cinq	18 (29,0 %)	
Six et plus	16 (25,8 %)	
Ancien dossier avec le même siège de lésion		0,65 (1,12)
Aucun	39 (62,9 %)	
Un	15 (24,2 %)	
Deux à cinq	8 (12,9 %)	
Contestation au dossier (litige)		
Oui	16 (25,8 %)	
Non	46 (74,2 %)	
Consolidation médicale au temps 2 (2 mois)	14 (22,6 %)	
Consolidation médicale au temps 3 (8 mois)	42 (67,7 %)	
Durée de consolidation (jours)[1]		320,81 (158,08)
Durée de prise en charge (jours)		154,27 (63,82)
0 - 90 jours	8 (12,9 %)	
91- 120 jours	14 (22,6 %)	
121-180 jours	20 (32,3 %)	
181 jours et plus	20 (32,3 %)	

Phase de la douleur		
Aigue (moins de 3 mois)	8 (12,9%)	
Chronique (3 mois et plus)	54 (87,1%)	
Chronique (6 mois ou plus)[2]	20 (32,3%)	
Limitations fonctionnelles (N=52)	35 (56,5 %)	
Sévérité des limitations fonctionnelles[3]		
Aucune	18 (29,0 %)	
Légères	21 (33,9 %)	
Modérées	7 (11,3 %)	
Sévères	5 (8,1 %)	
Besoin de réadaptation[4]	43 (69,4 %)	
Mesures de réadaptation	36 (58,1 %)	
Surcompensation	15 (24,2 %)	
Coût au dossier ($)		
Indemnités		18 773 (9711)
Frais		8668 (6214)
Secteurs d'activité		
Commerce	19 (30,6 %)	
Services médicaux et sociaux	4 (6,5 %)	
Autres services commerciaux et personnels	5 (8,1 %)	
Bâtiment et travaux publics	12 (19,4 %)	
Industrie des aliments et boissons	3 (4,8 %)	
Transport et entreposage	3 (4,8 %)	
Forêt et scierie	1 (1,6 %)	
Industrie du textile	1 (1,6 %)	
Industrie du caoutchouc et matières plastiques	3 (4,8 %)	
Industrie du bois	3 (4,8 %)	
Industrie du meuble	2 (3,2 %)	
Agriculture	1 (1,6 %)	
Enseignement services annexes	2 (3,2 %)	
Finance, assurance, immobilier	1 (1,6 %)	
Secteur indéterminé / autres	2 (3,2 %)	

1. La durée de la consolidation est calculée depuis l'accident.
2. À titre indicatif, le nombre de sujets étant clairement en phase chronique et ayant dépassé la phase de chronicisation de 3 à 6 mois.
3. Il y a un sujet ayant des limitations fonctionnelles pour lequel les données sur la sévérité de ses limitations n'étaient pas disponibles et un sujet ayant des limitations fonctionnelles qui ont été évaluées par les juges externes comme n'ayant aucune sévérité.
4. Ici, les besoins de réadaptation biopsychosociale étaient évalués par les conseillers et correspondaient par exemple à : des problèmes psychosociaux (lésion psychologique secondaire ou encore un travailleur faisant face à plusieurs stresseurs), besoins de formation, de perfectionnement ou de réorientation professionnelle, réadaptation physique ou réentraînement, besoin de travail avec des tâches adaptées, etc.

2.2 Les conseillers en réadaptation

2.2.1 La sélection et les caractéristiques

Avec le soutien du bureau central de réadaptation et d'indemnisation, nous procédons à plusieurs séances d'information auprès de gestionnaires dans plusieurs régions du Québec pour obtenir leur soutien et leur consentement à ce que certains de leurs conseillers (ères) participent à ce projet. Nous obtenons finalement la participation de 10 régions du Québec (Montréal 2, Laval, St-Jérôme, Sherbrooke, Trois-Rivières, Longueuil,

Montréal 1, St-Jean-sur-Richelieu, Hull, Joliette). Le recrutement des conseillers du groupe expérimental est réalisé à partir d'un bassin de 72 conseillers ayant suivi le programme de formation au modèle de réadaptation. De leur côté, les conseillers n'ayant pas suivi la formation constituant le groupe contrôle ont été recrutés à partir d'une liste d'attente de 50 conseillers intéressés à suivre ce programme de formation. Cette façon de recruter visait à assurer l'équivalence des groupes de conseillers en termes de motivation face à leur désir de perfectionnement en réadaptation.

Au départ, le schème expérimental visait le recrutement de 16 conseillers, soit 8 formés au modèle d'intervention en counseling et 8 non formés à ce modèle. Chacun d'entre eux devait suivre 6 travailleurs, soit 3 sur une base hebdomadaire et 3 selon les pratiques habituelles à la CSST, ce qui aurait permis d'obtenir 4 groupes égaux de 24 travailleurs. Cependant, compte tenu des exigences qu'une telle recherche demande aux conseillers, de leur charge de travail et de la difficulté de recrutement des travailleurs dans certaines régions, plusieurs conseillers n'ont pu assumer les 6 travailleurs prévus. Il a donc été nécessaire de recruter des conseillers supplémentaires et de réduire pour certains le ratio de travailleurs dans le cadre de cette étude.

L'échantillon final est donc composé de 11 conseillers formés au modèle de réadaptation et de 8 conseillers non formés. Pour les conseillers formés, 8 étaient des femmes et 3 des hommes, pour un âge moyen de 42,6 ans, une scolarité moyenne de 17,09 années et 8,72 années (104,64 mois) d'expérience comme conseiller en réadaptation. Les 8 conseillers non formés, pour leur part, étaient répartis également au niveau du genre, pour un âge moyen de 43,25 ans, 17,88 années de scolarité complétées et 10,86 années (130,38 mois) d'expérience comme conseiller en réadaptation (tableau 3).

Tableau 3
Données descriptives pour les conseillers formés et non formés

	Conseillers formés M (ET)	**Conseillers non formés M (ET)**
Sexe		
Homme	3	4
Femme	8	4
Âge	42,55 (6,62)	43,25 (6,82)
Nombre d'années de scolarité	17,09 (,94)	17,88 (1,96)
Nombre de mois d'expérience	104,64 (77,10)	130,38 (83,00)

Contrairement au schème prévu au départ, les conseillers ont suivi un nombre inégal de travailleurs, que ce soit sur une base hebdomadaire ou selon les pratiques habituelles de la CSST (tableaux 4a et 4b).

Tableau 4a
Répartition des travailleurs par conseiller formé selon la fréquence de leur suivi

	Nombre de travailleurs		
Conseiller	**Hebdomadaire**	**Pratiques habituelles**	**Total**
1	1	–	1
2	2	–	2
3	2	1	3
4	1	1	2
5	1	1	2
6	1	1	2
7	1	1	2
8	1	1	2
9	3	3	6
10	3	3	6
11	2	–	2

Tableau 4b
Répartition des travailleurs par conseiller non formé selon la fréquence de leur suivi

	Nombre de travailleurs		
Conseiller	**Hebdomadaire**	**Pratiques habituelles**	**Total**
1	1	3	4
2	1	1	2
3	3	2	5
4	2	2	4
5	–	1	1
6	3	3	6
7	3	3	6
8	2	2	4

2.2.2 La formation au counseling de réadaptation

À partir des recommandations touchant la formation au counseling de réadaptation (Egan, 1985; Livneh, 2001; Schlossberg *et al.,* 1995), un programme de formation axé sur un processus d'intervention en trois phases d'exploration, de compréhension et d'action a été développé. Ces trois phases qui ont été décrites précédemment sont explicitées dans la section suivante et présentées de façon synthétique à l'annexe A. Tout en s'appuyant sur des habiletés d'écoute, de communication, de confrontation et d'interprétation, cette approche donne une importance particulière aux éléments suivants : a) Accorder une place prépondérante à la perception et à la signification subjectives qu'attribue une personne à son expérience dans un contexte spécifique. Cette perception et sa signification conditionnent largement l'obtention de résultats (Truchon et Fillion, 2000; Whiston et Sexton, 1993), b) Intervenir tôt en établissant un lien de confiance et en mobilisant le plus tôt possible le réseau du travailleur. Plusieurs recherches soulignent ce principe fondamental (Lecomte, 2000), en particulier pour les travailleurs à risque de chronicité, c) Arriver à créer un lien de confiance et de sécurité pour mobiliser l'engagement du client est essentiel; le maintenir et le rétablir au besoin dans un processus soutenu pour concrétiser des actions est crucial, d) Donner du sens et accompagner les tensions incontournables des espoirs de changement et la peur du changement, entre l'illusion que tout va ou doit revenir comme avant et la dure réalité d'une perte réelle et d'un changement obligé, en tenant compte des ressources et limites

du travailleur, constituent des enjeux fondamentaux de tout processus d'intervention, e) Soutenir de façon concrète et spécifique le travailleur, dans des actions de réadaptation pour sa réinsertion professionnelle, f) Assurer la cohérence du processus d'intervention avec les autres intervenants. C'est à partir de ces recommandations que nous avons élaboré le programme de formation en counseling de réadaptation.

Le programme de formation au counseling de réadaptation s'est déployé sur 2 sessions de formation de 5 jours chacune. Le premier bloc de 5 jours visait essentiellement à former les conseillers à établir une alliance de travail à partir d'habiletés d'écoute et de communication. Pour plusieurs, passer d'une culture centrée sur la gestion de cas et sur l'application de la loi à un travail centré sur l'expérience subjective du travailleur accidenté et sur l'établissement d'une relation de collaboration a constitué un virage complexe dans leur pratique. Un premier objectif du deuxième bloc de 5 jours visait la clarification des ressources et des limites personnelles et environnementales du travailleur accidenté en s'appuyant sur des habiletés d'écoute et de communication, mais aussi de confrontation et d'interprétation. Un deuxième objectif de ce bloc tentait d'outiller le conseiller à aider le travailleur accidenté à planifier son retour au travail de façon plus spécifique en tenant compte des obstacles personnels et environnementaux.

Pour la très grande majorité de ces conseillers, il s'agissait de leur toute première formation à l'intervention de counseling de réadaptation. Il faut dire que ces conseillers présentent un profil fort diversifié de formation antérieure, celle-ci variant d'une formation collégiale en administration à une maîtrise en psychologie en passant par des baccalauréats en linguistique, en relation industrielle et en information scolaire et professionnelle. Les résultats d'un questionnaire d'évaluation de la formation passé à la suite des sessions indiquent que plus de 95 % des conseillers jugent cette formation pertinente, voire essentielle à leur pratique. Par ailleurs, même si 93 % estiment que le soutien de leur superviseur sera nécessaire pour assurer l'application du counseling de réadaptation dans leur culture organisationnelle, plus de 78 % des conseillers s'attendent à des obstacles à cette mise en application.

3. Les modalités de traitement

a) L'intervention en counseling de réadaptation

Les conseillers formés au modèle d'intervention en counseling de réadaptation doivent appliquer le protocole tel que défini par Lecomte et Savard (2002). Ce protocole comprend trois phases principales fondées sur les recommandations de plusieurs auteurs (Egan, 1985; Hill et O'Brien, 2001).

Exploration de soi : Puisque les difficultés rencontrées par le travailleur et sa façon d'y faire face sont déterminées par ses perceptions et son expérience subjective, l'objectif de départ poursuivi par le conseiller est donc de comprendre les difficultés rencontrées par le travailleur en fonction de l'expérience subjective de celui-ci et non selon des critères objectifs et externes au travailleur. Le conseiller doit aider le travailleur à identifier la demande et les besoins qui lui sont propres afin de favoriser sa réadaptation professionnelle ou le dépassement des difficultés qui font obstacle à sa réadaptation. Le conseiller doit lors de cette première phase, 1) établir un contact personnalisé propice à la

relation d'aide, 2) accueillir et reformuler la demande, le besoin ou le problème tel qu'exprimé par le travailleur, 3) identifier les raisons de cette demande, ce besoin ou ce problème (énoncé explicatif subjectif) et 4) s'entendre avec le travailleur sur un contrat de travail quant au(x) but(s) poursuivi(s), au(x) moyen(s) pour y parvenir et au déroulement de l'entrevue.

Compréhension de soi : Lors de cette phase, le conseiller doit clarifier avec le travailleur sa situation de façon multidimensionnelle, soit les manifestations, les causes et conséquences du problème sur les plans affectif, cognitif, comportemental, relationnel et contextuel. Il doit identifier la situation recherchée par le travailleur, ses besoins, ses motivations, les obstacles et ce qui l'empêche d'atteindre la situation recherchée. Pour y arriver, le conseiller doit clarifier les ressources et limites personnelles (aptitudes, intérêts, valeurs, motivations, expériences passées) et environnementales (soutien familial et social, ami(s), employeur(s)) en lien, principalement, avec le marché du travail. Un objectif important à cette phase est de mieux comprendre le manque de motivation du travailleur ainsi que le rôle et la signification de la résistance du travailleur face au changement, résistance considérée comme un besoin d'autoprotection. Le conseiller utilise différentes techniques telles que la confrontation et l'explication empathiques afin d'accompagner le travailleur et l'aider à gérer ses besoins paradoxaux de changement et d'autoprotection. À la lumière de ces clarifications, le conseiller et le travailleur peuvent ensemble reformuler le(s) problème(s) à résoudre et les besoins à combler (énoncé explicatif subjectif) de même que le contrat de réadaptation et ainsi établir de nouveaux objectifs de changement en vue d'atteindre la situation recherchée.

Concrétisation de la compréhension de soi : Ici, le conseiller et le travailleur établissent ensemble un plan d'action tenant compte des difficultés personnelles et des résistances au changement. Ils doivent faire l'inventaire des options et des solutions possibles afin d'atteindre les objectifs établis, puis évaluer ces options en se basant sur une compréhension des difficultés du travailleur, de ses ressources et limites personnelles et environnementales, de même que des stratégies qu'il utilise pour faire face à la situation. Le conseiller doit aider le travailleur à formuler des objectifs de changement reflétant ses enjeux et donc engager ce dernier dans un processus de prise de décision basé sur des besoins conflictuels. Ensuite, il rédige avec le travailleur un plan d'action permettant l'atteinte des objectifs visés. Le conseiller peut utiliser certaines techniques telles que les jeux de rôle, le modelage et des techniques d'autogestion afin de soutenir la mise en œuvre du plan d'action et de maintenir une relation de travail optimale. Tout au long de ce processus, le conseiller doit veiller à rétablir la relation avec le travailleur. Il doit aussi veiller à rappeler, valider et reclarifier la situation recherchée, et s'assurer d'évaluer les réalisations et les résultats. En présence d'obstacles, le conseiller clarifie les difficultés qui posent problème, rétablit avec le travailleur les options et solutions possibles et apporte les modifications nécessaires au plan d'action.

Les conseillers formés à ce modèle et rencontrant les travailleurs sur une base hebdomadaire doivent le faire pour au moins 8 rencontres, alors que les conseillers rencontrant les travailleurs selon la fréquence habituelle à la CSST n'ont pas un nombre minimum de rencontres à offrir durant les 2 mois de traitement. Les rencontres sont d'une durée de 50 minutes chacune. Une évaluation de l'adhésion au modèle a été faite à l'aide de grilles d'autoobservation remplies par les conseillers qui ont par la suite été cotés à

l'aveugle par les deux chercheurs principaux et formateurs au modèle d'intervention. Une fois que la période de traitement de 2 mois évaluée pour cette étude est terminée, les conseillers suivant des travailleurs qui ne sont pas encore retournés au travail poursuivent leur intervention selon leurs façons de faire habituelles pour la durée nécessaire à la réadaptation du travailleur.

b) L'approche de réadaptation habituelle à la CSST

Les conseillers n'ayant pas reçu la formation au modèle d'intervention en counseling de réadaptation devaient intervenir selon leurs pratiques habituelles et leurs définitions de tâches à la CSST. Aucune consigne ne leur était donnée quant aux types d'intervention à prodiguer aux travailleurs accidentés ni sur la durée des rencontres. De façon générale, les pratiques habituelles des conseillers en réadaptation sont dictées entre autres par l'évolution du dossier médical, des critères d'urgence et la charge de travail du conseiller. Les rencontres sont généralement distribuées dans le temps en fonction de ces critères. Lorsque les conseillers devaient rencontrer les travailleurs sur une base hebdomadaire dans le cadre de cette recherche, ils devaient le faire pour un minimum de 8 rencontres à raison d'une rencontre par semaine alors que les travailleurs suivis selon la fréquence habituelle à la CSST n'avaient pas un nombre minimum de rencontres à offrir durant les 2 mois de traitement. Une fois que la période de traitement de 2 mois évaluée pour cette étude est terminée, les conseillers suivant des travailleurs qui ne sont pas encore retournés au travail poursuivent également leur intervention selon leurs façons de faire habituelles pour la durée nécessaire à la réadaptation du travailleur.

4. Les instruments de mesure

4.1 Les mesures de l'impact multidimensionnel

4.1.1 Les mesures portant sur des variables associées au fonctionnement intrapersonnel

1. *Questionnaire sociodémographique contextuel*. Le questionnaire sociodémographique destiné aux travailleurs a été élaboré pour les fins de l'étude. Les chercheurs se sont inspirés de questionnaires déjà existants, en particulier l'Échelle de désavantage social de Bellini, Neath et Bolton (1995), de même que de la réalité propre aux travailleurs accidentés à la CSST (Baril *et al.,* 1994). Un questionnaire sociodémographique a également été élaboré pour les conseillers en réadaptation. Ces questionnaires sont administrés au temps 1 seulement.

2. *Évaluation multidimensionnelle de la douleur* (Kerns, Turk et Rudy, 1985). Ce questionnaire mesure l'impact de la douleur sur la vie de l'individu et la réponse de son entourage face à cette douleur. Il comprend 52 items divisés en 13 sous-échelles et évalués à l'aide d'une échelle en 7 points graduant de 0 à 6 avec un libellé différent selon la question. Ce questionnaire se divise en 3 parties. La première partie évalue 1) l'intensité perçue de la douleur, 2) l'interférence de cette douleur dans la vie de l'individu, 3) la maîtrise ressentie de l'individu sur sa vie et sa douleur et la 4) détresse affective. La deuxième partie évalue la perception de l'individu des réponses des autres à

sa douleur, soit des réponses 5) de soutien, 6) de punition, 7) de sollicitude et 8) de distraction. Enfin, la troisième partie évalue le niveau d'activité de l'individu, soit les activités 9) d'entretien ménager, 10) de travail extérieur, 11) de sorties hors de la maison, 12) d'activités sociales et 13) le niveau d'activité général. Les items 3 (réponse de distraction) et 4 (activités sociales) n'ont pas été retenus compte tenu de leur faible corrélation avec leur sous-échelle respective. Les scores pour chaque sous-échelle vont de 0 à 6, où un score élevé indique davantage de douleur, de réponse de soutien ou d'activité en général par exemple. Les qualités métrologiques de cet instrument sont très bonnes avec des coefficients alpha variant entre 0,73 et 0,90 (partie I), entre ,74 et ,84 (partie II) et entre ,70 et ,86 (partie III). Les coefficients de fidélité test-retest vont de ,68 à ,86 (partie I), de ,62 à ,89 (partie II) et de ,83 à ,91 (partie III) (Kerns *et al.*, 1985). Peu de données psychométriques sont disponibles sur la version française de l'instrument. Pour notre échantillon, les coefficients de consistance interne vont de ,71 à ,82 (partie I), de ,56 à ,86 (partie II) et de ,75 à ,84 (partie III).

3. *Limitations fonctionnelles*. Les limitations fonctionnelles des travailleurs ont été établies par les médecins traitant ces derniers, les données provenant des dossiers des travailleurs. Par la suite, une évaluation de la sévérité de ces limitations a été faite par 2 ergothérapeutes familiers de la population à l'étude à l'aide d'échelles de restriction fonctionnelle en 5 points (0 = aucune, 1 = limitations légères, 2 = modérées, 3 = sévères et 4 = très sévères) spécifiques à chaque siège de lésion (colonne lombo-sacrée ou dorsale inférieure, colonne cervicale ou dorsale supérieure, membres supérieurs, membres inférieurs) (Lapointe, 1991). Les scores finaux ont été atteints par un consensus entre ces deux derniers.

4. *Satisfaction globale par rapport à la santé*. Deux items élaborés pour cette étude visaient à évaluer le niveau de satisfaction globale de chaque travailleur par rapport à sa vie en général et à sa santé. Ces items sont cotés sur une échelle de Likert en 7 points graduant de 1 (très insatisfait) à 7 (très satisfait).

5. *Questionnaire d'optimisme révisé* (Scheir, Carver et Bridges, 1994). Ce questionnaire comporte 10 items dont 6 mesurent la disposition d'un individu en termes d'optimisme et de pessimisme. L'accord avec chaque item est évalué sur une échelle de Likert en 5 points graduant de 0 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord). Les scores varient de 0 à 24 et un score élevé sur ce questionnaire reflète une forte tendance à avoir des attentes positives. Les qualités métrologiques sont satisfaisantes avec un coefficient de consistance interne de ,78 et un coefficient test-retest de ,68 (Scheir, Carver et Bridges, 1994). Les informations concernant la traduction française et ses qualités métrologiques n'ont pu être obtenues du traducteur. Pour notre échantillon, le coefficient de consistance interne est de ,74.

6. *Sentiment d'efficacité personnelle*. Le sentiment d'efficacité personnelle du travailleur à faire face à sa situation actuelle est évalué à l'aide d'un seul item («*Lorsque vous pensez à votre arrêt de travail à la suite de votre accident, jusqu'à quel point avez-vous confiance en votre capacité à faire face à cette situation?*»). Cet item est coté sur une échelle de Likert en 5 points graduant de 1 (pas du tout confiant) à 5 (extrêmement confiant). De plus, un autre item (« *Pensez-vous que vous serez capable de refaire le même emploi malgré les conséquences de votre accident*? ») cherche à mesurer le sentiment d'efficacité personnelle du travailleur à retourner dans son emploi pré lésionnel

malgré les conséquences physiques de son accident. Cet item est coté sur une échelle de Likert en 7 points graduant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord).

7. *Questionnaire sur les obstacles à la réinsertion professionnelle et le sentiment d'efficacité* (Corbière, 1999). Ce questionnaire de 37 items évalue les obstacles perçus par les travailleurs à leur retour au travail de même que leur sentiment d'être capable de surmonter chaque obstacle. La probabilité de faire face à chaque obstacle est évaluée par une échelle de Likert en 7 points graduant de 1 (pas du tout probable) à 7 (tout à fait probable). Par la suite, la capacité à surmonter ces obstacles est évaluée aussi par une échelle de Likert en 7 points graduant de 1 (pas du tout capable) à 7 (tout à fait capable). Un score d'obstacles positif est calculé et correspond au pourcentage d'obstacles évalués comme étant des obstacles potentiels, donc pour lesquels la réponse est de 2 ou plus. Un score d'obstacles négatif est aussi calculé, ce qui correspond au pourcentage d'obstacles évalués comme pas du tout probables (réponse = 1). Le sentiment de pouvoir surmonter les obstacles est évalué par catégories, soit les obstacles reliés 1) au manque d'autonomie et aux difficultés avec les collègues de travail, 2) aux facteurs externes, correspondant aux obstacles extérieurs au travailleur (ex.: situation du marché du travail, préjugés des employeurs, compétition sur le marché du travail), 3) à la santé et 4) au manque d'habiletés. Les scores pour chaque sous-échelle vont de 1 à 7 où plus le score est élevé, plus le sujet se sent capable de surmonter cet obstacle. Ce questionnaire a été élaboré pour les fins de cette recherche et une étude de validation sera conduite ultérieurement. Les coefficients de consistance interne sont de ,90 pour l'échelle totale et de ,67 ,81 ,66 et ,75 respectivement pour les sous-échelles pour notre échantillon.

8. *Inventaire des Symptômes Bref* (BSI) (Derogatis, 1993). Ce questionnaire est la version abrégée de 53 items de l'échelle des symptômes-90-révisée (SCL-90R) pour évaluer la détresse psychologique. La corrélation entre les deux versions serait élevée, soit entre 0,92 et 0,98 (Derogatis, 1993). Chaque item est coté sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Les sous-échelles mesurent 9 types de symptômes : dépression, anxiété, obsession-compulsion, somatisation, sensibilité interpersonnelle, hostilité, anxiété phobique, idéation paranoïde et psychose. Trois indices globaux peuvent aussi être calculés, toutefois seul l'indice global de sévérité (IGS) sera utilisé dans cette étude afin de fournir un indicateur global du fonctionnement psychologique. Cet indice est le plus sensible des trois, il calcule la somme des réponses à tous les items répondus et la divise par le nombre d'items répondus. Ainsi, il fournit un indice représentant le nombre de symptômes et l'intensité de la détresse perçue. Les scores varient de 0 à 4, où plus le score est élevé, plus l'individu rapporte de la détresse psychologique. Une traduction du SCL-90R validée auprès d'une population féminine québécoise a montré des propriétés psychométriques comparables à la version anglaise (Fortin et Coutu-Wakulczyk, 1985). De bonnes qualités psychométriques sont rapportées pour cet instrument, soit des coefficients de consistance interne variant de ,90 à ,92 pour les sous-échelles et des coefficients test-retest variant entre 0,68 et 0,91. Les items 3, 15, 46 ont été retirés des analyses compte tenu de leur faible cohérence avec les autres items**.** Plusieurs études ont démontré la sensibilité de l'instrument au changement (Derogatis et Fitzpatrick, 2003). Le coefficient de consistance interne pour notre échantillon est de ,94.

9. *Questionnaire de dépression de Beck-II* (BDI-II) (Beck, Steer et Brown, 1996). Ce questionnaire comprend 21 items cotés selon une échelle de Likert en 4 points graduant

de 0 à 3. Les scores varient donc de 0 à 63 où un score plus élevé indique davantage de dépression. Les items mesurent les aspects cognitifs, affectifs, comportementaux et somatiques de la dépression. Les qualités métrologiques de cet instrument sont très bonnes, soit un coefficient de consistance interne de ,92 et de fidélité test-retest de ,90. Plusieurs études ont démontré la sensibilité de l'instrument au changement (Brantley, Dutton et Wood, 2003). Pour notre échantillon, le coefficient de consistance interne est de ,85.

Le BDI est un instrument fréquemment utilisé auprès de sujets souffrant de problèmes médicaux (Beck, Steer et Garbin, 1988). Toutefois, plusieurs auteurs ont émis des mises en garde concernant la validité du BDI auprès de populations souffrant de problèmes physiques (Novy, Nelson, Berry et Averill, 1995; Wesley, Gachtel, Garofalo et Polatin, 1999; Williams et Richardson, 1993). Ces derniers soulignent le risque de chevauchement entre les problèmes physiques découlant de la condition physique et les symptômes somatiques de la dépression évalués par certains items du BDI. Toutefois, d'autres confirment la validité de cet instrument auprès de sujets souffrant de problèmes physiques et de douleur chronique (Aikens, Reinecke, Pliskin, Fischer, Wiebe, McCracken et Taylor, 1999; Geisser, Roth et Robinson, 1997; Love, 1987; Viljoen, Iverson, Griffiths et Woodward, 2003). Par exemple, Geisser, Roth et Robinson (1997) ont trouvé que les symptômes somatiques de la douleur chronique n'affectaient pas la capacité du BDI à évaluer la dépression auprès de sujets souffrant de douleur chronique. De plus, ils observent que le retrait des items somatiques avait pour conséquence de diminuer la précision du BDI à distinguer les sujets déprimés de ceux qui ne le sont pas. Nous avons donc décidé d'utiliser l'échelle totale lors de nos analyses.

10. *Questionnaire d'anxiété forme X* (ASTA) (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970). Ce questionnaire mesure 2 aspects de l'anxiété, soit l'anxiété situationnelle correspondant à la réponse émotionnelle du sujet à une situation spécifique, et l'anxiété générale évaluant l'anxiété comme trait général et tendance à répondre aux diverses situations avec anxiété. Chaque échelle contient 20 items pour un total de 40 items cotés sur une échelle de Likert en 4 points graduant de 1 (presque jamais) à 4 (presque toujours). Les scores varient donc de 20 à 80 pour chaque sous-échelle et plus un sujet montre un score élevé, plus il présente un niveau d'anxiété élevé. Pour la version française, les coefficients de consistance interne vont de ,86 à ,90 pour l'anxiété situationnelle et de ,88 à ,89 pour l'anxiété générale. Les coefficients de fidélité test-retest sont de ,86 et ,89 respectivement (Bergeron, 1987). Pour notre échantillon, le coefficient de consistance interne est de ,94 pour l'anxiété situationnelle et de ,89 pour l'anxiété générale.

11. *Satisfaction globale par rapport à la vie* : Deux items élaborés pour cette étude visaient à évaluer le niveau de satisfaction globale de chaque travailleur par rapport à sa vie en général et à sa santé. Ces items sont cotés sur une échelle de Likert en 7 points graduant de 1 (très insatisfait) à 7 (très satisfait).

12. É*chelle d'évaluation de l'estime de soi (version abrégée)* (Nugent et Thomas, 1983). Ce questionnaire a été traduit pour les fins de cette étude et est constitué de 20 items mesurant l'estime de soi en touchant plusieurs sphères sur lesquelles un individu peut s'évaluer (sentiment général de sa valeur personnelle, capacité à résoudre des problèmes, habiletés intellectuelles, sentiment de compétence personnelle et sa valeur aux yeux des autres). Les items sont cotés sur une échelle de Likert en 7 points graduant de 1 (jamais) à

7 (toujours). De plus, la moitié des items sont cotés positivement et donnent un score d'estime de soi positif variant de 10 à 70 alors que les 20 autres items mesurent l'estime de soi négative pour un score pouvant varier entre –10 et -70. Les qualités psychométriques de la version française sont équivalentes à celles de la version anglaise. Les coefficients de consistance interne sont de ,91 pour l'estime de soi positive et ,87 pour l'estime de soi négative. Les coefficients de fidélité sont de ,90 pour l'estime de soi positive et ,91 pour l'estime de soi négative (Lecomte, Corbière et Laisné, 2005). Pour notre échantillon, les coefficients de consistance interne sont : estime de soi positive (,89) et estime de soi négative (,87).

13. *Échelle d'Évaluation du changement* (ECC) (McConnaughy, Prochaska et Velicer, 1983). Cet instrument opérationnalise le changement d'un individu en 5 stades théoriques du changement (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien). Il est composé de 32 items mesurant ces sous dimensions sur une échelle de Likert en 5 points graduant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Le stade de changement de l'individu (1 à 5) correspond à l'échelle ayant le score le plus élevé. Les études ont démontré des coefficients de consistance interne élevés variant entre ,79 et ,89 (McConnaughy *et al.*, 1989). Pour notre échantillon, les coefficients de consistance interne sont : précontemplation (,56), contemplation (,73), action (,80) et maintien (,73).

14. *Inventaire des stratégies d'adaptation* (Folkman et Lazarus, 1988; Mishara, 1987). Ce questionnaire évalue les diverses stratégies utilisées par un individu pour faire face à une situation stressante. Il comporte 66 items évalués sur une échelle de Likert en 4 points graduant de 0 (pas utilisé) à 3 (beaucoup utilisé). Les stratégies évaluées sont la confrontation (efforts combatifs visant à changer la situation qui sous-tendent un certain niveau d'hostilité ou de prise de risque) (0 à 18); l'établissement d'une distance (efforts cognitifs visant à se détacher d'une situation et minimiser son importance) (0 à 18); la maîtrise de soi (efforts visant à réguler ses émotions et ses actions face à la situation) (0 à 21); la recherche de soutien social (efforts visant à rechercher un soutien cognitif, émotif ou instrumental) (0 à 18); l'acceptation des responsabilités (reconnaissance de sa responsabilité dans la situation et tentative de rectifier la situation) (0 à 12); la fuite ou l'évitement (pensée magique ou efforts comportementaux pour éviter ou fuir le problème) (0 à 21); la planification de résolution de problèmes (efforts volontaires axés sur la résolution de problème afin de modifier la situation, à l'aide d'une approche analytique visant à résoudre le problème) (0 à 15); et la réévaluation positive (efforts visant à donner une signification positive à la situation en mettant l'emphase sur le développement de soi) (0 à 18). Plus un sujet a un score élevé sur une échelle, plus il utilise cette stratégie d'adaptation. Les qualités métrologiques de ce questionnaire sont acceptables et les coefficients de consistance interne des sous-échelles varient de ,61 à ,79 (Folkman et Lazarus, 1988). Les items 16 (évitement), 48 (planification de résolution de problème) et 60 (réévaluation positive) ont toutefois été retirés compte tenu de leur faible corrélation avec les autres items de leur sous-échelle respective. Pour notre échantillon, les coefficients de consistance interne sont : confrontation (,75), l'établissement d'une distance (,49), la maîtrise de soi (,66), la recherche de soutien social (,70), l'acceptation des responsabilités (,41), la fuite ou l'évitement(.64), la planification de résolution de problèmes (,71) et la réévaluation positive (,75). Outre pour les échelles établissement d'une distance et acceptation de responsabilité, les coefficients de consistance interne

sont équivalents à ceux de la version anglaise et aux critères d'évaluation suggérés par Folkman (1992).

Une première partie a été ajoutée à ce questionnaire afin de mesurer l'évaluation primaire et secondaire que fait le travailleur de sa situation d'arrêt de travail à la suite de l'accident. De ces questions, 3 ont principalement été retenues pour cette étude afin d'évaluer le sentiment de contrôle perçu par le travailleur sur ce qui lui arrive. Plus spécifiquement, 1) l'impression de contrôle sur l'issue de la situation, 2) le sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation et 3) le sentiment de devoir accepter la situation parce qu'il ne peut la changer. Ces items sont évalués sur une échelle de Likert en 4 points graduant de 1 (non, pas du tout) à 4 (oui, tout à fait).

4.1.2 Les mesures portant sur des variables associées au fonctionnement interpersonnel

15. *Batterie de Turner sur le soutien social* (Turner, Frankel et Levin, 1983). Cet instrument évalue le soutien social perçu par l'individu selon une perspective multidimensionnelle. Il comprend 3 parties. La première partie mesure 2 dimensions, soit 1) soutien familial (scores de 5 à 25) et 2) soutien amical (scores de 8 à 40). Ces items sont cotés sur une échelle de Likert graduant de 1 (ne correspond pas du tout à ce que je vis) à 5 (correspond très bien à ce que je vis). Les items 7 et 15 ont été retirés compte tenu de leur faible corrélation avec les autres items de leur sous échelle. Les coefficients de consistance interne sont respectivement de ,75 et ,87. La deuxième partie évalue deux dimensions, soit 3) l'amour reflété (scores de 6 à 30) et 4) l'estime de soi reflétée (scores de 5 à 25). L'item 1 a été retiré compte tenu de sa faible corrélation avec les autres items de sa sous échelle. Ces items sont aussi évalués sur une échelle de Likert graduant de 1 (je suis absolument certain que cela est faux) à 5 (je suis absolument certain que cela est vrai). Les coefficients de consistance interne sont respectivement de ,69 et ,77. La troisième partie qui correspond à l'échelle de Kaplan révisée évalue 2 dimensions, soit le 5) soutien amoureux et estime (scores de 6 à 30) et 6) réseau social (scores de 3 à 15). Ces 2 dimensions sont évaluées à l'aide de vignettes où l'individu doit identifier celle qui lui correspond le mieux sur une échelle de Likert graduant de 1 à 5. Les coefficients alpha sont respectivement de ,79 et ,73 (Turner, Frankel et Levin, 1983). Cet instrument a été traduit pour les fins de l'étude et la validation de l'instrument est présentement en cours. Pour notre échantillon, les coefficients de consistance interne sont : soutien familial (,93), soutien amical (,81), amour reflété (,80), estime de soi reflétée (,84), soutien amoureux (,79) et réseau social (,77).

16. *Pression et encouragement social* (Corbière, 1999). Ce questionnaire de 10 items a été élaboré pour cette étude. Les 7 premiers items visent à évaluer jusqu'à quel point l'individu ressent une pression ou un encouragement de son entourage personnel (ami, parenté, conjoint) et professionnel (collègues de travail, employeur, conseiller, médecin) à retourner au travail. Trois items complétant ce questionnaire visent à évaluer : 1) l'intention du travailleur de retourner au travail, 2) la difficulté perçue par le travailleur de retourner au travail et 3) son sentiment d'être capable de retourner au travail. Ces items sont évalués séparément sur une échelle de Likert en 7 points graduant de 1 (tout à fait en désaccord) à 7 (tout à fait en accord). Un score élevé indique davantage de

pression ou d'encouragement social. Les items touchant à l'encouragement social montrent un coefficient de consistance interne de ,96 pour notre échantillon.

17. *Échelle de Satisfaction par rapport aux services* (ESS) (Attkisson et Greenfield, 1994). Ce questionnaire évalue 5 dimensions de la satisfaction des clients par rapport aux services reçus. Il comporte au total 28 items cotés à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points graduant de 1 (très insatisfait) à 5 (très satisfait). Les dimensions évaluées sont la satisfaction par rapport 1) aux habiletés et attitudes du conseiller (scores de 9 à 45), 2) aux résultats perçus (scores de 8 à 40), 3) aux procédures (scores de 5 à 25), 4) à l'accessibilité des services (scores de 4 à 20) et 5) à l'attente (scores de 2 à 10). Un indice global de satisfaction est aussi calculé (scores de 30 à 150). Plus un sujet montre un score élevé pour chaque sous-échelle ou pour l'échelle globale, plus il démontre de satisfaction. Les qualités métrologiques de cet instrument sont bonnes, avec des coefficients alpha variant de ,67 à ,88 selon les sous-échelles et un alpha global de ,93 (Attkisson et Greenfield, 1994). Cet instrument a été traduit pour les fins de l'étude. Une étude de validation sera conduite ultérieurement. Pour notre échantillon, les coefficients de consistance interne varient de ,78 à ,94 selon les sous-échelles et ,97 pour la satisfaction globale.

18. *Appui de l'employeur*. Un item a été élaboré afin d'évaluer l'appui reçu de l'employeur selon la perspective du travailleur : «*Jusqu'à quel point sentez-vous que votre employeur pour lequel vous travailliez avant l'accident vous comprend et vous appuie dans votre démarche de réadaptation*?». Cet item est coté sur une échelle de Likert en 5 points graduant de 1 (Mon employeur de m'appuie pas du tout) à 5 (Mon employeur m'appuie beaucoup).

19. *Relation avec les collègues de travail*. Un item a été élaboré afin d'évaluer la qualité perçue par le travailleur de sa relation avec ses collègues de travail avant la lésion : «*Comment voyez-vous la relation que vous aviez avec vos collègues de travail avant votre accident*?». Cet item est coté sur une échelle de Likert en 7 points graduant de 1 (très mauvaise) à 7 (très bonne).

4.1.3 Les mesures portant sur des variables associées au fonctionnement extrapersonnel

20. *Retour au travail*. Deux principales variables de retour au travail ont été définies. Premièrement, une variable servant davantage à des fins descriptives et cherchant à décrire l'évolution des travailleurs vers leur retour au travail. Cette variable comporte 4 niveaux : 1) Aucun retour au travail, 2) recherche d'emploi ou formation, 3) assignation temporaire ou travaux légers et 4) retour complet. Toutefois, compte tenu du faible nombre de sujets en recherche d'emploi, formation, assignation temporaire ou travaux légers, une variable dichotomique de retour au travail a également été définie et utilisée lors des analyses statistiques. Les travailleurs en assignation temporaire, travaux légers et retour complet étaient regroupés sous la catégorie «retour au travail». Ceux en recherche d'emploi, formation ou aucun retour au travail étaient regroupés sous la catégorie «aucun retour au travail».

21. *Questionnaire d'implication dans le travail et dans l'emploi* (QITE) (Ripon et François, 1993). Ce questionnaire de 12 items évalue l'implication dans le travail en

général ou dans l'emploi actuel, donc l'importance que prend le travail pour un individu. L'accord avec chaque item est évalué sur une échelle de Likert en 4 points, où 1= non, 2 = plutôt non, 3 = plutôt oui, 4 = oui. Les scores vont de 12 à 48. Les qualités métrologiques sont satisfaisantes avec un coefficient de consistance interne de ,83 (Ripon et François, 1993). Pour notre échantillon, le coefficient de consistance interne est de ,80.

4.2 Les mesures portant sur les déterminants de l'évolution du counseling de réadaptation

4.2.1 Les mesures portant sur des variables associées à la participation du travailleur accidenté

22. *Grille d'information au dossier du travailleur*. Un questionnaire a également été élaboré pour les fins de cette étude afin de permettre aux conseillers de colliger les informations pertinentes au dossier du travailleur et concernant le processus de réadaptation (nombres d'anciens dossier CSST, lésions antérieures, taille de l'entreprise, secteur d'activité, ancienneté, syndicalisation, revenu, litige, diagnostic principal et secondaire, limitations fonctionnelles, durée de la consolidation médicale, opération, traitement physique, besoin de réadaptation, mesure de réadaptation, coûts au dossier, situation professionnelle suite aux interventions). Les conseillers complètent cette grille pour chaque travailleur aux temps 2 et 3 seulement.

23. *Échelle d'évaluation des recommandations* (Scheel, Seaman, Roach, Mullin et Mahoney, 1999). Ce questionnaire de 27 items vise à évaluer la perception qu'ont les travailleurs des recommandations qui leur sont faites par les conseillers. Cet instrument mesure 1) l'influence du conseiller, soit la perception du conseiller comme un expert compétent et digne de confiance (scores de 10 à 60 où plus ce score est élevé, plus le conseiller est jugé digne de confiance), 2) la difficulté d'application de la recommandation (scores de 10 à 60 où plus ce score est élevé, plus la recommandation est jugée facile à appliquer) et 3) la concordance entre la recommandation et le(s) problème(s) travaillé(s) en réadaptation (scores de 7 à 42 où plus ce score est élevé, plus la recommandation est perçue comme concordante avec les problèmes travaillés). On obtient aussi un score global d'évaluation de la recommandation (scores de 27 à 162). Les items sont cotés sur une échelle de Likert en 6 points graduant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord). Les coefficients de consistance interne sont respectivement de ,86 ,85 et ,92 avec un alpha global de ,92 (Scheel *et al.*, 1999). Les travailleurs évaluent une recommandation qui leur est faite par écrit par leurs conseillers après chacune des rencontres. À chaque rencontre, les travailleurs et conseillers évaluent aussi la mise en application (adhésion) par le travailleur de la recommandation remise lors de la rencontre précédente à l'aide d'une échelle de Likert en 6 points graduant de 1 (tout à fait en désaccord) à 6 (tout à fait en accord). Ce questionnaire a été traduit pour les fins de cette étude et une validation sera conduite ultérieurement. Pour notre échantillon, les coefficients alpha sont respectivement de ,83 ,76 et ,80 et de ,92 pour l'échelle globale**.**

24. *Mesure d'impact* (MI-45,2) (Lambert, Hansen, Umpress, Lunnen, Okiishi et Burlingame, 1997). Ce questionnaire a été élaboré afin de mesurer le progrès des clients en thérapie à l'aide d'administrations répétées durant le traitement. L'instrument est

composé de 45 items cotés sur une échelle de Likert en 5 points graduant de 0 (jamais) à 4 (presque toujours). Les items 14 et 26 ont toutefois été retirés compte tenu de leur faible corrélation avec les autres items pour cet échantillon. Trois sous-échelles évaluent la détresse selon 3 perspectives, soit 1) la détresse subjective évaluant les conditions les plus courantes telles que la dépression et l'anxiété (scores de 0 à 100 où un score élevé indique davantage de détresse), 2) les relations interpersonnelles évaluant la satisfaction et les difficultés de l'individu dans ses relations avec autrui (scores de 0 à 40 où un score élevé indique davantage de difficultés interpersonnelles) et 3) l'ajustement aux rôles sociaux qui évalue le niveau d'insatisfaction, de conflit, de détresse et d'incompétence dans les tâches reliées à l'emploi, aux rôles familiaux et aux loisirs (scores de 0 à 32 où un score élevé indique un moins bon ajustement). Un score de fonctionnement total est aussi calculé (0 à 172 où plus un sujet obtient un score global élevé, plus il démontre des difficultés de fonctionnement). Les auteurs rapportent des coefficients de consistance interne très satisfaisants de ,92 pour la version française (Flynn, Aubry, Guidon et Tardif, 2002) et test-retest de ,84 (Lambert *et al.*, 1997). Seuls les travailleurs remplissent ce questionnaire après chaque séance. La sensibilité de l'instrument au changement a également été démontrée (Vermeersch, Whipple, Lambert, Hawkins, Burchfield et Okiishi, 2004). Pour notre échantillon, le coefficient de consistance interne est de ,92.

25. *Questionnaire d'évaluation d'entrevue* (version 4) (Stiles, Reynolds, Hardy, Rees, Barkham et Shapiro, 1994). Ce questionnaire contient 27 paires d'adjectifs réparties sur des échelles bipolaires en 7 points visant à évaluer la perception subjective qu'ont les travailleurs de leur rencontre. Les différentes sous-échelles permettent au conseiller et au travailleur d'évaluer chaque rencontre selon cinq perspectives : 1) la profondeur (valeur et profondeur de la séance), 2) la flexibilité et l'aisance (degré de confort, de sécurité et d'aisance), 3) l'attitude positive (sentiment de confiance et de satisfaction), 4) l'état d'éveil (sentiment d'être stimulé, excité et en progression) et 5) l'évaluation globale de la compétence du conseiller. Les scores des 4 premières échelles vont de 5 à 35 et de 5 à 15 pour la dernière échelle. Plus les score sont élevés, plus le sujet évalue positivement la rencontre. Une validité et une fidélité plus qu'adéquates ont été rapportées alors que les coefficients de consistance interne sont de l'ordre de ,87 à ,91 (Stiles *et al.*, 1994). Pour notre échantillon, les coefficients de consistance interne pour les travailleurs vont de ,75 à ,92 à l'exception de la sous-échelle état d'éveil à ,40

4.2.2 Les mesures associées à la participation du conseiller au counseling de réadaptation

26. *Questionnaire d'évaluation d'entrevue* (version 4)[2] (Stiles, Reynolds, Hardy, Rees, Barkham et Shapiro, 1994). Ce questionnaire contient 27 paires d'adjectifs réparties sur des échelles bipolaires en 7 points visant à évaluer la perception subjective qu'ont les travailleurs et les conseillers de leur rencontre. Les différentes sous-échelles permettent au conseiller et au travailleur d'évaluer chaque rencontre selon cinq perspectives : 1) la profondeur (valeur et profondeur de la séance), 2) flexibilité et aisance (degré de confort, de sécurité et d'aisance), 3) l'attitude positive (sentiment de confiance et de satisfaction), 4) l'état d'éveil (sentiment d'être stimulé, excité et en progression) et 5) l'évaluation globale de la compétence du conseiller. Les scores des 4 premières échelles vont de 5 à

[2] Même questionnaire que remplissent les travailleurs.

35 et de 5 à 15 pour la dernière échelle. Plus les score sont élevés, plus le sujet évalue positivement la rencontre. Une validité et une fidélité plus qu'adéquates ont été rapportées alors que les coefficients de consistance interne sont de l'ordre de ,87 à ,91 (Stiles *et al.*, 1994). Pour notre échantillon, les coefficients de consistance interne pour les conseillers vont de ,68 à ,86.

27. *Échelle des réactions émotives à l'égard des clients* (Najavits *et al.,* 1995). Ce questionnaire de 40 items évalue les réactions émotives des conseillers à l'égard de leurs clients. Les items sont cotés sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (jamais) à 5 (très souvent). Cet instrument évalue 4 types de réaction émotive, soit 1) les conflits avec soi-même (scores allant de 11 à 55), 2) le focus sur ses propres besoins (scores allant de 6 à 30), 3) le lien positif avec le travailleur (scores allant de 6 à 30) et 4) conflit avec le travailleur (scores allant de 4 à 20). Plus le score est élevé, plus le conseiller montre de conflit avec soi-même, de focus sur ses propres besoins, de lien positif avec le travailleur et de conflit avec le travailleur. Cet instrument montre une consistance interne acceptable avec des coefficients alpha de ,81 ,77 ,72 et ,67 respectivement pour cet échantillon. Cet instrument a été traduit pour les fins de cette étude et une validation sera conduite ultérieurement.

28. *Questionnaire de motivation au travail* (QMT) (Blais, Brière, Lachance, Riddle et Vallerand*,* 1993). Ce questionnaire complété par les conseillers évalue les raisons pour lesquelles un individu fait son travail en termes de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation. Cet instrument évalue huit types de motivation. Les trois échelles de motivation intrinsèque (M.I.) sont : 1) la M.I. aux stimulations (l'individu fait son travail parce qu'il lui permet de ressentir des stimulations plaisantes d'excitation, d'amusement et de plaisir), 2) la M.I. à la connaissance (l'individu fait sont travail pour la satisfaction et le plaisir d'être en train d'apprendre de nouvelles choses) et 3) la M.I. à l'accomplissement (l'individu fait sont travail pour la satisfaction et le plaisir d'accomplir, de créer ou de relever un défi optimal). Les trois échelles de motivation extrinsèque (M.E.) sont : 4) la M.E. par régulation introjectée (l'individu se motive en s'imposant des pressions plus ou moins conscientes remettant en jeu son estime de soi si ces objectifs ne sont pas atteints), 5) la M.E. par régulation identifiée (l'individu fait son travail de façon instrumentale mais a le sentiment d'avoir le choix et non de répondre à des pressions personnelles ou extérieures) et 6) la M.E. par régulation externe (l'individu fait son travail afin d'obtenir les différents bénéfices matériels qui y sont reliés, par exemple les avantages sociaux et le salaire). Les deux échelles d'amotivation sont 7) l'amotivation interne (l'individu fait son travail de façon résignée tout en croyant que le manque de contrôle sur les résultats est dû à des facteurs personnels) et 8) l'amotivation externe (l'individu fait son travail de façon résignée et la source de cette résignation est perçue comme étant l'environnement externe lui imposant des exigences irréalistes). Les scores vont de 4 à 28 pour toutes les sous-échelles sauf pour la motivation extrinsèque par régulation identifiée et l'amotivation interne qui ont des scores allant de 3 à 21. Plus un sujet a un score élevé pour une échelle, plus il démontre ce type de motivation. Les résultats métrologiques sont très bons, les coefficients de consistance interne variant entre ,73 et ,93 selon les échelles et le coefficient de fidélité test-retest variant de ,54 à ,72 (Blais *et al.,* 1993). Pour notre échantillon, les coefficients de consistance interne vont de ,69 à ,94 à l'exception de l'échelle d'amotivation interne (,57). Ce questionnaire est

complété par chaque conseiller au début de son implication dans la recherche et lors de la fin de sa participation.

29. *Mesures de soutien, d'adhésion et de compétence des conseillers* (Lecomte et Savard, 2000). Premièrement, un item coté sur une échelle de Likert en 6 points graduant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord) sert à mesurer la perception des conseillers formés quant à leur capacité à appliquer le modèle de counseling de réadaptation. Deuxièmement, chaque conseiller complète à différents moments au cours de son processus une grille visant à résumer ce qu'il a fait avec le travailleur à chaque étape prévue du modèle de counseling. Ces grilles sont par la suite cotées par deux juges externes afin de déterminer le degré d'adhésion au modèle pour chaque dyade travailleur et conseiller formé. Une cote graduant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord) est ainsi attribuée à chaque conseiller pour chacun des travailleurs. Troisièmement, il y a un questionnaire de 11 items conçu afin de mesurer le niveau de soutien perçu par le conseiller dans l'application du modèle de counseling de réadaptation provenant du milieu de travail et des gestionnaires de chaque région. Un score global allant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord) permet d'évaluer le degré de soutien perçu. Un coefficient alpha élevé de ,83 pour cet échantillon indique une bonne qualité métrologique.

4.2.3 La mesure de la relation entre le travailleur accidenté et le conseiller en réadaptation

30. *Inventaire d'Alliance Thérapeutique (IAT)* (Horvath et Greenberg, 1989). Ce questionnaire est la forme abrégée du Working Alliance Inventory (WAI) et comporte 12 items cotés sur une échelle de Likert en 7 points graduant de 1 (jamais) à 7 (toujours). Il comprend 3 sous-échelles : entente sur les buts, sur les tâches et lien entre le client et l'intervenant. Toutefois, seule l'échelle globale est utilisée compte tenu des fortes corrélations entre les sous-échelles L'échelle globale a une amplitude de 12 à 84 où plus un sujet obtient un score élevé, plus l'alliance est forte. Le coefficient de consistance interne pour la version française est de l'ordre de ,93 pour les clients et ,88 pour les thérapeutes (Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard, sous presse). La fidélité test-retest est de ,83 (Horvath et Greenberg, 1989). Ce questionnaire est rempli par les travailleurs et les conseillers après chaque rencontre. Pour notre échantillon, le coefficient de consistance interne est de ,91 pour les travailleurs et de ,92 pour les conseillers.

Tableau 5a
Schéma des moments d'administration des questionnaires pour les travailleurs

<table>
<tr><th colspan="10">POUR LES TRAVAILLEURS</th></tr>
<tr><td>AVANT</td><td colspan="8">PENDANT L'INTERVENTION
(2 mois ou +)</td><td>APRÈS
(2 MOIS)</td><td>APRÈS
(6 MOIS)</td></tr>
<tr><td>Mesures :
1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21</td><td>Rencontre 1</td><td>Rencontre 2</td><td>Rencontre 3</td><td>Rencontre 4</td><td>Rencontre 5</td><td>Rencontre 6</td><td>Rencontre 7</td><td>Rencontre 8</td><td>ou +</td><td>Mesures :
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22</td><td>Mesures :
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="8">Après chacune des rencontres
Mesures : 23, 24, 25, 26, 30</td><td></td><td></td></tr>
</table>

Tableau 5b
Schéma des moments d'adminstration des questionnaires pour les conseillers

POUR LES CONSEILLERS											
AVANT	PENDANT L'INTERVENTION (2 ou +)									APRÈS	APRÈS 6 MOIS
Mesures : 1, 29	**Rencontre 1**	**Rencontre 2**	**Rencontre 3**	**Rencontre 4**	**Rencontre 5**	**Rencontre 6**	**Rencontre 7**	**Rencontre 8**	**ou +**	Mesure : 29	Mesures : 29
	Après chacune des rencontres Mesures : 26, 27, 28, 30										

En ce qui concerne les questionnaires traduits pour les fins de cette étude, deux traducteurs bilingues ont dans un premier temps développé une traduction parallèle. Par la suite, ils ont atteint un consensus quant à la formulation et à la compréhension des énoncés. Finalement, une révision des questionnaires par tous les membres de l'équipe de recherche a été faite afin de comparer les versions françaises et anglaises et apporter les derniers ajustements nécessaires.

5. Le déroulement de l'expérimentation

Plusieurs assistants de recherche répartis dans les diverses régions couvertes par cette recherche ont été recrutés et formés à l'administration de questionnaires et au suivi qu'ils devraient assurer auprès des travailleurs et des conseillers tout au long de la recherche. Plus spécifiquement, cette formation consistait en 1) une revue des principales notions d'éthique et des règlements propres à l'Ordre des psychologues du Québec, à l'Association Canadienne de Psychologie de même que ceux des Comités d'éthique des universités de Montréal et de Sherbrooke, 2) un rappel des principales habiletés de communication et d'écoute empathique et 3) des procédures afin d'assurer la standardisation de l'administration des instrument de mesure et des formulaires de consentement éclairé auprès des travailleurs et des conseillers.

Un comité de détection des participants potentiels est constitué dans chaque région participante. Ces comités évaluent chaque nouveau dossier en fonction des critères de sélection. Une fois les travailleurs potentiels ciblés, ces derniers sont contactés par le responsable de chaque région afin de leur présenter la recherche. Lors de ce contact, on leur demande la permission de remettre leur numéro de téléphone aux chercheurs de l'Université de Montréal et de Sherbrooke pour recevoir de plus amples informations. Ainsi, 180 travailleurs accidentés ont accepté de recevoir des informations concernant le

projet de recherche. Par la suite, un assistant de recherche entre en contact avec le travailleur pour lui expliquer plus en détails les objectifs et procédures de la recherche. Si ce dernier accepte, un rendez-vous est alors fixé pour que l'assistant de recherche, dans un premier temps, puisse faire signer un formulaire de consentement éclairé au travailleur lui expliquant les procédures de la recherche et les engagements de confidentialité de la part des chercheurs. Cette rencontre peut avoir lieu au domicile du participant, à la CSST de sa région ou encore, à l'Université de Montréal ou à l'Université de Sherbrooke. Dans la presque totalité des cas, les rencontres ont eu lieu au domicile des travailleurs. Des 180 individus initialement contactés, 62 ont accepté de participer à l'étude. Ensuite, l'assistant procède à l'évaluation des différentes variables à l'étude à l'aide des questionnaires autorévélés décrits précédemment. La durée de cette évaluation varie entre deux et trois heures et, selon le désir de chaque participant, peut être complétée en une seule rencontre ou en deux rencontres les plus rapprochées possibles. Une fois cette évaluation terminée, le travailleur est alors assigné au hasard à un conseiller participant de sa région et le coordonnateur de l'étude détermine au hasard la fréquence des rencontres**.** Cependant, la disponibilité immédiate ou prévue des conseillers a déterminé à certains moments la prise en charge de quelques travailleurs et la fréquence des rencontres assignée à ceux-ci. Cette assignation était toutefois faite sans avoir connaissance de la problématique du travailleur**.** Par la suite, le conseiller contacte le travailleur afin de fixer un rendez-vous avec ce dernier.

Le conseiller rencontre alors le travailleur en fonction des modalités temporelles d'intervention prévues, soit sur une base hebdomadaire ou selon les procédures habituelles à la CSST. Après chaque rencontre, le conseiller remet au travailleur une enveloppe contenant des questionnaires permettant d'évaluer divers aspects du processus de réadaptation avec son conseiller, alors que ce dernier doit également compléter des questionnaires concernant le processus de réadaptation de ce travailleur. Par la suite, chacun retourne au responsable de la recherche ses questionnaires à l'aide d'enveloppes pré affranchies. L'assistant de recherche est présent à fin de la première rencontre entre le travailleur et son conseiller afin de s'assurer de la compréhension des questionnaires et des procédures à suivre dans les semaines à venir. Tout au long du processus, l'assistant de recherche communique régulièrement avec chaque travailleur et chaque conseiller afin de s'assurer du bon déroulement de la recherche et pour leur offrir son soutien au besoin. Peu importe la fréquence des rencontres entre le conseiller et son travailleur et la durée du suivi, l'assistant de recherche fixe un autre rendez-vous avec le travailleur 8 semaines suivant la rencontre initiale avec le conseiller afin de procéder à l'évaluation post-traitement (temps 2) à l'aide des mêmes questionnaires que lors de l'évaluation initiale. Une fois cette évaluation complétée, l'assistant convient de communiquer à nouveau avec le travailleur 6 mois plus tard pour une dernière évaluation de suivi.

6. Les analyses statistiques

La présente étude correspondant à un devis mixte, donc pré post avec mesures répétées, visant à comparer deux traitements, deux fréquences d'intervention et ce à trois moments de mesures, nous avons privilégié des analyses de variances multivariées (manovas) et

des analyses de variances univariées (anovas) à mesures répétées afin de vérifier les différences entre les modalités de traitement à travers le temps ainsi que l'interaction entre les deux (Gliner, Morgan et Harmon, 2003). Malgré une vérification a priori des données ayant permis de confirmer l'absence de cas extrêmes univariés et multivariés, ainsi que la distribution relativement normale des variables, l'utilisation de manovas et d'anovas à mesures répétées nous assure tout de même de réduire les erreurs de types I et II, entre autres à cause de leur «robustesse» à la violation raisonnable des postulats de normalité et d'homogénéité de la variance (Maxwell et Delaney, 2004). Toutefois, lorsque le postulat de normalité n'était pas tout à fait respecté pour certaines variables (Kurtosis et/ou Skewness > 1), des analyses non paramétriques (Mann-Withney ou Wilcoxon) ont été effectuées afin de vérifier si les résultats provenaient du non respect des postulats. Comme les résultats ont été confirmés lors des analyses non paramétriques, nous avons conservé les analyses paramétriques par souci de cohérence de l'ensemble des résultats.

Plus spécifiquement, le plan des analyses est composé de trois étapes principales. Dans un premier temps, nous avons fait des analyses préliminaires afin de déterminer si les groupes de conseillers (formés et non formés) de même que les 4 groupes de travailleurs étaient équivalents au départ sur l'ensemble des variables sociodémographiques et biopsychosociales. Nous avons également vérifié l'impact de l'attrition des sujets sur l'équivalence des groupes de travailleurs. Pour ce faire, nous avons effectué une série d'anovas 2 (formation) X 2 (fréquence) pour les variables continues et de chi carrés (χ^2) pour les variables discrètes. Les différences entre les groupes, dès le début de l'étude et à la suite de l'attrition, n'ont toutefois pu être contrôlées lors des analyses subséquentes compte tenu de la petite taille de l'échantillon. La puissance de notre étude étant faible, ajouter des covariables aurait significativement réduit davantage la puissance. Les résultats devront donc être interprétés avec prudence et être nuancés en tenant compte de ces différences. À cette fin, nous avons également réalisé des régressions linéaires afin de vérifier quelles variables distinguant les groupes au temps 1 sont reliées aux indicateurs de réadaptation servant à comparer l'efficacité des modalités d'intervention.

Dans un deuxième temps, afin de tester les hypothèses concernant l'effet des différentes modalités d'intervention et leur interaction sur certains indicateurs de réadaptation, nous avons d'abord effectué une séries d'analyses de variance multivariées à mesures répétées (manovas) 2 (formation) X 2 (fréquence) X 2 (temps) entre le temps 1 et 2 puis entre le temps 1 et 3 sur les indicateurs suivants : détresse psychologique; le sentiment par rapport à la vie et la santé en général; le stade de changement; certaines variables de douleur (intensité perçue, interférence, maîtrise sur sa vie et niveau d'activité général); le sentiment d'efficacité, la capacité de refaire le même emploi et l'intention de retourner au travail; le sentiment de contrôle; les obstacles perçus, l'estime de soi et la satisfaction par rapport aux services. Lors d'interactions triples, des anovas 2 X 2 ont par la suite été effectuées. Lors d'interactions doubles, des tests *t* et test *t* pairés ont alors été effectués. Afin d'évaluer l'impact des modalités d'intervention sur la réinsertion professionnelle, nous avons également fait des chi carrés (χ^2) pour la variable retour au travail aux temps 2 et 3. Pour évaluer les hypothèses concernant l'effet des différentes modalités d'intervention sur les indicateurs de la qualité du processus de réadaptation (alliance thérapeutique, évaluation des rencontres, évaluation et adhésion aux recommandations,

réactions émotives aux travailleurs), une série d'analyses de variance (anovas) 2 (formation) X 2 (fréquence) ont été effectuées. Lors d'interactions doubles, des tests *t* et test *t* pairés ont été effectués.

Dans un troisième temps, afin de tester les hypothèses concernant l'effet de l'adhésion au modèle d'intervention, nous avons d'abord effectué des analyses de variance multivariées à mesures répétées (manovas) 2 (adhésion) X 2 (temps) pour les mêmes indicateurs de réadaptation et des analyses de variance (anovas) pour les indicateurs de la qualité du processus de réadaptation décrits précédemment. Lors d'interactions doubles des tests *t* et tests *t* pairés ont été effectués.

Outre les analyses concernant le retour au travail, l'ensemble des analyses effectuées sur les variables biopsychosociales ne comprenaient que les sujets ayant complété le traitement et pour lesquels les données étaient disponibles aux temps 2 (N = 49) ou 3 (N = 35) et non l'ensemble des 62 sujets. Ainsi, ces analyses n'ont donc pas été effectuées selon la «méthode d'intention de traitement» (*intent-to-treat*). Un estimé de la taille de l'effet a aussi été calculé pour l'ensemble des résultats à l'aide du critère *Eta-squared partiel* (η^2 partiel) correspondant à une approximation de la variance expliquée des variables dépendantes (indicateurs de réadaptation) par les variables indépendantes (formation, fréquence, temps). Cette estimation est donnée par SPSS lors des analyses de variance univariées et multivariées. Pour les tests *t*, nous avons suivi les recommandations de Vacha-Haase et Thompson (2004) et obtenu le η^2 partiel correspondant en effectuant des anovas à l'aide de la commande GLM dans SPSS.

Afin de déterminer la taille de l'échantillon nécessaire pour obtenir une puissance adéquate lors des analyses statistiques, nous nous sommes appuyés sur certains résultats démontrant que lors de la comparaison d'un traitement actif et d'un groupe contrôle, nous pouvons nous attendre à une taille d'effet large caractérisant les différences entre les 2 conditions expérimentales. Par ailleurs, les recherches comparant deux traitements actifs tendent à trouver peu de différences significatives entre les modalités de traitement et ne rapportent généralement que des tailles d'effet de petite taille (Lambert et Ogles, 1994). Comme notre étude compare deux traitements actifs, mais que, toutefois, nous croyons qu'il y aura certains effets spécifiques du traitement offert par les conseillers formés, nous nous attendons à trouver des tailles d'effet moyennes sur certaines variables, sauf pour les indicateurs de retour au travail. Le protocole de départ de cette étude visait à comparer 2 groupes de travailleurs, ceux suivis par les conseillers formés et les autres suivis par les conseillers non formés. Selon les critères établis par Cohen (1992), pour pouvoir détecter un effet moyen lors de la comparaison de 2 groupes avec un coefficient de signification de ,05 et une puissance de ,80, il nous faut un échantillon minimum de 95 sujets. L'échantillon prévu au départ de 96 sujets aurait permis de remplir ces conditions. Toutefois les modifications au protocole alors que nous sommes passés de 2 à 4 groupes, les difficultés lors du recrutement de même que l'attrition des sujets aux temps 2 et 3 ont réduit la puissance de notre étude. Pour pouvoir détecter une taille d'effet moyenne avec une puissance acceptable de ,80, nous aurions dû avoir un échantillon de 180 sujets (Cohen, 1992). Lorsque l'on regarde la puissance a posteriori de nos analyses, celle-ci dépasse rarement ,55, tout dépendant de la taille de l'effet trouvée. Toutefois, les contraintes du milieu d'expérimentation ne nous permettaient pas de pouvoir obtenir un

tel échantillon. Par conséquent, l'échantillon actuel permet de détecter la présence de tailles d'effets importantes entre les modalités d'intervention.

Enfin, le nombre de tests statistiques effectués soulève la question de l'augmentation de l'erreur de type I, soit découvrir des différences significatives entre les groupes alors que l'hypothèse nulle est vraie (aucune différence entre les groupes). Toutefois, depuis quelques années, l'ajustement du taux de signification (α) en fonction du nombre de tests effectués a été remis en question par plusieurs auteurs (Perneger, 1998; Rothman, 1990), entre autres parce que la réduction de l'erreur de type I implique nécessairement l'augmentation de l'erreur de type II. Par conséquent, la puissance statistique des analyses s'en trouve également diminuée. Compte tenu de la petite taille de notre échantillon, et donc de la faible puissance de l'étude, nous considérons que le risque d'erreur de type II est significativement plus élevé que le risque d'erreur de type I et avons choisi de ne pas effectuer de correction (ex. : Bonferroni) pour le nombre de tests effectués. Les auteurs mentionnés ci-dessus recommandent d'éviter ce type de correction et d'opter davantage pour une description détaillée et claire de ce qui a été fait. Ainsi, pour toutes les analyses, le niveau de signification a été établi à $p < ,05$. L'ensemble des analyses statistiques a été effectué à l'aide du logiciel SPSS pour Windows, version 11,5.

III- ANALYSE DES RÉSULTATS

1. Les analyses préliminaires

1.1 La comparaison des conseillers

Les premières analyses visent à vérifier si les conseillers formés et non formés sont comparables sur les variables d'expérience, d'âge, de scolarité et de motivation. Une série d'anovas permettent de conclure qu'il n'y a pas de différence significative en termes d'âge, de motivation, d'années de scolarité et d'expérience entre les conseillers formés et non formés. Sur le plan de l'expérience, on observe que le groupe des conseillers non formés se distingue avec une moyenne de 10,87 années d'expérience contre 8,72 années pour les conseillers formés. Cependant, même cette différence n'est pas significative.

1.2 La comparaison de l'équivalence des groupes de traitement avant l'expérimentation

Dans un premier temps, nous avons vérifié l'équivalence des 4 groupes de travailleurs au début de la recherche (temps 1) en tenant compte de l'ensemble des travailleurs présents au début de la recherche (n = 62). Le tableau 6 rapporte les résultats d'une série d'anovas 2(formation) x 2(fréquence) qui ont été effectuées afin de vérifier l'équivalence des groupes de travailleurs selon les modalités de traitement auxquels ils étaient assignés au hasard avant l'intervention. Les résultats n'indiquent aucune différence significative sur la majorité des variables biopsychosociales. Il y a toutefois une différence observée sur deux échelles de la mesure des stratégies d'adaptation. Le groupe de travailleurs assignés aux conseillers formés semblent manifester des stratégies d'adaptation caractérisées par moins d'évitement $F(1, 62) = 9,288$, $p<,01$ et de maîtrise de soi $F(1, 62) = 6,527$, $p<,05$

que le groupe de travailleurs assignés aux conseillers non formés. Pour leur part, le groupe de travailleurs assignés à l'intervention hebdomadaire montrent moins d'anxiété-trait $F(1, 62) = 5,792$, $p<,05$ que les travailleurs traités selon les pratiques habituelles.

Tableau 6
Anovas comparant les 4 groupes de travailleurs sur les variables biopsychosociales au temps 1

	CFH		CFP		CNFH		CNFP		F		
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Anxiété situationnelle (état)	18	37,11 (9,07)	12	46,33 (13,68)	15	40,60 (15,66)	17	47,06 (12,31)	,418	5,792*	,180
Coping – maîtrise de soi	18	7,98 (4,65)	12	5,67 (4,03)	15	9,17 (3,39)	17	9,65 (3,44)	6,527*	,823	1,91
Coping – évitement	18	6,57 (2,95)	12	4,83 (3,64)	15	7,86 (4,46)	17	9,24 (3,46)	9,288**	,037	2,80

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles ; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Nous avons également vérifié si les groupes de travailleurs étaient comparables sur les variables sociodémographiques et les variables associées à la situation du travailleur accidenté, à l'aide d'une série d'anovas 2(formation) x 2(fréquence) et de chi carré. Aucune différence significative n'a été observée sur la plupart de ces variables, soit le genre, le statut civil, les années de scolarité, le revenu, le nombre d'enfants à charge. De plus, les analyses n'indiquent aucune différence significative entre ces groupes sur les variables suivantes : degré de satisfaction au travail, nombre d'anciens dossiers, présence d'un ancien dossier avec le même siège de lésions, ratio indemnisation et surcompensation, durée de la consolidation, sévérité des limitations fonctionnelles, contestation au dossier (litige) et besoins spécifiques de réadaptation. On remarque néanmoins des différences sur quelques autres variables. Ainsi, les travailleurs suivis par les conseillers formés sont plus âgés $F(1, 62) = 9,242$, $p<,01$, sont pris en charge plus rapidement $F(1, 62) = 6,831$, $p<,05$ et reçoivent moins de mesures de réadaptation $\chi^2(1, 62) = 11,390$, $p<,001$ que les travailleurs suivis par les conseillers non formés. De leur côté, les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire perçoivent plus d'appui de leur employeur $F(1, 62) = 4,257$, $p<,05$, ont plus de diagnostics secondaires $\chi^2(1, 62) = 5.709$, $p<,05$ et ils sont davantage consolidés sur le plan médical au temps 3 $\chi^2(1, 62) = 3.939$, $p<,05$ que les travailleurs suivis selon les pratiques habituelles. Dans l'ensemble, les groupes sont relativement équivalents au départ sur la majorité des variables. Cependant, il faudra considérer les quelques différences obtenues lors de la discussion des résultats (tableaux 7, 8 et 9).

Tableau 7
Anovas comparant les 4 groupes de travailleurs
sur les variables sociodémographiques et reliées au travail

	CFH		CFP		CNFH		CNFP		F		
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Âge du travailleur	18	42,17 (7,88)	12	40,08 (7,32)	15	34,87 (9,83)	17	33,88 (9,11)	9,242**	,477	,061
Appui de l'employeur	18	3,11 (1,53)	12	2,58 (1,68)	14	3,79 (1,37)	17	2,71 (1,45)	1,047	4,257*	,502
Durée de la prise en charge	18	134,17 (69,27)	12	131,08 (45,06)	15	172,53 (72,93)	17	175,82 (52,11)	6,831*	,000	,040

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 8
Chi carré comparant les travailleurs suivis par les conseillers formés et non formés
sur les variables sociodémographiques et reliées au travail

	CF N (%)	**CNF N (%)**	**Valeur (χ^2)**
Mesure de réadaptation			
Oui	11 (18,3%)	25 (41,7%)	11,390***
Non	18 (30,0%)	6 (10,0%)	

Note : CF = conseillers formés; CNF = conseillers non formés
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 9
Chi carré comparant les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire et selon les
pratiques habituelles à la CSST sur les variables sociodémographiques et reliées au travail

	Semaine N (%)	**Pratiques habituelles N (%)**	**Valeur (χ^2)**
Autres diagnostics secondaires			
Oui	17 (27,4%)	23 (37,1%)	5,209*
Non	16 (25,8%)	6 (9,7%)	
Consolidation au temps 3			
Oui	26 (41,9%)	16 (25,8%)	3,939*
Non	7 (11,3%)	13 (21,0%)	

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

1.3 L'attrition des sujets

Par ailleurs, une attrition des participants au cours de l'expérimentation a réduit le nombre de sujets fournissant des données autorévélées de 62 au temps 1 à 49 au temps 2 et à 35 au temps 3. Ainsi, bien que les informations contenues au dossier pour les 62 travailleurs soient disponibles, les données relatives aux variables biopsychosociales à l'étude et provenant des questionnaires autorévélés sont manquantes pour les travailleurs ayant abandonné la recherche**.** Cette attrition est due au fait que les travailleurs ne désiraient plus participer à la recherche ni remplir les questionnaires. Il n'y a pas eu d'attrition résultant du traitement puisque lorsque les sujets arrêtaient avant les 8 semaines de traitement (peu importe la fréquence ou le nombre de rencontres), cela était dû au fait qu'ils étaient retournés au travail et que le conseiller ne les rencontrait plus,

donc que leurs dossiers étaient fermés. Il faut également mentionner que dans plusieurs cas, les conseillers suivant les travailleurs sur une base hebdomadaire ne les ont pas rencontré pendant 8 semaines. Dans quelques rares[3] cas, les conseillers n'ont pas respecté assidûment la fréquence prévue compte tenu de leur charge de travail et dans la majorité des autres, le travailleur est retourné au travail avant la huitième semaine et les rencontres ont alors été interrompues. Puisque nous avons choisi de conserver ces sujets compte tenu de la petite taille de l'échantillon, les limites découlant de ces divergences au protocole initial seront discutées en conclusion. Voici la répartition du nombre de rencontres par modalité de traitement (tableau 10).

Tableau 10
Profil du nombre de rencontres par modalité de traitement

GROUPES	**NOMBRE DE RENCONTRES**										**TOTAL**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	
Formé – hebdomadaire	–	–	2	2	1	2	1	7	2	1	**18**
Formé – pratiques habituelles	2	6	3	1	–	–	–	–	–	–	**12**
Non formé – hebdomadaire	–	1	1	–	2	2	5	3	1	–	**15**
Non formé – pratiques habituelles	4	5	2	3	2	–	1	–	–	–	**17**
TOTAL	**6**	**12**	**8**	**6**	**5**	**4**	**7**	**10**	**3**	**1**	**62**

Note : Interprétation du tableau : 2 travailleurs suivis par les conseillers formés sur une base hebdomadaire ont eu 3 rencontres; 2 travailleurs suivis par des conseillers formés sur une base hebdomadaire ont eu 4 rencontres;1 travailleur suivi par un conseiller formé sur une base hebdomadaire a eu 5 rencontres, etc.

Afin de vérifier l'impact de l'attrition sur l'équivalence des sujets avant le traitement, nous avons procédé en deux étapes. D'une part, nous avons comparé les sujets restants et les sujets ayant abandonné aux temps 2 et 3 sur l'ensemble des variables. Ensuite, nous avons comparé l'équivalence des 4 groupes de travailleurs avant le traitement (temps 1) en ne tenant compte que des sujets restants aux temps 2 et 3 sur l'ensemble des variables.

Dans un premier temps, afin de vérifier l'impact de l'attrition sur l'équivalence entre les groupes de traitement, nous avons d'abord procédé à une série d'anovas et de chi carré comparant les sujets restants et les sujets ayant abandonné la recherche au temps 2 et au temps 3. Les tableaux 11, 12 et 13 présentent quelques différences significatives avant le traitement (temps 1) entre les travailleurs faisant toujours partie de la recherche aux temps 2 et 3 et ceux ayant abandonné la recherche.

Tableau 11
Anovas comparant les travailleurs participant toujours à la recherche
et les travailleurs ayant abandonné la recherche au temps 2

	Travailleurs temps 2 (N=49)	**Abandon temps 2 (N=13)**	**F**
	M (ET)	**M (ET)**	
Capacité de conserver emploi[1]	3,31 (1,92)	4,69 (1,78)	5,505*
Nombre total de diagnostics	2,33 (1,07)	1,69 (,63)	4,164*
Coping – maîtrise de soi	8,97 (4,04)	5,65 (3,26)	7,456**

1. Capacité de conserver son emploi malgré les conséquences de l'accident
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

[3] 2 travailleurs pour les conseillers formés et 3 pour les conseillers non formés.

Tableau 12
Chi carrés comparant les travailleurs participant toujours à la recherche et les travailleurs ayant abandonné la recherche au temps 2

	Travailleurs temps 2 (N=49)	**Abandon temps 2 (N=13)**	χ^2
Autres diagnostics secondaires			
Oui	35 (56,5%)	5 (8,1%)	4,878*
Non	14 (22,6%)	8 (12,9%)	
Retour au travail			
Oui	6 (9,7%)	7 (11,3%)	10,730***
Non	43 (69,4%)	6 (9,7%)	

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 13
Anovas comparant les travailleurs participant toujours à la recherche et les travailleurs ayant abandonné la recherche au temps 3

	Travailleurs temps 3 (N=35)	**Abandon temps 3** (N=27)	**F**
	M (ET)	**M (ET)**	
Soutien social – dimension amour–soi	22,71 (3,82)	25,05 (3,05)	6,762*
Soutien social – dimension réseau	10,34 (2,50)	11,81 (2,57)	5,161*
Obstacles – contrôle externe	5,54 (1,23)	6,13 (,89)	4,370*

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

On peut voir que les travailleurs ayant abandonné la recherche au temps 2 : montraient une plus grande «confiance en leur capacité de conserver votre emploi malgré les conséquences de l'accident» $F(1, 61) = 5,505$, $p<,05$ avaient à leur actif un « nombre total de diagnostics» plus faible $F(1, 61) = 4,164$, $p<,05$ utilisaient moins de « maîtrise de soi » comme stratégie d'adaptation $F(1, 61) = 7,456$, $p<,01$ et démontraient moins de diagnostics secondaire $\chi^2(1, 62) = 4,878$, $p<,05$ avant le traitement. Quant à la variable retour au travail, il y a une différence significative pour les sujets qui ne sont pas retournés au travail $\chi^2(1, 62) = 10,730$, $p<,001$, la grande majorité d'entre eux faisant toujours partie de la recherche (tableau 13). Toutefois, il ne semble pas y avoir d'effet clair du retour au travail sur l'attrition puisque, parmi les travailleurs ayant abandonné la recherche, il y a un nombre équivalent de travailleurs retournés au travail et de travailleurs toujours en arrêt de travail. Par ailleurs, les travailleurs ayant abandonné la recherche au temps 3 rapportaient davantage de soutien social (dimension amour-soi) $F(1, 61) = 6,762$, $p<,05$ et (dimension réseau) $F(1, 61) = 5,161$, $p<,05$, et percevaient davantage d'obstacles (contrôle externe) $F(1, 61) = 4,370$, $p<,05$ avant le traitement (tableau 14).

Tableau 14
Anovas comparant les travailleurs participant toujours à la recherche au temps 2 sur les variables sociodémographiques et psychosociales au temps 1

	CFH		CFP		CNFH		CNFP		F		
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Age	13	43,46 (7,61)	9	39,22 (7,33)	13	36,23 (9,67)	14	33,93 (9,46)	6,154*	1,679	,147
Capacité de conserver emploi	13	3,69 (2,25)	9	4,22 (1,09)	13	2,23 (1,74)	14	3,36 (1,87)	4,769*	2,417	,313
Appui reçu de l'employeur	13	3,31 (1,25)	9	2,44 (1,67)	13	3,75 (1,49)	14	2,50 (1,40)	,351	6,317*	,212
Nombre d'anciens dossiers	13	2,15 (3,18)	9	1,89 (1,97)	13	4,00 (3,87)	14	4,64 (5,14)	4,189*	,028	,163
Durée prise en charge	13	131,00 (72,30)	9	127,56 (51,71)	13	177,54 (77,34)	14	181,86 (54,10)	7,015*	,001	,042
Anxiété situationnelle	13	37,00 (8,37)	9	48,44 (14,93)	13	40,69 (15,76)	14	45,43 (12,83)	,008	4,521*	,777
Coping évitement	13	6,56 (3,30)	9	4,78 (3,77)	13	7,83 (4,36)	14	8,86 (3,63)	5,940*	,121	1,640

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles ; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Dans un deuxième temps, nous avons comparé l'équivalence des 4 groupes de travailleurs avant le traitement (temps 1) en ne tenant compte que des sujets restants aux temps 2 et 3. Parmi les travailleurs restants au temps 2, ceux suivis par les conseillers formés montrent moins de mesure de réadaptation, χ^2 (1, 49) = 9,952, p<,05 sont plus âgés F(1, 62) = 6,154, p<,05 rapportent une plus grande «confiance en leur capacité de conserver votre emploi malgré les conséquences de l'accident» F(1, 49) = 4,769, p < ,05; ont un nombre moins élevé d'anciens dossiers F(1, 49) = 4,189, p<,05 arborent une durée de prise en charge plus rapide F(1, 49) = 7,015, p<,05 et utilisent moins de *coping* d'évitement F(1, 49) = 5,940, p<,05. Les travailleurs suivis à chaque semaine montrent davantage de diagnostics secondaires χ^2 (1, 49) = 5.121, p<,05 rapportent davantage d'appui de leur employeur F(1, 49) = 6,317, p<,05 et font preuve de moins d'anxiété situationnelle F(1, 49) = 4,521, p<,05 (tableaux 14, 15 et 16).

Tableau 15
Chi carrés comparant les travailleurs suivis par les conseillers formés et non formés participant toujours à la recherche au temps 2 sur les variables sociodémographiques et reliées au travail au temps 1

	Conseillers formés	**Conseillers Non formés**	χ^2
Mesures de réadaptation			
Oui	9 (18,8%)	22 (45,8%)	9,952**
Non	13 (27,1%)	4 (8,3%)	

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 16
Chi carrés comparant les travailleurs suivis de façon hebdomadaire et selon les pratiques habituelles à la CSST participant toujours à la recherche au temps 2 sur les variables sociodémographiques et reliées au travail au temps 1

	Semaine	**Pratiques habituelles**	χ^2
Autres diagnostics secondaires			
Oui	15 (30,6%)	20 (40,8%)	5,121*
Non	11 (22,4%)	3 (6,1%)	

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Parmi les travailleurs restants au temps 3, ceux suivis par les conseillers formés : ont un nombre moins élevé d'anciens dossiers F(1, 35) = 14,960, p<,001 arborent une durée de prise en charge plus rapide F(1, 35) = 4,370, p<,05 montrent moins de mesure de réadaptation, χ^2 (1, 35) = 10,493, p<,01. Les travailleurs suivis à chaque semaine montrent davantage de diagnostics secondaires χ^2 (1, 35) = 4,137, p<,05 et font preuve de moins d'anxiété situationnelle F(1, 35) = 4,521, p<,05. Les résultats indiquent une interaction formation X fréquence en ce qui concerne la pression sociale perçue de la parenté F(1, 35) = 4,488, p<,05 et l'utilisation de la stratégie d'adaptation «maîtrise de soi» F(1, 35) = 5,940, p<,05. Les tests *t* révèlent que les travailleurs suivis par des conseillers formés ressentent moins de pression sociale de la parenté que ceux suivis par les conseillers non formés lorsque le suivi est conforme aux façons de faire habituelles T(2, 16) = -2,232, p<,05. Par ailleurs, aucune différence significative n'est trouvée pour la stratégie d'adaptation « maîtrise de soi » (tableaux 17 à 19).

Tableau 17
Anovas comparant les travailleurs participant toujours à la recherche au temps 3 sur les variables sociodémographiques et psychosociales au temps 1

	CFH		**CFP**		**CNFH**		**CNFP**		**F**		
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Nombre d'anciens dossiers	9	,89 (1,05)	9	2,00 (1,87)	8	5,38 (3,89)	9	6,67 (5,43)	14,960***	1,031	,006
Durée prise en charge	9	147,11 (82,52)	9	118,44 (41,60)	8	194,13 (65,14)	9	158,00 (47,40)	4,370*	2,448	,032
Pression sociale - parenté	9	4,67 (2,18)	9	3,33 (1,73)	8	3,63 (2,39)	9	5,22 (1,86)	,375	,036	4,488*
Coping maîtrise de soi	9	9,85 (3,90)	9	5,67 (4,56)	8	8,50 (4,04)	9	10,22 (3,19)	1,437	,849	4,885*

Note : cop2 = a-t-il fait face à un problème semblable avant; cop15 = ressent besoin de s'empêcher d'agir comme aurait aimé; CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles ; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles.

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 18
Chi carrés comparant les travailleurs suivis par les conseillers formés et non formés participant toujours à la recherche au temps 3 sur les variables sociodémographiques et reliées au travail au temps 1

	Conseillers formés	Conseillers Non formés	χ^2
Mesures de réadaptation			
Oui	5 (14,3%)	14 (40,0%)	10,493**
Non	13 (37,1%)	3 (8,6%)	

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 19
Chi carrés comparant les travailleurs suivis de façon hebdomadaire et selon les pratiques habituelles à la CSST participant toujours à la recherche au temps 3 sur les variables sociodémographiques et reliées au travail au temps 1

	Semaine	Pratiques habituelles	χ^2
Autres diagnostics			
Oui	10 (28,6%)	16 (45,7%)	4,137*
Non	7 (20,0%)	2 (5,7%)	

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

À la lumière des analyses précédentes, nous pouvons observer quelques différences entre les groupes dès le début de la recherche. Par contre, l'attrition des participants a créé des différences additionnelles entre les groupes sur 6 variables (soutien social, amour-soi, soutien social réseau, pression sociale parenté, confiance en la capacité de faire face aux obstacles facteurs externes et confiance en la capacité de refaire le même emploi malgré les conséquences de l'accident). Les différences entre les groupes, tant celles qui apparaissent au début de la recherche que celles résultant de l'attrition, seront prises en compte ultérieurement et viendront nuancer les résultats lors de la discussion. À cette fin, des régressions linéaires ont été effectuées afin de déterminer le lien entre les variables distinguant les groupes au début de la recherche et les indicateurs de réadaptation servant à comparer les modalités de traitement (tableaux 48 et 49 à l'annexe IV pour les résultats des régressions).

2. La comparaison de l'impact des modalités d'intervention sur des indicateurs de réadaptation

Afin de vérifier les hypothèses touchant l'impact multidimensionnel (hypothèses 1, 2, 3, 4, 7), nous avons examiné l'impact de l'intervention des conseillers formés à celui des conseillers non formés, en tenant compte des deux modalités temporelles d'intervention (hebdomadaire et selon les pratiques habituelles à la CSST) à trois temps de mesure, soit avant l'intervention, après l'intervention et 6 mois plus tard. En nous appuyant sur la littérature portant sur l'impact du counseling de réadaptation, nous avons évalué cet impact à partir des indicateurs multidimensionnels de réadaptation suivants : retour au travail, détresse, satisfaction par rapport à la vie et la santé, stade de changement, douleur, sentiment d'efficacité personnelle, intention de retourner au travail, le contrôle perçu, stratégies d'adaptation, obstacles perçus, estime de soi et satisfaction par rapport aux services. Pour ce faire, nous avons procédé à des manovas à mesures répétées et des chi

carré. Lorsque les effets d'interaction sont significatifs, des anovas et des tests *t* ont ensuite été effectués.

2.1 Les variables associées au fonctionnement intrapersonnel

Stades de changement

Des analyses de variance ont été réalisées pour investiguer la variable stades de changement. Entre le temps 1 et le temps 2, une interaction significative entre la formation et le temps a été obtenue $F(1, 45) = 5{,}007$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,100). Ces résultats indiquent que seuls les travailleurs suivis par les conseillers formés progressent de façon significative quant aux stades de changement $T(21) = -2{,}526$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,233) et ce, peu importe la fréquence des rencontres. Les travailleurs rencontrés par des conseillers formés ont évolué d'un stade où ils envisagent la possibilité de changer et s'y préparent à un stade où non seulement ils se préparent à changer, mais où de surcroît ils s'impliquent dans des actions concrètes pour y arriver. Les travailleurs suivis par les conseillers non formés n'ont pas bougé du stade initial qui consiste à envisager la possibilité de changer et s'y préparer. Une légère régression non significative est aussi observée (tableau 20). Les analyses entre les temps 1 et 3 n'indiquent aucun résultat significatif[4] (tableau 21).

Détresse, dépression et anxiété

Pour vérifier s'il y a des différences significatives entre les groupes de conseillers formés et non formés, les modalités temporelles d'intervention et le temps ont été examinés en lien avec la détresse globale, l'anxiété et la dépression. Nous avons également procédé à des analyses de variance multivariées.

Entre les temps 1 et 2, une interaction triple significative est obtenue pour l'anxiété générale ou anxiété-trait $F(1, 45) = 4{,}632$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,093) et pour la dépression $F(1, 45) = 4{,}400$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,089), alors qu'on trouve une interaction double significative fréquence X temps pour l'anxiété situationnelle $F(1, 45) = 4{,}662$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,094). Pour clarifier ces interactions, nous avons procédé à des analyses univariées en fixant chaque niveau des variables de l'interaction. Pour l'anxiété générale (trait), une interaction formation X temps est obtenue pour les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire $F(1, 24) = 4{,}596$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,161). Des tests *t* révèlent que seuls les travailleurs suivis par des conseillers formés et intervenant sur une base hebdomadaire montrent une diminution significative de leurs symptômes d'anxiété générale $T(12) = 2{,}965$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,423). Les résultats de l'anova portant sur *l'anxiété situationnelle* (état) indiquent que des 4 groupes, seuls les travailleurs suivis selon les pratiques habituelles montrent une diminution significative de l'anxiété situationnelle entre les temps 1 et 2, peu importe la formation des conseillers, $F(1, 21) =$

[4] Le score du «stade de changement» correspond à une échelle ordinale en 5 points. Par souci de cohérence entre les résultats, nous avons comparé les groupes à l'aide d'analyses paramétriques (anovas) et conservé ces résultats puisque l'on peut considérer l'échelle équivalente à une échelle de Likert. Toutefois, nous avons revérifié ces résultats à l'aide du test non paramétrique Mann-Whitney U et ceux-ci furent confirmés ($Z = -2.253$, $p<{,}05$).

5,366, p<,05 (η^2 partiel = ,204). Aucune différence entre les conseillers formés et non formés n'est révélée sur cette variable. Enfin, l'anova portant sur la *dépression* indique une interaction significative formation X temps pour les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire F(1, 24) = 5,696, p<,05 (η^2 partiel = ,192). Les tests *t* révèlent que seuls les travailleurs suivis par des conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire connaissent une diminution significative de leurs symptômes dépressifs T(12) = 2,221, p<,05 (η^2 partiel = ,291) (tableau 20). Entre les temps 1 et 3, les analyses ne rapportent aucun résultat significatif pour les variables liées à la détresse (tableau 21).

Satisfaction par rapport à sa vie et à sa santé

L'analyse de variance multivariée indique qu'il n'y a aucune différence obtenue entre les quatre groupes étudiés. Que les travailleurs soient rencontrés par des conseillers formés ou non formés, vus sur une base hebdomadaire ou selon les pratiques habituelles, aucune différence dans la satisfaction perçue par rapport à la qualité de vie ou à la santé n'est observée.

Perception de la douleur

Entre les temps 1 et 2, un effet principal de temps a été obtenu en lien avec la perception de la sévérité de la douleur F(1, 45) = 4,615, p<,05 (η^2 partiel = ,093) et la perception d'interférence de la douleur dans sa vie F(1, 49) = 8,580, p<,01 (η^2 partiel = ,160). Ces résultats indiquent que l'ensemble des travailleurs rapportent une diminution de l'intensité perçue et de l'interférence de la douleur dans leur vie, indépendamment des groupes (tableau 20). Entre le temps 1 et le temps 3, un effet d'interaction fréquence X temps pour l'intensité perçue de la douleur est obtenu F(1, 31) = 4,144, p<,05 (η^2 partiel = ,118). Les tests *t* n'indiquent aucune différence significative entre les groupes et les modalités temporelles d'intervention. Les résultats non significatifs révèlent toutefois que les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire montrent une légère hausse de l'intensité perçue de leur douleur, alors que ceux suivis selon les pratiques habituelles montrent une légère diminution de l'intensité perçue entre les temps 1 et 3. Par ailleurs, un effet principal de temps touchant le niveau d'activité général F(1, 31) = 6,425, p<,05 (η^2 partiel = ,172) est obtenu. Ces résultats indiquent que tous les travailleurs ont connu une augmentation de leur niveau général d'activité, indépendamment des groupes (tableau 21).

Sentiment d'efficacité personnelle, capacité de refaire l'emploi prélésionnel et intention de retourner au travail

Des analyses de variance multivariées ont été effectuées sur les variables dépendantes suivantes : capacité de conserver un emploi malgré les conséquences de l'accident, sentiment d'efficacité du travailleur (la confiance en la capacité de faire face à la situation d'arrêt de travail) et intention de retourner au travail. Ces résultats portent sur les travailleurs n'étant pas retournés au travail depuis l'accident. Entre les temps 1 et 2, un effet principal de temps est obtenu pour la variable capacité de conserver un emploi malgré les conséquences de l'accident F(1, 37) = 4,921, p<,05 (η^2 partiel = ,117). Peu importe le groupe auquel les travailleurs sont assignés, ils démontrent une diminution

significative de leur sentiment d'être capable de conserver un emploi malgré les conséquences de l'accident. Par ailleurs, une interaction significative formation X temps pour l'intention de retourner au travail est obtenue, $F(1, 37) = 6,366$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,147). Les travailleurs suivis par les conseillers formés montrent une augmentation significative de leur intention de retourner au travail au temps 2, $T(17) = -2,715$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,302) (tableau 20).

Entre le temps 1 et le temps 3, un effet principal de temps est obtenu pour la variable capacité de conserver un emploi $F(1, 28) = 31,866$, $p<,001$ (η^2 partiel = ,570) et la variable sentiment d'efficacité $F(1, 28) = 4,671$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,163). Quelque soit le groupe auquel ils ont assignés, les travailleurs indiquent une diminution significative de leur sentiment d'efficacité et de leur sentiment d'être capable de retourner au travail malgré les conséquences de leur accident (tableau 21).

Contrôle perçu

Les analyses de variance multivariées ont été faites sur la variable contrôle perçu suivantes, soit : impression de contrôle sur l'issue de la situation, sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation et un sentiment de devoir accepter qu'il ne peut pas changer la situation. Un effet d'interaction fréquence X temps significatif $F(1, 44) = 4,541$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,094) apparaît entre le temps 1 et le temps 2 pour la variable sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation. Ces résultats indiquent que seuls les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire, peu importe que le conseiller soit formé ou non, montrent une hausse significative de leur sentiment de contrôle, c'est-à-dire de leur sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation $T(24) = -3,561$, $p<,01$ (η^2 partiel = ,346) (tableau 20). Entre les temps 1 et 3, il n'y a pas de différence significative entre les groupes (tableau 21).

Stratégies d'adaptation

Entre les temps 1 et 2, les analyses révèlent une interaction significative triple entre les modalités temporelles d'intervention, la formation et le temps pour la stratégie d'adaptation maîtrise de soi $F(1, 44) = 8,083$, $p<,01$ (η^2 partiel = ,155). Des anovas ont été effectuées pour clarifier cette interaction. Un effet d'interaction fréquence X temps est trouvé $F(1, 20) = 6,323$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,240) pour les travailleurs suivis par les conseillers formés, de même qu'un effet d'interaction temps X formation est trouvé $F(1, 21) = 6,126$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,226) pour les travailleurs suivis selon les pratiques habituelles. Les tests *t* révèlent que les travailleurs suivis par les conseillers formés selon la façon de faire habituelle montrent une augmentation significative de leur utilisation de la stratégie maîtrise de soi $T(8) = -2,911$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,514) entre les temps 1 et 2 (tableau 20).

Les résultats révèlent également un effet principal relié au facteur temps pour la recherche de soutien social, $F(1, 44) = 7,505$, $p<,01$ (η^2 partiel = ,146), planification de résolution de problème $F(1, 44) = 10,186$, $p<,01$ (η^2 partiel = ,188), et réévaluation positive $F(1, 44) = 6,211$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,124). Ces résultats indiquent que

l'ensemble des travailleurs rapportent une augmentation de l'utilisation de ces stratégies d'adaptation entre les temps 1 et 2, indépendamment des groupes. Par contre, un effet principal relié à la fréquence des rencontres pour la stratégie planification résolution de problème $F(1, 44) = 5{,}109$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,104) est également trouvé, ce qui indique que les travailleurs suivis selon les façons de faire habituelles utilisent moins cette stratégie au temps 2 que ceux suivis chaque semaine. Enfin, on observe également un effet principal relié à la formation pour les stratégies confrontation $F(1, 44) = 4{,}603$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,095) et évitement $F(1, 44) = 6{,}203$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,124). Ainsi, les travailleurs suivis par des conseillers formés utilisent moins les stratégies d'évitement au temps 1 et de confrontation au temps 2 que les travailleurs suivis par les conseillers non formés et ce, indépendamment de la fréquence des rencontres (tableau 20).

Entre les temps 1 et 3, l'analyse des résultats indique un effet principal temps pour la stratégie confrontation $F(1, 30) = 5{,}827$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,163), établissant que l'ensemble des travailleurs rapportent une augmentation de la stratégie confrontation entre les temps 1 et 3, indépendamment des groupes. Nous observons également une interaction formation x fréquence pour les stratégies maîtrise de soi $F(1, 30) = 5{,}087$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,145) et planification de résolution de problème $F(1, 30) = 4{,}046$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,119). Les analyses ne révèlent qu'un effet principal presque significatif relié à la formation pour la maîtrise de soi $F(1, 16) = 4{,}146$, $P = {,}059$ (η^2 partiel = ,206). Plus particulièrement, lorsque les travailleurs sont suivis par les conseillers formés, ils montraient une utilisation plus faible de la stratégie maîtrise de soi au temps 1 que ceux suivis par les conseillers non formés. Il n'apparaît aucune différence significative entre les groupes pour la stratégie planification résolution de problème (tableau 21).

Obstacles perçus face au retour au travail

Les analyses de variance multivariées effectuées sur les variables dépendantes suivantes : le nombre d'obstacles perçus, le sentiment d'être capable de surmonter les obstacles, les problèmes d'autonomie et de contrôle, l'état de santé et le manque d'habiletés, n'indiquent aucune différence significative entre les 4 groupes étudiés aux 3 temps.

Estime de soi

Les analyses de variance multivariées effectuées sur la variable estime de soi indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les temps 1 et 2 ni entre les temps 1 et 3 pour les quatre groupes étudiés.

2.2 Les variables associées au fonctionnement interpersonnel

Satisfaction des travailleurs face aux services reçus

L'analyse des résultats indique des interactions significatives triples reliées à la formation X fréquence X temps pour toutes les échelles de satisfaction, soit habiletés et attitudes $F(1, 30) = 7{,}224$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,194); résultats perçus $F(1, 30) = 6{,}953$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,188); procédures $F(1, 30) = 9{,}099$, $p<{,}01$ (η^2 partiel = ,233); accessibilité F(1,

30) = 5,464, p<,05 (η^2 partiel = ,154) et satisfaction globale F(1, 30) = 8,346, p<,01 (η^2 partiel = ,218). Seule la satisfaction par rapport à l'attente n'est pas significative (tableau 21).

Des anovas ont été effectuées pour chacune des interactions significatives. Les résultats révèlent une interaction entre la fréquence des rencontres et la formation F(1, 33) = 4,654, p<,05 (η^2 partiel = ,134), de même qu'une interaction entre la fréquence des rencontres et le temps F(1, 15) = 8,595, p<,01 (η^2 partiel = ,364) pour la satisfaction par rapport aux habiletés et attitudes du conseiller. L'analyse de ces interactions indique que lorsque le suivi est réalisé chaque semaine, les travailleurs suivis par les conseillers formés sont plus satisfaits des attitudes et des habiletés de leurs conseillers que ceux suivis par des conseillers non formés T(15) = 3,045, p<,01 (η^2 partiel = ,382) au temps 2. De plus, les travailleurs suivis par des conseillers non formés selon les pratiques habituelles de la CSST manifestent une diminution presque significative de leur satisfaction face aux habiletés de ces conseillers entre les temps 2 et 3 T(9) = 2,259, p = ,054 (η^2 partiel = ,389). Même si les résultats ne sont pas significatifs, on remarque que ces travailleurs suivis selon les pratiques habituelles expriment une diminution de leur satisfaction, alors que ceux qui sont suivis sur une base hebdomadaire manifestent une augmentation de leur satisfaction.

Lorsque l'on demande aux travailleurs d'exprimer leur satisfaction quant aux résultats perçus des rencontres qu'ils ont effectuées avec les conseillers, on retrouve une interaction significative formation X temps pour les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire, F(1, 15) = 7,002, p<,05 (η^2 partiel = ,318) de même qu'un effet principal de temps F(1, 15) = 4,812, p<,05 (η^2 partiel = ,243) pour les travailleurs suivis par des conseillers formés. Ceci indique que les travailleurs sont plus satisfaits au terme de l'intervention (temps 2) lorsqu'ils ont été suivis sur une base hebdomadaire par les conseillers formés que par les conseillers non formés T(15) = 2,206, p<,05 (η^2 partiel = ,247). Par ailleurs, cette satisfaction quant aux résultats perçus diminue 6 mois après l'intervention (temps 3) pour tous les travailleurs, et de façon significative pour ceux suivis par des conseillers formés, qu'ils soient vus sur une base hebdomadaire ou selon les pratiques habituelles .

En ce qui concerne la satisfaction par rapport aux procédures, on obtient une interaction fréquence X temps significative F(1, 15) = 7,049, p<,05 (η^2 partiel = ,320) pour les travailleurs suivis par les conseillers non formés et une interaction formation X temps F(1, 15) = 8,501, p<,05 (η^2 partiel = ,362) pour les travailleurs suivis à sur une base hebdomadaire. L'analyse par des tests *t* des interactions significatives obtenues indique chez les travailleurs suivis par les conseillers non formés, une tendance (non significative) au temps 3 à être plus satisfaits des procédures utilisées lorsqu'ils sont suivis sur une base hebdomadaire plutôt que selon les pratiques habituelles. Aussi, les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire par les conseillers formés manifestent plus de satisfaction après l'intervention par rapport aux procédures que ceux suivis par les conseillers non formés à sur une base hebdomadaire T(15) = 2,406, p<,05 (η^2 partiel = ,278).

Pour ce qui est de la satisfaction quant à l'accessibilité, on trouve une interaction formation X fréquence significative F(1, 33) = 4,479, p<,05 (η^2 partiel = ,130) au terme de

l'intervention (temps 2) et une interaction fréquence X temps significative F(1, 15) = 4,683, p<,05 (η^2 partiel = ,238) pour les travailleurs suivis par les conseillers non formés. Les tests *t* effectués pour clarifier la première interaction indiquent que les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire sont plus satisfaits quant à l'accessibilité des services lorsqu'ils sont suivis par des conseillers formés que par des conseillers non formés T(15) = 2,249, p<,05 (η^2 partiel = ,252). Les tests *t* pour l'interaction fréquence X temps, n'indiquent aucun résultat significatif, toutefois, les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire par les conseillers non formés ont tendance à être plus satisfaits de l'accessibilité des services comparativement aux travailleurs suivis par des conseillers non formés offrant un suivi selon les pratiques habituelles. Les résultats sont obtenus entre le temps 2 et le temps 3, soit entre la fin de l'intervention et le suivi après 6 mois.

Lorsqu'on analyse les interactions significatives touchant la satisfaction globale, soit formation X fréquence F(1, 33) = 4,179, p<,05 (η^2 partiel = ,122) et fréquence X temps pour les travailleurs suivis par les conseillers non formés F(1, 15) = 11,462, p<,01 (η^2 partiel = ,433), on constate que les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire sont plus satisfaits des services offerts par les conseillers formés que par les conseillers non formés à la suite de l'intervention (temps 2) T(15) = 2,617, p<,05 (η^2 partiel = ,313). De plus, les travailleurs suivis par les conseillers non formés sont globalement plus satisfaits des services offerts au temps 3 qu'au temps 2 lorsque suivis sur une base hebdomadaire T(7) = -2,395, p<,05 (η^2 partiel = ,450). De surcroît, on trouve que les travailleurs suivis par les conseillers non formés selon les pratiques habituelles montrent une diminution significative de leur satisfaction globale au temps 3 par rapport au temps 2, T(8) = 2,880, p<,05 (η^2 partiel = ,509), diminution qui n'est toutefois pas significative pour les travailleurs suivis par les conseillers formés. Ces mesures ont été prises entre la fin de l'intervention et le suivi de 6 mois.

Tableau 20
Manovas comparant les quatre groupes sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 2

	CFH (N = 13)		CFP (N = 9)		CNFH (N = 13)		CNFP (N = 14)		F (η^2 partiel)						
	T1 M (ET)	T2 M (ET)	T1 M (ET)	T2 M (ET)	T1 M (ET)	T2 M (ET)	T1 M (ET)	T2 M (ET)	**G**	**F**	**T**	**GxF**	**GxT**	**FxT**	**GxFxT**
Détresse															
Indice global de sévérité	,95 (,48)	,74 (,56)	,94 (,72)	,87 (,64)	,77 (,44)	,83 (,77)	,97 (,47)	,77 (,56)	–	–	–	–	–	–	–
Dépression	18,15 (7,07)	12,80 (9,20)	13,00 (6,08)	13,44 (7,25)	12,77 (7,12)	14,63 (8,29)	13,84 (7,46)	13,36 (6,91)	–	–	–	–	–	–	4,400 * (,089)
Anxiété générale (trait)	43,85 (8,51)	37,15 (9,93)	41,11 (12,41)	42,22 (11,81)	41,85 (13,24)	43,35 (11,09)	46,79 (10,85)	41,74 (10,78)	–	–	–	–	–	–	4,632 * (,093)
Anxiété situationnelle (état)	37,00 (8,37)	36,54 (11,69)	48,44 (14,93)	42,22 (10,71)	40,69 (15,76)	45,15 (12,71)	45,43 (12,83)	40,36 (12,15)	–	–	–	–	–	4,662 * (,094)	–
Satisfaction par rapport à la vie	3,69 (1,25)	3,77 (1,09)	4,22 (1,56)	4,11 (,93)	3,85 (1,52)	3,92 (1,71)	3,50 (1,87)	4,36 (1,45)	–	–	–	–	–	–	–
Satisfaction par rapport à la santé	4,23 (1,64)	4,38 (1,56)	4,33 (1,66)	4,33 (1,00)	3,85 (1,68)	4,00 (1,53)	3,64 (1,45)	3,93 (1,49)	–	–	–	–	–	–	–
Stades de changement	2,69 (1,18)	3,46 (1,27)	2,56 (1,13)	3,67 (1,00)	2,92 (1,04)	2,85 (1,21)	2,79 (1,31)	2,64 (1,28)	–	–	–	–	5,007 * (,100)	–	–
Douleur															
Sévérité	4,08 (,81)	3,31 (1,77)	4,07 (,89)	3,89 (,90)	3,74 (,97)	3,64 (1,29)	4,24 (1,36)	3,55 (1,60)	–	–	4,615 * (,093)	–	–	–	–
Interférence dans la vie	4,63 (,79)	3,44 (1,81)	4,41 (,75)	4,14 (,99)	4,15 (1,03)	3,91 (,93)	4,44 (,99)	3,98 (1,38)	–	–	8,580** (,160)	–	–	–	–
Maîtrise sur sa vie	2,98 (1,21)	3,44 (1,41)	3,31 (,85)	3,78 (,78)	3,48 (1,37)	3,17 (1,40)	3,14 (,99)	3,41 (1,27)	–	–	–	–	–	–	–
Niveau d'activité général	2,01 (1,28)	2,57 (1,18)	1,85 (,99)	2,05 (,71)	2,37 (,94)	2,14 (,88)	2,36 (1,09)	2,41 (1,18)	–	–	–	–	–	–	–
Sentiment d'efficacité	3,00 (1,16)	3,20 (,92)	3,13 (,84)	3,00 (,76)	3,00 (1,04)	3,00 (1,28)	3,00 (,78)	3,09 (,54)	–	–	–	–	–	–	–
Capacité de conserver emploi	3,10 (2,18)	2,20 (1,81)	4,25 (1,17)	3,00 (1,60)	2,33 (1,78)	2,08 (1,93)	3,18 (1,72)	2,64 (2,16)	–	–	4,921 * (,117)	–	–	–	–
Intention de RAT	4,50 (2,72)	5,90 (1,60)	4,75 (1,98)	5,63 (1,92)	5,33 (2,50)	4,58 (2,57)	4,45 (2,58)	4,00 (2,53)	–	–	–	–	6,366 * (,147)	–	–
Sentiment de contrôle															
Contrôle 1	2,15 (1,07)	2,31 (1,03)	2,11 (,60)	1,67 (,50)	2,17 (,58)	2,17 (1,11)	1,86 (1,03)	2,14 (,95)	–	–	–	–	–	–	–
Contrôle 2	1,92 (1,19)	2,77 (1,01)	2,56 (1,01)	2,44 (,73)	1,92 (,99)	2,83 (1,03)	2,36 (1,01)	2,57 (1,02)	–	–	5,741 * (,115)	–	–	4,541 * (,094)	–
Contrôle 3	3,23 (,83)	2,77 (1,09)	2,78 (,97)	3,11 (,93)	3,33 (,78)	3,25 (,87)	3,14 (,95)	2,64 (1,08)	–	–	–	–	–	–	–

Tableau 20 (suite)
Manovas comparant les quatre groupes sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 2

	CFH (N = 13)		CFP (N = 9)		CNFH (N = 13)		CNFP (N = 14)		F (η^2 partiel)						
	T1 M (ET)	T2 M (ET)	T1 M (ET)	T2 M (ET)	T1 M (ET)	T2 M (ET)	T1 M (ET)	T2 M (ET)	**G**	**F**	**T**	**GxF**	**GxT**	**FxT**	**GxFxT**
Stratégie d'adaptation															
Confrontation	4,5 (2,81)	5,25 (2,80)	4,11 (2,20)	4,67 (1,80)	5,15 (2,27)	5,92 (3,43)	6,14 (3,23)	7,03 (2,37)	4,603* (,095)	–	6,211* (,124)	–	–	–	–
Établissement distance	6,75 (3,52)	8,25 (2,42)	5,89 (3,06)	7,22 (2,73)	7,31 (3,38)	7,27 (3,60)	7,79 (1,81)	7,64 (1,28)	–	–	–	–	–	–	–
Maîtrise de soi	9,17 (4,67)	8,00 (3,72)	6,11 (4,57)	9,00 (3,50)	9,31 (3,52)	11,00 (3,16)	10,14 (3,11)	10,00 (3,28)	4,682* (,096)	–	–	–	–	–	8,083** (,155)
Recherche soutien social	8,41 (5,35)	9,67 (4,10)	7,22 (4,52)	10,11 (2,09)	10,31 (3,30)	11,15 (3,41)	9,00 (3,78)	9,94 (3,49)	–	–	–	–	–	–	–
Acceptation responsabilité	3,25 (2,26)	1,92 (2,19)	2,89 (2,26)	3,07 (2,37)	3,46 (2,67)	3,95 (3,18)	4,14 (3,01)	3,64 (2,10)	–	–	–	–	–	–	–
Évitement	6,19 (3,16)	5,83 (3,10)	4,78 (3,77)	5,78 (4,44)	7,84 (4,66)	7,31 (5,20)	8,86 (3,63)	7,64 (2,27)	6,203* (,124)	–	–	–	–	–	–
Plan, résolution problème	6,67 (4,10)	9,08 (3,29)	5,33 (3,32)	7,11 (2,52)	8,73 (2,85)	10,08 (2,93)	7,04 (3,73)	7,70 (2,81)	–	5,109* (,104)	–	–	–	–	–
Réévaluation positive	6,67 (5,14)	6,58 (4,40)	4,33 (3,43)	6,56 (2,60)	7,69 (3,66)	8,92 (4,25)	6,09 (3,54)	7,43 (5,35)	–	–	–	–	–	–	–
Obstacles à la réinsertion															
Obstacles positifs	49,90 (24,04)	44,28 (29,99)	52,85 (34,48)	68,47 (27,26)	55,06 (25,42)	54,47 (26,08)	64,24 (13,92)	56,34 (27,71)	–	–	–	–	–	–	–
Manque d'habiletés	6,11 (,91)	6,37 (,75)	6,00 (1,15)	5,64 (1,60)	5,98 (1,46)	6,25 (,91)	5,68 (,99)	5,92 (,87)	–	–	–	–	–	–	–
Autonomie/conflit	6,06 (1,06)	6,42 (,97)	5,92 (,95)	5,64 (1,27)	6,15 (1,31)	6,15 (,86)	6,21 (,69)	6,34 (,63)	–	–	–	–	–	–	–
Facteurs externes	5,49 (1,42)	6,00 (1,31)	5,93 (1,08)	5,59 (1,10)	5,79 (1,37)	6,12 (,85)	5,47 (,66)	5,86 (1,00)	–	–	–	–	–	–	–
Santé	5,32 (1,54)	5,96 (1,23)	5,37 (1,03)	5,24 (1,22)	5,49 (1,30)	6,25 (,91)	5,68 (,99)	5,92 (,87)	–	–	–	–	–	–	–
Estime de soi															
Positive	57,77 (8,60)	56,69 (8,49)	52,89 (7,79)	52,11 (10,15)	55,46 (7,98)	53,54 (6,06)	52,87 (6,98)	55,57 (9,97)	–	–	–	–	–	–	–
Négative	-22,31 (11,61)	-23,23 (11,05)	-21,89 (11,78)	-21,11 (11,04)	-23,62 (8,43)	-26,08 (11,67)	-26,86 (10,60)	-22,29 (6,60)	–	–	–	–	–	–	–

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles. G = formation; F = fréquence des rencontres; T = temps; Contrôle 1 = impression de contrôle sur l'issue de la situation; Contrôle 2 = sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation; Contrôle 3 = sentiment de devoir accepter la situation parce qu'il ne peut la changer.
Afin d'alléger le tableau et d'en faciliter la compréhension, seuls les résultats significatifs ont été rapportés.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 21
Manovas comparant les quatre groupes sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3

	CFH (N = 9)		CFP (N = 9)		CNFH (N = 8)		CNFP (N = 9)		F (η^2 partiel)						
	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	G	F	T	GxF	GxT	FxT	GxFxT
Détresse															
Indice global de sévérité	,97 (,51)	1,07 (,51)	,94 (,71)	,72 (,46)	,53 (,35)	,70 (,54)	,85 (,26)	,79 (,43)	–	–	–	–	–	–	–
Dépression	17,56 (8,56)	17,56 (12,03)	13,22 (6,24)	14,25 (5,82)	10,00 (5,81)	11,75 (7,70)	12,56 (6,06)	13,78 (8,67)	–	–	–	–	–	–	–
Anxiété générale (trait)	44,00 (9,72)	44,00 (15,85)	42,22 (11,29)	45,67 (8,50)	38,00 (14,87)	42,00 (10,45)	45,78 (9,22)	44,33 (13,27)	–	–	–	–	–	–	–
Anxiété situationnelle (état)	38,22 (9,50)	38,89 (16,21)	45,78 (12,07)	43,56 (11,93)	36,88 (16,21)	40,75 (10,82)	45,33 (13,44)	44,78 (14,27)	–	–	–	–	–	–	–
Satisfaction par rapport à la vie	3,33 (1,12)	3,33 (1,80)	4,22 (1,56)	3,56 (1,67)	4,25 (1,58)	3,38 (1,30)	3,56 (1,74)	3,44 (2,9)6	–	–	–	–	–	–	–
Satisfaction par rapport à la santé	3,78 (1,72)	3,33 (2,06)	3,89 (1,69)	3,67 (1,32)	4,38 (1,77)	3,50 (1,41)	3,56 (1,42)	3,56 (1,81)	–	–	–	–	–	–	–
Stades de changement	2,67 (1,12)	3,22 (1,31)	2,63 (1,19)	3,00 (1,41)	3,14 (1,07)	3,43 (,98)	2,89 (1,36)	3,00 (1,50)	–	–	–	–	–	–	–
Douleur															
Sévérité	4,11 (,97)	4,19 (,82)	4,04 (,84)	3,52 (1,42)	3,38 (,65)	3,71 (1,67)	4,15 (1,34)	3,26 (1,71)	–	–	–	–	–	4,144 * (,118)	–
Interférence dans la vie	4,70 (,84)	4,35 (1,39)	4,56 (,90)	4,14 (1,22)	3,71 (1,09)	3,83 (,97)	4,41 (,97)	3,60 (1,68)	–	–	–	–	–	–	–
Maîtrise sur sa vie	3,00 (1,06)	3,25 (2,01)	3,58 (1,11)	3,67 (,64)	3,59 (1,21)	3,33 (,98)	3,36 (,97)	3,50 (1,60)	–	–	–	–	–	–	–
Niveau d'activité général	2,23 (1,43)	2,70 (1,54)	1,88 (,98)	2,26 (1,09)	2,85 (,53)	2,63 (,66)	2,29 (1,09)	3,02 (1,16)	–	–	6,425 * (,172)	–	–	–	–
Sentiment d'efficacité	3,13 (1,25)	2,63 (1,30)	3,25 (,71)	2,75 (,89)	3,14 (1,07)	2,86 (1,07)	3,20 (1,10)	2,80 (,45)	–	–	4,671 * (,163)	–	–	–	–
Capacité de conserver emploi	3,50 (1,85)	1,75 (1,75)	4,00 (,93)	2,00 (1,41)	2,14 (2,03)	1,00 (,00)	3,80 (1,30)	1,80 (1,79)	–	–	–	–	–	–	–
Intention de RAT	5,00 (2,07)	4,63 (2,77)	5,25 (1,98)	4,63 (1,99)	5,86 (2,19)	5,00 (2,45)	6,20 (1,79)	6,20 (1,30)	–	–	–	–	–	–	–
Sentiment de contrôle															
Contrôle 1	1,78 (,67)	1,78 (,83)	2,22 (,44)	1,89 (,60)	2,25 (,71)	2,00 (,76)	2,11 (1,05)	2,78 (,83)	–	–	–	–	–	–	–
Contrôle 2	2,00 (1,12)	2,33 (,87)	2,56 (1,01)	2,56 (1,01)	1,88 (,83)	2,25 (,71)	2,33 (,71)	2,78 (,83)	–	–	–	–	–	–	–
Contrôle 3	3,11 (,93)	2,89 (,78)	2,89 (1,05)	2,89 (1,05)	3,13 (,83)	3,13 (,64)	3,12 (,91)	3,00 (1,00)	–	–	–	–	–	–	–

Tableau 21 (suite)
Manovas comparant les quatre groupes sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3

	CFH (N = 9)		CFP (N = 9)		CNFH (N = 8)		CNFP (N = 9)		F (η^2 partiel)						
	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	G	F	T	GxF	GxT	FxT	GxFxT
Stratégies d'adaptation															
Confrontation	4,63 (2,20)	6,38 (1,69)	3,89 (2,32)	4,78 (2,39)	4,50 (1,51)	4,38 (2,13)	4,78 (2,49)	6,56 (2,60)	–	–	5,827* (,163)	–	–	–	–
Établissement distance	7,38 (3,46)	8,88 (2,36)	5,78 (2,99)	6,00 (3,00)	5,63 (1,85)	7,25 (2,96)	7,33 (1,50)	6,89 (2,03)	–	–	–	–	–	–	–
Maîtrise de soi	9,63 (4,10)	10,63 (2,77)	5,67 (4,56)	7,78 (4,41)	8,50 (4,04)	8,50 (3,55)	10,22 (3,19)	10,11 (3,30)	–	–	–	5,087* (,145)	–	–	–
Recherche soutien social	9,50 (4,99)	10,38 (2,33)	7,11 (4,43)	7,22 (4,60)	8,88 (3,36)	8,88 (2,23)	7,78 (3,99)	8,56 (2,96)	–	–	–	–	–	–	–
Acceptation responsabilité	4,00 (2,28)	3,75 (2,19)	2,78 (2,22)	2,11 (1,83)	2,38 (2,77)	3,00 (3,21)	4,44 (3,00)	3,44 (2,65)	–	–	–	–	–	–	–
Évitement	6,42 (2,92)	8,25 (3,88)	4,11 (2,98)	5,44 (4,61)	6,48 (4,72)	6,00 (4,37)	8,44 (3,24)	6,56 (2,19)	–	–	–	–	–	–	–
Plan, résolution problème	7,88 (4,16)	9,88 (3,31)	5,22 (3,38)	6,11 (3,18)	7,06 (1,52)	7,50 (3,38)	8,33 (3,39)	8,22 (3,56)	–	–	–	–	–	–	–
Réévaluation positive	8,88 (4,67)	7,88 (3,64)	4,44 (3,32)	6,22 (3,60)	7,00 (3,78)	6,63 (4,03)	6,36 (3,71)	7,00 (4,03)	–	–	–	–	–	–	–
Obstacles à la réinsertion															
Obstacles positifs	59,46 (18,63)	56,76 (33,13)	55,56 (32,38)	69,97 (28,81)	63,13 (21,99)	68,92 (34,03)	61,56 (15,16)	54,35 (36,63)	–	–	–	–	–	–	–
Manque d'habiletés	5,82 (,95)	5,31 (1,75)	6,00 (1,15)	5,44 (1,23)	6,03 (1,70)	5,58 (1,36)	5,80 (1,06)	6,29 (1,06)	–	–	–	–	–	–	–
Autonomie/conflit	5,69 (1,08)	5,64 (1,41)	5,92 (,95)	5,36 (,92)	5,97 (1,41)	6,09 (,91)	6,47 (,45)	6,52 (,83)	–	–	–	–	–	–	–
Facteurs externes	5,19 (1,53)	4,87 (1,86)	5,91 (1,06)	5,11 (1,14)	5,55 (1,64)	5,79 (1,38)	5,54 (,55)	5,89 (1,10)	–	–	–	–	–	–	–
Santé	4,81 (1,55)	4,96 (1,76)	5,25 (1,00)	4,65 (,96)	5,48 (1,52)	5,38 (1,48)	5,91 (,72)	5,76 (1,15)	–	–	–	–	–	–	–
Estime de soi															
Positive	56,78 (7,12)	54,33 (7,75)	52,63 (8,14)	48,88 (6,45)	53,50 (8,83)	53,75 (5,12)	52,56 (5,57)	54,67 (9,70)	–	–	–	–	–	–	–
Négative	-25,11 (11,43)	-26,44 (10,31)	-24,00 (11,28)	-24,00 (11,41)	-20,75 (7,21)	-19,25 (8,38)	-28,67 (8,97)	-24,33 (6,96)	–	–	–	–	–	–	–

Tableau 21 (suite)
Manovas comparant les quatre groupes sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3

	CFH (N = 9)		CFP (N = 9)		CNFH (N = 8)		CNFP (N = 9)		F (η^2 partiel)						
	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	G	F	T	GxF	GxT	FxT	GxFxT
Satisfaction services reçus[1]															
Habiletés et attitudes	41,15 (4,98)	35,11 (11,89)	36,22 (3,46)	35,33 (5,45)	34,62 (9,46)	32,75 (9,74)	35,29 (7,31)	34,00 (11,03)	–	–	–	–	–	–	7,244 * (,194)
Résultats perçus	34,93 (6,67)	26,11 (11,76)	30,33 (3,39)	27,33 (7,04)	29,15 (8,65)	28,00 (7,86)	29,29 (6,92)	27,33 (10,46)	–	–	–	–	–	–	6,963 * (,188)
Procédures	21,94 (2,79)	17,89 (6,51)	19,33 (2,69)	19,11 (2,37)	18,19 (5,56)	19,63 (3,99)	19,71 (3,38)	19,44 (3,68)	–	–	–	–	5,455 * (,154)	–	9,099 ** (,233)
Accessibilité	17,41 (2,35)	14,89 (5,12)	15,44 (2,83)	14,70 (2,64)	14,92 (3,79)	15,25 (2,25)	15,62 (3,18)	16,07 (2,85)	–	–	–	–	–	–	5,464 * (,154)
Attentes	8,77 (1,42)	7,56 (2,40)	7,67 (1,58)	7,67 (,87)	7,54 (1,76)	8,25 (1,75)	7,21 (1,53)	7,67 (1,32)	–	–	–	–	–	–	–
Satisfaction globale	132,63 (18,39)	108,72 (38,30)	117,07 (12,97)	111,35 (17,10)	112,05 (27,96)	111,38 (22,26)	115,53 (21,80)	113,40 (27,50)	_	_	_	_	5,493 * (,155)	_	8,346 ** (,218)

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles. Contrôle 1 = impression de contrôle sur l'issue de la situation; Contrôle 2 = sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation; Contrôle 3 = sentiment de devoir accepter la situation parce qu'il ne peut la changer.
Afin d'alléger le tableau et d'en faciliter la compréhension, seuls les résultats significatifs ont été rapportés.
1. La satisfaction par rapport aux services reçus n'a été évaluée qu'aux temps 2 et 3. Ainsi, la comparaison se fait entre les temps 2 et 3 pour cette variable seulement.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

2.3 Les variables associées au fonctionnement extrapersonnel

Les résultats obtenus par des chi carré entre les quatre modalités temporelles d'intervention, soit les conseillers formés, les conseillers non formés, l'intervention sur une base hebdomadaire et l'intervention selon les pratiques habituelles ne semblent pas indiquer de différence importante après l'intervention et 6 mois plus tard sur les mesures de retour au travail. On ne peut toutefois pas faire de chi carré sur ces variables puisqu'il n'y a pas assez de sujets dans certaines cellules. Globalement, ces résultats nous informent que le retour au travail se fait chez à peu près 21 % des travailleurs après l'intervention et chez 29 % six mois après l'intervention (tableau 22) sans égard aux modalités.

Tableau 22
Comparaison des 4 groupes par rapport au retour au travail

	TEMPS 2	
	Retour au travail[1]	**Aucun retour au travail**
CF - hebdomadaire	5 (27,8 %)	13 (72,2 %)
CF - pratiques habituelles	1 (8,3 %)	11 (91,7 %)
CNF - hebdomadaire	2 (13,3 %)	13 (86,7 %)
CNF - pratiques habituelles	5 (29,4%)	12 (70,6 %)
Total	13 (21,0 %)	49 (79,0 %)

	TEMPS 3	
	Retour au travail	**Aucun retour au travail**
CF - hebdomadaire	5 (27,8 %)	13 (72,2 %)
CF - pratiques habituelles	2 (16,7 %)	10 (83,3 %)
CNF - hebdomadaire	4 (26,7 %)	11 (73,3 %)
CNF - pratiques habituelles	7 (41,2 %)	10 (22,7 %)
Total	18 (29,0 %)	44 (71,0 %)

1. Inclut les travailleurs en assignation temporaire et en travaux légers.

De plus, si on regarde d'une manière précise la situation d'emploi des travailleurs (tableau 23), les travailleurs assignés à ces 4 groupes ne semblent pas montrer de différence importante par rapport à leur recherche d'emploi ou de formation, leur expérience d'assignation temporaire ni leur retour au travail. On ne peut toutefois pas faire de chi carré sur ces variables puisqu'il n'y a pas assez de sujets par cellule.

Tableau 23
Comparaison des 4 groupes par rapport à l'évolution vers le retour au travail

	TEMPS 2			
	Aucun retour au travail	**Recherche emploi/formation**	**Assignation temporaire/T.L.**	**Retour complet au travail**
CF - hebdomadaire	11 (61,1 %)	2 (11,1 %)	2 (11,1 %)	3 (16,7 %)
CF - pratiques habituelles	11 (91,7 %)	–	–	1 (8,3 %)
CNF - hebdomadaire	10 (66,7 %)	3 (20 %)	–	2 (13,3 %)
CNF - pratiques habituelles	11 (64,7 %)	1 (5,9 %)	1 (5,9 %)	4 (23,5 %)

	TEMPS 3			
	Aucun retour au travail	**Recherche emploi/formation**	**Assignation temporaire/T.L.**	**Retour complet au travail**
CF - hebdomadaire	7 (38,9 %)	6 (33,3 %)	–	5 (27,8 %)
CF - pratiques habituelles	10 (83,3 %)	–	–	2 (16,7 %)
CNF - hebdomadaire	6 (40 %)	5 (33,3 %)	–	4 (26,7 %)
CNF - pratiques habituelles	7 (41,2 %)	3 (17,6 %)	2 (11,8 %)	5 (29,4 %)

Seules les comparaisons individuelles entre les conseillers formés et non formés, de même que la comparaison entre l'intervention hebdomadaire et l'intervention selon les pratiques habituelles, nous permettent de vérifier statistiquement la différence entre les groupes. Les résultats n'indiquent aucune différence significative sur la variable retour au travail (tableaux 24a et 24b).

Tableau 24a
Chi carré comparant le taux de retour au travail chez les travailleurs suivis par les conseillers formés et non formés

	TEMPS 2		
	Retour au travail	**Aucun retour au travail**	**Valeur (χ^2)**
Conseillers formés	6 (20 %)	24 (80 %)	
Conseillers non formés	7(21,9 %)	25 (78,1 %)	,033
	TEMPS 3		
	Retour au travail	**Aucun retour au travail**	**Valeur (χ^2)**
Conseillers formés	7 (23,3 %)	23 (76,7 %)	
Conseillers non formés	11 (34,4 %)	21 (65,6 %)	,916

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 24b
Chi carré comparant le taux de retour au travail chez les travailleurs selon la fréquence des rencontres

	TEMPS 2		
	Retour au travail	**Aucun retour au travail**	**Valeur (χ^2)**
Hebdomadaire	7 (21.2 %)	26 (78.8%)	,003
Pratiques habituelles	6(20.7 %)	23 (79.3 %)	
	TEMPS 3		
	Retour au travail	**Aucun retour au travail**	**Valeur (χ^2)**
Hebdomadaire	9 (27,3 %)	24 (72.7 %)	,106
Pratiques habituelles	9 (31.0 %)	20 (69.0 %)	

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

3. La comparaison de l'impact des modalités d'intervention sur des indicateurs de l'évolution du processus de réadaptation

Pour tenter de donner du sens aux résultats obtenus à la suite de l'intervention de réadaptation, nous avons procédé à l'analyse des variables liées à la qualité du processus de réadaptation. Donc, les hypothèses touchant les variables associées au processus (hypothèses 5 à 7) ont été examinées en vérifiant l'impact de l'intervention des conseillers formés et celui de l'intervention des conseillers non formés, en tenant compte des deux modalités temporelles d'intervention (hebdomadaire et selon les pratiques habituelles à la CSST) et ce, après chaque séance d'intervention. Nous avons évalué cet impact à partir d'indicateurs de l'évolution du processus de réadaptation, soit 1) les variables associées à la participation des travailleurs au counseling de réadaptation : l'évaluation de la séance, les perceptions et évaluations des recommandations faites par les travailleurs et les conseillers, ainsi que l'évaluation de l'impact de chaque séance

d'intervention par les travailleurs; 2) une variable relationnelle, l'alliance de travail telle que perçue par les conseillers et les travailleurs; 3) les variables associées à la participation du conseiller au counseling de réadaptation : l'évaluation de la séance et les réactions subjectives vécues par les conseillers. Par la suite, d'autres variables liées au conseiller associées à l'évolution et à l'impact du counseling, soit la motivation et l'adhésion au modèle d'intervention ont été aussi étudiées. Pour ce faire, nous avons procédé à des anovas univariées pour chaque séance d'intervention. (À titre indicatif, les tableaux 41 à 46 en annexe détaillent les moyennes des variables de processus selon les 4 groupes).

3.1 Les variables associées à la participation du travailleur accidenté au counseling de réadaptation

3.1.1 L'évaluation de la séance

Les anovas portant sur l'évaluation des séances d'intervention par les travailleurs indiquent plusieurs différences significatives entre les groupes étudiés (tableau 25). De façon globale, on voit que les travailleurs suivis par les conseillers formés évaluent de façon plus positive les séances et ce, pour l'ensemble des résultats identifiés comme étant significatifs.

Tableau 25
Anovas comparant les 4 groupes sur l'évaluation de la séance par les travailleurs

	CFS		**CFC**		**CNFS**		**CNFC**		**F (η^2 partiel)**		
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Flexibilité séance 1	18	30,44 (4,48)	12	32,00 (3,95)	14	30,07 (6,92)	16	26,25 (6,39)	4,402* (,073)	,603 (,011)	3,394 (,057)
Flexibilité score moyen	18	30,49 (3,60)	12	27,72 (4,14)	15	28,70 (3,92)	16	25,98 (5,51)	5,503* (,088)	,689 (,012)	2,134 (,036)
Attitude positive séance 3	14	29,93 (4,41)	2	31,50 (4,95)	14	27,14 (5,38)	5	20,00 (11,16)	6,521* (,174)	_	_
Éveil score moyen	18	19,43 (3,48)	12	16,37 (2,60)	15	18,99 (3,60)	16	16,50 (3,38)	,114 (,002)	7,574** (,117)	,181 (,003)
Évaluation conseiller séance 1	18	19,39 (1,88)	12	19,92 (1,73)	14	18,21 (4,63)	16	17,53 (3,54)	4,410* (,073)	,001 (,000)	,458 (,008)
Évaluation conseiller séance 3	14	19,64 (1,65)	2	19,50 (2,12)	14	18,00 (3,28)	5	15,60 (3,78)	5,653* (,146)	_	_
Évaluation conseiller séance 8	9	19,67 (2,06)	_	_	4	15,50 (5,00)	_	_	4,852* (,306)	_	_
Évaluation conseiller score moyen	18	19,45 (1,43)	12	19,35 (2,06)	15	17,97 (2,80)	16	17,71 (2,61)	7,023** (,110)	,093 (,002)	,017 (,000)

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

En particulier, on peut noter que les séances réalisées par les conseillers formés sont perçues comme plus flexibles et plus aisées, en particulier à la séance 1 $F(1, 59) = 4,402$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,073) et pour le score moyen $F(1, 60) = 5,503$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,088) sur ce critère. De plus, les séances offertes par les conseillers formés sont considérées

comme permettant une attitude plus positive, en particulier à la séance 3 F(1, 34) = 6,521, p<,05 (η^2 partiel = ,174), que celles des conseillers non formés. Les conseillers formés sont évalués plus positivement, surtout aux séances 1, F(1, 59) = 4,410, p<,05 (η^2 partiel = ,073), 3 F(1, 34) = 4,770, p<,05 (η^2 partiel = ,133) et 8, F(1, 12) = 4,852, p<,05 (η^2 partiel = ,306), de même que sur la moyenne des séances F(1, 60) = 7,023, p<,05 (η^2 partiel = ,110) que les conseillers non formés. Nous pouvons aussi observer qu'indépendamment de la formation reçue, les travailleurs rencontrés sur une base hebdomadaire évaluent être plus stimulés en moyenne sur l'ensemble des séances F(1, 61) = 7,574, p<,01 (η^2 partiel = ,117), que les travailleurs rencontrés selon les pratiques habituelles à la CSST.

3.1.2 L'adhésion[5] aux recommandations

Ces analyses portent sur l'adhésion aux recommandations selon les conseillers et les travailleurs et sur l'évaluation des recommandations des conseillers par les travailleurs. L'analyse de l'adhésion aux recommandations telle que perçue par les travailleurs indique quelques effets d'interaction significatifs pour l'adhésion à la séance 1 F(1, 44) = 7,424, p<,01 (η^2 partiel = ,153) et l'adhésion moyenne F(1, 51) = 4,841, p<,05 (η^2 partiel = ,092) (tableau 27a). Afin de vérifier ces effets d'interaction, des tests *t* ont été effectués. Ces tests indiquent qu'il n'y a aucune différence significative entre les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire et ceux suivis selon les pratiques habituelles par des conseillers formés et non formés. Cependant, les travailleurs suivis par des conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles adhèrent davantage aux recommandations à la séance 1 T(20) = -2,366, p<,05 (η^2 partiel = ,194) et sur l'ensemble des séances en moyenne T(24) = -2,635, p<,05 (η^2 partiel = ,224) que les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire par ces mêmes conseillers. Les travailleurs suivis selon les pratiques habituelles indiquent aussi à la séance 1 qu'ils adhèrent en moyenne davantage aux recommandations des conseillers non formés que des conseillers formés T(17) = -2,110, p<,05 (η^2 partiel = ,358) (tableau 26a).

Tableau 26a
Anovas comparant les 4 groupes sur l'adhésion aux recommandations selon les travailleurs

	CFS		**CFC**		**CNFS**		**CNFC**		**F (η^2 partiel)**		
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Adhésion séance 1	16	5,31 (1,20)	7	4,29 (1,60)	12	4,50 (1,51)	10	5,60 (,52)	,413 (,010)	,009 (,000)	7,424** (,153)
Adhésion score moyen	18	4,81 (,85)	8	4,43 (1,24)	15	4,78 (,74)	11	5,59 (,46)	8,792** (,155)	,339 (,007)	4,841* (,092)

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

[5] Ici, adhésion signifie degré de mise en application de la recommandation et non degré d'accord avec la recommandation.

Lorsqu'on évalue la perception de l'adhésion aux recommandations selon les conseillers, on remarque un effet d'interaction entre formation et fréquence pour l'adhésion à la séance 1, F(1, 52) = 5,498, p<,05 (η^2 partiel = ,153). Les tests *t* indiquent que les conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles perçoivent une plus grande adhésion à leurs recommandations à la séance 1 que lorsqu'ils suivent les travailleurs sur une base hebdomadaire T(24) = -2,596, p<,05 (η^2 partiel = ,219). De plus, lorsque le suivi est fait selon les pratiques habituelles, les conseillers non formés perçoivent une plus forte adhésion à leurs recommandations à la séance 1 que les conseillers formés T(20) = -2,110, p<,05 (η^2 partiel = ,182) (tableau 26b).

Tableau 26b
Anovas comparant les 4 groupes sur l'adhésion
aux recommandations selon les conseillers

	CFS		**CFC**		**CNFS**		**CNFC**		**F (η^2 partiel)**		
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Adhésion séance 1	16	4,88 (1,31)	10	4,40 (1,43)	14	4,21 (1,42)	12	5,42 (,79)	,248 (,005)	1,034 (,021)	5,498* (,103)

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

3.1.3 L'évaluation des recommandations

Les résultats des anovas indiquent que les travailleurs suivis par les conseillers formés perçoivent, d'une part, une concordance plus faible entre les recommandations et leurs problèmes à la séance 1 F(1, 58) = 5,759, p<,05 (η^2 partiel = ,095), ainsi qu'au score moyen des séances 1 et 2, F(1, 61) = 4,986, p<,05 (η^2 partiel = ,080), et d'autre part, que les recommandations sont moins difficiles à appliquer aux séances 5 F(1, 19) = 5,606, p<,05 (η^2 partiel = ,248) et 6 F(1, 19) = 4,858, p<,05 (η^2 partiel = ,222) que les recommandations des conseillers non formés. Les conseillers formés sont par ailleurs perçus comme manifestant plus d'influence à la séance 7 F(1, 12) = 5,913, p<,05 (η^2 partiel = ,372). Globalement, il semble que les recommandations des conseillers formés soient jugées plus positivement que celles des conseillers non formés aux séances 6 F(1, 19) = 4,507, p<,05 (η^2 partiel = ,210) et 7 F(1, 12) = 5,623, p<,05 (η^2 partiel = ,360) (tableau 27).

Tableau 27
Anovas comparant les 4 groupes sur l'évaluation des recommandations par les travailleurs

	CFS		CFC		CNFS		CNFC		F (η^2 partiel)		
	n	***M* (ET)**	***n***	***M* (ET)**	***n***	***M* (ET)**	***n***	***M* (ET)**	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Concordance avec problème séance 1	18	27,56 (6,68)	12	27,00 (6,92)	14	32,93 (6,64)	15	30,49 (7,79)	5,759* (,095)	,658 (,012)	,260 (,005)
Concordance avec problème score moyen séance 1-2	18	28,48 (5,94)	12	29,63 (7,31)	15	32,69 (5,84)	16	30,43 (7,10)	4,986* (,080)	,311 (,005)	,029 (,001)
Difficulté application séance 5	8	52,13 (5,84)	_	_	11	46,45 (4,61)	_	_	5,606* (,248)	_	_
Difficulté application séance 6	11	52,36 (5,52)	_	_	8	45,92 (7,26)	_	_	4,858* (,222)	_	_
Évaluation globale recommandation séance 6	11	137,09 (7,89)	_	_	8	125,59 (15,52)	_	_	4,507* (,210)	_	_
Influence thérapeutique séance 7	8	53,85 (4,59)	_	_	4	46,25 (6,13)	_	_	5,913* (,372)	_	_
Évaluation globale recommandations séance 7	8	134,46 (4,43)	_	_	4	122,75 (13,07)	_	_	5,623* (,360)	_	_

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

3.1.4 L'impact des séances d'intervention

Pour évaluer l'impact de chaque séance d'intervention, nous avons effectué des anovas. Les résultats indiquent qu'il n'y a aucune différence significative de la perception de l'impact de chaque séance sur la détresse subjective, sur les situations interpersonnelles et sur les rôles sociaux par les travailleurs, quelque soit le groupe auquel ils ont été assignés. Toutefois, en observant les données brutes, certaines observations méritent d'être relevées. On remarque que pour les travailleurs suivis par les conseillers formés, peu importe la fréquence des rencontres, outre une détresse subjective plus élevée à la séance 2 lorsqu'ils sont suivis selon les pratiques habituelles, les scores restent relativement stables et ne montrent pas de tendance marquée, que ce soit en termes d'amélioration ou de détérioration. Lorsque l'on regarde les données pour les travailleurs suivis par les conseillers non formés, particulièrement lorsqu'ils sont suivis selon les pratiques habituelles, ceux-ci semblent montrer une certaine détérioration sur l'ensemble des échelles (figures 1 à 4 : voir tableau 42 en annexe pour les moyennes et écarts-types).

Figure 1
Détresse subjective des travailleurs selon le groupe

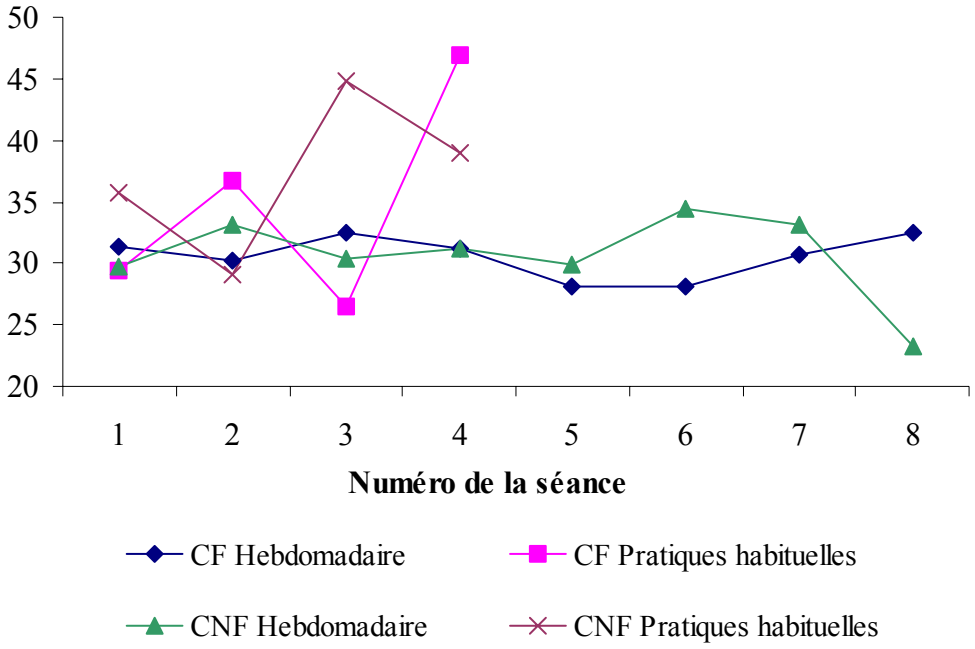


Figure 2
Relations interpersonnelles des travailleurs selon le groupe

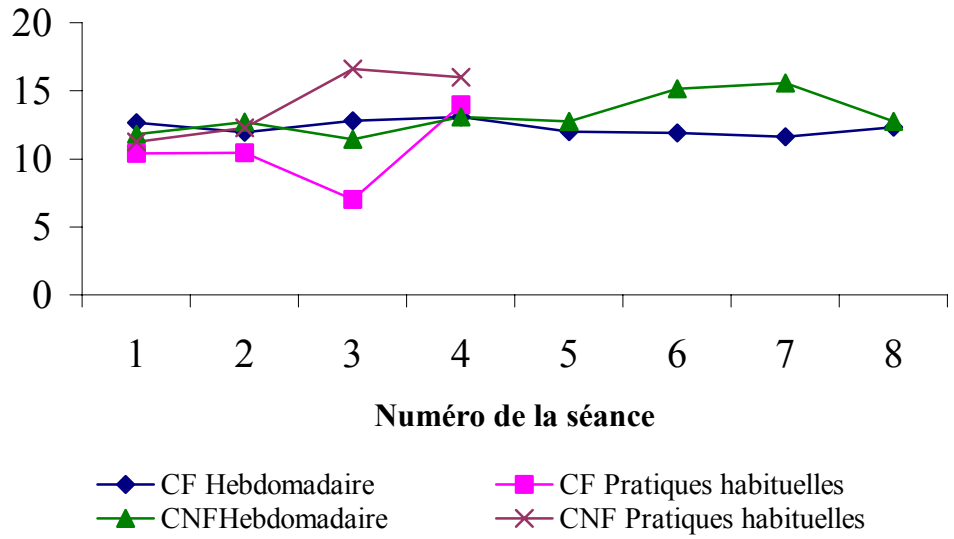


Figure 3
Rôles sociaux des travailleurs selon le groupe

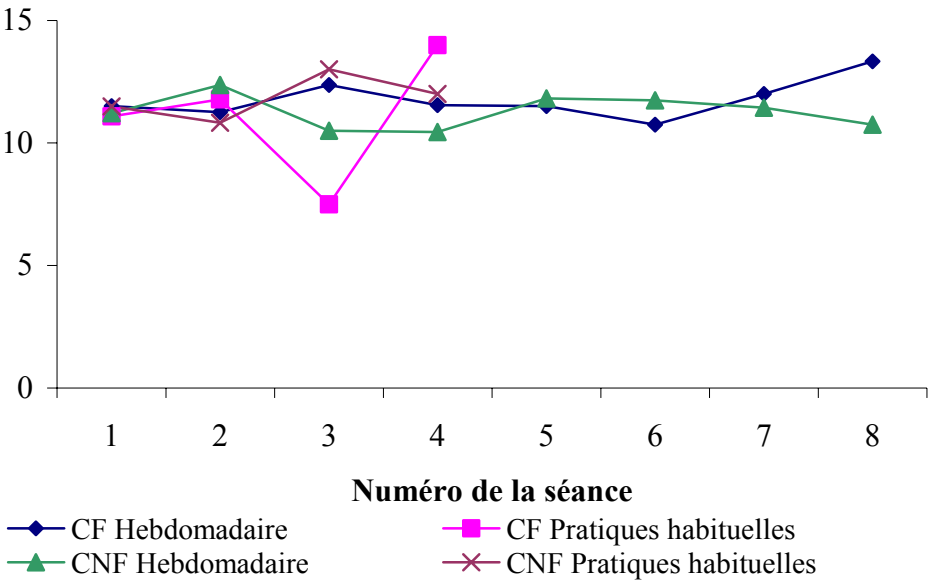
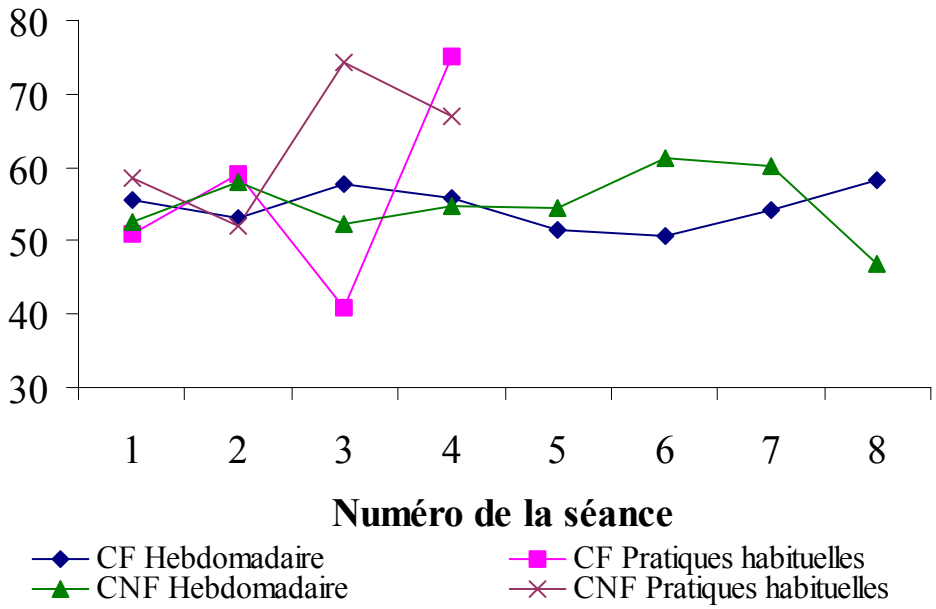


Figure 4

Fonctionnement général des travailleurs selon le groupe



3.2 La variable relationnelle : l'alliance de travail

Les anovas effectuées pour les 8 séances d'intervention n'indiquent aucune différence significative entre les 4 groupes de travailleurs quant à l'alliance de travail. Également, aucune différence significative n'émerge des anovas en ce qui concerne l'alliance de travail pour les conseillers et ce, quelque soit le groupe dont ils font partie. Par contre, lorsque l'on observe les données brutes, on peut remarquer certaines tendances. En effet, les travailleurs suivis par les conseillers formés perçoivent l'alliance plus forte, cette tendance s'accentuant chez les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire. Par ailleurs, les travailleurs suivis par les conseillers non formés montrent une alliance un peu plus faible et qui tend même à se détériorer lorsqu'ils sont suivis selon les pratiques habituelles. Quant à l'alliance telle que perçue par les conseillers, globalement, il semble y avoir peu de différence entre ceux formés et non formés. Cependant, il est important de noter que pour les conseillers formés offrant un suivi sur une base hebdomadaire, on remarque une légère hausse de l'alliance tout en fluctuant, particulièrement à la séance 4. On peut donc penser à la séquence suivante : 1) établissement de l'alliance, 2) fluctuations et rupture, puis 3) restauration de l'alliance. Par contre, l'alliance avec les travailleurs suivis selon les pratiques habituelles est évaluée comme plus faible par les deux groupes de conseillers (Figures 5 et 6; voir tableaux 41a et 41b en annexe pour les moyennes et écarts-types).

Figure 5
Alliance perçue par les travailleurs selon le groupe

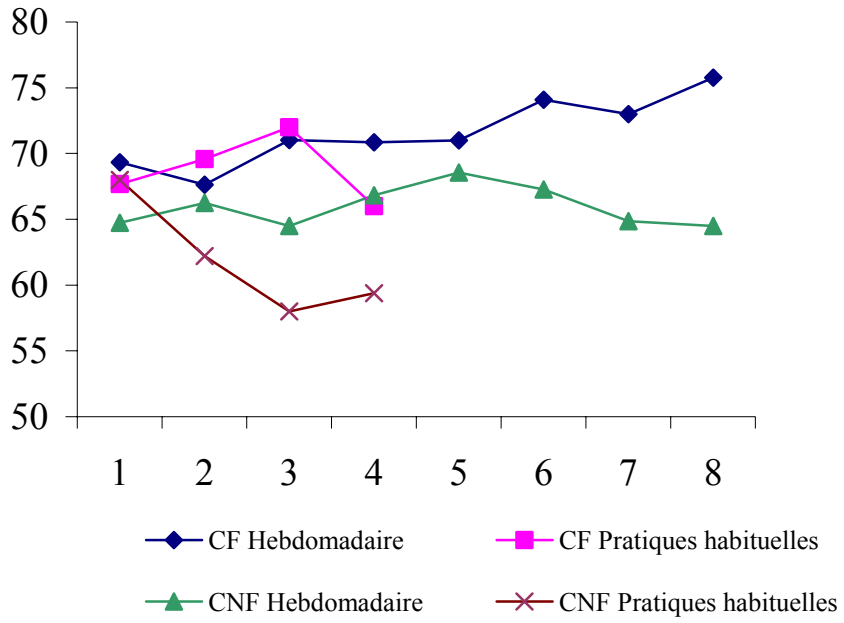
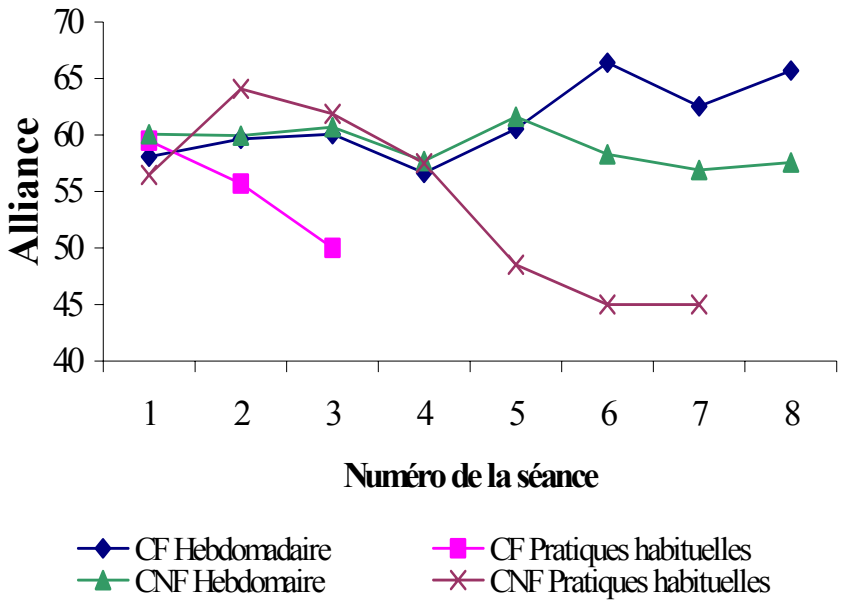


Figure 6
Alliance perçue par les conseillers selon le groupe



3.3 Les variables associées à la participation du conseiller au counseling de réadaptation

3.3.1 L'évaluation de la séance par les conseillers

La perception des conseillers et celle des travailleurs présentent des profils différents (tableau 28). L'analyse des résultats indique des interactions doubles significatives entre la formation et la fréquence des rencontres pour l'ensemble des données significatives, à l'exception de la flexibilité et de l'aisance à la séance 2. En effet, les conseillers non formés perçoivent la rencontre 2 comme plus aisée et flexible comparativement aux conseillers formés $F(1, 60) = 4{,}487$, $p<{,}01$ (η^2 partiel = ,081) et ce, peu importe la fréquence des rencontres. À la suite de l'analyse des effets d'interaction significatifs par des tests *t*, on remarque aussi que les conseillers non formés rapportent avoir une attitude plus positive à cette même rencontre que les conseillers formés, lorsqu'ils interviennent selon les pratiques habituelles seulement $T(21) = -2{,}644$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,289). De plus, les conseillers non formés rapportent une attitude plus positive $T(28) = -2{,}333$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,173), plus de profondeur $T(28) = -2{,}260$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,164) et s'évaluent plus positivement comme conseiller $T(28) = -2{,}243$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,145) à la séance 2, lorsqu'ils suivent leurs travailleurs selon les pratiques habituelles et non sur une base hebdomadaire.

Tableau 28
Anovas comparant les 4 groupes sur l'évaluation de la séance selon les conseillers

	CFH		CFP		CNFH		CNFP		F (η^2 partiel)		
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Profondeur séance 2	17	25,65 (5,61)	10	22,68 (5,98)	15	22,83 (4,87)	13	26,38 (3,10)	,106 (,002)	,044 (,001)	5,641* (,100)
Flexibilité séance 2	17	27,00 (5,77)	10	26,30 (5,85)	15	27,80 (5,36)	13	31,38 (2,22)	4,487* (,081)	1,078 (,021)	2,379 (,045)
Attitude positive séance 2	17	27,71 (4,59)	10	25,30 (6,43)	15	27,53 (4,78)	13	31,00 (2,58)	4,645* (,083)	,171 (,003)	5,243* (,093)
Autoévaluation conseiller séance2	17	17,82 (1,63)	10	16,70 (3,09)	15	16,20 (3,76)	13	18,46 (,97)	,009 (,000)	,646 (,013)	5,714* (,101)

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 29
Anovas comparant les 4 groupes sur les réactions émotives des conseillers

	CFS		CFC		CNFS		CNFC		F (η^2 partiel)		
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***formation***	***fréquence***	***formation x fréquence***
Conflit avec soi-même séance 2	17	21,65 (5,17)	10	21,00 (8,12)	15	19,07 (4,57)	13	16,38 (3,12)	6,098* (,107)	1,305 (,025)	,488 (,009)
Conflit avec soi-même moyen séances 1-2	17	20,77 (4,33)	12	19,46 (5,23)	15	17,87 (3,60)	17	17,28 (3,58)	4,079* (,067)	1,091 (,019)	,458 (,008)
Focus sur ses propres besoins séance 2	17	9,59 (3,02)	10	9,30 (3,59)	15	8,40 (2,26)	13	7,15 (1,72)	5,074* (,090)	1,075 (,021)	,419 (,008)
Lien positif séance 6	13	15,98 (2,94)	_	_	10	19,56 (3,45)	1	22,00	7,175* (,255)	_	_
Lien positif séance score moyen	18	16,17 (3,14)	12	17,54 (2,40)	15	18,67 (2,06)	17	20,39 (3,79)	5,147* (,082)	1,700 (,028)	,057 (,001)
Lien positif séance score moyen séances 1-2	17	16,74 (3,28)	12	17,82 (2,29)	15	18,60 (2,21)	17	19,40 (4,13)	4,536* (,074)	1,550 (,026)	,021 (,000)
Lien positif séances score moyen séances 6+	11	15,59 (3,36)	_	_	9	18,99 (2,70)	1	21,50	7,083* (,282)	_	_

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles ; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

3.3.2 Les réactions subjectives du conseiller

Les anovas effectués pour chaque séance indiquent que les conseillers formés vivent plus de conflits avec eux-mêmes à la séance 2, $F(1, 54) = 6{,}098$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,107) et sur la moyenne des séances 1 et 2 $F(1, 61) = 4{,}079$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,067) que les conseillers non formés. À la séance 2, les conseillers formés indiquent être davantage préoccupés par leurs propres besoins $F(1, 55) = 5{,}074$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,090) que les conseillers non formés. De plus, les conseillers formés indiquent avoir moins de liens positifs avec les travailleurs à la séance 6, $F(1, 24) = 7{,}175$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,255) et sur le score moyen des séances 1 et 2, $F(1, 62) = 4{,}536$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,074), séance 6 et plus $F(1, 20) = 7{,}083$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,282) et le score moyen $F(1, 62) = 5{,}147$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,082) que les conseillers non formés (tableau 29).

3.3.3 L'impact de l'adhésion des conseillers formés au modèle d'intervention en counseling de réadaptation

Nous désirons maintenant investiguer l'influence du degré d'adhésion du conseiller au modèle d'intervention en counseling de réadaptation sur les indicateurs de réadaptation et de la qualité du processus de réadaptation (hypothèse 9). Dans un premier temps, nous allons toutefois examiner le degré de motivation des conseillers, son évolution au cours de la période de l'étude et son lien avec le degré d'adhésion au modèle d'intervention.

3.3.3.1 La motivation des conseillers

Comme nous l'avons souligné plus haut, la motivation des conseillers face à leur travail est une variable pertinente à considérer pour tenter de mieux comprendre l'engagement et l'implication du conseiller dans son développement et dans la qualité des services rendus. Les analyses préliminaires avaient révélé que les conseillers ne se distinguaient pas au temps 1 sur la variable motivation. Toutefois, lorsque nous comparons à l'aide d'anovas 2(formation) x 2(temps) les conseillers formés aux conseillers non formés, nous obtenons plusieurs résultats significatifs (tableau 30).

Ces résultats indiquent sur 3 échelles une baisse significative de motivation intrinsèque de l'ensemble des conseillers face à leur travail en général. C'est dire que les conseillers signalent une perte de motivation à accomplir leur travail par plaisir et satisfaction. Ces résultats valent autant pour les conseillers formés et non formés. De plus, ils démontrent une augmentation de motivation extrinsèque, en particulier à des fins instrumentales dites de régulation par identification. Ce type de motivation indique que les conseillers valorisent certains aspects d'une activité comme l'engagement dans un projet de recherche parce que celui-ci leur permet de développer des habiletés dans d'autres domaines que leur travail spécifique. Lorsque l'on compare la motivation des conseillers à l'aide des tests *t* appariés pour les temps 1 et 2, nous découvrons que les deux groupes de conseillers formés $T(11) = 3{,}506$, $p<{,}01$ et non formés $T(7) = 2{,}861$, $p<{,}05$ démontrent une diminution de motivation intrinsèque en général et, spécifiquement, une diminution de motivation intrinsèque de stimulation pour les conseillers formés, $T(18) = 6{,}547$, $p<{,}001$ et pour les conseillers non formés, $T(7) = 3{,}128$, $p<{,}05$. Une augmentation significative de la motivation extrinsèque caractérisée par la régulation par identification

est aussi observée pour les conseillers formés T(11) = -2,609, p<,05 et non formés T(7) = -3,873, p<,01.

De leur côté, les conseillers formés manifestent une diminution significative de motivation d'accomplissement T(11) = 2,406, p<,05 et de motivation extrinsèque de régulation par introjection T(11) = 5,042, p<,001. Par ailleurs, à la fin de leur participation à la recherche, les conseillers non formés manifestent davantage d'amotivation, T(7) = -2,848, p<,05, c'est-à-dire d'absence de motivation. Ce type d'absence de motivation se caractérise souvent par la perception que les comportements sont causés par des facteurs indépendants de la volonté et qu'aucune relation n'est perçue entre les actions posées et les résultats obtenus.

Tableau 30
Anovas comparant les conseillers formés et non formés sur leur degré de motivation

Variable	Conseillers formés		Conseillers non formés				
	n	*M (ET)*	*n*	*M (ET)*	*Formation*	*Temps*	*Formation x temps*
M. I. à l'accomplissement							
Pré-intervention	11	24,36 (2,38)	7[1]	23,29 (5,12)	,223	7,580**	,215
Post-intervention	11	22,36 (3,23)	7	21,85 (4,45)			
M. I. à la connaissance							
Pré-intervention	11	22,36 (5,16)	7[1]	21,57 (3,78)	,237	3,196	,013
Post-intervention	11	20,73 (4,08)	7	19,71 (3,73)			
M. I. à la stimulation							
Pré-intervention	11	19,82 (2,60)	7[1]	18,43 (5,53)	,315	41,746***	,526
Post-intervention	11	14,09 (2,17)	7	13,86 (3,53)			
M. E. par régulation identifiée							
Pré-intervention	11	17,00 (3,03)	7[1]	15,86 (3,39)	,458	15,66***	,052
Post-intervention	11	19,55 (3,62)	7	18,71 (3,25)			
M. E. par régulation introjectée							
Pré-intervention	11	16,64 (4,27)	7[1]	14,29 (5,15)	1,367	11,58**	,010
Post-intervention	11	13,91 (4,46)	7	11,71 (3,15)			
M. E. par régulation externe							
Pré-intervention	11	15,82 (4,24)	7[1]	18,43 (6,29)	3,304	,217	2,944
Post-intervention	11	15,00 (4,15)	7	19,86 (2,79)			
Amotivation externe							
Pré-intervention	11	10,18 (4,89)	7[1]	8,095 (6,14)	,473	1,846	,072
Post-intervention	11	11,36 (6,20)	7	9,86 (6,39)			
Amotivation interne							
Pré-intervention	11	4,55 (1,86)	7[1]	3,57 (1,13)	,426	2,546	,416
Post-intervention	11	5,09 (3,18)	7	4,86 (1,77)			
M. I. score cumulé							
Pré-intervention	11	66,55 (8,79)	7[1]	63,29 (13,76)	,334	7,58**	,141
Post-intervention	11	57,18 (7,93)	7	55,43 (9,88)			
M. E. score cumulé							
Pré-intervention	11	49,45(7,54)	7[1]	48,57(12,46)	,014	3,196	,836
Post-intervention	11	45,45(9,46)	7	50,29(5,53)			
Amotivation score cumulé							
Pré-intervention	11	14,73(6,26)	7[1]	11,67(7,02)	,563	2,635	,201
Post-intervention	11	16,45(8,70)	7	14,71(6,50)			

Note : Il manque les données pour un conseiller non formé au temps 1 sur sa motivation (il y a 8 conseillers non formés).
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

3.3.3.2 La motivation et l'adhésion à l'application de l'intervention de counseling

Les résultats de l'analyse de régression indiquent qu'aucune des 8 sous-échelles ni aucun des scores cumulés de la motivation de départ des conseillers formés ne prédit l'adhésion au modèle d'intervention, selon la perspective des deux juges externes. De plus, aucune corrélation n'est significative entre l'adhésion au modèle et la motivation des conseillers au temps 2, une fois leur participation à la recherche terminée. Poussant plus loin l'investigation de ces variables, nous avons également dichotomisé les conseillers pour procéder à des tests *t* entre les conseillers montrant une adhésion forte ou faible. Un seul résultat est significatif, soit que les conseillers adhérant moins au modèle montrent davantage d'amotivation interne au temps 2 (tableau 31). Aucune autre différence significative n'apparaît entre ces 2 groupes quant à leur motivation au début et à la fin de la recherche.

Tableau 31
Tests *t* comparant les conseillers adhérant fortement ou faiblement au modèle selon les juges externes sur leur motivation

Variable	Adhésion faible		Adhésion élevée		T
	n	M(ET)	n	M(ET)	
Amotivation interne temps 2	21	4,71 (2,90)	9	3,22 (,67)	2,224*

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Lorsque l'on regarde l'autoévaluation des conseillers quant à leur adhésion au modèle, il y a aucune différence significative entre les conseillers adhérant faiblement ou fortement au modèle et leur motivation. Les corrélations entre le degré d'adhésion au modèle selon les conseillers et leur motivation au temps 2 montrent que plus les conseillers adhèrent au modèle, plus ils démontrent de la motivation extrinsèque de régulation par introjection et moins ils sont amotivés (tableau 32). Les tests *t* effectués à partir des autoévaluations d'adhésion au modèle ne révèlent aucun résultat significatif.

Tableau 32
Corrélations entre l'adhésion au modèle par les conseillers formés et leur motivation à la suite de la recherche

	Adhésion au modèle (n=27)
Adhésion modèle – M. E. régulation par introjection	,401*
Adhésion modèle – amotivation interne	-,533**
Adhésion modèle – amotivation score cumulé	-,408*

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

3.3.3.3 L'adhésion des conseillers et soutien à l'application du modèle d'intervention

Dans l'étude de l'impact d'un programme d'intervention, il est important de vérifier si les conseillers formés ont appliqué les nouveaux apprentissages en situation réelle. Pour vérifier cette adhésion, nous avons obtenu une cotation sous forme d'autoévaluation par les conseillers sur une échelle de Likert en 6 points et une deuxième cotation par des juges externes sur la même échelle. À la suite d'une cotation indépendante de deux juges, un taux d'accord d'environ 98 % fut obtenu, soit une corrélation de $r = 0,982$, $p<,01$. Une moyenne de 4,09 sur une échelle de 6 points est exprimée par les conseillers, alors que les deux juges externes ne leur accordent que 2,54 sur une possibilité de 6. Les conseillers indiquent en moyenne qu'ils sont un peu d'accord à prétendre avoir adhéré au modèle

d'intervention, alors que les deux juges externes se déclarent un peu en désaccord (tableau 33).

Tableau 33
Moyenne d'adhésion au modèle selon les conseillers et les juges externes

	Conseillers	Juges externes
	M (ET)	M (ET)
Adhésion au modèle	4,09 (,69)	2,54 (1,26)

Ces résultats sont importants car ils soulignent qu'en moyenne selon les juges externes, les conseillers n'ont pas adhéré de façon importante à l'application du modèle en situation réelle. De leur côté, les conseillers évaluent assez faiblement leur adhésion au modèle. Il est intéressant de mettre ces résultats en rapport avec le soutien perçu pour appliquer ce modèle d'intervention. À la suite des formations offertes aux conseillers, près de 60 % d'entre eux avaient indiqué qu'ils ne croyaient pas pouvoir compter sur le soutien de leur direction dans leurs efforts de mise en application de ce modèle d'intervention en indiquant ne pas recevoir le soutien nécessaire. Sur une échelle en 6 points, ils se disent un peu en désaccord et un peu en accord avec l'énoncé leur demandant s'ils reçoivent le soutien nécessaire. En effet, sur un score possible de 6, ils évaluent en moyenne le soutien reçu à 3,89.

Pendant le processus d'expérimentation, les conseillers indiquent en moyenne n'avoir obtenu que peu de soutien pour appliquer le modèle d'intervention en counseling de réadaptation. Pour vérifier si le soutien obtenu pouvait avoir un lien avec l'adhésion du conseiller (hypothèse 10), nous avons effectué des analyses de corrélation. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de corrélation significative entre les conseillers ayant reçu plus de soutien et le taux d'adhésion au modèle d'intervention (tableau 34). Lorsque l'on observe les données brutes quant à la perception du soutien selon le niveau d'adhésion au modèle, celles-ci indiquent très faiblement que les conseillers ayant reçu plus de soutien ont tendance à davantage adhérer au modèle d'intervention. Cette différence n'est toutefois pas significative. Ces résultats méritent d'être examinés en tenant compte à la fois du niveau peu élevé de soutien perçu et de la perception du climat et de la culture organisationnelle peu favorables à l'application d'un tel modèle d'intervention.

Tableau 34
Corrélation entre l'adhésion au modèle selon les conseillers, les juges externes et le soutien à l'application du modèle perçu par les conseillers

	r		
	1	2	3
1. Adhésion selon juges externes	–		
2. Adhésion selon conseillers	,447*	–	
3. Soutien perçu au modèle	,103	,104	–

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

3.3.3.4 L'impact de l'adhésion des conseillers formés à l'application du modèle d'intervention sur les indicateurs de réadaptation et de la qualité du processus

3.3.3.4.1 L'impact de l'adhésion cotée par des juges externes sur les indicateurs de réadaptation

Par la suite, nous avons voulu étudier l'hypothèse 10 postulant que les conseillers formés adhérant davantage au modèle d'intervention obtiennent de meilleurs résultats selon certains indicateurs multidimensionnels de réadaptation (détresse, satisfaction par rapport à la vie et la santé, stade de changement, douleur, sentiment d'efficacité, intention de retourner au travail, sentiment de contrôle, stratégies d'adaptation, obstacles perçus, estime de soi et satisfaction par rapport aux services). Une série d'analyses de variance multivariées 2(adhésion) X 2(temps 1-2) et 2(adhésion) X 2(temps 1-3) ont été faites sur la variable adhésion, selon les évaluations de juges externes, catégorisée en 2 groupes : adhésion faible (0-3,49/6) et adhésion un peu moins faible (3,5+/6).

Des manovas 2 X 2 ont été faites pour les variables suivantes : la détresse globale, la dépression, l'anxiété situationnelle et générale. Les résultats indiquent qu'entre le temps 1(pré-intervention) et le temps 2 (post-intervention), il y a des effets principaux significatifs sur la variable temps pour la dépression $F(1, 22) = 5,574$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,218) et pour l'anxiété générale $F(1, 22) = 4,459$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,182). Ici, peu importe le degré d'adhésion au modèle, les travailleurs voient leur dépression et leur anxiété générale diminuer significativement entre les temps 1 et 2. Quand on regarde les données descriptives entre les groupes, on observe une tendance non significative, à savoir que les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage au modèle voient ces symptômes diminuer davantage (tableau 35). Entre les temps 1 et 3, on ne trouve aucune différence significative (tableau 36).

Des analyses de variance multivariées 2 X 2 ont été faites sur la variable sentiment par rapport à la vie et à la santé en général. Aucune des analyses ne s'avère significative. Donc, il n'y a pas de différence entre le temps 1 et 2 et le temps 1 et 3 entre les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage au modèle et ceux adhérant moins.

Deux analyses de variance 2 X 2 ont été faites sur la variable liée aux stades de changement. Un effet principal de temps $F(1, 22)= 4,434$, $p=,05$ (η^2 partiel = ,227) a été obtenu entre les temps 1 et 2. Les travailleurs suivis par des conseillers formés montrent une augmentation significative de leurs stades de changement, peu importe le degré d'adhésion au modèle (tableau 35). Entre les temps 1 et 3, on ne trouve aucune différence significative de changement de stade.

Deux manovas 2 X 2 ont aussi été effectuées sur la sévérité de la douleur, l'interférence de la douleur dans sa vie, la maîtrise sur sa vie et le niveau d'activité général. Un effet principal de temps pour la perception d'interférence de la douleur $F(1, 22) = 6,515$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,246) et pour le niveau d'activité général $F(1, 22) = 6,353$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,241) a été obtenu. Les travailleurs manifestent une diminution de l'interférence de la douleur dans leur vie et une augmentation du niveau d'activité général, peu importe l'adhésion des conseillers au modèle. On peut observer toutefois que ceux suivis par les conseillers adhérant davantage montrent un changement plus grand sur ces deux variables (tableau 35).

Tableau 35
Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les juges sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 2

	CF Adhésion faible (n = 14)		**CF Adhésion élevée (n = 8)**		**F (η^2 partiel)**		
	T1	T2	T1	T2	Adhésion	temps	Adhésion x temps
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)			
Détresse							
Indice global de sévérité	1,02 (,59)	,92 (,63)	,82 (,57)	,59 (,44)	1,447 (,067)	1,703 (,078)	,283(,014)
Dépression	15,64 (6,82)	14,71 (7,55)	16,74 (7,79)	10,18 (9,19)	,327 (,016)	5,574 (,218) *	3,153 (,136)
Anxiété générale (trait)	42,14 (10,53)	41,00 (11,02)	43,75 (9,91)	36,13 (10,26)	,152 (,008)	4,459 (,182) *	2,437 (,109)
Anxiété situationnelle (état)	43,00 (14,44)	39,71 (11,42)	39,38 (8,81)	37,13 (11,86)	,436 (,021)	1,095 (,052)	,038 (,002)
Satisfaction par rapport à la vie	3,86 (1,46)	4,21 (,89)	4,00 (1,31)	3,38 (1,06)	1,012 (,048)	,109 (,005)	1,464 (,068)
Satisfaction par rapport à la santé	4,29 (1,77)	4,57 (1,02)	4,25 (1,39)	4,00 (1,77)	,270 (,013)	,003 (,000)	,724 (,035)
Stades de changement	2,64 (1,08)	3,50 (1,02)	2,63 (1,30)	3,63 (1,41)	,024 (,001)	5,881 (,227) *	,035 (,002)
Douleur							
Sévérité	3,98 (,96)	3,64 (1,37)	4,25 (,50)	3,38 (1,72)	,000 (,000)	2,497 (,111)	,502 (,024)
Interférence dans la vie	4,49 (,71)	3,93 (1,22)	4,61 (,91)	3,38 (2,04)	,262 (,013)	6,515 (,246) *	,914 (,044)
Maîtrise sur sa vie	3,16 (,94)	3,59 (1,12)	3,03 (1,32)	3,56 (1,37)	,031 (,002)	3,699 (,156)	,042 (,002)
Niveau d'activité général	2,20 (1,26)	2,47 (1,15)	1,50 (,79)	2,15 (,80)	1,306 (,061)	6,353 (,241) *	1,112 (,053)
Sentiment d'efficacité	3,18 (,75)	3,09 (,70)	2,86 (1,35)	3,14 (1,07)	,133 (,008)	,142 (,009)	,529 (,032)
Capacité de conserver emploi	4,36 (1,36)	2,45 (1,64)	2,43 (1,99)	3,14 (1,07)	1,367 (,079)	4,068 (,203)	7,436 (,317) *
Intention de RAT	4,91 (2,12)	5,73 (1,79)	4,14 (2,79)	5,86 (1,68)	,121 (,008)	8,272 (,341) *	1,036 (,061)
Sentiment de contrôle							
Contrôle 1	1,93 (,62)	1,93 (,73)	2,50 (1,20)	2,25 (1,16)	2,983 (,130)	,179 (,009)	,179 (,009)
Contrôle 2	2,07 (1,07)	2,29 (,83)	2,38 (1,30)	3,25 (,71)	3,798 (,160)	3,429 (,146)	1,262 (,059)
Contrôle 3	3,00 (,96)	3,21 (,89)	3,13 (,83)	2,38 (1,06)	1,032 (,049)	1,472 (,069)	4,768 (,193) *
Stratégies d'adaptation							
Confrontation	5,00 (2,66)	5,07 (2,23)	3,00 (1,63)	4,86 (2,85)	1,182 (,059)	4,352 (,186) p=,51	3,731 (,164)
Établissement distance	6,43 (2,98)	7,57 (2,87)	6,29 (4,07)	8,29 (1,80)	,066 (,003)	3,594 (,159)	,267 (,014)
Maîtrise de soi	8,29 (5,33)	9,07 (3,36)	7,00 (3,61)	7,14 (3,89)	,920 (,046)	,205 (,011)	,098 (,005)
Recherche soutien social	7,50 (4,54)	9,36 (3,25)	8,71 (5,94)	10,86 (3,48)	,666 (,034)	3,577 (,158)	,018 (,001)
Acceptation responsabilité	3,43 (2,28)	2,98 (2,51)	2,43 (2,07)	1,29 (1,25)	2,094 (,099)	3,595 (,159)	,673 (,034)
Évitement	5,45 (3,62)	5,79 (3,79)	5,86 (3,24)	5,86 (3,58)	,030 (,002)	,032 (,002)	,032 (,002)
Plan, résolution problème	6,36 (3,34)	7,86 (3,21)	5,57 (4,72)	9,00 (2,89)	,016 (,001)	10,811 (,363)**	1,655 (,080)
Réévaluation positive	5,57 (4,77)	6,36 (2,95)	5,86 (4,41)	7,00 (5,03)	,074 (,004)	1,014 (,051)	,035 (,002)

Tableau 35 (suite)
Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les juges sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 2

	CF Adhésion faible (n = 14)		**CF Adhésion élevée (n = 8)**		**F (η^2 partiel)**		
	T1 M (ET)	T2 M (ET)	T1 M (ET)	T2 M (ET)	Adhésion	temps	Adhésion x temps
Obstacles à la réinsertion							
Obstacles positifs	50,77 (28,49)	60,04 (30,69)	51,69 (29,12)	43,92 (29,95)	,418 (,020)	,017 (,001)	2,154 (,097)
Manque d'habiletés	5,96 (1,17)	5,74 (1,37)	6,25 (,57)	6,65 (,45)	2,425 (,108)	,111 (,006)	1,217 (,057)
Autonomie/conflit	6,09 (,88)	5,89 (1,18)	5,84 (1,22)	6,47 (1,06)	,156 (,008)	,879 (,042)	3,230 (,139)
Facteurs externes	5,93 (,93)	5,70 (1,16)	5,21 (1,73)	6,06 (1,37)	,142 (,007)	1,252 (,059)	3,707 (,156)
Santé	5,58 (1,01)	5,52 (1,15)	4,92 (1,75)	5,92 (1,46)	,090 (,004)	1,851 (,085)	2,350 (,105)
Estime de soi							
Positive	53,43 (7,35)	51,86 (9,31)	59,88 (9,16)	60,00 (6,93)	4,434 (,181) *	,346 (,017)	,475 (,023)
Négative	-23,57 (11,40)	-24,21 (11,87)	-19,63 (11,72)	-19,13 (8,48)	,907 (,043)	,003 (,00)	,165 (,008)

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles. Contrôle 1 = l'impression de contrôle sur l'issue de la situation; Contrôle 2 = sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation; Contrôle 3 = sentiment de devoir accepter la situation parce qu'il ne peut la changer.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 36
Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les juges sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3

	CF Adhésion faible (n = 13)		**CF Adhésion élevée (n = 5)**		**F (η^2 partiel)**		
	T1	T3	T1	T3	Adhésion	temps	Adhésion x temps
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)			
Détresse							
Indice global de sévérité	1,01 (,61)	,85 (,55)	,82 (,64)	1,02 (,38)	,002 (,000)	,019 (,001)	1,390 (,080)
Dépression	15,38 (6,96)	16,02 (8,87)	15,40 (10,01)	15,60 (11,55)	,002 (,000)	,078 (,005)	,021 (,001)
Anxiété générale (trait)	42,46 (9,93)	44,92 (11,97)	44,80 (12,11)	44,60 (14,84)	,171 (,011)	,154 (,010)	1,449 (,083)
Anxiété situationnelle (état)	42,38 (11,67)	39,46 (12,16)	41,00 (11,22)	45,80 (18,83)	,034 (,020)	,086 (,005)	,213 (,013)
Satisfaction par rapport à la vie	3,85 (1,52)	3,62 (1,56)	3,60 (1,14)	3,00 (2,12)	,356 (,022)	1,009 (,059)	,199 (,012)
Satisfaction par rapport à la santé	3,85 (1,77)	3,85 (1,57)	3,80 (1,48)	2,60 (1,48)	,742 (,044)	1,705 (,096)	1,705 (,096)
Stades de changement	2,75 (1,14)	3,08 (1,24)	2,40 (1,14)	3,20 (1,64)	,055 (,004)	1,640 (,099)	,278 (,018)
Douleur							
Sévérité	3,92 (,96)	3,64 (1,25)	4,47 (,51)	4,40 (,80)	2,550 (,137)	,247 (,015)	,094 (,006)
Interférence dans la vie	4,64 (,81)	3,99 (1,19)	4,60 (1,05)	4,90 (1,37)	,772 (,046)	,391 (,024)	2,947 (,156)
Maîtrise sur sa vie	3,37 (1,03)	3,69 (,99)	3,10 (1,49)	2,85 (2,34)	1,014 (,060)	,008 (,001)	,474 (,029)
Niveau d'activité général	2,29 (1,28)	2,62 (1,49)	1,47 (,81)	2,12 (,67)	1,118 (,065)	5,119 (,242) *	,525 (,032)
Sentiment d'efficacité	3,09 (,70)	2,73 (,79)	3,40 (1,52)	2,60 (1,67)	,032 (,002)	4,883 (,259) *	,687 (,047)
Capacité de conserver emploi	4,00 (,89)	1,73 (1,27)	3,20 (2,28)	2,20 (2,17)	,048 (,003)	25,541(,646)***	3,863 (,216)
Intention de RAT	5,18 (2,04)	4,64 (2,20)	5,00 (2,00)	4,60 (2,88)	,01 (,001)	,331 (,023)	,008 (,001)
Sentiment de contrôle							
Contrôle 1	2,08 (,49)	2,00 (,71)	1,80 (,84)	1,40 (,55)	3,238 (,168)	1,084 (,063)	,497 (,030)
Contrôle 2	2,15 (1,07)	2,46 (,97)	2,60 (1,14)	2,40 (,89)	,155 (,010)	,058 (,004)	1,287 (,074)
Contrôle 3	3,00 (1,00)	3,15 (,69)	3,00 (1,00)	2,60 (,89)	,659 (,040)	,153 (,009)	,774 (,046)
Stratégies d'adaptation							
Confrontation	4,46 (2,44)	5,46 (2,47)	3,50 (1,29)	5,75 (,96)	,082 (,005)	9,549 (,389)**	1,413 (,086)
Établissement distance	6,23 (3,03)	7,23 (3,24)	7,50 (4,12)	7,75 (2,50)	,296 (,019)	,614 (,039)	,221 (,015)
Maîtrise de soi	7,46 (5,27)	8,69 (3,97)	7,75 (2,36)	10,50 (3,87)	,224 (,015)	2,702 (,153)	,394 (,026)
Recherche soutien social	7,85 (4,38)	8,31 (4,27)	9,50 (6,25)	10,00 (2,71)	,503 (,032)	,275 (,018)	,000 (,000)
Acceptation responsabilité	3,38 (2,36)	2,92 (2,43)	3,25 (2,22)	2,75 (,500)	,018 (,001)	,704 (,045)	,001 (,000)
Évitement	4,72 (3,16)	5,85 (3,98)	6,75 (2,63)	9,75 (4,92)	2,870 (,161)	3,224 (,177)	,663 (,042)
Plan, résolution problème	6,23 (3,54)	7,77 (3,72)	7,25 (5,44)	8,25 (4,11)	,129 (,008)	2,707 (,153)	,112 (,008)
Réévaluation positive	6,00 (4,69)	7,38 (3,73)	8,25 (3,86)	5,75 (3,30)	,023 (,002)	,211 (,014)	2,564 (,146)

Tableau 36 (suite)
Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les juges sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3

	CF Adhésion faible (n = 13)		**CF Adhésion élevée (n = 5)**		**F (η^2 partiel)**		
	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	Adhésion	temps	Adhésion x temps
Obstacles à la réinsertion							
Obstacles positifs	54,05 (27,56)	62,99 (29,66)	66,49 (19,73)	64,32 (37,57)	,250 (,015)	,268 (,016)	,719 (,043)
Manque d'habiletés	5,88 (1,18)	5,57 (1,10)	6,00 (,57)	4,88 (2,27)	,253 (,016)	3,571 (,182)	1,156 (,067)
Autonomie/conflit	6,02 (,87)	5,59 (1,05)	5,25 (1,17)	5,25 (1,540	1,230 (,071)	,635 (,038)	,635 (,038)
Facteurs externes	4,40 (1,66)	5,32 (1,13)	4,40 (1,66)	4,13 (2,12)	6,133 (,277) *	1,397 (,080)	,257 (,016)
Santé	5,44 (1,02)	4,96 (1,29)	4,00 (1,45)	4,40 (1,69)	3,478 (,179)	,008 (,001)	1,160 (,068)
Estime de soi							
Positive	54,17 (7,18)	49,92 (7,83)	56,40 (9,45)	56,20 (4,55)	1,376 (,084)	1,823 (,108)	1,510 (,091)
Négative	-24,42 (11,14)	-25,50 (10,48)	-25,00 (11,98)	-24,80 (12,03)	,000 (,000)	,061 (,004)	,129 (,009)
Satisfaction services reçus[1]							
Habiletés et attitudes	37,75 (4,90)	35,42 (8,43)	41,40 (4,62)	36,60 (11,10)	,527 (,034)	2,995 (,166)	,358 (,023)
Résultats perçus	31,10 (6,35)	29,83 (6,95)	34,20 (4,82)	24,40 (12,30)	,053 (,004)	8,524 (,362) *	3,706 (,198)
Procédures	20,29 (3,32)	19,08 (4,56)	21,00 (2,92)	17,40 (6,11)	,069 (,005)	3,665 (,196)	,907 (,057)
Accessibilité	16,06 (2,82)	15,25 (3,35)	17,13 (2,72)	14,87 (5,16)	,048 (,003)	3,047 (,169)	,689 (,044)
Attente	7,92 (1,68)	7,33 (1,67)	8,60 (1,67)	8,20 (2,17)	1,017 (,064)	,881 (,055)	,031 (,002)
Satisfaction globale	121,12 (18,41)	113,37 (25,60)	130,69 (16,34)	108,83 (37,41)	,052 (,003)	5,022 (,251) *	1,140 (,071)

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles. Contrôle 1 = l'impression de contrôle sur l'issue de la situation; Contrôle 2 = sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation; Contrôle 3 = sentiment de devoir accepter la situation parce qu'il ne peut la changer.

1. La satisfaction par rapport aux services reçu n'a été évaluée qu'aux temps 2 et 3. Ainsi, la comparaison se fait entre les temps 2 et 3 pour cette variable seulement.

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Entre les temps 1 et 3, on observe un effet principal de temps pour le niveau d'activité général F(1, 18) = 5,119, p<,05 (η^2 partiel = ,242). Les travailleurs montrent une augmentation du niveau d'activité général, peu importe l'adhésion des conseillers formés au modèle. Encore une fois, on peut noter que les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage montrent un changement plus grand sur cette variable (tableau 36).

Des analyses de variance multivariées 2 X 2 ont été faites sur les variables suivantes concernant exclusivement les travailleurs non retournés au travail : 1) sentiment d'être capable de conserver leur emploi malgré les conséquences de l'accident, 2) sentiment général d'efficacité, soit la confiance en la capacité de faire face à la situation d'arrêt de travail et 3) intention de retourner au travail**.** Entre le temps 1 et le temps 2, on peut observer un effet principal de temps pour la variable concernant l'intention de retourner au travail F(1, 18) = 8,272 p<,05 (η^2 partiel = ,341). Ici, peu importe le degré d'adhésion au modèle, les travailleurs suivis par les conseillers formés montrent une hausse de leur intention de retourner au travail. On peut voir que l'augmentation pour les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage au modèle est légèrement plus élevée, sans toutefois être significative. Un effet d'interaction adhésion X temps pour le sentiment d'être capable de conserver leur emploi malgré les conséquences de l'accident F(1, 18) = 7,436, p<,05 (η^2 partiel = ,317) est obtenu. Les travailleurs suivis par les conseillers adhérant moins au modèle rapportent un sentiment plus élevé d'être capable de conserver leur emploi malgré les conséquences de l'accident, avant la prise en charge par leur conseiller au temps 1 T(18) = 2,463, p<,05 (η^2 partiel = ,275). Par contre, ceux-ci voient leur sentiment d'être capable de conserver leur emploi diminuer significativement entre le temps 1 et le temps 2, T(18) = 3,389, p<,05 (η^2 partiel = ,535). Aucun résultat significatif n'est observé pour leur sentiment d'efficacité personnelle, quoique les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage au modèle, montrent une faible augmentation, alors que ceux suivis par les conseillers adhérant moins au modèle montrent une légère baisse (tableau 35). Entre le temps 1 et 3, on peut observer deux effets principaux de temps quant à leur sentiment d'être capable de conserver un emploi malgré les conséquences de l'accident F(1, 16) = 25,541, p<,001 (η^2 partiel = ,646) et à leur sentiment d'efficacité personnelle F(1, 16) = 4,883, p<,05 (η^2 partiel = ,259). Peu importe le degré d'adhésion des conseillers, les travailleurs montrent une diminution de leur sentiment d'être capable de conserver un emploi malgré les conséquences de l'accident et de leur sentiment d'efficacité personnelle entre le temps 1et le temps 3 (tableau 36).

Des analyses de variance multivariées ont été faites sur certains éléments de la variable contrôle perçu par les travailleurs sur ce qui leur arrive à la suite de l'accident de travail, soit 1) impression de contrôle sur l'issue de la situation, 2) sentiment que je peux faire quelque chose pour changer la situation, et 3) sentiment que je dois accepter la situation qui ne peut être changée. Entre les temps 1 et 2, un effet d'interaction adhésion X temps pour le sentiment d'accepter la situation qui ne peut pas changer F(1, 22) = 4,768, p<,05 (η^2 partiel = ,193) est obtenu. Aucun test *t* n'est significatif. L'examen des données descriptives suggère que le sentiment qu'ils doivent accepter la situation augmente pour les travailleurs suivis par les conseillers adhérant moins au modèle, alors qu'il diminue pour les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage au modèle (tableau 35). Entre le temps 1 et le temps 3, aucune différence significative n'est observée.

Les manovas 2 x 2 faites sur les stratégies d'adaptation révèlent un effet principal significatif temps pour la stratégie planification de résolution de problème F(1, 19) = 10.811, p<,01 (η^2 partiel = ,363) et un effet presque significatif pour la stratégie confrontation F(1, 19) = 4.352, P = ,051 (η^2 partiel = ,186). Ces résultats indiquent que l'ensemble des travailleurs suivis par les conseillers formés rapportent une augmentation de l'utilisation de ces stratégies d'adaptation entre les temps 1 et 2 indépendamment du niveau d'adhésion au modèle d'intervention (tableau 35). Entre les temps 1 et 3, on observe un effet principal temps pour la stratégie confrontation F(1, 19) = 9,549, p<,01 (η^2 partiel = ,389) reflétant que l'ensemble des travailleurs suivis par les conseillers formés montrent une augmentation de l'utilisation de la confrontation entre les temps 1 et 3 indépendamment du niveau d'adhésion au modèle d'intervention (tableau 36).

Les manovas 2 x 2 faites avec la variable obstacles, soit 1) nombre d'obstacles perçus, et 2) sentiment d'être capable de surmonter les obstacles suivants : a) manque d'autonomie et les conflits avec les collègues, c) facteurs externes, d) santé et e) manque d'habiletés. Entre les temps 1 et 2, aucune différence significative n'est observée (tableau 35). Un effet principal intersujets pour le sentiment d'être capable de surmonter l'obstacle des facteurs externes F(1, 18) = 6,133, p<,05 (η^2 partiel = ,277) est obtenu entre les temps 1 et 3. Seuls les travailleurs suivis par les conseillers adhérant moins au modèle indiquent une diminution significative de leur sentiment de pouvoir surmonter l'obstacle des facteurs externes T(13) = 3,212, p<,05 (η^2 partiel = ,462). Les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage au modèle montrent aussi une diminution, celle-ci s'avère non significative (tableau 36).

Les deux manovas 2 x 2 effectuées pour la variable estime de soi indiquent des différences significatives. Un effet principal intersujets pour l'estime de soi positive F(1, 22) = 4,434, p<,05 (η^2 partiel = ,181) est obtenu. Les travailleurs suivis pas les conseillers adhérant davantage au modèle montrent une plus grande estime de soi positive au temps 2. Bien qu'il n'y ait pas de différence significative dans l'évolution de l'estime de soi dans le temps, on peut voir que les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage montrent une légère hausse de leur estime de soi, alors que ceux suivis par les conseillers adhérant moins au modèle montrent une légère baisse (tableau 35). Entre les temps 1 et 3, il n'y a aucune différence significative.

Finalement, des manovas 2 x 2 ont été faites pour la variable satisfaction par rapport aux services. Les données pour cette variable ne sont récoltées qu'aux temps 2 et 3, suite aux interventions des conseillers. Donc, entre les temps 2 et 3, on peut observer un effet principal de temps pour la satisfaction par rapport aux résultats obtenus F(1, 17) = 8,524, p<,05 (η^2 partiel = ,362) et la satisfaction globale F(1, 17) = 5,022, p<,05 (η^2 partiel = ,251). Les travailleurs suivis par les conseillers formés montrent une diminution significative de leur satisfaction par rapport aux résultats perçus, peu importe le degré d'adhésion au modèle (tableau 36).

3.3.3.4.2 L'impact de l'adhésion cotée par des juges externes sur les indicateurs de la qualité du processus

Une série d'analyses de variance univariées (anovas) ont été effectuées sur la variable adhésion au modèle d'intervention, telle que perçue par les juges externes, catégorisée en 2 groupes : adhésion faible (0-3,49/6) et adhésion un peu moins faible (3,5+/6) sur plusieurs indicateurs de la qualité du processus de réadaptation. Les résultats indiquent que les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage au modèle d'intervention se disent plus stimulés (éveil) en moyenne que ceux suivis par les conseillers qui adhèrent moins au modèle, $F(1, 29) = 6.287$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,183). De plus, les conseillers adhérant davantage au modèle d'intervention rapportent plus de profondeur à la séance 3 que les conseillers qui adhèrent moins au modèle, $F(1, 19) = 5,773$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,243) (tableau 37).

Tableau 37
Anovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les juges externes sur les indicateurs de qualité du processus

	CF Adhésion faible		CF Adhésion élevée		F (η^2 partiel)
	N	M (ET)	N	M (ET)	
Éveil – score moyen selon travailleur	21	16.67 (2.84)	9	19.79 (3.73)	6.287 (.183)*
Profondeur - séance 3 selon conseiller	11	21.27 (5.37)	9	26.78 (4.74)	5.773 (.243)*

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

3.3.3.4.3 Impact de l'adhésion autoévaluée des conseillers formés sur les indicateurs de réadaptation

Dans un deuxième temps, une autre série de manovas ont été réalisées sur la variable adhésion telle que perçue par les conseillers, catégorisée aussi en 2 groupes : adhésion faible (0-4,00/6) et adhésion élevée (4,01+/6). Compte tenu que les conseillers formés font en moyenne une évaluation plus élevée de leur adhésion que l'évaluation des juges externes, le point de rupture pour distinguer ceux adhérant plus fortement et moins fortement au modèle n'a pu être le même que pour l'évaluation faite par les juges externes.

Des manovas 2(adhésion) 2(temps 1 et 2, temps 1 et 3) ont été faites pour les variables suivantes : détresse globale, dépression, anxiété situationnelle et générale. Aucune différence significative n'a été identifiée entre les travailleurs suivis par des conseillers qui s'évaluent positivement ou négativement sur leur adhésion au modèle (tableaux 38 et 39).

Deux manovas 2 x 2 ont été faites pour la variable sentiment par rapport à la vie en général et la santé. Entre les temps 1-2, on peut observer un effet principal intersujets pour le sentiment par rapport à la vie en général $F(1, 19) = 4,540$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,211). On peut noter que le sentiment par rapport à la vie au temps 1, donc avant la prise en charge, est plus élevé pour les travailleurs suivis par les conseillers formés qui s'autoévaluent comme adhérant peu au modèle $T(19) = 2,719$, $p<,05$ (η^2 partiel = ,303). À l'examen des données descriptives, on observe que les travailleurs suivis par les conseillers formés qui s'autoévaluent comme adhérant peu au modèle voient leur

satisfaction par rapport à la vie diminuer entre les temps 1et 2, alors que ceux qui sont suivis par les conseillers formés adhérant davantage au modèle voient leur satisfaction par rapport à la vie augmenter (tableau 38). Entre les temps 1et 3, aucun résultat significatif n'est obtenu.

Des anovas 2 x 2 ont été effectuées pour la variable stades de changement. Entre les temps 1et 2, on peut observer un effet principal de temps F (1, 19) = 8,385, p<,01 (η^2 partiel = ,330). Les travailleurs suivis par les conseillers formés manifestent une progression de leur stade de changement, peu importe le degré d'adhésion des conseillers. Ils se situent en moyenne au temps 1 entre les stades de contemplation et d'action et passent au temps 2 en moyenne entre les stades d'action et de maintien du changement. L'examen des données descriptives indique que les travailleurs suivis par les conseillers formés s'autoévaluant comme adhérant davantage au modèle montrent une progression plus grande, sans toutefois que cette différence soit significative (tableau 38). Entre les temps 1et 3, aucun résultat significatif n'est obtenu.

Des manovas 2 x 2 ont été faites sur la perception de la sévérité de la douleur, l'interférence de la douleur dans sa vie, la maîtrise sur sa vie et le niveau d'activité général. Entre les temps 1et 2, on constate un effet principal de temps pour l'interférence de la douleur dans la vie du travailleur F(1, 19) = 5,910, p<,05 (η^2 partiel = ,258). Les travailleurs suivis par les conseillers formés manifestent une diminution significative de l'interférence de la douleur dans leur vie, peu importe le degré d'adhésion du conseiller. L'examen des données descriptives indique que les travailleurs suivis par les conseillers formés s'autoévaluant comme adhérant davantage au modèle montrent une diminution plus marquée, sans toutefois qu'elle ne soit significative (tableau 38). Entre les temps 1 et 3, aucun résultat significatif n'est obtenu.

Des manovas 2 x 2 ont été faites pour les variables suivantes : 1) sentiment d'être capable de conserver leur emploi malgré les conséquence de l'accident, 2) sentiment d'efficacité générale, soit la confiance en la capacité de faire face à la situation d'arrêt de travail et 3) intention de retourner au travail. Entre les temps 1et 2, on peut observer un effet principal de temps pour l'intention de retourner au travail F(1, 16) = 7,179, p<,05 (η^2 partiel = ,339). Peu importe le degré d'adhésion au modèle, les travailleurs suivis par les conseillers formés montrent tous une augmentation de leur intention de retourner au travail entre les temps 1 et 2. Un effet d'interaction adhésion x temps pour le sentiment d'efficacité F(1, 16) = 7,267, p<,05 (η^2 partiel = ,342) est aussi obtenu. Les tests *t* subséquents indiquent que les travailleurs suivis par les conseillers formés qui s'autoévaluent comme adhérant peu au modèle montrent une baisse significative de leur sentiment d'efficacité entre les temps 1 et 2, T(10) = 3,000, p<,05 (η^2 partiel = ,500). Pour leur part, les travailleurs suivis par les conseillers formés adhérant davantage au modèle voient leur sentiment d'efficacité augmenter, mais pas de façon significative (tableau 38). Entre les temps 1et 3, un effet principal de temps pour la variable capacité de conserver leur emploi malgré les conséquence de l'accident F(1, 14) = 22,630, p<,001 (η^2 partiel = ,663), est observé. Les travailleurs suivis par les conseillers formés expriment une diminution significative de leur sentiment d'être capable de conserver leur emploi malgré les conséquences de l'accident, peu importe le degré d'adhésion du conseiller au modèle (tableau 39).

Tableau 38
Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les conseillers sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 2

	CF Adhésion faible (n = 10)		**CF Adhésion élevée (n = 9)**		**F (η^2 partiel)**		
	T1	T2	T1	T2	Adhésion	temps	Adhésion x temps
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)			
Détresse							
Indice global de sévérité	,84 (,62)	,78 (,70)	,93 (,50)	,72 (,43)	,005 (,000)	,857 (,048)	,273 (,016)
Dépression	13,29 (6,69)	12,70 (9,58)	19,22 (6,50)	12,60 (7,77)	,870 (,049)	4,403 (,206)	3,080 (,153)
Anxiété générale (trait)	39,50 (10,08)	38,10 (9,13)	44,67 (9,25)	38,33 (11,25)	,271 (,016)	2,643 (,135)	1,075 (,059)
Anxiété situationnelle (état)	40,30 (13,38)	41,00 (10,54)	41,11 (13,07)	36,11 (11,67)	,479 (,027)	,913 (,051)	1,459 (,079)
Satisfaction par rapport à la vie	4,50 (1,27)	3,70 (1,06)	3,00 (1,12)	3,89 (1,05)	4,540 (,211) *	,011 (,001)	4,066 (,193)
Satisfaction par rapport à la santé	4,40 (1,71)	4,10 (1,29)	4,11 (1,69)	4,44 (1,1)	,002 (,000)	,003 (,000)	1,073 (,059)
Stades de changement	2,70 (1,42)	3,30 (1,42)	2,33 (,71)	3,89 (,78)	,087 (,005)	8,385 (,330) **	1,648 (,088)
Douleur							
Sévérité	4,00 (,57)	3,80 (1,40)	4,19 (1,07)	3,33 (1,76)	,123 (,007)	1,564 (,084)	,601 (,034)
Interférence dans la vie	4,37 (,82)	3,78 (1,38)	4,85 (,62)	3,55 (1,96)	,078 (,005)	5,910 (,258) *	,832 (,047)
Maîtrise sur sa vie	3,33 (,97)	3,70 (,81)	2,83 (1,29)	3,36 (1,66)	,747 (,042)	2,616 (,133)	,075 (,004)
Niveau d'activité général	1,84 (1,01)	2,18 (,75)	2,19 (1,45)	2,54 (1,41)	,507 (,029)	2,846 (,143)	,000 (,000)
Sentiment d'efficacité	3,40 (,97)	2,90 (,88)	2,67 (1,03)	3,33 (,82)	,124 (,009)	,148 (,010)	7,267 (,342) *
Capacité de conserver emploi	4,40 (1,43)	2,70 (1,57)	2,33 (2,16)	2,00 (1,55)	3,855 (,216)	4,576 (,246)	2,067 (,129)
Intention de RAT	4,60 (2,27)	5,30 (2,00)	4,50 (2,81)	6,33 (1,21)	,216 (,015)	7,179 (,339) *	1,437 (,093)
Sentiment de contrôle							
Contrôle 1	2,30 (,82)	2,10 (,99)	1,89 (1,05)	2,00 (,87)	,771 (,043)	,020 (,001)	,240 (,014)
Contrôle 2	2,60 (,97)	2,40 (,97)	1,89 (1,27)	3,00 (,87)	,023 (,001)	2,346 (,121)	4,859 (,222)*
Contrôle 3	2,80 (,92)	3,10 (,88)	3,33 (,87)	2,67 (1,22)	,018 (,001)	,539 (,031)	3,744 (,180)
Stratégies d'adaptation							
Confrontation	4,22 (3,35)	4,44 (2,96)	4,33 (2,12)	5,44 (1,94)	,237 (,015)	1,674 (,095)	,744 (,044)
Établissement distance	6,00 (4,36)	7,44 (2,79)	6,22 (1,64)	8,00 (2,35)	,135 (,008)	3,144 (,164)	,034 (,002)
Maîtrise de soi	6,56 (5,94)	8,11 (4,04)	8,33 (2,55)	7,78 (3,42)	,174 (,011)	,281 (,017)	1,251 (,073)
Recherche soutien social	6,78 (6,50)	8,78 (3,99)	8,78 (3,46)	11,11 (2,89)	1,494 (,085)	3,863 (,194)	,023 (,001)
Acceptation responsabilité	2,11 (2,20)	1,67 (2,18)	3,33 (1,66)	2,07 (1,88)	,933 (,055)	4,203 (,208)	,961 (,057)
Évitement	4,00 (3,57)	4,44 (4,03)	7,15 (3,09)	8,56 (2,92)	4,016 (,201)	,006 (,000)	,301 (,018)
Plan, résolution problème	6,33 (4,95)	6,89 (3,18)	5,44 (1,74)	9,33 (2,60)	,310 (,019)	9,538 (,373)**	5,365 (,251)*
Réévaluation positive	3,89 (3,98)	4,56 (2,40)	6,22 (4,74)	7,78 (4,29)	2,986 (,157)	1,388 (,080)	,222 (,014)

Tableau 38 (suite)
Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les conseillers sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 2

	CF Adhésion faible (n = 10)		**CF Adhésion élevée (n = 9)**		**F (η^2 partiel)**		
	T1	T2	T1	T2	Adhésion	temps	Adhésion x temps
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)			
Obstacles à la réinsertion							
Obstacles positifs	53,78 (37,65)	58,65 (32,76)	47,44 (19,63)	43,24 (30,07)	,711 (,040)	,003 (,000)	,556 (,032)
Manque d'habiletés	6,12 (1,17)	6,20 (,72)	6,04 (,97)	6,51 (,71)	,091 (,005)	2,972 (,149)	1,487 (,080)
Autonomie/conflit	6,03 (1,19)	6,08 (1,05)	6,14 (,94)	6,50 (,74)	,431 (,025)	,982 (,055)	,562 (,032)
Facteurs externes	5,37 (1,30)	5,73 (1,29)	5,70 (1,41)	6,09 (1,06)	,467 (,027)	1,717 (,092)	,001 (,000)
Santé	5,30 (1,34)	5,40 (1,29)	5,26 (1,56)	6,26 (,78)	,687 (,039)	3,054 (,152)	2,045 (,107)
Estime de soi							
Positive	56,10 (8,02)	55,00 (9,40)	58,56 (7,86)	58,33 (7,00)	,688 (,039)	,235 (,014)	,104 (,006)
Négative	-20,40 (9,72)	-19,80 (12,75)	-21,78 (13,65)	-23,00 (9,370	,203 (,012)	,043 (,003)	,372 (,021)

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles. Contrôle 1 = l'impression de contrôle sur l'issue de la situation; Contrôle 2 = sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation; Contrôle 3 = sentiment de devoir accepter la situation parce qu'il ne peut la changer.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 39
Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les conseillers sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3

	CF Adhésion faible (n = 9)		**CF Adhésion élevée (n = 6)**		**F (η^2 partiel)**		
	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	Adhésion	temps	Adhésion x temps
Détresse							
Indice global de sévérité	,79 (,65)	,75 (,47)	,99 (,49)	1,26 (,48)	2,096 (,139)	,666 (,049)	1,294 (,091)
Dépression	12,33 (6,38)	13,56 (4,72)	19,83 (8,06)	20,67 (13,29)	3,379 (,206)	,422 (,031)	,015 (,001)
Anxiété générale (trait)	38,56 (10,21)	42,67 (9,72)	47,67 (7,06)	49,33 (15,93)	2,605 (,167)	,895 (,064)	,121 (,009)
Anxiété situationnelle (état)	43,00 (13,31)	43,11 (13,54)	37,50 (7,58)	40,00 (18,31)	,463 (,034)	,145 (,011)	,160 (,012)
Satisfaction par rapport à la vie	4,11 (1,45)	3,67 (1,58)	2,83 (,98)	2,67 (1,63)	3,235 (,199)	,499 (,037)	,103 (,008)
Satisfaction par rapport à la santé	3,78 (1,72)	3,33 (1,23)	3,67 (1,86)	2,83 (2,04)	,164 (,012)	1,861 (,125)	,172 (,013)
Stades de changement	2,50 (1,31)	2,88 (1,55)	2,50 (,84)	3,33 (1,21)	,223 (,018)	1,476 (,110)	,212 (,017)
Douleur							
Sévérité	4,07 (,68)	4,00 (,76)	4,11 (1,22)	4,39 (,93)	,278 (,021)	,198 (,015)	,590 (,043)
Interférence dans la vie	4,56 (,98)	4,52 (1,02)	4,97 (,55)	4,56 (1,44)	,229 (,017)	,576 (,042)	,426 (,032)
Maîtrise sur sa vie	3,72 (,83)	3,67 (,75)	2,67 (1,51)	2,83 (2,34)	2,903 (,183)	,014 (,001)	,058 (,004)
Niveau d'activité général	1,98 (,99)	2,09 (,97)	2,42 (1,72)	2,95 (1,88)	,901 (,065)	2,306 (,151)	,973 (,070)
Sentiment d'efficacité	3,44 (,88)	3,11 (1,05)	2,80 (1,20)	2,00 (1,00)	3,046 (0,202)	3,871 (,244)	,696 (,055)
Capacité de conserver emploi	4,11 (1,17)	2,56 (1,81)	3,20 (2,05)	1,00 (,00)	2,768 (,187)	22,630 (,663) ***	,656 (,052)
Intention de RAT	5,00 (2,00)	5,00 (1,80)	4,60 (2,07)	4,20 (2,95)	,452 (,036)	,063 (,005)	,063 (,005)
Sentiment de contrôle							
Contrôle 1	2,22 (,44)	1,89 (,60)	1,50 (,55)	1,50 (,84)	6,500 (,333) *	,520 (,038)	,520 (,038)
Contrôle 2	2,78 (,83)	2,56 (,88)	1,83 (1,17)	1,83 (1,17)	1,560 (,107)	,512 (,038)	3,460 (,210)
Contrôle 3	2,78 (,97)	3,11 (,60)	3,33 (1,03)	2,83 (,98)	,183 (,014)	,060 (,005)	1,512 (,104)
Stratégies d'adaptation							
Confrontation	3,75 (2,43)	5,25 (2,55)	4,67 (2,58)	6,50 (1,87)	,837 (,065)	10,196 (,459)**	,102 (,008)
Établissement distance	6,63 (3,96)	6,88 (3,52)	5,67 (1,63)	8,17 (2,32)	,012 (,001)	3,576 (,230)	2,394 (,166)
Maîtrise de soi	6,00 (4,96)	8,88 (5,51)	8,17 (3,13)	10,00 (2,00)	,593 (,047)	5,858 (,328)*	,287 (,023)
Recherche soutien social	8,63 (5,99)	8,00 (5,01)	7,50 (3,62)	10,50 (2,66)	,080 (,007)	2,905 (,195)	6,769 (,361)*
Acceptation responsabilité	2,38 (2,20)	1,63 (1,51)	3,67 (1,75)	3,83 (2,40)	3,665 (,234)	,278 (,023)	,687 (,054)
Évitement	4,00 (2,98)	5,63 (4,53)	6,56 (3,38)	9,50 (3,67)	3,753 (,238)	4,131 (,256)	,344 (,028)
Plan, résolution problème	6,63 (4,87)	7,25 (3,92)	5,83 (1,94)	8,83 (3,19)	,043 (,004)	6,296 (,344)*	2,702 (,184)
Réévaluation positive	4,50 (3,85)	5,50 (4,04)	7,83 (4,88)	8,50 (3,21)	3,414 (,222)	,390 (,031)	,016 (,001)

Tableau 39 (suite)
Manovas comparant les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les conseillers sur les indicateurs de réadaptation pour les temps 1 et 3

	CF Adhésion faible (n = 9)		**CF Adhésion élevée (n = 6)**		**F (η^2 partiel)**		
	T1 M (ET)	T3 M (ET)	T1 M (ET)	T3 M (ET)	Adhésion	temps	Adhésion x temps
Obstacles à la réinsertion							
Obstacles positifs	60,96 (33,65)	68,17 (32,31)	54,50 (17,38)	56,76 (36,38)	,346 (,026)	,527 (,039)	,145 (,011)
Manque d'habiletés	6,02 (1,19)	5,53 (1,27)	5,73 (1,06)	4,97 (2,05)	,489 (,036)	2,337 (,152)	,114 (,009)
Autonomie/conflit	5,92 (1,21)	5,56 (1,04)	5,79 (,97)	5,38 (1,46)	,074 (,006)	2,390 (,155)	,012 (,001)
Facteurs externes	5,39 (1,35)	5,09 (1,29)	5,28 (1,51)	4,69 (2,13)	,132 (,010)	1,119 (,079)	,119 (,009)
Santé	4,94 (1,15)	4,78 (1,17)	4,83 (1,72)	4,47 (1,85)	,114 (,009)	,366 (,027)	,050 (,004)
Estime de soi							
Positive	56,50 (5,40)	52,13 (6,33)	56,83 (8,80)	54,83 (8,66)	,195 (,016)	3,063 (,203)	,425 (,034)
Négative	-20,88 (9,08)	-19,75 (8,94)	-27,33 (13,65)	-31,33 (8,94)	3,057 (,203)	,615 (,049)	1,955 (,140)
Satisfaction services reçus[1]							
Habiletés et attitudes	37,75 (4,33)	36,88 (4,79)	40,33 (5,82)	32,00 (13,39)	,104 (,009)	5,449 (,312) *	3,575 (,230)
Résultats perçus	30,75 (3,69)	29,13 (2,99)	33,36 (8,93)	23,33 (13,44)	,193 (,016)	7,314 (,379) *	3,802 (,241)
Procédures	19,13 (1,96)	18,63 (2,39)	20,08 (2,94)	16,83 (7,49)	,100 (,008)	6,187 (,340) *	4,222 (,260)
Accessibilité	15,71 (2,60)	15,58 (1,78)	16,94 (2,88)	13,83 (6,05)	,023 (,002)	3,627 (,232)	3,088 (,205)
Attente	7,63 (1,69)	7,75 (1,04)	8,83 (1,60)	7,33 (2,94)	,204 (,017)	1,927 (,138)	2,691 (,183)
Satisfaction globale	119,01 (13,08)	114,92 (11,69)	129,68 (23,17)	100,17 (44,33)	,030 (,003)	6,814 (,362) *	3,898 (,245)

Note : CFH : conseillers formés intervenant sur une base hebdomadaire; CFP : conseillers formés intervenant selon les pratiques habituelles; CNFH : conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire; CNFP : conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles. Contrôle 1 = l'impression de contrôle sur l'issue de la situation; Contrôle 2 = sentiment de pouvoir faire quelque chose pour changer la situation; Contrôle 3 = sentiment de devoir accepter la situation parce qu'il ne peut la changer.

1. La satisfaction par rapport aux services reçu n'a été évaluée qu'aux temps 2 et 3. Ainsi, la comparaison se fait entre les temps 2 et 3 pour cette variable seulement.

* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Des manovas 2 X 2 ont été faites sur la variable contrôle perçu, soit 1) impression de contrôle sur l'issue de la situation, 2) sentiment que l'on peut faire quelque chose pour changer la situation et 3) sentiment qu'on doit accepter la situation qui ne peut pas être changée. Entre les temps 1 et 2, on peut noter un effet d'interaction (adhésion X temps) pour le sentiment qu'on peut faire quelque chose pour changer la situation $F(1, 19) = 4{,}859$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,222). Seuls les travailleurs suivis par les conseillers formés qui s'autoévaluent comme adhérant davantage au modèle voient leur sentiment de vouloir faire quelque chose pour changer la situation augmenter de façon significative $T(9) = -2{,}626$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,463) (tableau 38). Entre les temps 1 et 3, on trouve un effet principal intersujets pour la variable impression de contrôle sur l'issue de la situation $F(1, 15) = 6{,}500$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,333). Les travailleurs suivis par les conseillers formés qui s'autoévaluent comme adhérant moins au modèle ont davantage le sentiment d'avoir le contrôle sur l'issue de la situation avant leur prise en charge par les conseillers au temps 1 $T(15) = 2{,}826$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,381). Par ailleurs, ces conseillers voient leur impression de contrôle diminuer au temps 2 de façon non significative, alors que les travailleurs suivis par les conseillers formés adhérant davantage au modèle ne montrent aucun changement au temps 2 (tableau 39).

Les manovas 2 X 2 effectuées sur les stratégies d'adaptation révèlent un effet d'interaction adhésion X temps pour la stratégie planification de résolution de problème $F(1, 16) = 5{,}365$, $p< {,}05$ (η^2 partiel = ,251). Les tests *t* indiquent que seuls les travailleurs suivis par les conseillers formés adhérant davantage au modèle montrent une augmentation significative de l'utilisation de la planification de résolution de problème entre les temps 1 et 2, $T(8) = -3{,}715$ $p<{,}01$ (η^2 partiel = ,633) (tableau 38). Entre les temps 1 et 3, on observe un effet principal temps pour la stratégie confrontation $F(1, 12) = 10{,}196$, $p<{,}01$ (η^2 partiel = ,459), maîtrise de soi $F(1, 12) = 5{,}858$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,328) et planification de résolution de problème $F(1, 12) = 6{,}296$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,344) indiquant que l'ensemble des travailleurs suivis par les conseillers formés rapportent une augmentation de l'utilisation de ces stratégies d'adaptation, indépendamment du niveau d'adhésion au modèle d'intervention. On observe également un effet d'interaction adhésion X temps pour la stratégie recherche de soutien social $F(1, 12) = 6{,}769$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,361). Les tests *t* révèlent que seuls les travailleurs suivis par les conseillers formés adhérant davantage au modèle montrent une augmentation significative de la recherche de soutien social, $T(5) = -4{,}392$, $p<{,}05$ (η^2 partiel = ,794) (tableau 39).

Des manovas 2 X 2 ont été faites avec la variable obstacles : 1) nombre d'obstacles perçus et 2) sentiment d'être capable de surmonter les obstacles suivants : a) manque d'autonomie et conflits avec les collègues, c) facteurs externes, d) santé et e) manque d'habiletés. Entre les temps 1-2 et 1-3, aucun résultat significatif n'est obtenu (tableaux 38 et 39).

Les manovas 2 X 2 effectuées sur la variable estime de soi n'indiquent aucune différence significative entre les travailleurs suivis par des conseillers formés exprimant un degré élevé ou faible d'adhésion au modèle d'intervention (tableaux 38 et 39)

Enfin, des manovas 2 X 2 ont été faites pour la variable satisfaction par rapport aux services. On peut observer un effet principal de temps pour la satisfaction par rapport aux variables suivantes : 1) habiletés et attitude du conseiller $F(1, 14) = 5{,}449$, $p<{,}05$ (η^2

partiel = ,312), 2) résultats perçus en travaillant avec le conseiller F(1, 14) = 7,314, p<,05 (η^2 partiel = ,379), 3) procédures utilisées F(1, 14) = 6,187, p<,05 (η^2 partiel = ,340) et 4) satisfaction globale F(1, 14) = 6,814, p<,05 (η^2 partiel = ,362). Les travailleurs suivis par les conseillers formés, peu importe leur degré d'adhésion au modèle, montrent une diminution de leur satisfaction sur les 4 sous-échelles entre les temps 2 et 3. Sans toutefois être significative, cette diminution est plus grande pour les conseillers formés qui s'autoévaluent comme adhérant davantage au modèle (tableau 39).

3.3.3.4.4 L'impact de l'adhésion autoévaluée des conseillers formés sur les indicateurs de la qualité du processus

Une série d'analyses (anovas) ont aussi été effectuées sur la variable adhésion au modèle d'intervention telle que perçue par les conseillers catégorisée en 2 groupes, soit adhésion faible (0-4,00/6) et adhésion élevée (4,01+/6), et son impact sur les indicateurs de la qualité du processus de réadaptation. Les résultats indiquent que les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage au modèle d'intervention évaluent plus positivement les rencontres que ceux suivis par les conseillers qui adhèrent moins au modèle. Ils rapportent être plus stimulés à la séance 2, F(1, 21) = 13,236, p<,01 (η^2 partiel = ,398) et en moyenne F(1, 26) = 7,218, p<,05 (η^2 partiel = ,224), évaluent la séance 3 comme plus profonde, F(1, 14) = 5,971, p<,05 (η^2 partiel = ,315) puis attribuent davantage d'influence au conseiller, F(1, 12) = 7,923, p<,05 (η^2 partiel = ,419). De plus, ils rapportent, de façon presque significative, une alliance plus forte avec le conseiller à la séance 4, F(1, 12) = 4,747, p = ,052 (η^2 partiel = ,301). Enfin, les conseillers adhérant davantage au modèle d'intervention rapportent plus de conflits avec eux-mêmes à la rencontre 1 que les conseillers qui adhèrent moins au modèle, F(1, 26) = 5,011, p<,05 (η^2 partiel = ,167) (tableau 40).

Tableau 40
Anovas les conseillers formés ayant faiblement ou fortement adhéré au modèle d'intervention selon les conseillers sur les indicateur de qualité du processus

	CF Adhésion faible		**CF Adhésion élevée**		**F (η^2 partiel)**
	N	**M (ET)**	**N**	**M (ET)**	
Éveil - séance 2 selon travailleur	12	15,42 (2,07)	10	20,90 (4,72)	13,236 (,398)**
Profondeur – séance 3 selon travailleur	8	26,00 (4,44)	7	31,71 (4,61)	5,971 (,315)*
Influence conseiller – séance 4 selon travailleur	6	45,17 (6,31)	7	52,43 (2,51)	7,923 (,419)*
Alliance – séance 4 selon travailleur	6	64,17 (10,23)	7	74,86 (7,45)	4,747 (,301)[1]
Éveil moyen selon travailleur	16	16,33 (2,79)	11	19,512 (3,34)	7,218 (,224)*
Conflit avec soi-même séance 1 selon conseiller	16	17,50 (3,33)	11	21,56 (6,09)	5,011 (,167)*

Note : 1. cette différence est presque significative à P = 0.052.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

IV - DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans la présente recherche, nous visons l'investigation d'un phénomène complexe, soit l'impact d'une formation en counseling dispensée à un groupe de conseillers et portant sur la réadaptation des travailleurs accidentés à risque de chronicité. Nous avons choisi d'étudier cet impact en fonction de trois catégories de variables : 1) les variables de l'impact de l'intervention de counseling tel que mesuré par des indicateurs multidimensionnels de réadaptation, 2) l'impact de variables de processus liées au travailleur accidenté, au conseiller et à leur alliance de travail, contribuant à l'évolution de l'intervention et, 3) l'influence d'une variable du conseiller en réadaptation (adhésion au modèle) sur les variables de résultats et de processus.

1. L'impact de l'intervention mesuré par des indicateurs multidimensionnels de réadaptation

De façon générale, il semble pertinent d'étudier et de mesurer l'impact d'un programme d'intervention sur le fonctionnement multidimensionnel du travailleur accidenté sur les plans intrapersonnel, interpersonnel et extrapersonnel. Une telle approche permet de réaliser une analyse plus nuancée des effets d'un programme de réadaptation. Elle permet également de respecter la définition multidimensionnelle de la réadaptation établie par les Nations Unies (World Programme of Action Concerning Disabled Persons, 1983), en ne se limitant pas au simple retour au travail. Un premier survol de l'ensemble des résultats indique que les travailleurs accidentés à risque de chronicité suivis par des conseillers formés au counseling de réadaptation manifestent des progrès supérieurs sur plusieurs variables du fonctionnement intrapersonnel et interpersonnel. Au plan du fonctionnement extrapersonnel (retour au travail), aucune différence significative n'est observée. Considérant qu'il s'agit de travailleurs accidentés dont le lien d'emploi est compromis, de tels résultats suggèrent tout de même une évolution positive du processus de réadaptation contribuant peut être à prévenir l'évolution vers la chronicité. L'examen des résultats portant sur les indicateurs de réadaptation et de réinsertion, souligne un profil nuancé de l'impact de la formation en counseling de réadaptation.

1.1 L'impact sur des variables associées au fonctionnement intrapersonnel

Les résultats indiquent que les travailleurs accidentés suivis par des conseillers formés au counseling, indépendamment de la modalité d'intervention hebdomadaire ou selon les pratiques habituelles, passent d'un stade où ils considèrent des changements et s'y préparent, à un autre stade où ils mettent en place des actions concrètes. Par ailleurs, on observe que les travailleurs suivis par des conseillers non formés n'évoluent pas dans leurs stades de changement, ils montrent une légère régression.

Ces résultats suggèrent que les conseillers formés interviennent de façon mieux adaptée au stade de changement des travailleurs, leur permettant ainsi de progresser davantage. D'ailleurs, Prochaska (2000) affirme que pour motiver des travailleurs à s'engager dans un processus de changement, et on peut penser particulièrement en situation de risque de chronicité, il est essentiel d'ajuster les interventions aux besoins spécifiques en tenant compte des perceptions et significations subjectives. En effet, les travailleurs qui

n'envisagent pas encore le changement ou qui l'évitent, ceux qui ne font que contempler les avantages et les inconvénients, ou d'autres qui sont déjà prêts à passer à l'action, nécessitent des plans d'intervention fort différents. Face à un événement tel qu'un accident de travail qui entraîne souvent un ou plusieurs changements forcés et ce, avec toute l'ambivalence et les résistances face au désir de changer que cela peut susciter chez le travailleur accidenté, adopter une approche ajustée à son expérience subjective semble des plus nécessaire. En définitive, il apparaît que les conseillers formés au counseling interviennent avec plus de flexibilité et de pertinence auprès de ces travailleurs. Ces résultats suggèrent aussi que les conseillers non formés n'ajustent peut-être pas suffisamment leurs interventions aux besoins et aux stades de changement des travailleurs.

Les résultats obtenus sont cohérents avec plusieurs recherches portant sur l'efficacité du counseling (Whiston et Sexton, 1993). Cette littérature suggère qu'une intervention de counseling effectuée avec pertinence et compétence résulte en une diminution significative des indices de détresse. Ainsi, les conseillers formés au counseling et intervenant de façon soutenue facilitent une diminution significative des symptômes de détresse, particulièrement de dépression et d'anxiété générale, comparativement aux conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles. Une diminution substantielle des symptômes de détresse (particulièrement entre les temps 1 et 2) concourt généralement à ouvrir un espace interne d'exploration et d'action chez le travailleur. Se sentant moins en détresse, moins déprimé et moins anxieux, il lui est alors possible de considérer des possibilités de changement. Par ailleurs, les travailleurs suivis selon les pratiques habituelles à la CSST et non sur une base hebdomadaire, peu importe que le conseiller soit formé ou non, montrent une diminution de l'anxiété situationnelle. On peut penser que des pratiques sensibles aux situations d'urgence et aux besoins pressants des travailleurs permettent une diminution de l'anxiété situationnelle.

Les résultats démontrent aussi que les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire manifestent davantage un sentiment de contrôle sur leur vie et leur situation que les travailleurs suivis selon les pratiques habituelles et ce, peu importe que le conseiller soit formé ou non. La différence est donc plutôt reliée à la modalité d'intervention, soit l'intervention hebdomadaire, qui permet une augmentation du sentiment de contrôle des travailleurs sur ce qui leur arrive. On peut penser que le fait d'être moins laissé à eux-mêmes simplement par le fait d'être suivi de façon plus intensive, donc de recevoir davantage de soutien, permet aux travailleurs de développer un sentiment de contrôle accru sur ce qui leur arrive. En ce sens, les recherches en psychothérapie ont démontré depuis longtemps l'atteinte de meilleurs résultats lorsque les interventions sont offertes de façon soutenue (Howard, Krause et Orlinsky, 1986; Seligman, 1995). De plus, il est important de souligner que l'expérience de perception de contrôle sur sa vie et sa situation est considérée comme un facteur déterminant dans l'étude du changement (Seligman, 1994). Passer d'un état de détresse, de dépression et d'anxiété caractérisé souvent par de l'impuissance, à un sentiment de contrôle constitue un progrès important dans le processus de réadaptation professionnelle. C'est en s'appuyant sur ce sentiment de contrôle que le travailleur sans lien d'emploi peut envisager les enjeux difficiles d'une réorientation et d'une réinsertion professionnelles.

En ce qui concerne la douleur, les résultats indiquent que l'ensemble des travailleurs manifestent une diminution de la perception de la sévérité et de l'interférence de la douleur dans leur vie, ainsi qu'une augmentation de leur niveau d'activité général. Il est à remarquer que ce changement n'est pas influencé d'une manière significative par la formation des conseillers ni par le rythme des rencontres. Cet élément vient donc confirmer plusieurs recherches (Durand, Loisel et Durand, 1998; Main et Waddell, 1998; Waddell, 1987) affirmant que lorsque des travailleurs accidentés s'engagent dans une démarche active les exposant à des activités pertinentes pendant plusieurs semaines, ils connaissent une diminution significative de leur perception de la sévérité et de l'interférence de la douleur dans leur vie.

L'examen des résultats concernant les stratégies d'adaptation nous révèle tout d'abord le peu de différence entre les modalités de traitement quand à l'évolution des stratégies d'adaptation. Lorsque des résultats significatifs sont trouvés, la plupart témoignent que l'ensemble des travailleurs, indépendamment des modalités de traitement, montrent une augmentation de leur utilisation de certaines stratégies d'adaptation entre le temps 1 et les temps 2 et 3 (ex. : recherche de soutien social, planification de résolution de problème, réévaluation positive, confrontation). Il n'est pas surprenant d'observer une telle tendance compte tenu que les travailleurs au temps 2 et 3 font face pour la plupart à des difficultés persistantes depuis plus longtemps qu'au temps 1, et doivent par conséquent mettre en place davantage de stratégies, efficaces ou non, pour faire face à leur situation.

D'une part, les seules différences significatives obtenues entre les groupes sont associées aux travailleurs suivis par les conseillers formés selon les façons de faire habituelles qui montrent une hausse significative de la stratégie maîtrise de soi entre le temps 1 et 2. D'autre part, les travailleurs suivis par les conseillers formés montrent en général significativement moins de confrontation au temps 2 que ceux suivis par les conseillers non formés, même si leur utilisation de la confrontation augmente, bien que de façon non significative entre le temps 1 et 2. Il est possible de penser que la hausse de l'utilisation de la stratégie confrontation, même si elle est non significative, et son jumelage à une plus forte tendance à réguler l'expression d'émotions, soit des stratégies complémentaires, facilitent davantage l'adaptation des travailleurs suivis par les conseillers formés. Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis et Gruen (1986) avancent en ce sens que certaines stratégies d'adaptation pouvant sembler a priori opposées peuvent en fait interagir mutuellement afin de faciliter l'ajustement de l'individu. De plus, la régulation des émotions pourrait passer d'abord par des modifications des représentations avant de se manifester dans des confrontations avec la situation problématique comme le suggère Leventhal *et al.,* (2003).

Pour leur part, les travailleurs suivis chaque semaine utilisent davantage de planification de résolution de problème au temps 2 que ceux suivis selon les façons de faire habituelles. Comme les travailleurs suivis chaque semaine montrent également une augmentation de leur sentiment de contrôle sur ce qui leur arrive, on peut penser que cela les amène également à considérer des stratégies davantage axées sur la résolution de problème (Folkman *et al.*, 1986). D'ailleurs, Ptacek et Pierce (2003) avancent qu'il est important de tenir compte de la situation et de l'évaluation que font les individus (ex. : sentiment de contrôle) afin d'évaluer si les stratégies utilisées sont adaptées. Ces auteurs suggèrent que des stratégies orientées vers la résolution de problème sont davantage

adaptées et efficaces lorsque l'individu peut exercer un certain contrôle sur la situation alors que des stratégies axées davantage sur la régulation émotive sont souhaitables lorsque l'individu a peu de contrôle sur la situation.

Il faut toutefois être prudent quant à l'affirmation de l'efficacité de certaines stratégies par rapport à d'autres puisqu'il ne semble pas y avoir de stratégie adaptée et moins adaptée en soi, l'important étant de tenir compte de la situation (Lazarus et Folkman, 1984). Certains auteurs suggèrent que pour établir l'efficacité des stratégies utilisées, il faudrait vérifier pour chaque individu si les stratégies ont été efficaces dans sa situation spécifique (Oakland et Ostell, 1996).

1.2 L'impact sur des variables associées au fonctionnement interpersonnel

Les résultats touchant le soutien obtenu de la famille, dans le couple, ou encore d'amis ou de collègues n'indiquent aucune différence entre les quatre groupes étudiés. Par ailleurs, concernant le soutien offert par les conseillers, on peut observer que les travailleurs sont plus satisfaits des services reçus par les conseillers formés que par les conseillers non formés, particulièrement lorsque le suivi est effectué sur une base hebdomadaire, mais aussi parfois sans égard à la fréquences des rencontres. Ceci vient confirmer l'hypothèse 2. De plus, les travailleurs suivis par les conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles, manifestent une diminution de leur satisfaction au cours du processus. Les travailleurs suivis par les conseillers formés évaluent que les habiletés, les attitudes, les résultats perçus, l'accessibilité et les méthodes sont supérieures comparativement aux travailleurs suivis par les conseillers non formés. Compte tenu, entre autres, du contexte d'assurance dans lequel se déploie l'intervention en réadaptation, de tels résultats semblent des plus intéressants. Ces résultats suggèrent que les travailleurs accidentés se sentent soutenus par leurs conseillers. Ce soutien apparaît d'autant plus important qu'il semble encourager des comportements adaptés de réadaptation et de réinsertion professionnelle (Dworkin et Banks, 1999).

Par ailleurs, on peut supposer que la satisfaction vécue par les travailleurs est perçue par les conseillers, contribuant ainsi à leur sentiment d'efficacité personnelle et à leur propre satisfaction. Dans cette optique, ce sentiment de satisfaction partagée est souvent lié à la capacité du conseiller de respecter et d'accompagner le travailleur à son rythme tout en démontrant des compétences observables (Lecomte et Savard, 2003). Le sentiment d'efficacité personnelle est considéré comme étant le premier facteur ayant un impact sur le transfert des apprentissages (Haccoun et Sacks, 1998). De plus, certaines recherches mettent en lien le degré de satisfaction avec l'engagement et la mobilisation (Bélair, Laroche, Laurin et Haccoun, 1999; Laroche et Haccoun, 1999). On pourrait donc penser que la satisfaction et le sentiment d'efficacité personnelle soutiennent chez le conseiller la mise en œuvre de ses compétences et chez le travailleur son désir de s'investir dans sa réadaptation. En somme, il est probable que les perceptions positives de part et d'autre participent à la mise en place des conditions de base permettant d'envisager ensemble les enjeux difficiles du processus de réadaptation. Il est important de rappeler que ces dimensions d'engagement, de mobilisation, de satisfaction et de sentiment d'efficacité personnelle sont au cœur de la formation en counseling dispensée aux conseillers.

1.3 L'impact sur des variables associées au fonctionnement extrapersonnel

Ces résultats relatifs aux variables associées au fonctionnement extrapersonnel indiquent que tous les travailleurs accidentés participant à l'expérimentation connaissent une diminution significative de leur sentiment d'être capable de réintégrer leur emploi malgré les conséquences de l'accident. Par ailleurs, les travailleurs suivis par des conseillers formés au counseling manifestent une augmentation significative de leur intention de retourner au travail. On constate aussi que cette augmentation est plus forte pour les travailleurs suivis par des conseillers formés adhérant davantage au modèle d'intervention en counseling de réadaptation. Cependant, une telle distinction n'est pas observée dans les démarches concrètes de retour au travail, puisque les conseillers formés et non formés ne montrent aucune différence dans le taux de retour au travail. Comment expliquer ces résultats?

Dans un premier temps, la diminution significative du sentiment d'être capable de conserver leur emploi malgré les conséquences de l'accident mérite d'être examinée. Reconnaître et accepter qu'il sera impossible de réintégrer un emploi connu et significatif à la suite d'un accident s'avère une expérience difficile et déroutante pour plusieurs. Afin de mieux comprendre la signification et la portée de cette expérience douloureuse, plusieurs auteurs (Livneh, 1986a; Borgen et Admunson, 1987) proposent de la comparer à l'expérience du deuil à la sutie de la perte d'un être cher. Dans le processus de deuil, l'acceptation constitue une étape importante, préalable à toute forme d'engagement et de mobilisation des ressources pour déterminer un nouveau projet professionnel.

Les pratiques d'intervention des conseillers formés au counseling favorisent de façon significative des intentions de retourner au travail. Ces intentions expriment une ouverture à se projeter à nouveau sur le marché du travail tout en intégrant les conséquences de la lésion professionnelle. Bien qu'il n'y ait pas de différence significative quant aux démarches concrètes de retour au travail entre les quatre groupes étudiés, l'intention de retourner au travail constitue un résultat des plus positifs lorsque l'on considère que le comportement est en partie déterminé par l'intention de les concrétiser. En effet, selon Ajzen et Fishbein (1980), l'intention comportementale constitue le seul construit significatif pour prédire l'action.

Sur un autre plan, les résultats obtenus sont concordants avec les recherches de Whiston et Sexton (1993) qui concluent à une amélioration substantielle d'environ 50 % après 8 à 12 rencontres et de 75 % après 26 rencontres. En effet, les résultats démontrent que les travailleurs progressent significativement dans leur processus de réadaptation en se sentant moins en détresse, moins déprimé, moins anxieux, plus en contrôle de leur vie, plus disposés et prêts à passer à l'action. Il est permis de croire qu'une partie des objectifs ont été atteints en 8 rencontres. On peut postuler que la poursuite des rencontres de façon intensive aurait permis d'arriver à optimiser ces gains en des actions concrètes de réinsertion professionnelle comme le suggèrent les recherches.

Dans le même sens, considérant qu'il s'agit de travailleurs dont le lien d'emploi est compromis et que la plupart du temps, ils ont été rencontrés plus de quatre mois après leur accident, de tels résultats semblent plutôt encourageants. En effet, plusieurs auteurs suggèrent qu'après quelques mois, la plupart des travailleurs accidentés dont le lien d'emploi est compromis risquent de s'engager dans un processus de chronicisation

(Rundle, 1983; Davis, 1983) Ce délai peut complexifier et allonger le processus de réadaptation.

L'ensemble des résultats reliés aux indicateurs de réadaptation et de réinsertion, permet de considérer que les travailleurs suivis par des conseillers formés manifestent des changements significatifs dans leur processus de réadaptation. Ces progrès sont observables en particulier dans l'évolution des stades de changement, dans le sentiment de contrôle et dans l'intention de retour au travail. Aussi, quand les travailleurs sont accompagnés sur une base hebdomadaire par les conseillers formés au counseling, non seulement sont-ils davantage satisfaits des services offerts, mais plus encore, ils manifestent une diminution significative des symptômes de détresse, de dépression et d'anxiété générale. Ce type d'intervention soutenue semble faciliter l'établissement et l'évolution du processus de réadaptation.

Les résultats discutés jusqu'ici décrivent la comparaison faite entre la pré-intervention au temps 1 et la post-intervention au temps 2. En ce qui concerne le temps 3, qui se situe six mois après le processus d'intervention, il est intéressant d'observer que dans l'ensemble, il y a peu de différences significatives entre les groupes de conseillers. On observe même dans plusieurs cas une hausse de la détresse ou une diminution de la satisfaction envers les services, par exemple entre les temps 2 et 3. Une explication plausible réside dans le fait qu'après le processus prévu par le protocole de recherche, la plupart des conseillers ont dû revenir aux pratiques habituelles de l'organisation. En effet, sans le soutien structurel du projet de recherche, les conseillers se sont retrouvés seuls face à la poursuite de l'application du counseling de réadaptation tout en ayant la pression organisationnelle d'arriver à des résultats quantitatifs observables rapidement. Ainsi, après le temps 2, soit la fin de l'expérimentation, les travailleurs n'ont plus eu accès au même type de suivi ni à des rencontres hebdomadaires, mais plutôt à des séances définies en fonction d'autres critères correspondant aux pratiques habituelles de la CSST. Comme on observe un impact notable pour les travailleurs suivis par les conseillers formés et encore plus sur une base hebdomadaire, on peut se demander comment ceux-ci ont vécu ces changements dans leur processus de réadaptation. De plus, une autre piste plausible est le fait qu'un grand nombre de travailleurs sont en arrêt de travail depuis plusieurs mois lors de l'évaluation de suivi (temps 3) et, pour près du tiers de ceux-ci, leur situation médicale ne semble pas encore réglée. Toute cette incertitude concernant leur avenir physique et professionnel peut fort probablement contribuer à augmenter leur niveau de détresse et de découragement.

De façon générale, malgré certaines limites à considérer dans l'interprétation à donner aux résultats, plusieurs résultats significatifs obtenus sur des indicateurs multidimensionnels de réadaptation confirment les hypothèses 1, 2, 3 et 4 sur plusieurs variables (ex.: détresse, disposition au changement, certaines stratégies d'adaptation, intention de retourner au travail, satisfaction par rapport aux services). De plus, l'hypothèse 7, postulant de meilleurs résultats pour le suivi intensif (chaque semaine), est également confirmée à plusieurs reprises (sentiment de contrôle, certaines stratégies d'adaptation, détresse, satisfaction par rapport aux services).

2. Les facteurs qui contribuent à l'évolution du processus de réadaptation

2.1 Les variables associées à la participation du travailleur accidenté au processus de réadaptation

L'examen de ces variables permet de pousser plus loin la compréhension du processus d'intervention. Une première catégorie de résultats touche l'évaluation par les travailleurs accidentés de chacune des séances d'intervention. En moyenne, les travailleurs suivis par des conseillers formés considèrent, indépendamment des modalités d'intervention, les séances d'intervention plus flexibles et plus aisées (fluides) que les travailleurs suivis par des conseillers non formés. Ils se sentent également plus stimulés et plus impliqués. Globalement, les conseillers formés sont considérés comme plus habiles, plus chaleureux et plus dignes de confiance que les conseillers non formés. Ces résultats suggèrent que lors des rencontres, les conseillers formés favorisent l'établissement d'un climat de confiance, d'intérêt et de stimulation. C'est sur ces bases de confiance, de crédibilité et de compétence qu'un processus d'influence interpersonnelle pertinent peut commencer à s'établir (Strong et Clairborn, 1982; Strupp, 1977). On remarque aussi une évaluation généralement positive par les travailleurs lorsqu'ils sont suivis selon une fréquence hebdomadaire comparativement à ceux qui sont suivis selon les pratiques habituelles. Ces résultats viennent confirmer une partie de l'hypothèse 5 portant sur les perceptions et l'évaluation des séances.

Par ailleurs, lorsque les travailleurs sont confrontés aux recommandations de leurs conseillers, les résultats indiquent que dans l'ensemble ils adhèrent davantage aux recommandations des conseillers non formés. Par contre, les travailleurs évaluent globalement de façon plus favorable les recommandations faites par les conseillers formés, même s'ils les trouvent moins concordantes avec leurs désirs aux séances 1 et 2. Les travailleurs rapportent également adhérer davantage aux recommandations lorsqu'ils sont suivis selon les pratiques habituelles par des conseillers non formés. De leur côté, les conseillers dans leur ensemble perçoivent une plus grande adhésion des travailleurs à leurs recommandations lorsqu'ils offrent un suivi sur une base hebdomadaire. Toutefois, les conseillers non formés perçoivent plus d'adhésion lorsqu'ils rencontrent leurs travailleurs selon leurs façons de faire habituelles. Ces résultats viennent infirmer l'hypothèse prédisant une différence significative en faveur des conseillers formés.

Lorsqu'on examine de plus près les recommandations faites aux travailleurs, on constate que dans l'ensemble, les conseillers tendent à formuler des recommandations centrées sur le vécu concret, telles que prendre rendez-vous ou rechercher des informations auprès de leur médecin, planifier une rencontre avec un employeur, faire des démarches de recherche d'emploi. Le contexte particulier de conseillers oeuvrant dans une culture de compagnie d'assurance qui tente timidement de mettre en place une pratique de réadaptation peut expliquer en partie ces résultats. On peut toutefois observer quelques différences entre les conseillers formés et non formés, en ce sens que les premiers ont tendance à proposer légèrement plus de pistes de réflexion et d'exploration quant aux enjeux personnels des travailleurs et face à leur situation, ce que les conseillers non formés ont moins fait. Considérant la nature des recommandations, on peut mieux comprendre qu'il soit plus facile dans certains cas pour les travailleurs d'adhérer aux recommandations des conseillers non formés. En ce sens, Jones et Cladwell (1981) affirment que les recommandations de nature médicale plus ponctuelles sont davantage

susceptibles d'être mises en application que les recommandations de nature psychologique et évaluative.

Par ailleurs, il est intéressant d'observer que dans l'ensemble, les travailleurs suivis par les conseillers formés évaluent plus positivement les recommandations. D'ailleurs, ils perçoivent davantage leurs conseillers comme des experts dignes de confiance et habiles que les travailleurs suivis par les conseillers non formés pour l'ensemble des rencontres, particulièrement aux séances 1,3, 7 et 8. Lorsque les conseillers sont perçus comme étant experts et dignes de confiance, les travailleurs leur accordent plus d'influence (Scheel et *al.*, 1999). Cette influence semble se déployer de façon complexe. Face à des recommandations jugées positives et discordantes par rapport à leur situation, on observe moins d'adhésion chez les travailleurs. Toutefois, c'est souvent dans une expérience d'écart de perception et d'informations nouvelles jugées favorablement que s'élabore le processus du changement (Crits-Christoph *et al.,* 2001). Ce constat pourrait peut-être expliquer pourquoi les travailleurs suivis par des conseillers formés évoluent davantage dans les stades de changement. Ainsi, bien que la progression du processus de réadaptation ne soit pas encore observable dans des activités concrètes de retour au travail, les recommandations des conseillers formés et leurs interventions en général auprès des travailleurs rencontrés, semblent davantage favoriser l'évolution du processus de réadaptation.

Une autre catégorie de variables consistent à étudier l'impact de chaque séance sur la perception des travailleurs en ce qui concerne leur fonctionnement général, soit au niveau de leur situation sociale, leurs relations interpersonnelles et leur détresse subjective. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative, ni en fonction de la formation des conseillers, ni du rythme des rencontres. Ces résultats viennent infirmer l'hypothèse 7. Un examen plus approfondi des données brutes montre qu'en moyenne à peine 35 % de l'échantillon débutent le processus de réadaptation aux seuils considérés comme problématiques sur les échelles du MI-45 de Lambert *et al.,* (1997). C'est dire que selon les critères fixés par cet instrument de mesure, 65 % des travailleurs accidentés impliqués dans l'étude ne manifestent pas de problèmes aigus d'adaptation interpersonnelle, sociale ou personnelle. On constate ainsi que certains items du MI-45 de Lambert *et al.,* (1997) ne semblent pas permettre de discriminer les situations problématiques de réadaptation de l'ensemble des travailleurs accidentés. En effet, à la suite de la première séance, près de 60 % de l'échantillon semblent fonctionner à l'intérieur de critères d'adaptation normale. Une amélioration significative devient alors statistiquement à peu près impossible. En ce sens, Vermeersch, Lambert, Hawkins, Burchfield et Okiishi (2004) ont récemment cherché à améliorer la sensibilité de cet instrument à mesurer certains états psychologiques et leur changement dans le temps en modifiant des items.

Malgré cela, l'analyse des données descriptives souligne que les travailleurs suivis par des conseillers non formés connaissent une détérioration dans leurs relations interpersonnelles sur l'instrument. Également, sur l'échelle de détresse, à la suite de deux séances, les travailleurs suivis par des conseillers non formés selon les pratiques habituelles obtiennent des scores correspondant à une détérioration problématique. Quant à l'échelle des rôles sociaux, référant aux activités courantes de la vie quotidienne, les travailleurs suivis par des conseillers non formés manifestent une détérioration plus

importante lors d'au moins deux rencontres. De plus, l'examen des scores globaux sur l'ensemble des séances signale que cette détérioration est légèrement plus avancée lorsque les conseillers non formés interviennent selon les pratiques habituelles. Ces analyses descriptives vont dans le même sens que les résultats obtenus dans plusieurs recherches par Lambert *et al.,* (1994) soulignant que les conseillers ont plus d'impact thérapeutique lorsqu'ils reçoivent une rétroaction sur leur pratique.

Même si cette information provient uniquement de données descriptives, la détérioration problématique des travailleurs suivis par des conseillers non formés soulève plusieurs questions. On peut se demander si les pratiques habituelles centrées sur la gestion efficace de dossiers ne génèrent pas insidieusement des effets négatifs dans plusieurs sphères de la vie des travailleurs. Considérant qu'il s'agit de travailleurs à risque de chronicité dont le lien d'emploi est compromis, une telle détérioration augmente les risques de chronicisation. Par contre, on peut penser qu'étant donné que les conseillers formés semblent conscients des situations de vie et d'adaptation de plus en plus problématiques de ces travailleurs, ils sont plus en mesure de faciliter le processus de réadaptation ou de minimiser la détérioration du fonctionnement d'individus aux prises avec une situation ayant un impact dans plusieurs sphères de leur vie.

2.2 La variable relationnelle : l'alliance de travail

Des recherches tentent à démontrer que la présence de conditions facilitant l'influence interpersonnelle du conseiller détermine en partie la qualité de l'alliance de travail (Bachelor et Horvath, 2002). Pourtant, même si les travailleurs suivis par les conseillers formés mentionnent davantage qu'ils sont chaleureux, plus dignes de confiance et plus habiles, il n'y a pas de différence significative quant à leur perception de la qualité de l'alliance en comparaison avec travailleurs suivis par les conseillers non formés. En fait, tous les travailleurs manifestent un degré assez élevé d'alliance de travail avec leur conseiller respectif. Ces résultats viennent infirmer une partie de l'hypothèse 5.

Cependant, ces résultats peuvent être nuancés lorsqu'on examine les données descriptives. De fait, les travailleurs suivis sur une base hebdomadaire par des conseillers formés estiment avoir une meilleure alliance que les travailleurs recevant des services avec les conseillers non formés. Kivlighan, Clements, Blake, Arnzen et Brady (1993) démontrent qu'un degré plus élevé d'alliance est observé lorsque les intervenants sont perçus comme étant flexibles, ce qui correspond bien aux résultats obtenus par les conseillers formés, même si la différence n'est pas significative statistiquement. On peut même observer qu'avec les conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles, les travailleurs rapportent une baisse de la qualité de l'alliance au fur et à mesure que les séances progressent, particulièrement lorsque le suivi est fait selon les pratiques habituelles à la CSST.

Lorsque l'on compare la perception des travailleurs et des conseillers, on constate une similarité entre les points de vue : les uns comme les autres ne font ressortir aucune différence significative. Cependant, les données descriptives permettent de constater des différences importantes dans l'évolution de l'alliance perçue par les conseillers formés comparativement aux conseillers non formés

En effet, lorsqu'on se place du côté des conseillers, on constate que ceux formés au counseling et intervenant sur une base hebdomadaire perçoivent que la qualité de l'alliance évolue légèrement et de façon positive tout en fluctuant, particulièrement à la séance 4. C'est dire que l'évolution de l'alliance semble se faire dans la séquence suivante : établissement de l'alliance, fluctuations rupture et restauration de l'alliance. Ces résultats sont en concordance avec une recherche récente effectuée par Stiles, Glick, Osatuke, Hardy, Shapiro et Agnew-Davies (2004). Ces chercheurs confirment la manifestation de cette séquence dans le processus d'intervention et démontrent qu'elle prédit des résultats positifs. Dans le même sens, Horvath et Luborsky (1993) concluent qu'après l'établissement initial de l'alliance, un deuxième type d'alliance se manifeste lorsque le client est assuré d'un lien de confiance, d'une coopération avec l'intervenant vers un même but et d'un partage de responsabilité. En ce sens, Meara et Patton (1994) indiquent qu'une véritable alliance de travail s'établit à partir de la troisième rencontre. Cette alliance passe toutefois par des séquences complexes de fluctuation et de rupture (Stiles *et al.*, 2004). Quant aux conseillers non formés intervenant sur une base hebdomadaire, ils rapportent une baisse progressive dans la qualité de l'alliance aux séances 4, 6, 7 et 8. Cette baisse devient substantielle pour les conseillers non formés, intervenant selon les pratiques habituelles, en particulier aux séances 5, 6 et 7. Même si ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs et reposent sur un nombre très restreint de sujets, ils laissent entendre que les conseillers formés au counseling facilitent davantage l'établissement et la restauration de l'alliance que les conseillers non formés. Cette nuance est d'autant plus importante quand on sait que la régulation optimale de l'alliance influence de façon significative les processus de changement et les résultats obtenus (Safran et Muran, 1996, Stiles *et al.,* 2004).

À ce stade-ci, il est pertinent de se demander pourquoi les travailleurs suivis par les conseillers formés qui manifestent que les séances sont nettement plus satisfaisantes et flexibles et qu'ils s'y sentent plus stimulés que ceux suivis par les conseillers non formés, ne présentent pas de différence significative lorsque l'on mesure l'alliance de travail.

Il semble opportun, pour éclairer cette question, d'accorder aux facteurs contextuels toute l'attention qu'ils méritent et de considérer, entre autres, la désirabilité sociale. En effet, l'être humain se déploie dans un environnement avec lequel il se coconstruit et ce, à travers des contextes multipliant les facteurs d'influence. En l'occurrence, il est probable que les contingences financières associées au travail des conseillers soient des facteurs contextuels qui ont influencé la participation des travailleurs à cette étude. Cependant, pourquoi cette influence se manifeste-t-elle différemment selon qu'on s'intéresse à l'évaluation des séances ou à l'alliance de travail ?

Peut-être faut-il reconnaître d'abord qu'il y a une différence importante entre les deux situations évaluées. En effet, le questionnement sur l'alliance invite les travailleurs à dévoiler leurs sentiments et leurs pensées sur la qualité du lien, ainsi que sur les ententes établies avec le conseiller au sujet des objectifs et des tâches, plutôt que de se limiter à questionner les travailleurs sur leur perception générale d'une séance ou du conseiller. De plus, la mesure de l'alliance exige que les travailleurs se prononcent non seulement sur leur degré de confiance envers le conseiller, mais qu'ils évaluent aussi celui de leur conseiller envers eux. Or, il y a un monde de différences entre affirmer qu'un conseiller est digne de confiance et faire des hypothèses quant aux sentiments qu'il peut ressentir

face à soi. Il se pourrait donc que la nature des questions posées au sujet de l'alliance exige un degré de conscience et de dévoilement suffisamment élevé pour que dans un contexte de contingences financières importantes, les réponses à ces questions soient influencées par la désirabilité sociale, perdant ainsi leur effet discriminatoire. En ce sens, il est reconnu qu'un biais est susceptible d'apparaître dans les réponses lorsque les personnes anticipent une menace ou encore, cherchent à présenter une image favorable d'elles-mêmes à autrui (Webb, Campbell, Schwartz et Sechrest, 1966). De façon plus générale, toute consultation faite sous des conditions de contrainte peut résulter soit en des comportements d'adaptation stratégique de surface, par exemple «faire comme si» (Hardy, Bellens, Defoys, De Hesselle, Gerrekens et Muller, 2001) ou encore par l'abandon prématuré du processus de réadaptation (Ritchie, 1986).

2.3 Les variables associées à la participation du conseiller au processus de réadaptation

Lorsque l'on considère l'évaluation des séances par les conseillers et les travailleurs, dans l'ensemble, leur perception de la relation présente des similarités. Cependant les conseillers non formés considèrent que les pratiques habituelles favorisent des séances plus positives, en termes de profondeur et de sentiment de compétence alors que nous n'observons pas de différence chez les conseillers formés au counseling. Pourtant, les travailleurs expriment clairement un degré de satisfaction plus élevé envers les séances hebdomadaires avec des conseillers formés. Cette différence entre le point de vue des travailleurs et des conseillers pourrait refléter le faible sentiment d'efficacité personnelle que les conseillers formés éprouvent dans leur tentative d'application de l'intervention de counseling, sans trop de soutien face à cette nouvelle modalité d'intervention. Pour leur part, les conseillers non formés semblent nettement plus à l'aise avec l'intervention habituelle plus connue que les rencontres hebdomadaires exigées par l'expérimentation. D'ailleurs, avant le début de cette étude, les conseillers non formés avaient exprimé certaines inquiétudes quant à leur capacité de meubler de façon pertinente les rencontres sur une base hebdomadaire pour une durée de 8 semaines.

Tel que mentionné plus tôt, les résultats obtenus sur l'alliance montrent une similarité entre les points de vue des travailleurs et des conseillers, aucune différence significative n'apparaissant entre les groupes. Cependant, les données descriptives permettent de constater des différences importantes dans l'évolution de l'alliance des conseillers formés comparativement aux conseillers non formés. Cet écart de perception prend son sens lorsqu'on examine les résultats touchant les réactions subjectives des conseillers après chaque séance. Les conseillers formés expriment davantage de conflits avec eux-mêmes, soit d'inquiétudes, de doutes, de frustrations, de déceptions, voire de stress et même d'épuisement, que les conseillers non formés. On peut donc penser que les conseillers formés démontrent un niveau plus élevé de conscience concernant leurs réactions subjectives que les conseillers non formés. Cette conscience des conseillers formés pourrait avoir contribué à la progression positive et à la restauration de l'alliance. Ces résultats sont d'ailleurs cohérents avec plusieurs recherches (Gelso, Hill, Mohr, Rochlen et Zack, 1999; Hill, Thompson et Corbett, 1992) soulignant les réactions subjectives des conseillers lorsqu'ils acceptent d'accompagner des individus dans leurs tensions d'ouverture au changement et de peur du changement. Confrontés à des situations

d'impuissance, d'évitement, de passivité ou de critique, les conseillers sont appelés à reconnaître leurs propres réactions subjectives pour mieux comprendre et soutenir les travailleurs accidentés en difficulté. Cette capacité à reconnaître ces réactions subjectives peut alors être interprétée comme une indication que ces conseillers sont vraiment en développement, plus conscients, plus sensibles à l'alliance et peut-être plus engagés dans un véritable processus d'aide à la réadaptation comparativement aux conseillers non formés.

Les résultats portant sur d'autres réactions subjectives des conseillers ajoutent des éléments nouveaux et complémentaires à notre compréhension de leur expérience relationnelle. On découvre que les conseillers formés rapportent de façon significativement plus élevée que leurs collègues non formés avoir de la difficulté à se sentir en lien étroit, à être tolérants et bienveillants avec les travailleurs. De plus, les conseillers formés se sentent moins appréciés et ils éprouvent moins de plaisir à intervenir avec les travailleurs que les conseillers non formés.

L'examen qualitatif des résultats portant sur les réactions subjectives des conseillers formés suggère qu'ils sont davantage conscients de vivre des fluctuations importantes dans la qualité de leur relation avec les travailleurs. Bien que ces résultats ne soient pas significatifs, ils invitent à penser ce que plusieurs auteurs décrivent dans l'évolution de la relation d'aide en counseling (Safran et Muran, 1996; Safran, Muran et Samstag, 1994), à savoir que c'est à travers des moments de fluctuation, de déception et de restructuration de la qualité de la relation que s'élabore le processus incertain et déstabilisant de la réadaptation (Lecomte et Savard, 2003).

En somme, les conseillers formés semblent manifester davantage la conscience qu'il n'est pas facile d'établir, ni de maintenir ou de restaurer une alliance de travail avec des travailleurs à risque de chronicité. On peut penser qu'une telle conscience des enjeux relationnels et des exigences du processus de réadaptation contribue à ce que les travailleurs perçoivent les conseillers formés comme plus fiables, plus habiles, plus chaleureux et plus accessibles, leur permettant aussi de s'engager dans un véritable processus de changement malgré les contingences observées à la CSST.

Par ailleurs, la qualité de la motivation est une variable importante dans tout processus d'intervention. Selon Deci et Ryan (1985), elle est directement proportionnelle au degré d'autodétermination : plus la motivation est autodéterminée, plus le comportement sera émis en l'absence de contraintes ou de pressions externes. La motivation se décline sur un continuum dont une extrémité est la motivation intrinsèque, suivie de la motivation extrinsèque et se terminant par l'amotivation. Les résultats indiquent que l'ensemble des conseillers vivent une baisse significative de motivation intrinsèque face à leur travail en général, qu'ils soient formés ou non. C'est donc qu'ils retirent moins de plaisir et de satisfaction immédiate à effectuer leurs tâches. En vertu de la théorie de la motivation, une activité doit combler deux besoins importants pour créer une motivation intrinsèque : l'autodétermination et le sentiment de compétence. L'autodétermination est le besoin d'avoir l'impression de décider de son propre comportement et de ne pas être contrôlé. Dès lors, on peut se demander si la mesure de la motivation au temps 2 est influencée par des conditions de pratique ou des contraintes liées à la recherche ou au travail qui donneraient l'impression aux conseillers de manquer de marge de manœuvre. D'autre part, en ce qui concerne le sentiment de compétence, il est possible que certains

conseillers intériorisent la responsabilité du retour en emploi des travailleurs rencontrés et que vers la fin du processus, quand il devient évident que le travailleur accidenté n'a pas l'intention de retourner au travail ou ne concrétise pas son intention, ces conseillers se sentent moins compétents.

Cependant, les résultats démontrent aussi chez les conseillers une augmentation de leur motivation extrinsèque, c'est-à-dire liée à un choix personnel qui leur procure des retombées positives. Ainsi, même lorsque l'intervention dans le cadre de la recherche ne donne plus autant de plaisir et de satisfaction, elle continue d'être un choix valorisé par les conseillers. Par ailleurs, un examen approfondi de cette augmentation permet d'observer qu'elle apparaît plus particulièrement au niveau de la régulation identifiée, c'est-à-dire la motivation extrinsèque la plus proche de la motivation intrinsèque. Selon la théorie de l'autodétermination, les individus parvenant à satisfaire leur besoin d'autonomie agissent par motivation intrinsèque et par régulation identifiée. Il se pourrait donc que les conseillers valorisent leur participation à la recherche parce qu'elle leur permet, par exemple, d'essayer de mieux aider la clientèle ou encore d'affirmer leurs croyances intimes quant à l'intervention.

À ce sujet, lorsqu'on s'attarde à ce qui différencie les conseillers formés des conseillers non formés, on constate que, plus le processus tire à sa fin, plus les conseillers non formés manifestent de l'amotivation, c'est-à-dire une absence de motivation face au travail de réadaptation. Il se peut que l'amotivation des conseillers non formés soit en lien avec l'impression qu'ils ont peu d'impact sur l'issue du processus des travailleurs rencontrés. En effet, l'absence de motivation va souvent de pair avec la perception que la situation est davantage influencée par des facteurs indépendants de la volonté que par les actions posées. Il se peut que cette perception provienne en partie du fait que les conseillers non formés ont un peu moins conscience de leur impact sur les travailleurs rencontrés, et sur ce qui se passe pour ces derniers au-delà des apparences. Il est possible que pour les conseillers non formés au counseling et à la relation d'aide, leur attention soit surtout axée sur certains résultats concrets tels que le retour au travail et l'évolution du dossier plutôt que sur l'expérience subjective du travailleur. De plus, on sait que les travailleurs suivis selon les pratiques habituelles par des conseillers non formés ont moins avancé dans leur processus de changement et par conséquent, ont moins formulé l'intention de retourner au travail. De surcroît, lorsque les conseillers non formés devaient intervenir sur une base hebdomadaire, il leur était demandé de travailler de façon différente de leurs habitudes. Il est donc possible que ces éléments aient contribué à l'amotivation des conseillers non formés. Par ailleurs, il est important de se soucier du fait qu'un individu amotivé vit généralement de la résignation ou de la dévalorisation. Il se pourrait donc qu'en plus des hypothèses déjà énoncées, certains conseillers non formés (et peut-être formés) se soient résignés en fin de processus à ne pas pouvoir influencer la réadaptation des travailleurs rencontrés de façon marquée et qu'ils en aient ressenti de la dévalorisation, que ce soit face aux contraintes provenant de l'organisation et de leurs supérieurs, à l'équipe de recherche ou aux travailleurs rencontrés. En ce sens, l'amotivation du conseiller peut aussi être provoquée par un sentiment de ne pas arriver à réaliser la tâche parce qu'il a l'impression d'un manque d'habiletés pour réussir dans son travail. Comme on observe une hausse de l'amotivation globale, il est aussi possible que les conditions de travail perçues comme irréalistes par les conseillers en général expliquent en partie leur amotivation grandissante.

En définitive, il semble que parmi les résultats portant sur la motivation, l'élément qui discrimine le plus les conseillers entre eux soit le fait que vers la fin du processus, le nombre de conseillers non formés vivant de l'amotivation augmente significativement, ce qui n'est pas le cas des conseillers formés.

Globalement, ces constats invitent à réfléchir sur l'importance de la motivation dans la vie professionnelle du conseiller, et en particulier sur le processus de réadaptation. Il en découle naturellement un questionnement fondamental quant à l'identification des facteurs à même d'influencer le degré de motivation des conseillers. Selon Tummers, Van Merode, Landeweerd et Candel (2003), certaines formes de motivation intrinsèque sont particulièrement influencées par le niveau de soutien reçu et aussi par le niveau d'autonomie que l'individu peut avoir dans ses décisions. En ce sens, le soutien offert par les gestionnaires nous paraît essentiel, particulièrement dans l'application et l'adhésion des conseillers à de nouveaux apprentissages.

De surcroît, tout programme de formation est confronté à la problématique de l'adhésion. Est-ce que les conseillers qui ont suivi le programme de formation appliquent le modèle d'intervention ? Est-ce que les conseillers qui l'appliquent davantage obtiennent des résultats différents ?

La cotation obtenue par deux juges externes et l'autoévaluation par les conseillers eux-mêmes révèlent que l'application du modèle d'intervention a varié de faible à moyenne. Dans le même sens, le soutien organisationnel obtenu dans l'application du modèle a été jugé plutôt faible par les conseillers. Dans la présente recherche, les résultats suggèrent que les conseillers formés ont été appelés à mettre en place des modalités d'intervention un peu à contre-culture et sans bénéficier d'un soutien optimal. Une approche préconisant un processus d'intervention soutenue, centrée sur l'expérience subjective du travailleur, n'est pas sans soulever des tensions avec une approche valorisant la gestion efficace et rapide de dossiers. Risquer d'appliquer de nouvelles modalités d'intervention sans soutien adéquat représente en soi un défi considérable.

À partir de ces considérations, il devient pertinent d'observer l'impact du degré d'adhésion sur les résultats obtenus ainsi que sur les processus d'intervention. On constate que le degré d'adhésion influence plusieurs variables. En effet, les travailleurs suivis par des conseillers qui adhèrent davantage au modèle d'intervention démontrent des résultats supérieurs et significatifs par rapport aux variables d'estime de soi, de contrôle perçu, de sentiment d'efficacité personnelle et d'obstacles perçus à la réinsertion. Sans s'attarder spécifiquement à chaque variable, il est intéressant de faire un survol des données brutes pour sortir un profil général, même si ces différences ne sont pas significatives (tableaux 36 à 41). On remarque que les travailleurs suivis par des conseillers adhérant davantage au modèle d'intervention (que ce soit selon leur propre autoévaluation ou l'évaluation des juges externes), et ce pour la majorité des variables, montrent un profil de changement favorable entre les temps 1 et 2 ainsi que les temps 1 et 3. En effet, pour plusieurs variables (ex. : anxiété générale, obstacles et le sentiment d'être capable de les surmonter, confiance de refaire le même emploi, sentiment d'efficacité personnelle), les travailleurs suivis par les conseillers adhérant davantage au modèle montrent une amélioration alors que ceux suivis par les conseillers ayant moins adhéré montrent une détérioration. De la même façon, sur d'autres variables (ex. : dépression, sévérité de la douleur, interférence de la douleur, maîtrise sur sa vie, niveau

d'activité général, progression dans les stades de changement, intention de retourner au travail, certaines stratégies d'adaptation actives telle que la planification de résolution de problème ou la recherche de soutien social), on remarque que les travailleurs suivis par les conseillers ayant adhéré davantage au modèle, montrent soit une plus grande amélioration ou une moins grande détérioration. Entre autres, les résultats concernant les stratégies d'adaptation sont intéressants puisque plusieurs études ont trouvé que l'utilisation de stratégies d'adaptation «actives», contrairement à des stratégies passives où l'individu évite d'affronter le problème ou de chercher des solutions, sont associées à un meilleur fonctionnement physique et psychologique (DeGood, 2000; Katz, Ritvo, Irvine et Jackson, 1996).

On remarque toutefois sur un nombre restreint de variables, une plus grande amélioration ou une moins grande détérioration pour les travailleurs suivis par les conseillers qui ont moins adhéré au modèle (détresse globale, anxiété situationnelle, sentiment par rapport à la vie et la santé, satisfaction par rapport aux services, stratégies d'adaptation). Cependant, il est important de noter que ces différences en la faveur des conseillers ayant moins adhéré au modèle s'appliquent presque exclusivement pour l'évolution de ces variables entre le temps 1 et le temps 3 (suivi après 6 mois), donc une fois le suivi intensif dans le cadre de la recherche terminé. En accord avec l'hypothèse 9, l'ensemble de ces résultats démontre que le degré d'adhésion a une influence significative sur l'efficacité de l'intervention en réadaptation et un impact favorable sur plusieurs facteurs psychosociaux du travailleur.

Enfin, l'ensemble des résultats révèle que les effets de l'intervention des conseillers sont directement proportionnels à la mise en application du modèle proposé, confirmant ainsi les hypothèses 9 et 10 sur plusieurs variables. Considérant que plus les conseillers peuvent compter sur un soutien et plus ils appliquent le modèle d'intervention, il devient primordial de s'interroger sur les conditions nécessaires pour mieux soutenir les conseillers dans l'application du modèle d'intervention en counseling de réadaptation. À la lumière de ces résultats, on peut se demander si l'ensemble des conseillers formés avaient davantage appliqué le modèle de counseling, si les différences avec les conseillers non formés n'auraient pas été plus marquées. De plus, les différences observées entre les conseillers ayant plus ou moins appliqué le modèle auraient peut-être été davantage significatives si le nombre de sujet pour ces analyses avait été plus élevé.

V- CONCLUSIONS, LIMITES ET RECOMMANDATIONS

1. Les conclusions

L'objectif principal de cette recherche était d'évaluer l'impact muldimensionnel d'un programme de formation en counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité. Les résultats indiquent que les travailleurs suivis de façon soutenue par des conseillers formés au counseling de réadaptation connaissent des améliorations substantielles dans leurs processus de réadaptation, ces améliorations étant supérieures à celles des travailleurs suivis par des conseillers non formés, particulièrement lorsque la fréquence des rencontres offerte par ces derniers correspond aux pratiques habituelles.

Ces résultats confirment plusieurs recherches soulignant l'efficacité des interventions soutenues de counseling (Whiston et Sexton, 1993). Ces recherches concluent à une amélioration substantielle après 8 à 12 rencontres. Nos résultats confirment en partie ces conclusions. En effet, nous obtenons des changements significatifs touchant les stades de changement, les symptômes de détresse, d'anxiété et de dépression, les stratégies d'adaptation ainsi que l'intention de retourner au travail après seulement huit rencontres. Considérant qu'il s'agit de travailleurs accidentés dont le lien d'emploi est menacé ou rompu, de tels résultats sont intéressants. On peut donc penser que la poursuite de ce processus d'intervention aurait pu résulter en une réinsertion professionnelle plus rapide chez plusieurs travailleurs, tel que le suggèrent les résultats des recherches portant sur l'efficacité des interventions soutenues de counseling.

L'évaluation du processus d'intervention faite à chaque séance confirme aussi l'impact significatif de l'intervention de counseling faite par les conseillers formés. Dans l'ensemble, les travailleurs suivis par ces conseillers évaluent leurs rencontres de façon nettement plus favorable et positive que les travailleurs rencontrés par les conseillers non formés. Plus encore, les conseillers formés semblent davantage aptes à établir, maintenir et restaurer l'alliance de travail. Ils contribuent aussi à faciliter l'évolution positive des travailleurs dans le processus de réadaptation. Par ailleurs, il est troublant de constater que les travailleurs suivis par des conseillers non formés tendent à démontrer en moyenne une certaine détérioration dans l'évolution de leurs symptômes et dans la qualité de l'alliance de travail.

Ces résultats appuient l'importance d'une formation en counseling axée sur une pratique réflexive de la réadaptation. En effet, les conseillers formés au counseling semblent davantage conscients de leurs préoccupations, de leurs inquiétudes et de leurs tensions relationnelles que les conseillers non formés. C'est en s'appuyant sur cette conscience réflexive que les conseillers peuvent espérer donner du sens à leurs réactions subjectives et aux fluctuations relationnelles dans leur intervention auprès des travailleurs accidentés (Lecomte et Savard, 2004). Les résultats obtenus tendent à confirmer ces conclusions.

Bien que nos résultats semblent modestes, ils sont importants pour plusieurs raisons. Un des principaux objectifs de la recherche était d'intervenir tôt et de façon soutenue auprès de travailleurs accidentés à risque de chronicité. Pour des raisons de gestion administrative propres aux milieux d'expérimentation, l'intervention qui aurait dû commencer idéalement un mois après l'accident a en fait débuté après six mois de délai pour plus du tiers de l'échantillon. Peut-on alors encore décrire ces travailleurs comme à

risque de chronicité ? Ne sont-ils pas dans une bonne mesure déjà engagés dans un processus de chronicisation ? Dans ce cas, il ne s'agit plus d'intervenir tôt, mais de se limiter à intervenir de façon soutenue. Malgré une telle situation, les résultats de cette recherche indiquent des améliorations sur plusieurs indicateurs multidimensionnels de réadaptation.

Par ailleurs, il semble pertinent de noter que la plupart des conseillers en étaient à leur première formation au counseling de réadaptation. Pour ces personnes, la formation devenait beaucoup plus une initiation qu'une consolidation d'un savoir-faire déjà acquis en counseling. De surcroît, la majorité des conseillers formés au counseling mentionnent avoir reçu très peu de soutien et de supervision dans leur milieu de travail pour appliquer ce nouveau modèle d'intervention dans une culture organisationnelle qui semble davantage centrée sur des objectifs d'efficacité et de rapidité dans la gestion des dossiers. On peut penser que ce type de culture ne laisse pas beaucoup de marge de manœuvre aux intervenants pour appliquer et intégrer de nouveaux apprentissages.

Malgré tout, les conseillers formés au counseling obtiennent des résultats significatifs sur plusieurs variables et supérieurs aux résultats des conseillers non formés intervenant selon les pratiques habituelles dans la réadaptation des travailleurs accidentés dont le lien d'emploi est compromis. Il semble que pour la très grande majorité des conseillers, cette formation au counseling de réadaptation a été un apprentissage significatif et un point tournant dans leur travail de conseillers comme l'indique l'évaluation de la formation par les conseillers suite aux sessions de formation. Il se pourrait que cette formation, au-delà du développement de compétences relationnelles et des habiletés d'intervention, ait contribué à développer une pratique réflexive chez plusieurs conseillers. Face à des situations complexes, comme l'intervention auprès de travailleurs à risque de chronicité ou déjà chronicisés, une pratique s'appuyant sur l'autoobservation, la réflexion et l'autocritique facilite des pratiques d'interventions adaptées aux situations spécifiques des travailleurs, tout en permettant d'améliorer ses propres compétences.

2. Les limites de la recherche

Toute recherche sur le terrain portant sur le processus d'intervention devient un projet qui doit s'adapter aux réalités et contraintes du milieu. Cette recherche ne fait pas exception. Alors qu'au départ nous avions prévu recruter 96 travailleurs accidentés et 24 conseillers, l'expérimentation s'est effectuée avec 62 travailleurs et 19 conseillers. Conséquemment ce petit échantillon a réduit considérablement la puissance de cette recherche. Heureusement, nous avons pu maintenir l'assignation au hasard des travailleurs aux quatre groupes d'expérimentation soit : conseillers formés et non formés au counseling, avec une intervention hebdomadaire et selon les pratiques habituelles.

Pour comparer les conseillers formés au counseling de réadaptation et les conseillers non formés, nous avons planifié un schème expérimental niché. Ce type de schème assigne des conseillers différents à chaque condition d'étude. Cependant, compte tenu des implications organisationnelles de ce type de protocole, de même que le fait que nous ne pouvions obtenir la participation d'un nombre suffisant de conseillers pour mettre en place un schème expérimental niché pour l'ensemble des conditions, nous avons dû opter

pour un schème mixte. Le schème croisé a été utilisé pour étudier l'effet des modalités temporelles d'intervention. Dans un tel schème, les mêmes conseillers offrent les deux modalités de traitement, soit sur une base hebdomadaire et selon les pratiques habituelles. Un schème niché a donc été utilisé pour comparer les conseillers formés et non formés, de pair avec un schème croisé comparant les rythmes d'intervention hebdomadaire et selon les pratiques habituelles.

Il y a des avantages et des inconvénients aux deux schèmes. Dans le cas du schème niché, étant donné que les deux traitements sont offerts par des conseillers différents (formés et non formés), il est plus facile de contrôler l'allégeance au traitement offert. En effet, il est possible de penser que chacun des conseillers croit en l'intervention qu'il applique. Lorsque l'on obtient des différences significatives, on peut prétendre conclure à l'effet du traitement. Ainsi, l'effet du conseiller est confondu avec le traitement offert. Or, rien ne nous assure que ces conseillers sont d'égales compétence et efficacité, même s'ils sont équivalents sur plusieurs autres variables. Dans le schéma croisé, il est difficile de savoir si le même conseiller offrant un traitement de façon hebdomadaire ou selon les pratiques habituelles s'y investit de la même manière. Dans les deux cas, l'effet spécifique du conseiller est ignoré, alors que l'on sait que les caractéristiques des conseillers influencent l'efficacité du traitement (ex. : capacité empathique et variables relationnelles, compétence). Cette variable a également pu avoir un impact sur les résultats compte tenu que le nombre de travailleurs suivi par chaque conseiller n'a pu être équivalent d'un conseiller à l'autre. Plusieurs recherches montrent en effet que certains intervenants, indépendamment du modèle d'intervention utilisé, obtiennent systématiquement de meilleurs résultats de façon systématique alors que d'autres montrent de mauvais résultats (Hill et Williams, 2000; Whiston et Sexton, 1993; Wampold, 2001).

De plus, le protocole de départ n'a pu être respecté intégralement en ce qui concerne le nombre de rencontres offertes par les conseillers suivant les travailleurs sur une base hebdomadaire. En effet, dans plusieurs cas lorsque le travailleur retournait au travail rapidement, le nombre de rencontres a été inférieur au nombre prévu de 8. Toutefois, malgré le nombre restreint de rencontres, nous obtenons des résultats significatifs en faveur des conseillers formés et de la fréquence hebdomadaire des rencontres.

D'autre part, la nature de l'échantillon participant à la recherche entraîne des limites de validité externe. En effet, malgré un processus de sélection onéreux et complexe, on peut s'interroger sur la représentativité de l'échantillon en raison du petit nombre de travailleurs retenus et des critères pour choisir les travailleurs accidentés à risque de chronicité. Par ailleurs, ce dont on ne peut douter, c'est que l'échantillon représente bien comment ces travailleurs dits à risque étaient perçus et catégorisés par la CSST au moment de notre recherche. Comme le souligne la recension des écrits de Truchon et Fillion (2000), étant donné que peu de recherches se sont penchées sur les prédicteurs de l'incapacité chronique, les critères rigoureux pour définir une telle population sont ténus et aucun consensus n'est encore atteint quant aux principales variables prédictrices de chronicité. De plus, les résultats doivent être considérés avec prudence compte tenu de la taille de l'échantillon, mais aussi des conséquences de l'attrition des travailleurs aux temps 2 et 3. Même si des analyses de régression indiquent le peu de variance expliquée par les différences observées dans les caractéristiques des travailleurs sur les indicateurs

de réadaptation ayant servi à comparer l'impact des traitements, les résultats obtenus doivent être utilisés avec prudence et nuance.

Enfin, malgré l'effort fait pour tenir compte de l'expérience multidimensionnelle du travailleur, les mesures et la méthodologie utilisée demeurent des procédures indirectes de l'expérience vécue. Une démarche plus qualitative et rigoureuse aurait pu compléter l'expérimentation utilisée. Au-delà des symptômes et des comportements observés, que savons-nous vraiment de l'expérience de souffrance du travailleur à la suite d'un accident de travail compromettant son lien d'emploi?

Malgré ces limites, cette recherche représente une exploration significative de l'intervention en réadaptation en fonction de variables psychosociales importantes en réadaptation de travailleurs accidentés. Cette étude a l'avantage d'utiliser un groupe contrôle actif avec des mesures répétées de résultats et de processus. De plus, les mesures répétées permettent de voir de façon plus intensive sur des variables pertinentes l'impact des modalités d'intervention.

3. Les recommandations et les implications pour la pratique

Cette recherche souligne clairement les bénéfices d'une intervention de counseling axée sur l'expérience et l'évaluation subjectives des travailleurs ainsi que sur l'alliance de travail pour soutenir le processus et les activités de réadaptation et de réinsertion professionnelle. Une telle approche cherche à favoriser la mobilisation des ressources des travailleurs accidentés à risque de chronicité pour les engager activement dans un processus de réadaptation vers la réinsertion. De plus, la présente recherche confirme l'importance de bonifier, d'enrichir et de soutenir le développement des compétences d'intervention, particulièrement les compétences de counseling, des conseillers en réadaptation. Plusieurs implications pour la pratique méritent d'être dégagées de cette expérimentation :

1. Compte tenu que les facteurs psychosociaux sont les plus déterminants de la chronicité des travailleurs accidentés, une attention spéciale devrait leur être accordée, en particulier lorsque le lien d'emploi est compromis.
2. Parmi ces facteurs psychosociaux, les recherches, y compris celle-ci, soulignent l'influence prépondérante de la perception et de l'évaluation subjectives des travailleurs accidentés. Il en découle logiquement que tout processus d'intervention devrait d'abord et avant tout leur accorder une place centrale. La présente recherche suggère que l'application, même sommaire, du counseling de réadaptation axée sur l'expérience subjective des travailleurs accidentés à risque de chronicité, facilite le processus de réadaptation pour la réinsertion professionnelle selon plusieurs indicateurs.
3. Pour intervenir tôt et de façon soutenue, la présente recherche suggère fortement l'importance du développement de compétences en counseling de réadaptation. Ce counseling de réadaptation devrait s'appuyer sur la qualité de l'alliance de travail dans la relation d'aide. D'autre part, la mobilisation des ressources du travailleur jumelée à une solide compréhension des enjeux et de la complexité du changement

provoqué par un accident de travail en contexte d'assurance, devrait caractériser tout processus d'intervention.

4. Les résultats de cette étude vont dans le sens de plusieurs recherches (Oliver et Spokane, 1988, Whiston, Sexton et Lasoff, 1998) qui reconnaissent que l'intervention de counseling constitue le cœur du travail du conseiller et contribue de façon substantielle à son efficacité. Il en découle logiquement que le counseling de réadaptation devrait occuper une place centrale dans le programme de formation des conseillers en réadaptation. La plupart des programmes d'intervention placent d'ailleurs le counseling de réadaptation au cœur de leur formation. Une formation au counseling plus élaborée et poussée serait donc une avenue importante à considérer.

5. La réinsertion professionnelle des travailleurs dont le lien d'emploi est compromis passe souvent par une demande de réorientation professionnelle. Par conséquent, il nous semble important que le counseling de réadaptation comporte un volet sur l'intervention de réorientation professionnelle. La réorientation et la réinsertion professionnelles sont des processus dynamiques et complexes dont la difficulté peut être augmentée par la persistance de l'influence de facteurs psychosociaux. On a qu'à penser au deuil à faire d'une capacité physique, à la rupture avec des collègues de travail, à la perte d'un emploi significatif ou encore, d'une compétence professionnelle. À ce sujet, Livneh (1986a) suggère de considérer l'expérience des travailleurs accidentés à travers différents stades (impact initial, mobilisation des défenses, réalisation initiale, rébellion et réintégration) pour mieux les accompagner dans leur processus de réadaptation et intervenir de façon pertinente et adaptée. À la lumière de ce qui précède, on peut comprendre que le temps écoulé à la suite d'un accident de travail prend une toute autre signification et a d'importantes implications dans le processus de réadaptation professionnelle.

6. Investir dans le développement des compétences professionnelles des conseillers, en particulier en counseling de réadaptation, semble prioritaire. Or, cet investissement ne peut être rentable et profitable que dans la mesure où le milieu offre des conditions assurant la mise en oeuvre de ces compétences (Laroche et Haccoun, 1999). Tardif (1999) souligne que plusieurs apprentissages acquis en formation ne sont pas mis en application en situation réelle. Cet échec de transfert des apprentissages repose sur plusieurs facteurs décrits plus haut, entre autre le soutien, le climat et la culture. Cette recherche fait particulièrement ressortir l'un de ces facteurs comme une condition essentielle au transfert. En effet, elle démontre de façon éloquente l'importance du soutien pour assurer l'application de nouveaux apprentissages. Dans cette recherche, bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs, on a pu constater une tendance à savoir que plus les conseillers sont soutenus, plus ils mettent en application le modèle d'intervention en counseling de réadaptation. De plus, les conseillers expriment clairement leurs besoins de soutien et de supervision professionnels en situation d'intervention complexe. Si une recommandation s'impose ici, elle serait de souligner que les conseillers intervenant auprès de travailleurs accidentés à risque de chronicité ont besoin de modalités de soutien et de supervision tôt et de façon soutenue.

7. Les recherches démontrent que l'évolution de l'influence des facteurs psychosociaux à partir d'une lésion initiale est marquée par plusieurs événements, mais d'abord par

les jeux de perception et d'interaction entre soi et les autres. Plus ces perceptions se rigidifient et plus le soutien et l'aide sont limités, plus le processus de chronicisation s'installe. Face à un tel processus, une intervention prompte et soutenue de counseling de réadaptation en concertation avec les autres professionnels dans le dossier (médecin, ergothérapeute, psychologue, conseiller d'orientation, avocat, etc.) semble fondamentale. Les conseillers impliqués dans la présente recherche ont fait ressortir avec force l'importance d'avoir des messages cohérents et une vision globale commune. Plusieurs ont souligné les incohérences vécues entre les gestionnaires et les conseillers, les conseillers et les autres intervenants. Ces incohérences peuvent contribuer à faire obstacle à un véritable travail de réadaptation professionnelle.

8. Pour arriver à travailler en concertation dans une perspective commune produisant des messages cohérents, plusieurs auteurs, s'appuyant sur plus de 30 années de recherche, proposent d'articuler une telle démarche à partir des dimensions relationnelles implicites dans toute intervention. En effet, la mise en place d'un processus d'intervention en réseau pose un défi considérable. Le conseiller en réadaptation pourrait assumer le leadership d'une telle démarche en s'appuyant entre autres sur ses compétences relationnelles et de résolution de problème acquises dans la formation en counseling.
9. Les résultats de cette recherche suggèrent qu'au-delà d'une formation de base en counseling de réadaptation, l'intervention auprès des travailleurs accidentés à risque de chronicité requiert non seulement des compétences en counseling vocationnel, mais aussi d'autres compétences spécifiques à leur situation. En effet, l'intervention auprès de travailleurs dont le lien d'emploi est compromis à la suite d'un accident de travail passe souvent par des impasses relationnelles déterminantes. Dans ce cas, il est primordial que le conseiller et le travailleur arrivent à rétablir un lien de confiance, sinon tout travail de réadaptation est compromis. D'autre part, dans le cas des travailleurs qui souffrent d'effets post-traumatiques ou de détresse importante, toute réadaptation repose sur la capacité du conseiller de comprendre et d'accompagner l'expérience de la douleur et de la détresse inhérente à un accident. Il nous semble donc important d'assurer que la formation en counseling de réadaptation des conseillers comporte un volet touchant l'intervention face aux impasses relationnelles et à l'expérience post-traumatique des travailleurs accidentés.

4. Les recommandations et les applications pour la recherche

Plusieurs implications et pistes de recherche découlent de cette investigation :

1. La présente étude souligne l'importance que toute formation offerte aux conseillers soit bien adaptée à leurs besoins. De prochaines recherches pourraient poursuivre ce type d'investigation en tentant d'opérationnaliser les besoins de formation des conseillers et des autres intervenants en mesurant l'écart entre la motivation à effectuer des activités de réadaptation et le degré de compétence perçue à les effectuer. Une telle recherche permettrait d'identifier de façon précise les besoins des conseillers pour mieux aider les travailleurs accidentés en difficulté.

2. On ne saurait trop insister sur la fonction cruciale du soutien dispensé par une organisation et ses gestionnaires dans le transfert de nouvelles connaissances et compétences. Des recherches évaluant la mise en œuvre des conditions nécessaires au transfert des apprentissages dans les organisations pourraient contribuer à assurer davantage le maintien et la généralisation des compétences acquises en formation. On pense par exemple à l'étude de la qualité du soutien par la mise en place d'une organisation du travail offrant non seulement des occasions et des conditions d'application, mais également des modalités d'intégration des compétences.
3. Le processus de supervision pourrait jouer un rôle déterminant pour assurer le transfert et l'application des apprentissages faits en formation. Bien que plusieurs auteurs soulignent l'apport fondamental de la supervision clinique pour le développement des compétences, peu d'études rigoureuses ont été effectuées à ce jour sur le sujet. Or, la difficulté relative à des situations complexes comme l'intervention auprès de travailleurs accidentés à risque de chronicité, nécessite particulièrement que l'on s'attarde à la contribution des modalités de supervision clinique comme le *coaching*, la rétroaction ou l'intervention assistée.
4. De plus, compte tenu que près de 92 % de la variance du changement dépend de facteurs communs comme l'évaluation et la perception subjectives, l'alliance de travail, les variables de l'intervenant et du client, il semble logique de conclure que ces facteurs devraient être prioritaires et incontournables dans toute recherche portant sur l'intervention.
5. Eu égard à ce qui précède, et au-delà des techniques et des stratégies d'intervention, l'étude de l'impact des variables du conseiller devrait attirer l'attention des chercheurs. En effet, de plus en plus de recherches soulignent la grande variabilité de l'efficacité en fonction des variables de l'intervenant. De telles études permettent de mieux définir les facteurs explicatifs les plus déterminants de l'efficacité du counseling d'une part et d'autre part, de mieux adapter les programmes de formation aux besoins des conseillers.
6. En ce qui a trait au processus de chronicisation des travailleurs accidentés, l'approfondissement de la contribution des facteurs psychosociaux est fondamental. Des recherches tenant compte de l'expérience multidimensionnelle de ces travailleurs afin d'éclairer la contribution des facteurs psychosociaux et de mieux adapter les pratiques à leurs besoins semblent prioritaires. Il serait particulièrement pertinent de réussir à mieux opérationnaliser les indicateurs de chronicisation afin de permettre des pratiques d'intervention précises afin de favoriser l'évolution du processus de réadaptation.
7. Compte tenu que plusieurs recherches soulignent l'influence déterminante des perceptions et des évaluations subjectives des travailleurs accidentés face à la douleur et aux conséquences de lésions physiques, il serait important qu'elles soient étudiées et au cœur de futures recherches. En fait, il serait peut-être pertinent d'évaluer les travailleurs à partir de leurs perceptions et de leurs évaluations subjectives plutôt qu'à partir de critères objectifs de sévérité ou de la nature des lésions.
8. La présente étude a permis de reconnaître certains aspects du processus de réadaptation, en particulier, que ce processus semble passer par des étapes évolutives

avant de se concrétiser dans un retour au travail. Ces étapes méritent d'être mieux définies et comprises. Ceci nous permettrait peut-être de définir certains profils de travailleurs et de mieux moduler les interventions en conséquence.

9. Pour plusieurs intervenants et gestionnaires la variable la plus importante, et la seule qui compte vraiment, c'est le retour au travail. Ce concept prend toutes sortes de significations selon la perspective de chacun. Pour certains, il s'agit d'un emploi convenable, alors que d'autres parlent de retour thérapeutique au travail. Il semble donc important de s'entendre sur la définition de ce concept. Cette définition devrait tenir compte des différentes perspectives en cause, soit celles des employeurs, des gestionnaires, des intervenants, des travailleurs, d'observateurs externes et du réseau de soutien disponible pour les travailleurs. Ces multiples sources d'information pourraient permettre de clarifier cette variable. Dans un deuxième temps, des recherches pourraient tenter de l'opérationnaliser dans une perspective de processus et de résultats. Est-ce que le processus de retour au travail n'est pas déjà engagé dès que commence un processus de réadaptation ou que le travailleur manifeste une intention de retourner au travail ou faut-t-il le mesurer seulement lorsque le travailleur retourne concrètement au travail ? Peut-être est-il souhaitable de tenter de donner du sens à une mesure de retour au travail en l'inscrivant dans une mesure plus large touchant l'amélioration de la qualité de vie?
10. Des recherches avec d'autres catégories de travailleurs accidentés à risque de chronicité pourraient assurer la validité externe des résultats obtenus dans cette étude. Des recherches également avec des populations spécifiques homogènes (ex. : maux de dos) permettraient peut-être de distinguer certains profils de chronicisation au-delà des aspects communs à toute expérience déstabilisante de ce genre.

ANNEXES

ANNEXE I

Synthèse de l'approche d'intervention en counseling de réadaptation professionnelle

Phases du processus	Étapes de l'approche d'intervention	Description sommaire des tâches à effectuer
1. Exploration de soi Identification du besoin, de la demande, pour favoriser la réadaptation professionnelle ou de la ou des difficultés qui empêchent la réadaptation professionnelle de la cliente ou du client	1. Accueil 2. Motif de consultation : Identification du besoin, de la demande ou du problème 3. Énoncé explicatif subjectif du problème perçu 4. Contrat : alliance de travail	1. Établir un contact personnalisé propice à la relation d'aide 2. Accueillir et reformuler la demande, le besoin ou le problème tel qu'exprimé 3. Identifier la ou les raisons de cette demande, de ce besoin ou de ce problème 4. Convenir du contrat avec un lien d'engagement quant au(x) but(s), aux tâches et quant au déroulement de l'entrevue
2. Compréhension de soi Clarification de la situation de la cliente ou du client sous différents angles pour comprendre les dimensions, les causes et les conséquences. Identifier la situation recherchée, le ou les problèmes à résoudre, le ou les besoins à combler.	5. Clarification pluridimensionnelle au plan somatique, affectif, cognitif, comportemental, relationnel et contextuel. 6. Clarification des ressources et des limites personnelles et environnementales 7. Énoncé explicatif subjectif révisé et objectif de changement (définir ce que l'on veut changer en termes d'objectif(s) à atteindre)	5. Clarification de la demande, du besoin ou du problème tel qu'exprimé. Les manifestations, les causes, les conséquences du problème ou plan affectif, cognitif, comportemental, relationnel et contextuel (financier). Clarification de la situation recherchée, ses besoins, ses motivations, ses obstacles, ce qui empêche d'atteindre la situation recherchée ou de la définir 6. Clarification des intérêts, valeurs (croyances) et aptitudes (limitations physiques et psychologiques) en lien avec son environnement (soutien social) et particulièrement en lien avec le marché du travail 7. Énoncé explicatif subjectif révisé à la suite de cette clarification (le problème à résoudre ou les besoins à combler) et contrat : objectif de changement et la situation recherchée
3. Concrétisation de la compréhension de soi Planification de l'action, mise en oeuvre et évaluation des résultats	8. Énoncé conditionnel subjectif de l'objectif en tension avec le risque 9. Génération d'options 10. Évaluation des options 11. Plan d'action : en considérant le rapport du médecin traitant, l'employeur, le soutien et autres... 12. Réalisation et suivi (intervention d'accompagnement et de suivi	8. Identifier l'objectif à atteindre en lien avec le risque ou l'enjeu 9. Inventorier des options, des solutions possibles 10. Évaluer les options en relation avec les ressources et limites personnelles et environnementales. Hiérarchiser les options, solutions afin de choisir celle(s) à mettre en oeuvre 11. Rédiger un plan d'action nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi prenant appui sur les ressources personnelles et environnementales 12. Rétablir la relation, rappeler, valider, reclarifier la situation recherchée Évaluer les réalisations et résultats : clarifier ce qui empêche, les enjeux...

ANNEXE II

Tableaux des données brutes concernant les indicateurs de l'évolution du processus de réadaptation à chaque séance

Tableau 41a
Moyennes et écart-types pour l'alliance selon les travailleurs selon les groupes à chaque séance

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Alliance séance 1	18	69,32 (8,80)	12	67,67 (8,76)	14	64,74 (16,69)	15	68,00 (12,73)
Alliance séance 2	16	67,63 (11,04)	9	69,56 (10,92)	14	66,24 (14,17)	11	62,21 (12,48)
Alliance séance 3	14	71,03 (8,85)	2	72,00 (8,48)	14	64,50 (15,82)	5	58,00 (15,22)
Alliance séance 4	13	70,85 (7,98)	1	66,00	11	66,82 (12,25)	3	59,39 (7,41)
Alliance séance 5	10	71,00 (7,50)		–	13	68,54 (9,46)		–
Alliance séance 6	11	74,09 (8,51)		–	11	67,27 (10,92)		–
Alliance séance 7	8	73,00 (7,50)		–	7	64,86 (13,70)		–
Alliance séance 8	9	75,78 (8,51)		–	4	64,50 (20,34)		–
Alliance moyenne séance 1-2	18	68,48 (8,58)	12	68,62 (9,22)	15	65,49 (14,18)	16	65,11 (13,39)
Alliance moyenne séance 3-5	11	70,91 (7,92)		–	13	66,62 (10,79)	3	58,70 (12,20)
Alliance moyenne séance 6+	11	74,29 (7,37)		–	7	65,54 (13,78)		–
Alliance moyenne	18	71,58 (7,86)	12	68,81 (8,86)	15	65,93 (11,17)	16	61,9 (13,14)

CFH = conseillers formés – suivi hebdomadaire; CFP = conseillers formés – suivi pratiques habituelles; CNFH = conseillers non formés – suivi hebdomadaire; CNFP = conseiller non formés – suivi pratiques habituelles.

Tableau 41b
Moyennes et écart-types pour l'alliance selon les conseillers selon les groupes à chaque séance

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Alliance séance 1	17	58,08 (9,24)	12	59,50 (11,56)	15	60,05 (9,72)	17	56,45 (10,43)
Alliance séance 2	17	59,65 (10,74)	10	55,70 (11,79)	15	59,93 (11,87)	13	64,08 (9,17)
Alliance séance 3	17	60,06 (11,06)	3	50,00 (15,72)	13	60,69 (12,48)	8	61,88 (5,06)
Alliance séance 4	14	56,64 (14,38)		–	13	57,69 (10,83)	6	57,50 (6,75)
Alliance séance 5	13	60,55 (11,76)		–	13	61,62 (8,48)	2	48,50 (3,54)
Alliance séance 6	13	66,38 (8,12)		–	10	58,30 (11,95)	1	45,00
Alliance séance 7	11	62,54 (12,59)		–	9	56,89 (10,35)	1	45,00
Alliance séance 8	10	65,70 (11,32)		–	5	57,56 (11,88)		–
Alliance moyenne séance 1-2	17	58,87 (8,87)	12	57,6 (9,04)	15	59,99 (9,71)	17	60,27 (9,19)
Alliance moyenne séance 3-5	14	59,08 (11,50)		–	13	60,00 (9,66)	6	55,96 (5,34)
Alliance moyenne séance 6+	11	64,87 (10,14)		–	9	57,58 (10,20)	1	45,00
Alliance moyenne	18	61,26 (9,04)	12	55,07 (9,28)	15	59,09 (9,16)	17	54,06 (8,80)

Tableau 42
Moyennes et écart-types pour la mesure d'impact pour les travailleurs selon les groupes à chaque séance

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
MI-45 Détresse								
Détresse séance 1	18	31,37 (12,69)	12	29,39 (15,08)	14	29,64 (13,02)	16	35,75 (9,92)
Détresse séance 2	16	30,19 (12,79)	9	36,78 (12,10)	14	33,21 (11,94)	11	29,09 (9,66)
Détresse séance 3	14	32,53 (10,70)	2	26,50 (23,33)	14	30,42 (9,72)	5	44,80 (21,81)
Détresse séance 4	13	31,11 (14,36)	1	47,00	11	31,27 (11,39)	3	38,92 (5,46)
Détresse séance 5	10	28,03 (16,22)		–	13	29,85 (9,99)		–
Détresse séance 6	11	28,09 (17,31)		–	11	34,36 (15,38)		–
Détresse séance 7	8	30,68 (19,42)		–	7	33,14 (14,58)		–
Détresse séance 8	9	32,56 (23,29)		–	4	23,25 (12,42)		–
Détresse moyenne séance 1–2	18	30,78 (11,66)	12	33,09 (14,33)	15	31,43 (11,74)	16	32,42 (9,75)
Détresse moyenne séance 3–5	11	31,56 (14,08)		–	13	30,51 (9,55)	3	41,86 (15,64)
Détresse moyenne séance 6+	8	30,44 (21,11)		–	7	30,25 (16,40)		–
Détresse moyenne	18	30,57 (12,63)	12	30,92 (14,39)	15	30,64 (10,13)	16	37,14 (10,78)
MI-45 Relations Interpersonnelles								
Relation interpersonnelle séance 1	18	12,65 (8,25)	12	10,40 (5,26)	14	11,79 (5,42)	16	11,23 (6,71)
Relation interpersonnelle séance 2	16	11,94 (7,86)	9	10,46 (6,41)	14	12,71 (5,59)	11	12,27 (7,02)
Relation interpersonnelle séance 3	14	12,79 (7,23)	2	7,00 (9,90)	14	11,43 (4,96)	5	16,60 (9,45)
Relation interpersonnelle séance 4	13	13,08 (7,27)	1	14,00	11	13,09 (5,07)	3	16,00 (2,65)
Relation interpersonnelle séance 5	10	12,00 (8,38)		–	13	12,77 (4,75)		–
Relation interpersonnelle séance 6	11	11,91 (7,62)		–	11	15,14 (6,35)		–
Relation interpersonnelle séance 7	8	11,61 10,31)		–	7	15,57 (6,10)		–
Relation interpersonnelle séance 8	9	12,33 (8,82)		–	4	12,75 (8,92)		–
Relation interpersonnelle moyenne séance 1-2	18	12,30 (7,57)	12	10,43 (5,44)	15	12,25 (5,06)	16	11,75 (6,27)
Relation interpersonnelle moyenne séance 3-5	11	12,62 (6,83)		–	13	12,43 (4,58)	3	16,30 (2,78)
Relation interpersonnelle moyenne séance 6+	8	11,95 (9,12)		–	7	14,48 (6,53)		–
Relation interpersonnelle moyenne	18	12,29 (7,34)	12	10,47 (5,38)	15	13,16 (4,52)	16	14,03 (6,49)

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
MI-45 Rôles Sociaux								
Rôles sociaux séance 1	18	11,50 (4,42)	12	11,08 (4,91)	14	11,21 (3,58)	16	11,49 (2,92)
Rôles sociaux séance 2	16	11,25 (4,52)	9	11,77 (4,46)	14	12,36 (3,95)	11	10,82 (1,89)
Rôles sociaux séance 3	14	12,36 (3,73)	2	7,50 (7,76)	14	10,50 (3,20)	5	13,00 (5,52)
Rôles sociaux séance 4	13	11,54 (5,78)	1	14,00	11	10,45 (3,64)	3	12,00 (3,46)
Rôles sociaux séance 5	10	11,50 (4,93)		–	13	11,81 (3,50)		–
Rôles sociaux séance 6	11	10,75 (5,72)		–	11	11,73 (3,75)		–
Rôles sociaux séance 7	8	12,00 (4,78)		–	7	11,43 (2,76)		–
Rôles sociaux séance 8	9	13,33 (5,19)		–	4	10,75 (2,50)		–
Rôles sociaux moyenne séance 1-2	18	11,38 (4,13)	12	11,43 (4,64)	15	11,79 (3,44)	16	11,16 (2,21)
Rôles sociaux moyenne séance 3-5	11	11,80 (4,49)		–	13	10,92 (3,14)	3	12,50 (5,29)
Rôles sociaux moyenne séance 6+	8	12,03 (4,95)		–	7	11,30 (2,59)		–
Rôles sociaux moyenne	18	11,78 (4,19)	12	11,09 (4,79)	15	11,28 (2,78)	16	11,83 (2,62)
MI-45 Total								
MI-45 total séance 1	18	55,53 (23,21)	12	50,95 (23,89)	14	52,64 (20,27)	16	58,46 (16,59)
MI-45 total séance 2	16	53,14 (21,48)	9	59,07 (21,16)	14	58,00 (19,22)	11	52,00 (15,13)
MI-45 total séance 3	14	57,73 (18,26)	2	41,00 (41,01)	14	52,36 (15,73)	5	74,40 (32,72)
MI-45 total séance 4	13	55,68 (25,18)	1	75,00	11	54,81 (18,02)	3	66,93 (10,43)
MI-45 total séance 5	10	51,58 (27,91)		–	13	54,42 (15,86)		–
MI-45 total séance 6	11	50,76 (28,09)		–	11	61,19 (22,88)		–
MI-45 total séance 7	8	54,31 (31,73)		–	7	60,14 (20,43)		–
MI-45 total séance 8	9	58,28 (34,94)		–	4	46,75 (17,78)		–
MI-45 total moyenne séance 1-2	18	54,34 (20,83)	12	55,01 (22,65)	15	55,32 (18,58)	16	55,23 (14,91)
MI-45 total moyenne séance 3-5	11	55,00 (23,73)		–	13	53,86 (15,33)	3	70,67 (21,92)
MI-45 total moyenne séance 6+	8	54,45 (32,77)		–	7	56,03 (22,75)		–
MI-45 total moyenne	18	54,62 (21,77)	12	56,51 (23,01)	15	55,04 (15,66)	16	62,95 (17,12)

Tableau 43
Moyennes et écart-types des réactions émotives du conseiller selon les groupes à chaque séance

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Conflit avec soi-même								
Conflit avec soi-même séance1	17	19,89 (4,96)	12	17,91(4,54)	15	16,67 (3,37)	17	18,17(4,79)
Conflit avec soi-même séance2	17	21,64(5,17)	10	21,00 (8,12)	15	19,07 (4,57)	13	16,38 (3,12)
Conflit avec soi-même séance3	17	21,64 (6,40)	3	27,33 (12,66)	13	19,23 (5,66)	8	17,50 (3,51)
Conflit avec soi-même séance4	14	23,50 (8,27)		–	13	21,61 (7,17)	6	19,16 (3,13)
Conflit avec soi-même séance5	13	21,38 (7,63)		–	13	19,38 (5,19)	2	22,00 (5,66)
Conflit avec soi-même séance6	13	21,18 (6,16)		–	10	20,60 (7,19)	1	21,00
Conflit avec soi-même séance7	10	21,30 (8,27)		–	9	20,44 (5,88)	1	18,00
Conflit avec soi-même séance8	10	19,20 (5,81		–	5	21,20 (9,01)		–
Conflit avec soi-même moyen séance 1-2	17	20,77 (4,33)	12	19,46 (5,23)	15	17,87 (3,60)	17	17,28 (3,58)
Conflit avec soi-même moyen séance 3-5	14	22,17 (6,43)		–	13	20,07 (5,51)	6	19,55 (2,69)
Conflit avec soi-même moyen séance 6+	11	20,56 (6,98)		–	9	20,75 (6,24)	1	19,50
Conflit avec soi-même moyen	18	21,22 (5,12)	12	22,08 (5,91)	15	19,78 (4,64)	17	18,89 (3,01)
Focus sur ses propres besoins								
Focus sur ses propres besoins séance 1	17	9,24 (3,01)	12	8,17(1,99)	15	7,67 (2,27)	17	8,53 (3,12)
Focus sur ses propres besoins séance 2	17	9,59 (3,02)	10	9,30 (3,59)	15	8,40 (2,26)	13	7,15 (1,72)
Focus sur ses propres besoins séance 3	17	10,11 (3,57)	3	11,67 (4,51)	13	8,69 (2,93)	8	8,13 (2,47)
Focus sur ses propres besoins séance 4	14	10,50 (4,91)		–	13	9,31 (2,84)	6	9,33 (4,08)
Focus sur ses propres besoins séance 5	13	9,46(3,07)		–	13	8,46 (2,76)	2	8,50 (2,12)
Focus sur ses propres besoins séance 6	13	9,23 (3,06)		–	10	8,70 (2,67)	1	12,00
Focus sur ses propres besoins séance 7	10	10,70 (4,97)		–	9	10,33 (3,97)	1	11,00
Focus sur ses propres besoins séance 8	10	9,00 (3,23)		–	5	8,60 (3,21)		–
Focus sur ses propres besoins moyen séance 1-2	17	9,42 (2,79)	12	8,74 (2,27)	15	8,04 (2,05)	17	7,84 (2,28)
Focus sur ses propres besoins moyen séance 3-5	14	10,02 (3,37)		–	13	8,82 (2,59)	6	8,65 (2,96)
Focus sur ses propres besoins moyen séance 6+	11	9,64 (3,89)		–	9	9,21 (2,73)	1	11,50
Focus sur ses propres besoins moyen	18	9,73 (2,91)	12	9,71 (2,46)	15	8,77 (2,18)	17	9,23 (2,29)

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	*M (ET)*	*n*	*M (ET)*	*n*	*M (ET)*	*n*	*M (ET)*
Lien positif								
Lien positif séance 1	17	17,35 (3,82)	12	17,33 (2,90)	15	18,27 (2,40)	17	19,94 (4,19)
Lien positif séance 2	17	16,12 (2,93)	10	18,30 (3,80)	15	18,93 (2,81)	13	18,85 (5,06)
Lien positif séance 3	17	16,71 (3,70)	3	17,00 (5,19)	13	19,08 (2,56)	8	18,62 (2,97)
Lien positif séance 4	14	16,71 (4,36)		–	13	18,00 (3,24)	6	20,33 (3,20)
Lien positif séance 5	13	15,69 (3,15)		–	13	18,08 (2,93)	2	22,00 (1,41)
Lien positif séance 6	13	15,98 (2,94)		–	10	19,56 (3,45)	1	22,00
Lien positif séance 7	10	16,00 (3,97)		–	9	19,22 (3,07)	1	21,00
Lien positif séance 8	10	14,80 (3,79)		–	5	18,20 (3,27)		–
Lien positif moyen séance 1-2	17	16,74 (3,28)	12	17,82 (2,29)	15	18,60 (2,20)	17	19,40 (4,13)
Lien positif moyen séance 3-5	14	16,37 (3,69)		–	13	18,38 (2,23)	6	20,32 (2,29)
Lien positif moyen séance 6+	11	15,59 (3,36)		–	9	18,99 (2,69)	1	21,50
Lien positif moyen	18	16,17 (3,14)	12	17,54 (2,39)	15	18,67 (2,06)	17	20,39 (3,79)
Conflit avec le travailleur								
Conflit avec travailleur séance 1	17	6,65 (2,09)	12	5,92 (1,83)	15	6,27 (2,43)	17	5,88 (2,64)
Conflit avec travailleur séance 2	17	7,47 (2,50)	10	6,60 (2,50)	15	6,87 (3,14)	13	5,08 (1,44)
Conflit avec travailleur séance 3	17	7,00 (2,72)	3	8,33 (3,79)	13	7,15 (3,08)	8	5,00 (1,41)
Conflit avec travailleur séance 4	14	8,07 (3,83)		–	13	6,46 (2,40)	6	5,67 (1,51)
Conflit avec travailleur séance 5	13	7,69 (2,72)		–	13	7,15 (2,79)	2	6,00 (,00)
Conflit avec travailleur séance 6	13	6,69 (2,43)		–	10	7,60 (3,37)	1	11,00
Conflit avec travailleur séance 7	10	7,30 (4,09)		–	9	7,67 (2,74)	1	7,00
Conflit avec travailleur séance 8	10	6,50 (2,27)		–	5	6,60 (2,30)		–
Conflit avec travailleur moyen séance 1-2	17	7,06 (2,08)	12	6,26 (1,81)	15	6,57 (2,68)	17	5,48 (2,17)
Conflit avec travailleur moyen séance 3-5	14	7,59 (2,85)		–	13	6,92 (2,67)	6	5,56 (1,33)
Conflit avec travailleur moyen séance 6+	11	6,83 (3,05)		–	9	7,29 (2,86)	1	9,00
Conflit avec travailleur moyen	18	7,17 (2,23	12	6,95 (2,01	15	6,97 (2,57)	17	6,52 (1,88)

Tableau 44a
Moyennes et écarts-types pour l'évaluation de la séance selon travailleur selon les groupes à chaque séance

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Profondeur								
Profondeur séance1	18	26,44 (4,20)	12	27,46 (4,08)	14	25,64 (7,39)	16	25,09 (6,29)
Profondeur séance2	16	26,94 (5,62)	9	26,56 (5,53)	14	27,21 (7,62)	11	23,93 (5,09)
Profondeur séance3	14	28,93 (5,06)	2	29,00 (8,49)	14	27,64 (5,56)	5	21,20 (4,60)
Profondeur séance4	13	28,08 (4,80)	1	18,00	11	26,73 (8,00)	2	22,50 (9,19)
Profondeur séance5	10	28,50 (5,08)		–	12	27,25 (3,98)		–
Profondeur séance6	11	28,00 (4,82)		–	11	25,18 (5,69)		–
Profondeur séance7	8	29,50 (5,01)		–	7	24,71 (7,87)		–
Profondeur séance8	9	30,56 (5,03)		–	4	27,25 (6,18)		–
Profondeur moyenne séance 1-2	18	26,69 (4,39)	12	27,01 (4,28)	15	26,43 (6,84)	16	24,51 (5,42)
Profondeur moyenne séance 3-5	11	28,50 (4,94)		–	13	27,21 (4,39)	2	21,85 (7,07)
Profondeur moyenne séance 6+	8	29,35 (3,66)		–	7	25,71 (5,51)		–
Profondeur moyenne	18	28,37 (3,73)	12	25,26 (4,21)	15	26,45 (4,99)	16	23,18 (5,06)
Flexibilité/aisance								
Flexibilité séance 1	18	30,44 (4,48)	12	32,00 (3,95)	14	30,07 (6,92)	16	26,25 (6,39)
Flexibilité séance 2	16	29,50 (5,59)	9	29,89 (4,86)	14	28,29 (6,83)	11	28,18 (5,21)
Flexibilité séance 3	14	30,14 (3,90)	2	26,00 (4,24)	14	29,29 (5,48)	5	22,00 (11,14)
Flexibilité séance 4	13	28,69 (5,79)	1	23,00	11	28,64 (6,77)	2	27,50 (6,36)
Flexibilité séance 5	10	30,70 (4,44)		–	12	30,08 (2,43)		–
Flexibilité séance 6	11	32,00 (3,26)		–	11	28,00 (6,23)		–
Flexibilité séance 7	8	30,63 (4,69)		–	7	28,00 (4,90)		–
Flexibilité séance 8	9	31,78 (4,76)		–	4	27,25 (3,20)		–
Flexibilité moyenne séance 1-2	18	29,97 (4,40)	12	30,95 (4,19)	15	29,18 (6,42)	16	27,22 (4,83)
Flexibilité moyenne séance 3-5	11	29,84 (4,37)	0	–	13	29,34 (3,56)	2	24,75 (7,07)
Flexibilité moyenne séance 6+	8	31,47 (3,36)	0	–	7	27,75 (5,10)	0	–
Flexibilité moyenne	18	30,49 (3,60)	12	27,72 (4,14)	15	28,70 (3,92)	16	25,98 (5,51)

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Attitude positive								
Attitude positive séance 1	18	29,78 (4,63)	12	30,00 (4,37)	14	29,07 (6,33)	16	25,81 (6,16)
Attitude positive séance 2	16	29,43 (4,69)	9	26,78 (4,84)	14	28,36 (5,39)	11	28,09 (6,36)
Attitude positive séance 3	14	29,93 (4,41)	2	31,50 (4,95)	14	27,14 (5,37)	5	20,00 (11,16)
Attitude positive séance 4	13	29,54 (4,56)	1	14,00	11	28,45 (7,49)	2	22,50 (,71)
Attitude positive séance 5	10	29,80 (5,22)		–	12	29,08 (5,69)		-
Attitude positive séance 6	11	30,45 (4,72)		–	11	25,91 (8,54)		-
Attitude positive séance 7	8	30,25 (4,77)		–	7	26,14 (8,80)		-
Attitude positive séance 8	9	29,89 (6,11)		–	4	27,25 (5,68)		-
Attitude positive moyenne séance 1-2	18	29,61 (4,13)	12	28,39 (4,52)	15	28,72 (5,06)	16	26,95 (4,85)
Attitude positive moyenne séance 3-5	11	29,76 (4,55)		–	13	28,22 (5,07)	2	21,25 (3,18)
Attitude positive moyenne séance 6+	8	30,20 (5,00)		–	7	26,43 (8,08)		-
Attitude positive moyenne	18	29,88 (3,83)	12	25,57 (4,43)	15	27,68 (4,19)	16	24,10 (4,95)
Éveil								
Éveil séance 1	18	15,42 (3,57)	12	15,47 (2,40)	14	17,09 (5,08)	16	15,55 (3,15)
Éveil séance 2	16	18,81 (4,90)	9	17,22 (3,70)	14	18,21 (3,42)	11	18,75 (3,46)
Éveil séance 3	14	17,63 (4,07)	2	16,80 (2,26)	14	16,80 (4,56)	5	15,20 (4,38)
Éveil séance 4	13	19,61 (4,01)	1	16,00	11	19,64 (6,07)	2	16,50 (,71)
Éveil séance 5	10	19,50 (3,84)		–	12	19,08 (4,98)		-
Éveil séance 6	11	20,27 (4,13)		–	11	18,91 (5,07)		-
Éveil séance 7	8	19,63 (4,81)		–	7	17,57 (5,50)		-
Éveil séance 8	9	24,58 (5,27)		–	4	24,69 (6,95)		-
Éveil moyen séance 1-2	18	17,11 (3,43)	12	16,35 (2,69)	15	17,65 (3,95)	16	17,15 (3,24)
Éveil moyen séance 3-5	11	18,91 (3,39)		–	13	18,51 (4,39)	2	15,85 (2,62)
Éveil moyen séance 6+	8	21,49 (3,76)		–	7	20,39 (5,38)		-
Éveil moyen	18	19,43 (3,48)	12	16,37 (2,59)	15	18,99 (3,59)	16	16,50 (3,38)

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Évaluation conseiller								
Évaluation conseiller séance1	18	19,39 (1,88)	12	19,91 (1,73)	14	18,21 (4,62)	16	17,63 (3,54)
Évaluation conseiller séance2	16	19,19 (2,14)	9	18,56 (3,00)	14	17,64 (3,65)	11	18,09 (2,59)
Évaluation conseiller séance3	14	19,64 (1,65)	2	19,50 (2,12)	14	18,00 (3,28)	5	15,60 (3,78
Évaluation conseiller séance4	13	19,69 (1,49)	1	17,00	11	18,18 (3,89)	2	16,50 (2,12)
Évaluation conseiller séance5	10	19,20 (1,75)		–	12	18,00 (2,52)		-
Évaluation conseiller séance6	11	19,64 (1,57)		–	11	17,81 (3,18)		-
Évaluation conseiller séance7	8	19,25 (2,05)		–	7	17,42 (2,99)		-
Évaluation conseiller séance8	9	19,67 (2,06)		–	4	15,50 (5,00)		-
Évaluation conseiller moyenne séance 1–2	18	19,29 (1,76)	12	19,24 (2,16)	15	17,93 (3,75)	16	17,86 (2,73)
Évaluation conseiller moyenne séance 3–5	11	19,51 (1,59)		–	13	18,06 (2,57)	2	16,05 (3,89)
Évaluation conseiller moyenne séance 6+	8	19,52 (1,80)		–	7	16,91 (3,56)		-
Évaluation conseiller moyenne	18	19,46 (1,43)	12	18,74 (2,06)	15	17,60 (2,80)	16	16,96 (2,61)

Tableau 44b
Moyennes et écarts-types pour l'évaluation de la séance selon conseiller selon les groupes à chaque séance

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Profondeur								
Profondeur séance1	17	24,12 (5,37)	12	23,75 (3,65)	15	24,67 (3,77)	17	24,35 (4,18)
Profondeur séance2	17	25,65 (5,61)	10	22,68 (5,98)	15	22,83 (4,87)	13	26,38 (3,10)
Profondeur séance3	17	23,94 (5,86)	3	22,67 (5,69)	13	22,19 (5,16)	8	24,16 (5,65)
Profondeur séance4	14	21,14 (9,11)		–	13	21,04 (5,67)	6	21,71 (4,41)
Profondeur séance5	13	24,38 (6,44)		–	13	20,52 (6,48)	2	22,50 (,71)
Profondeur séance6	12	24,92 (4,96)		–	10	19,45 (8,53)	1	23,00
Profondeur séance7	11	24,64 (7,61)		–	9	19,11 (8,74)	1	23,00
Profondeur séance8	10	25,70 (6,13)		–	5	24,20 (7,19)		-
Profondeur moyenne séance 1-2	17	24,88 (5,04)	12	23,22 (3,42)	15	23,75 (3,84)	17	25,37(3,20)
Profondeur moyenne séance 3-5	14	23,15 (6,21)		–	13	21,25 (4,54)	6	22,79 (4,45)
Profondeur moyenne séance 6+	11	25,09 (5,49)		–	9	20,92 (6,84)	1	22,83
Profondeur moyenne	18	24,31 (4,96)	12	23,03 (3,24)	15	21,75 (4,48)	17	23,59 (3,41)
Flexibilité/aisance								
Flexibilité séance 1	17	27,71 (4,54)	12	28,58 (4,14)	15	28,87 (5,84)	17	26,76 (5,36)
Flexibilité séance 2	17	27,00 (5,77)	10	26,30 (5,85)	15	27,80 (5,36)	13	31,38(2,22)
Flexibilité séance 3	17	25,76 (5,14)	3	17,00 (8,66)	13	27,15 (7,47)	8	27,88 (2,95)
Flexibilité séance 4	14	27,14 (7,78)		–	13	26,62 (5,64)	6	25,92 (8,91)
Flexibilité séance 5	13	27,69 (6,36)		–	13	28,15 (4,71)	2	25,0 (5,66)
Flexibilité séance 6	12	29,25 (4,09)		–	10	26,00 (7,77)	1	22,00
Flexibilité séance 7	11	26,55 (8,25)		–	9	25,33 (8,70)	1	24,00
Flexibilité séance 8	10	30,20 (3,74)		–	5	29,40 (8,20)		-
Flexibilité moyenne séance 1-2	17	27,35 (4,74)	12	27,44 (4,11)	15	28,34 (4,91)	17	29,07 (4,22)
Flexibilité moyenne séance 3-5	14	26,86 (5,05)		–	13	27,31 (4,57)	6	26,27 (4,26)
Flexibilité moyenne séance 6+	11	28,67 (5,65)		–	9	26,91 (6,99)	1	23,00
Flexibilité moyenne	18	27,66 (4,52)	12	23,96 (4,78)	15	27,42 (4,62)	17	26,13 (3,99)

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Attitude positive								
Attitude positive séance 1	17	27,94 (4,22)	12	28,17 (3,90)	15	28,87 (4,54)	17	27,88 (4,28)
Attitude positive séance 2	17	27,71 (4,59)	10	25,30 (6,43)	15	27,53 (4,78)	13	31,00 (2,58)
Attitude positive séance 3	17	26,12 (4,72)	3	18,67 (5,51)	13	26,54 (6,16)	8	30,38 (1,92)
Attitude positive séance 4	14	25,57 (7,39)		–	13	25,46 (5,21)	6	27,00 (6,45)
Attitude positive séance 5	13	28,92 (4,72)		–	13	25,77 (5,34)	2	27,00 (8,49)
Attitude positive séance 6	12	28,50 (5,13)		–	10	26,10 (6,54)	1	25,00
Attitude positive séance 7	11	28,36 (5,07)		–	9	26,78 (6,63)	1	25,00
Attitude positive séance 8	10	29,30 (5,95)		–	5	27,40 (7,80)		-
Attitude positive moyenne séance 1-2	17	27,82 (4,21)	12	26,74 (3,89)	15	28,20 (4,03)	17	29,44 (3,01)
Attitude positive moyenne séance 3-5	14	26,87 (5,17)		–	13	25,92 (4,27)	6	28,13 (4,59)
Attitude positive moyenne séance 6+	11	28,72 (5,12)		–	9	26,76 (6,06)	1	25,00
Attitude positive moyenne	18	27,80 (4,43)	12	24,05 (4,34)	15	26,80 (4,06)	17	27,61 (2,65)
Éveil								
Éveil séance 1	17	18,29 (3,99)	12	18,25 (4,50)	15	19,73 (3,69)	17	18,59 (3,66)
Éveil séance 2	17	18,59 (3,41)	10	18,10 (4,79)	15	18,60 (4,05)	13	20,77 (3,00)
Éveil séance 3	17	18,76 (3,98)	3	15,67 (1,53)	13	18,46 (2,15)	8	20,13 (3,52)
Éveil séance 4	14	19,36 (5,57)		–	13	18,46 (3,15)	6	17,83 (3,54)
Éveil séance 5	13	19,92 (4,96)		–	13	16,69 (3,97)	2	21,00 (1,41)
Éveil séance 6	12	19,50 (4,44)		–	10	18,00 (4,76)	1	20,00
Éveil séance 7	11	19,00 (4,34)		–	9	17,33 (4,64)	1	23,00
Éveil séance 8	10	18,50 (4,35)		–	5	19,40 (3,91)		-
Éveil moyen séance 1-2	17	18,44 (3,38)	12	18,18 (3,79)	15	19,17 (3,18)	17	19,68 (2,89)
Éveil moyen séance 3-5	14	19,35 (4,39)		–	13	17,87 (2,41)	6	19,65 (3,66)
Éveil moyen séance 6+	11	19,00 (3,91)		–	9	18,24 (4,36)	1	21,33
Éveil moyen	18	18,99 (3,38)	12	17,34 (3,76)	15	18,33 (2,38)	17	22,74 (2,58)

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Autoévaluation conseiller								
Autoévaluation conseiller séance1	17	16,41 (2,74)	12	18,00 (2,17)	15	17,93 (2,74)	17	17,47 (1,66)
Autoévaluation conseiller séance2	17	17,82 (1,63)	10	16,70 (3,09)	15	16,20 (3,76)	13	18,46 (,97)
Autoévaluation conseiller séance3	17	17,29 (2,28)	3	14,67 (3,51)	13	16,54 (3,55)	8	18,75 (1,04)
Autoévaluation conseiller séance4	14	16,36 (3,86)		–	13	16,77 (3,03)	6	18,00 (1,55)
Autoévaluation conseiller séance5	13	17,46 (1,76)		–	13	16,85 (2,88)	2	13,50 (,71)
Autoévaluation conseiller séance6	12	17,92 (2,97)		–	10	16,30 (3,30)	1	16,50
Autoévaluation conseiller séance7	11	17,00 (3,58)		–	9	16,33 (3,77)	1	17,00
Autoévaluation conseiller séance8	10	17,40 (2,95)		–	5	16,60 (5,13)		-
Autoévaluation conseiller moyenne séance 1-2	17	17,12 (2,04)	12	17,35 (1,95)	15	17,07 (2,80)	17	17,97 (1,21)
Autoévaluation conseiller moyenne séance 3-5	14	17,04 (2,32)		–	13	16,72 (2,39)	6	16,75 (1,66)
Autoévaluation conseiller moyenne séance 6+	11	17,44 (2,94)		–	9	16,41 (3,58)	1	15,67
Autoévaluation conseiller moyenne	18	117,21 (2,25)	12	16,46 (2,11)	15	16,69 (2,42)	17	17,10 (1,11)

Tableau 45
Moyennes et écarts-types pour l'évaluation des recommandations par les travailleurs selon les groupes à chaque séance

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Influence du conseiller								
Influence conseiller séance1	18	51,22 (5,39)	12	50,83 (5,24)	14	50,93 (8,76)	15	48,07 (6,25)
Influence conseiller séance2	15	50,93 (6,35)	8	50,75 (5,97)	11	49,32 (7,85)	11	48,36 (7,09)
Influence conseiller séance3	14	51,74 (4,80)	2	52,00 (4,24)	14	50,21 (8,51)	5	41,80 (11,12)
Influence conseiller séance4	13	49,85 (6,57)	1	50,00	10	51,00 (6,25)	3	48,67 (8,39)
Influence conseiller séance5	8	53,63 (5,04)		–	11	51,55 (5,50)		-
Influence conseiller séance6	11	54,00 (5,35)		–	8	48,28 (9,06)		-
Influence conseiller séance7	8	53,85 (4,59)		–	4	46,25 (6,13)		-
Influence conseiller séance8	9	55,56 (3,84)		–	4	49,50 (11,73)		-
Influence conseiller moyenne séance 1-2	18	51,08 (5,51)	12	51,79 (5,16)	15	50,13 (7,44)	16	48,22 (5,87)
Influence conseiller moyenne séance 3-5	11	51,74 (5,27)		–	12	50,92 (6,20)	3	45,24 (9,02)
Influence conseiller moyenne séance 6+	8	54,47 (3,82)		–	5	48,01 (9,67)		-
Influence conseiller moyenne	18	52,60 (4,37)	12	50,90 (5,09)	15	49,63 (6,86)	16	46,73 (6,53)
Difficulté d'application de la recommandation								
Difficulté d'application séance 1	18	49,99 (8,56)	12	48,33 (4,38)	14	50,86 (7,22)	15	47,93 (7,47)
Difficulté d'application séance 2	15	51,67 (5,04)	8	48,00 (5,53)	11	47,31 (5,78)	11	45,34 (6,63)
Difficulté d'application séance 3	14	45,43 (6,11)	2	50,50 (7,78)	14	49,00 (7,24)	5	43,89 (6,41)
Difficulté d'application séance 4	13	46,46 (8,55)	1	44,00	10	50,60 (5,85)	3	36,67 (3,51)
Difficulté d'application séance 5	8	52,13 (5,84)		–	11	46,45 (4,61)		–
Difficulté d'application séance 6	11	52,36 (5,52)		–	8	45,92 (7,26)		–
Difficulté d'application séance 7	8	49,58 (4,91)		–	4	48,75 (6,34)		–
Difficulté d'application séance 8	9	51,11 (4,76)		–	4	46,50 (9,00)		–
Difficulté d'application moyenne séance 1-2	18	50,83 (6,53)	12	48,17 (4,05)	15	49,09 (6,26)	16	46,64 (6,30)
Difficulté d'application moyenne séance 3-5	11	48,01 (6,43)		–	12	48,68 (3,94)	3	40,28 (1,32)
Difficulté d'application moyenne séance 6+	8	51,02 (4,44)		–	5	47,06 (5,56)		–
Difficulté d'application moyenne	18	49,84 (5,37)	12	47,71 (4,16)	15	48,17 (4,16)	16	43,46 (6,65)

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Concordance avec le problème								
Concordance avec problème séance 1	18	27,56 (6,68)	12	27,00 (6,92)	14	32,93 (6,64)	15	30,49 (7,79)
Concordance avec problème séance 2	15	29,40 (5,05)	8	32,25 (3,45)	11	32,45 (4,13)	11	30,36 (7,51)
Concordance avec problème séance 3	14	29,00 (6,21)	2	34,00 (1,41)	14	32,07 (7,51)	5	33,97 (2,55)
Concordance avec problème séance 4	13	29,69 (5,36)	1	33,00	10	33,15 (5,50)	3	31,67 (4,73)
Concordance avec problème séance 5	8	31,62 (4,21)		–	11	32,00 (4,75)		–
Concordance avec problème séance 6	11	30,73 (5,27)		–	8	31,42 (6,01)		–
Concordance avec problème séance 7	8	31,13 (7,51)		–	4	27,75 (6,85)		–
Concordance avec problème séance 8	9	32,70 (6,37)		–	4	29,00 (7,44)		–
Concordance avec problème moyenne séance 1-2	18	28,48 (5,94)	12	29,63 (7,31)	15	32,69 (5,84)	16	30,43 (7,10)
Concordance avec problème moyenne séance 3-5	11	30,10 (4,48)		–	12	32,41 (5,36)	3	32,82 (2,57)
Concordance avec problème moyenne séance 6+	8	31,52 (5,51)		–	5	29,39 (6,23)	0	–
Concordance avec problème moyenne	18	30,23 (4,91)	12	31,56 (7,36)	15	31,35 (4,84)	16	31,62 (6,87)
Évaluation totale de la recommandation								
Évaluation totale séance 1	18	128,70 (14,24)	12	126,17 10,18)	14	134,69 (16,46)	15	126,39 (16,05)
Évaluation totale séance 2	15	132,00 (11,70)	8	131,00 (11,19)	11	129,16 (13,07)	11	124,12 (17,90)
Évaluation totale séance 3	14	126,09 (13,21)	2	136,50 (13,43)	14	131,29 (20,69)	5	119,57 (17,89)
Évaluation totale séance 4	13	126,00 (17,28)	1	127,00	10	134,72 (8,90)	3	117,29 (13,99)
Évaluation totale séance 5	8	137,38 (10,62)		–	11	130,00 (8,45)		–
Évaluation totale séance 6	11	137,09 (7,89)		–	8	125,59 (15,52)		–
Évaluation totale séance 7	8	134,46 (4,43)		–	4	122,75 (13,07)		–
Évaluation totale séance 8	9	139,48 (10,64)		–	4	125,00 (26,08)		–
Évaluation totale moyenne séance 1-2	18	130,35 (11,55)	12	128,59 (10,57)	15	131,93 (13,98)	16	125,26 (15,03)
Évaluation totale moyenne séance 3-5	11	129,82 (14,01)		–	12	132,00 (11,31)	3	118,43 (10,76)
Évaluation totale moyenne séance 6+	8	137,01 (6,21)		–	5	124,45 (17,22)		–
Évaluation total moyenne		132,65 (9,87)	12	131,75 (10,81)	15	129,15 (11,82)	16	121,84 (15,20)

Tableau 46
Moyennes et écarts-types pour l'adhésion aux recommandations selon les groupes à chaque séance

	CFH		CFP		CNFH		CNFP	
	n	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***	***n***	***M (ET)***
Adhésion selon travailleur								
Adhésion séance1	16	5,31 (1,20)	7	4,29 (1,60)	12	4,50 (1,51)	10	5,60 (,52)
Adhésion séance2	13	4,62 (1,94)	2	5,00 (,00)	11	5,45 (,69)	3	5,67 (,58)
Adhésion séance3	13	5,08 (1,38)	1	4,00	8	5,13 (1,81)	2	5,50 (,71)
Adhésion séance4	10	4,90 (,88)		–	10	5,20 (1,14)		–
Adhésion séance5	9	5,22 (,83)		–	9	5,11 (1,62)		–
Adhésion séance6	8	5,13 (1,46)		–	6	5,17 (1,33)		–
Adhésion séance7	9	5,22 (1,39)		–	3	5,67 (,58)		–
Adhésion séance8	2	3,00 (1,41)		–	1	2,00		–
Adhésion moyenne séance 1-2	18	4,97 (1,50)	7	4,65 (1,32)	14	4,98 (,95)	10	5,64 (,47)
Adhésion moyenne séance 3-5	11	5,07 (,88)		–	8	5,15 (,69)		–
Adhésion moyenne séance 6+	9	4,45 (1,34)		–	3	4,28 (,84)		–
Adhésion moyenne	18	4,81 (,85)	8	4,43 (1,24)	15	4,78 (,74)	11	5,59 (,46)
Adhésion selon conseiller								
Adhésion séance1	16	4,88 (1,31)	10	4,40 (1,43)	14	4,21 (1,42)	12	5,42 (,79)
Adhésion séance2	16	4,31 (1,74)	3	5,33 (,58)	8	5,00 (,93)	6	4,33 (1,86)
Adhésion séance3	13	4,38 (1,61)		–	13	4,15 (1,68)	6	4,00 (1,79)
Adhésion séance4	12	5,08 (,90)		–	10	4,60 (1,65)	1	2,00
Adhésion séance5	11	4,82 (1,08)		–	9	5,44 (,88)	1	3,00
Adhésion séance6	9	4,78 (1,72)		–	7	4,29 (1,70)	1	6,00
Adhésion séance7	10	5,00 (1,16)		–	4	4,00 (2,16)		–
Adhésion séance8	2	4,50 (,71)		–	1	2,00		–
Adhésion moyenne séance 1-2	17	4,60 (1,26)	10	4,87 (,95)	14	4,61 (1,37)	12	4,88 (,82)
Adhésion moyenne séance 3-5	11	4,76 (,94)		–	12	4,73 (,85)	2	3,00 (,35)
Adhésion moyenne séance 6+	10	4,76 (1,34)		–	4	3,43 (1,78)		
Adhésion moyenne	18	4,63 (,94)	10	4,87 (,95)	14	4,21 (,85)	12	3,54 (,92)

ANNEXE III

Tableau 47
Liste des diagnostics principaux et secondaires pour chaque travailleur

Sujets	Diagnostic principal	Diagnostics secondaires
1	Entorse dorsolombaire aigue	Entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles
2	Entorse lombaire	Spondylolisthesis congénital L5 sur S1
3	Tendinite poignet gauche	Schelle de déchirure scopho-lunaire partielle avec synovite radio-carpienne résiduelle et douleur ankylon poignet
4	Contusion au pied gauche	Dystrophie sympathique réflexe; Tpp secondaire
5	Entorse lombaire	Hernie discale L4 L5 gauche
6	Fracture cheville droite	
7	Entorse de la cheville gauche	Dystrophie réflexe sympathique
8	Épicondylite du coude droit	Algie du coude droit
9	Tunnel carpien bilatéral	Tendinite de Quervain droite et gauche
10	Entorse cervicale et bursite épaule droite	Capsulite épaule droite
11	Tendinite épaule droite, dim cervical	Tendinite épaule gauche
12	Entorse lombaire	Dégénérescence discale L4L5 L5s personnelle; protusion discale personnelle
13	Entorse lombaire	Hernie discale
14	Contusion au genou droit, déchirure du ménisque	
15	Contusion dorsale et omoplate droite	Hernie discale L5 S1
16	Myalgie pectorale et trapèze gauche	bursite sous-acronmiale; synovite gléno-humérale; acromio-claviculaire gauche
17	Entorse lombaire	Lomboscietalgie atypique : hernie discale L5S1
18	Fracture radius droit (bras)	
19	Écrasement main gauche	Tendinite main gauche
20	Contusion + entorse au genou droit, contusion épaule gauche	
21	Tunnel carpien bilatéral (mains)	
22	Trauma au bras gauche, plaie	Section des extenseurs au bras gauche
23	Contusion sacro-iliaque	Entorse lombaire versus hernie discale L4-L5
24	Entorse lombaire	
25	Entorse lombaire sévère	Hernie discale L5S1
26	Entorse et contusion épaule droite, entorse 5ième doigt droit	Tendinite traumatique coiffe des rotateurs épaule droite
27	Amputation partielle doigts 4 et 5 main doigt)s) sauf le pouce	
28	Fracture fémur droit (cuisse, fémur, quadriceps)	Spongylose cervicale légère c4-c5, c5-c6, c6-c7; Discrète hernie médiane c6-c7
29	Tendinite à l'épaule	Capsulite. Rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.
30	Tendinite épaule droite	
31	Contusions multiples	Entorse cervicale; syndrome myofacial "père"; scapulaire importante sur entorse cervicale
32	Entorse au genou gauche	Déchirure méniscale arthrose fémorotibiale interne; Minime déchirure du rebord libre de la corne postérieure et moyenne du ménisque externe; Tendinite à la patte d'oie du genou droit; Lombalgie.
33	Entorse cervicale et lombaire	

Tableau 47 (suite)
Liste des diagnostics principaux et secondaires pour chaque travailleur

Sujets	Diagnostic principal	Diagnostics secondaires
34	Entorse dorsolombaire et épaule droite	
35	Entorse au poignet droit	Déchirure partielle fibrocartilage triangulaire
36	Entorse lombaire	Hernie discale
37	Entorse lombaire	Hernie discale
38	Déchirure biceps droit et tendinite épaule droite	
39	Fracture à l'épaule droite	
40	Entorse cervico-dorsale; entorse des 2 épaules	
41	Entorse lombaire	Bombement discal L4L5; Dégénérescence avec ankylose
42	Entorse lombaire et contusion	Lombosciatalgie; syndrome myofacial
43	Entorse lombaire	Dégénérescence lombaire L3L4 et L4L5; arthrose facettaire
44	Entorse dorsolombaire	Dégénérescence discale L5S
45	Entorse au genou (déchirure méniscale)	
46	Entorse lombaire	
47	Trauma sévère à la main gauche	
48	Entorse dorsolombaire	
49	Entorse lombaire	Hernie discale
50	Fracture pied gauche et tendinite épaule	Rupture partielle de la coiffe des rotateurs
51	Entorse lombaire	
52	Entorse lombaire	Hernie discale L4L5 droit
53	Entorse lombaire	Hernie discale volumineuse L4L5 L5S1; Tachiméningite
54	Contusion dorsolombaire; épicondyle coude gauche	Bursite olecranienne (coude)
55	Contusion thorax gauche	Entorse lombaire dim L5
56	Capsulite épaule gauche	Luxation épaule gauche; tendinite épaule gauche; algie épaule gauche
57	Contusion épaule gauche, tendinite traumatique	
58	Entorse lombaire	Hernie discale L5-S1
59	Entorse lombaire	
60	Entorse lombaire	
61	Entorse genou gauche, déchirure ligament croisé antérieur ménisque interne externe gauche	
62	Blessure dorsolombaire	Douleur myofaciale; blocage vertèbre dorsale; entorse rachi lombaire; lombalgie mécanique

ANNEXE IV

Tableau 48

Régressions linéaires entre variables distinguant les sujets restants au temps 2 et les différences temps 2-temps 1 sur les des indicateurs de réadaptation

Variables indépendantes	Variable dépendante (différence de score)	N	Beta	DL	R^2	R change	F	P
Age	Satisfaction habiletés	49	,327	1	0,107	0,107	5,609	,022
Age	Satisfaction procédures	49	,359	1	0,129	0,129	6,949	,011
Age	Satisfaction accessibilité	49	,464	1	,215	,215	12,866	,001
Age Soutien social – amour/soi	Satisfaction attente	49	,531 ,242	2	,292 ,350	,292 ,058	12,388	,000
Age	Satisfaction globale	49	,356	1	,126	,126	6,801	,012
Durée prise en charge	Stade de changement	49	-,285	1	,081	,081	4,072	,049
Autre diagnostic	Dépression	49	,299	1	,089	,089	4,612	,037
Appuie employeur	Anxiété situationnelle	48	-,454	1	,207	,207	11,973	,001
Obstacle - contrôle externe	Anxiété générale	49	,317	1	,101	,101	5,267	,026
Coping évitement	Estime de soi positive	49	,292	1	,085	,085	4,383	,042
Appuie employeur	Estime de soi négative	49	-,291	1	,085	,085	4,271	,044
Durée prise en charge Obstacle - facteurs externes	Obstacles positifs	49	,385 -,305	2	,170 ,263	,170 ,263	8,192	,001
Coping évitement	*Coping* – acceptation responsabilité	49	-,315	1	,099	,099	5,056	,029
Coping maîtrise de soi Anxiété situationnelle	*Coping* - résolution de problème	49	-,350 ,275	2	,122 ,198	,122 ,076	5,668	,006
Coping maîtrise de soi Âge du travailleur	*Coping* - recherche soutien social	49	-,414 ,315	2	,188 ,286	,188 ,099	9,225	,000
Obstacle - facteurs externes	Obstacle - autonomie / difficultés avec collègues	48	-,463	1	,214	,214	12,523	,001
Obstacle - facteurs externes Durée prise en charge	Obstacle - contrôle externe	48	-,595 ,227	2	,383 ,434	,383 ,051	17,268	,001
Obstacle - facteurs externes	Obstacle - santé	49	-,443	1	,196	,196	11,444	,001
Obstacle - facteurs externes	Obstacle – manque d'habileté	49	-,323	1	,104	,104	5,471	,024
Durée prise en charge	Douleur - niveau activité général	49	-,387	1	,150	,150	8,303	,006
Mesures	Sentiment de contrôle (peut faire quelque chose pour changer la situation)	49	,338	1	,115	,115	5,693	,021
Anxiété situationnelle *Coping* maîtrise de soi	Sentiment par rapport à la vie	49	,469 ,402	1	,221 ,382	,221 ,159	14,236	,000
Anxiété situationnelle	Sentiment par rapport à la santé	49	,321	1	,103	,103	5,388	,025

Note : Variables indépendantes = variables distinguant les groupes au temps 1. Variables dépendantes = indicateur de réadaptation.
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

Tableau 49
Régressions linéaires entre variables distinguant les sujets restants au temps 3 et les différences temps 3-temps 1 sur les des indicateurs de réadaptation

Variables indépendantes	Variable dépendante (différence de score)	N	Beta	DL	R^2	R change	F	P
Âge travailleur	Satisfaction accessibilité	34	-,361	1	,130	,130	4,801	,036
Âge travailleur	Satisfaction attente	34	-,451	1	,203	,203	8,173	,007
Coping évitement	Dépression	35	-,482	1	,232	,232	9,963	,003
Coping maîtrise de soi	Anxiété générale	35	-,502	1	,252	,252	11,121	,002
Coping évitement	Détresse globale	35	-,345	1	,119	,119	4,468	,042
Coping maîtrise de soi	Estime de soi positive	34	,473	1	,224	,224	9,242	,005
Âge travailleur *Coping* maîtrise de soi	*Coping* recherche soutien social	35	,347 -320	2	,136 ,238	,136 ,102	4,984	,013
Anxiété situationnelle	*Coping* acceptation responsabilité	34	-,396	1	,157	,157	5,959	,020
Pression sociale - parenté	*Coping* résolution problème	35	-,375	1	,141	,141	5,396	,026
Coping évitement	Obstacles positifs	35	-,480	1	,231	,231	9,888	,004
Coping évitement	Obstacles autonomie / conflits avec collègues	35	,465	1	,216	,216	9,090	,005
Coping évitement Soutien social - réseau	Obstacles contrôle externe	35	,532 ,428	1	,187 ,360	,187 ,173	8,993	,001
Coping maîtrise de soi	Obstacles santé	35	,380	1	,145	,145	5,578	,024
Coping maîtrise de soi	Obstacles manque d'habiletés	35	,396	1	,157	,157	6,145	,018
Âge travailleur	Douleur sévérité	34	,395	1	,156	,156	5,917	,021
Conemp *Coping* évitement	Douleur interférence	34	-,578 -,446	2	,212 ,397	,212 ,185	10,527	,000
Coping maîtrise de soi Anxiété situationnelle Durée prise en charge	Sentiment p/r à la vie	35	,414 ,321 ,306	3	,257 ,352 ,440	,257 ,095 ,088	8,113	,000
Coping évitement	Sentiment p/r à la santé	35	,383	1	,147	,147	5,680	,023
Autres diagnostiques	Intention RTW	28	,403	1	,163	,163	5,045	,033

Note : Variables indépendantes = variables distinguant les groupes au temps 1. Variables dépendantes = indicateur de réadaptation.
1. Conemp = Capacité de conserver votre emploi malgré les conséquences de l'accident
* P < ,05 ** P < ,01 *** P < ,001

RÉFÉRENCES

Addis, M.E. et Jacobson, N.S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 24*(3), 313-326.

Andrews, G., Peters, L. et Teesson, M. (1994). *The measurement of consumer outcome in mental health,* Australian Health Ministers Advisory Council National Working Group on Mental Health Policy, Mental Health Branch, Commonwealth Department of Human services and Health, AGPS, Canberra.

Affleck, G. et Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64*, 899-922.

Aikens, J.E., Reinecke, M.A., Pliskin, N.H., Fischer, J.S., Wiebe, J.S., McCracken, L.M. et Taylor, J.L. (1999). Assessing depressive symptoms in multiple sclerosis: is it necessary to omit items from the original Beck Depression Inventory? *Journal of Behavioural Medicine*, *22*, 127-142.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50,* 179-211.

Ajzen, I. et Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Clifts, NJ: Prentice Hall.

Alexy, W.D. et Webb, P.M. (1999). Utility of the MMPI-2 in work-hardening rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, *44*(3), 266-273.

Altmaier, E.M., Russell, D.W., Kao, C. F., Lehmann, T.R. et Weinstein, J.N. (1993). Role of self-efficacy in rehabilitation outcome among chronic low back pain patients. *Journal of Counseling Psychology*, *40*(3), 335-339.

Antonak, R.F. et Livneh, H. (1995). Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with multiple sclerosis. *Social Science and Medecine, 40*, 1099-1108.

Aspinwall, L.G. et Taylor, S.E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 989-1003.

Attkisson, C.C. et Greenfield, T.K. (1994). Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Scale-30. Dans M.E. Maruish (Éd.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment,* 402-420. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Baby, A. (1993). Insertion professionnelle, insertion sociale et formation : Une perspective critique... qui n'est plus à la mode. Dans C. Laflamme (Dir.), *La formation et l'insertion professionnelle, enjeux dominants dans la société postindustrielle*. Sherbrooke: CRP, 119-155.

Bachelor, A. et Horvath, A. (2002). The therapeutic relationship. Dans M. Hubble, B. Duncan et S. Miller (Dir.), *The heart and soul of change: What works in therapy,* 133-178. Washington: American Psychological Association.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*(2), 122-147.

Bandura**,** A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New-York: W. H. Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Baril, R. (2002). Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec. *Revue Pistes*, *4*(2), 1-32.

Baril, R. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sur le marché du travail des travailleurs et des travailleuses après un passage en réadaptation. Dans *Élargir les horizons : perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*. Éditions Multimondes, Ibis Press et Office des personnes handicapées du Québec, 765-770.

Baril, R., Berthelette D. et Massicotte P. (2002). Early return-to-work for injured workers: Multidimensional patterns of individual and organizational factors, *Safety Science*, 41, 277-300.

Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P., Pajot, A. (2001). *Les interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises : Facteurs facilitants et obstacles organisationnels*. Comptes rendus du congrès SELF-ACE – Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie, Montréal, 3-4-5 octobre 2001, 180-184.

Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P. et Pajot, A. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, rapport résumé RR-238, 2000 : 159 p. et 59 p.

Baril, R., Martin, J.-C., Lapointe, C. et Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. IRSST : Québec.

Beardsley, M.M. et Rubin, S.E. (1988). Rehabilitation service providers: An investigation of generic job tasks and knowledge. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 32,* 122-139.

Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper.

Beck, A.T., Steer, R. A. et Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological corp.

Beck, A.T., Steer, R.A. et Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8,* 77-100.

Bélair, S., Laroche, R., Laurin, J.-C. et Haccoun, R. (1999). Maximiser le transfert des apprentissages en formation : Perspectives professionnelles. *Interactions, 3*(1-2), 92-105.

Bellini, J., Neath, J. et Bolton, B. (1995). A comparaison of linear multiple regressionand simplified approach in the prediction of rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 39*(2), 151-159.

Bellini, J., Neath, J. et Bolton, B. (1995). Development of a scale of social disadvantage for vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Administration, 19*(2), 107-118.

Bergeron, J. (1987). State-trait anxiety in french-english bilinguals: Cross-cultural considerations. Dans C.D. Spielberger et C. Diaz-Guerrero (Éd.), *Cross- cultural anxiety, 2*, 157-176. New-York: McGraw-Hill.

Bergin, A.E. et Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy research and behavior change*. (4 éd.). New York: John Wiley & Sons.

Bieber**,** J., Wroblewski, J.M., Barber, C.A. (1999). Design and implementation of an outcomes management system within inpatient and outpatient behavioral health settings. Dans M.E. Maruish (Éd.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2 éd.), 171-210. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Blackwell, T.L., Leierer, S.J., Haupt, S. et Kampitsis, A. (2003). Predictors of vocational rehabilitation return-to-work outcomes in worker's compensation. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46,* 108-114.

Blais, M.R., Brière, N.M., Lachance, L., Riddle, A.S. et Vallerand, R.J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue Quebecoise de Psychologie, 14*(3), 185-215.

Blanchard, C.M., Courneya, K.S., Rodgers, W.M., Daub, B. et Knapik, G. (2002). Determinants of exercise intention and behavior during and after phase 2 cardiac rehabilitation: an application of the theory of planned behaviour. *Rehabilitation Psychology, 47*(3), 308-323.

Bloom, B.S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook 1: Cognitive domain.* New York: Longmans, Green & Co.

Bloom, B.S. (1988). Le problème des deux sigmas: La recherche de méthodes d'enseignement en groupe aussi efficaces que le préceptorat. Dans Huberman, M. (Dir.), *Maîtriser les processus d'apprentissage : fondements et perspectives de la pédagogie de maîtrise*, Paris, Delachaux et Niestlé, 45-83.

Bolton, B. (1979). *Rehabilitation Counseling Research*. Baltimore: University Park Press.

Bolton, B., Akridge, R.L. (1995). A meta-analysis of skills training programs for rehabilitation clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *38*(3), 262-273.

Bolton, B., Bellini, J., Neath, J. (1996). Influence of applicants: Personal history on counselors' ratings of functional limitations. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *39*(4), 265-275.

Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. Dans A.O. Horvath et L.S. Greenberg (Dir.), *The working alliance: theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Borgen E.S. et Amundsen, N.E. (1984). *The experience of unemployment*. Nelson Publishing, Scarborough, Ontario

Borgen, W.A. et Amundsen, N.E. (1987). The experience of unemployment of the physically disabled. Dans R.I. Brown (Éd.), *Natcom 14: Vocational counseling in rehabilitation: Part 1*, Ministry of Supply and Services, Ottawa, Ontario.

Boulte, P. (1995). *Individus en friche*. Paris: Desclée de Brouwer.

Boureau, F., Luu, M. et Doubrère, J.F. (1997). Le malade douloureux chronique. Dans L. Brasseur, M. Chauvin et G. Guilbaud (Éd.), *Douleurs*, 375-384. Maloine: Paris.

Brammer,L. (1991). *How to cope with life transitions: the challenge of personal change.* Hemisphere, Washington, D.C.

Brenner**,** Gail F., Melamed, B.G. et Panush, R.S. (1994). Optimism and coping as determinants of psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 1*(2), 115-134.

Bryant, M.J., Simons, A.D. et Thase, M.E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research, 23*(4), 381-399.

Burns, D.D. et Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(3), 441-449.

Burns, D.D. et Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 305-311.

Burton, K., Polatin, P.B. et Gatchel, R.J. (1997). Psychosocial factors and the rehabilitation of patients with chronic work-related upper extremity disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation, 7*, 139-153.

Butler, S.F., Strupp, H.A. et Lane, T.W. (1987). *The time-limited dynamic psychotherapy therapeutic strategies scale: development of an adherence measure*. Paper presented to the Society for Psychotherapy Research, Ulm, West Germany.

Carey, T.S. (1999). The road to chronicity. *The Back Letter*, *14*(17), 81-82.

Carey T.S. Garrett J.M. et Jackman A.M. (2000). Beyond the good prognosis: Examination of an inception cohort of patients with chronic low back pain**.** *Spine, 25*(1), *15-20.*

Carver, C.S. et Scheier, M.F. (2002). Optimism. Dans C.R. Snyder, et S.J. Lopez (Éd.), *Handbook of positive psychology*. 231-243. New-York: Oxford University Press.

Carver**,** C.S., Pozo, C.H., Suzanne D. et Noriega, V. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(2), 375-390.

Castel, R. (2000). Cadrer l'exclusion. Dans S. Karsz (Dir.), *L'exclusion : définir pour en finir* (35-60). Paris: Dunod.

Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. et Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and commun factors. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*, 497-504.

Cheadle, A., Franklin, G., Wolhagen, C., Savarino, J., Liu, P.Y., Salley, O. et Weaver, M., (1994). Factors influencing the duration of work-related disability: A population-based study of Washington state workers' compensation. *American Journal of Public Health, 84,* 190-196.

Chan**,** F., Shaw, L.R., McMahon, B.T., Koch, L. et Strauser, D. (1997). A model for enhancing rehabilitation counselor-consumer working relationships. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 41*(2), 122-137.

Chang**,** E.C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality et Social Psychology, 74*(4), 1109-1120.

Chwalizs, K. et Vaux, A. (2002). Social support and adjustment to disability. Dans R.G. Frank et T.R. Elliot (Éd.), *Handbook of rehabilitation psychology,* 537-552. Washington DC: American Psychological Association.

Clavier, D. (1994). Perte d'emploi et traumatisme. *Carriérologie*, *5*(4), 149-164.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail.* Paris: PUF.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.

Cohen, S. et Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.

Conoley, C.W., Conoley, J.C., Ivey, D.C. et Scheel, M.J. (1991). Enhancing counsultation by matching counsultee's perspectives. *Journal of Counseling and Development, 69,* 546-549.

Conoley, C.W., Padula, M.A., Payton, D.S. et Daniels, J.A. (1994). Predictors of client implementation of counsellor recommendations: Match with problem, difficulty, and building on client strengths. *Journal of Counseling Psychology, 41*(1), 3-7.

Conseil supérieur de l'éducation (1997). *L'insertion sociale et professionnelle, une responsabilité à partager*. Rapport annuel 1996-1997 sur l'état et les besoins de l'éducation, Sainte-Foy: Conseil supérieur de l'éducation.

Coon, D.W. et Gallagher-Thompson, D. (2002). Encouraging homework completion among older adults in therapy. *Journal of Clinical Psychology, 58*(5), 549-563.

Corbière, M. (1997). *Aspects éducationnels, personnels et vocationnels de la réussite scolaire d'élèves français et québécois: perspective synchronique et diachronique*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec.

Corbière, M. (1999). *Questionnaire sur les obstacles à la réinsertion professionnelle et le sentiment d'efficacité.* Document non-publié.

Corbière, M. (1999). *Pression et encouragement social.* Document non-publié.

Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., Ricard, N. Factorial Validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (in press).

Coste, J., Delecoeuillerie, G., Cohen de Lara, A., Le Parc, J.M et Paolaggi, J.B. (1994). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: An inception cohort study in primary care practice. *British Medical Journal, 308*(6928), 577-580.

Courneya, K.S., Blanchard, C.M. et Laing, D. (2001). Exercice adherence in breast cancer survivors training for a dragon boat race competition: A preliminary investigation. *Psycho-Oncology, 10*, 444-452.

Craig, A., Hancock, K., Dickson, H., Martin, J., Chang, E. (1990). Psychological consequences of spinal injury: A review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychology*, *24*, 418-425.

Crook, J., Milner, R., Schultz, I. Z. et Stringer, B. (2002). Determinants of occupational disability following a low back injury: A critical review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *12*(4), 277-295.

Crook, J., Moldofsky H. et Shannon, H. (1998). Determinants of disability after a work related musculetal injury. *Journal of Rheumatology, 25,* 1570-1577.

CSST (2004). Recueil des politiques en matière de réadaptation–indemnisation. Document accessible à l'adresse URL:*http://www.csst.qc.ca/portail/fr/publications/pol_readap_indem. htm*.

Danek, M.M., Wright, G.N., Leahy, M.J. et Shapson, P.R. (1987). Introduction to rehabilitation competency studies. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 31,* 84-93.

Datan, N. et Ginsberg L. (Éd.), (1975). *Life span development psychology: normative life crises*. New York: Academic Press.

Davis, K.D. (1984). Assessing physical therapy utilization in a prospective payment environment. *Clinical Management in Physical Therapy, 4*(4).

Deci, E.L. et Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. Dans R. Dienstbier (Dir.), *Nebraska symposium on motivation: perspectives on motivation, 38,* (237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum Press.

De Gaulejac, V. et Taboada Léonetti, I. (1994). *La lutte des places*. Paris: Desclée de Brouwer.

Derogatis, L. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory. Administration, scoring, and procedures manual.* USA: NCS Pearson inc.

Dorsett, P.A. (2001). *Spinal cord injury: How do people cope*. Doctoral dissertation. Queensland University: Australia

Drapeau, M. et Koerner, A.C. (2003). L'impact des techniques thérapeutiques. *Psychologie Québec*, *20*(5), 17-22.

Durand, M.-J. et Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail, d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. Perspectives interdisciplinaires sur le travail. *Pistes*, *3*(2), 211-219

Durand, M.-J., Loisel, P. et Durand, P. (1998). Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation dans le milieu de travail: Description et fondements théoriques. *La Revue Canadienne d'Ergothérapie*, *65*(2), 72-80.

Dworkin, R.H. et Banks, S.M. (1999). A vulnerability-diathesis-stress model of chronic pain: Herpes Zoster and the development of postherpetic neuralgia. Dans R.J. Gatchel et D.C. Turk (Éd.), *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*, 247-269. New York: Guilford Press.

Edelman, R.E. et Chambless, D.L. (1993). Compliance during sessions and homework in exposure-based treatment of agoraphobia, *Behaviour Research and Therapy, 31*(8), 767-773.

Epping-Jordan, J.E., Wahlgren, D.R., Williams, R.A., Pruitt, S.D., Slater, M.A., Patterson, T.L., Grant, I., Webster, J.S., Atkinson, J.H. (1998). Transition to chronic pain in men with low back pain: Predictive relationships among pain intensity, disability, and depressive symptoms. *Health Psychology, 17*(5), 421-427.

Erickson, E. (1963). *Childhood and society*, (2 éd.). New York: Norton.

Egan, G. (1986). *The skilled helper*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Fishbain, D.A., Cutler, R.B, Rosomoff, H.L., Khalil, T. et Steel-Rosomoff, R.N. (1997). Impact of chronic pain patient's job perception variables on actual return-to-work. *Clinical Journal of Pain, 13,* 197-206.

Fishbein, M. et Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wisley.

Fishbain, D.A., Goldberg, M., Meagher, B.R. et Steele, R. (1986). Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain, 26*(2), 181-197.

Fishbain, D.A., Rosomoff, H.L., Cutler, R.B. et Steel-Rosomoff, R.N. (1995). Do chronic pain patient's perceptions about their preinjury jobs determine their intent to return to the same type of job post-pain facility treatment? *Clinical Journal of Pain, 11,* 267-278.

Flynn, R.J., Aubry, T.D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M. et Gallant, A. (2002). Validation d'une version française du Outcome Questionnaire et evaluation d'un service de counselling en milieu clinique. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, *17*(3), 57-74.

Folkman, S. (1992). Commentary to part three: Improving coping assessment, reply to Stone and Kennedy-More. Dans H.S. Friedman (Éd.), *Hostility, coping and health*, 215-223. Washington, DC: American Psychological Association.

Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1988). *Ways of coping questionnaire manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1986). Dyanamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,* 992-1003.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. et Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(5), 992-1003.

Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St-Louis: Mosby.

Fortin, F. et Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale: Le SCL - 90R* (Rapport inédit). Montréal: Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., Côté, M. et St-Michel, G. (1996). *Révision de la proposition québécoise de classification de la CIDIH: Processus de Production du Handicap.* Québec: Réseau internationale sur le processus de production du handicap.

Fournier**,** M., de Ridder, D. et Bensing, J. (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness: A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences, 33(7*), 1163-1183.

Frank, J.W., Brooker, A., DeMaio, S.E., Kerr, M.S., Mactzel, A., Shannon, H.S., Sullivan, T.J., Norman, R.W. et Wells, R.P. (1996). Disability resulting from occupational low back pain: Part II: what do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on Prevention after disability begins. *Spine, 21*(24), 2918-2929.

Gage**,** M. (1992). The appraisal model of coping: An assessment and intervention model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy, 46*(4), 353-362.

Gallagher**,** R.M., Rauh, V., Haugh, L.D., Milhous, R., Callas, P.W., Langelier, R., McClallen, J.M. et Frymoyer, J. (1989). Determinants of return-to-work among low back pain patients. *Pain, 39*(1), 55-67

Gamsa, A. (1994). The role of psychological factors in chronic pain–I: A half century of study. *Pain,* 57(1), 5-15.

Gamsa, A. (1994). The role of psychological factors in chronic pain–II: A critical appraisal. *Pain.* 57(1), 17-29.

Gardner, J. (1987). Vocational rehabilitation: Lessons for employers. *Business and Health, 5*(20), 20-24.

Garland, A. et Scott, J. (2002). Using homework in therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology, 58 (5),* 489-498.

Garofalo, J.P. (2000). Perceived optimism and chronic pain. Dans R.J. Gatchel et J.N. Weisberg (Éd)*, Personality characteristics of patients with pain,* 203-217. Washington, DC: American Psychological Association.

Gatchel, R.J. (1999). Perspectives on pain: A historical overview. Dans R.J. Gatchel et D.C. Turk (Éd.), *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*, 3-17. New York: Guilford Press.

Gatchel**,** R.J. et Dersh, J. (2002). Psychological disorders and chronic pain: Are there cause-and-effect relationships? Dans D.C. Turk et R.J. Gatchel (Éd.), *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook* (2 éd.), 30-51. New York: Guilford Press.

Gatchel, R.J. et Epker, J. (1999). Psychosocial predictors of chronic pain and response to treatment. Dans R.J. Gatchel et D.C. Turk, *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*, 412-434. New York: Guilford Press.

Gatchel, R.J. et Gardea, M.A. (1999). Psychosocial issues: Their importance in predicting disability, response to treatment, and search for compensation. *Neurologic Clinics of North America*, *17*(1), 149-166.

Gatchel, R. J., Polatin, P.B. et Kinney, R. K. (1995a). Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: A prospective analysis. *Health Psychology, 14,* 415-420.

Gatchel, R. J., Polatin, P.B. et Mayer, T.G. (1995b). The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine, 20,* 2702-2709.

Geisser, M.E., Roth, R.S. et Robinson, M.E. (1997). Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-depression Scale and the Beck Depression Inventory: A comparative analysis. *Clinical Journal of Pain, 13,* 163-170

Gelso, C.J. (1979). Research in counseling: Methodological and professional issues. *The Counseling Psychologist, 8*(3), 7-35

Gelso, C.J. et Carter, J.A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theorical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 296-306.

Gelso, C. J. et Fretz, B. R. (1992). *Counseling psychology.* Orlando: Holt, Rinehart & Winston.

Gelso, C.J., Hill, C.E., Mohr, J., Rochlen, A.B. et Zack, J. (1999). The face of transference in successful, course of time-limited therapy. *Journal of Couseling Psychology, 46*, 257-267.

Gibson, L. et Strong, J. (1998). Assessment of psychosocial factors in functional capacity evaluation of clients with chronic back pain. *British Journal of Occupational Therapy, 61,* 399-404.

Gingras, J. (1997). *L'influence du soutien social au travail sur le bien-être psychologique et la satisfaction au travail d'individus ayant subi une lésion professionnelle et ayant été réintégrés au travail.* Mémoire de maîtrise. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 175 p.

Gliner, J.A., Morgan, G.A. et Harmon, R.J. (2003). Pretest-posttest comparison group designs: Analysis and interpretation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42,* 500-503.

Goldbeck, R., Myatt, P. et Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: A predictor of abstinence. *Addiction*, *92*, 313-324.

Goldberg, R.T. (1992). Toward a model of vocational development of people with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *35*(3), 161-173.

Goldfried, M.R. et Wolfe, B.E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 143–150.

Guidon, M.H. et Smith, B. (2002). Emotional barriers to successful reemployment: Implications for counselors. *Journal of Employment Counseling*, *39,* 73-82.

Haccoun, R. et Sacks, A.M. (1998). Training in the 21st century: Some lessons from the last one. Invited paper, special issue: Industrial psychology at the turn of the century. *Canadian Psychologist, 39*(1-2), 33-51.

Hackman, J. R., Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Hackman, J.R. et Oldham, G.R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology, 60,* 159-170.

Hadjistavropoulos, T. (1999). Chronic pain on trial: The influence of litigation and compensation on chronic pain syndromes. Dans A.R. Block, E.F. Kremer et E. Fernandez (Éd.), *Handbook of pain syndromes: biopsychosocial perspectives,* 59-76. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Haerkaepae, K., Jaervikoski, A., Estlander, A. M. (1996). Health optimism and control beliefs as predictors for treatment outcome of a multimodal back treatment program. *Psychology and Health, 12*(1), 123-134.

Haldorsen, E.M.H., Indahl, A. et Ursin, H. (1998). Patients with low back pain not returning to work. A 12 month follow-up study. *Spine, 23,* 1202-1208.

Hardy, Bellens, Defoys, De Hesselle, Gerrekens et Muller (2001). *S'il te plaît, ne m'aide pas: L'aide sous injonction administrative ou judiciaire.* Paris: Éditions Jeunesse et droit.

Hatchett**,** G.T. et Park, H. L. (2003). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Difference, 36*(8), 1755-1769.

Henry, W.P., Schacht, T.E., Strupp, H.H., Bultler, S.F. et Binder, J.L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists responses to training. *Journal of Consulting and clinical psychology, 61*, 441-447.

Henry, W.P., Strupp, H.H., Butler, S.F., Schacht, T.E. et Binder, J.L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 434–440.

Hétu, R. et Getty, L. (1994). *Enquête sur les attitudes, les connaissances et les comportements des travailleurs à l'égard des personnes atteintes de surdité professionnelle. Une première étape* Dans *L'élaboration d'un programme de sensibilisation*, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST), 56 p.

Hill, C.E. et Corbett, M.M. (1996). La recherche sur les processus et l'efficacité de la relation d'aide et en psychothérapie du conseil: Histoire et perspectives. *L'orientation scolaire et professionnelle, 25*(2), 217-265.

Hill, C.E. et Nutt Williams, E. (2000). The process of individual therapy. Dans S.D. Brown et R.W. Lent (Dir.), *Handbook of counseling psychology*, 670-710. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Hill, C.E., Nut Williams, E., Heaton, K.J., Thompson, B.J. et Rhodes, R.H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *43*(2), 207-217.

Hill, C.E., Thompson, B.J. et Corbertt, M.M. (1992). The impact of therapist ability to perceive displayed and hidden client reactions immediate outcome in first sessions of brief therapy. *Psychotherapy Research, 2*, 148-160.

Hill, C.E. et O'Brien, K.M. (2001). *Helping skills*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hill, J.M. (1978). *The social and psychological impact of unemployment: a pilot study*. London: Tavisstock of Human Relations.

Hopson, B. et Adams, J. (1977). Transitions: Defining some boundaries. Dans J. Adams, J. Hayes et B. Hopson (Éd.), *Transition*. Montclair: Allenheld & Osman.

Horvath, A.O. (1994). Research on the alliance. Dans A.O. Horvath et L.S. Greenberg (Dir.), *The working alliance: theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Horvarth, A.O. et Greenberg, L.S. (1994). *The working alliance: theory, research and practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Horvarth, A.O. et Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the working alliance Inventory. *Journal of Counselling Psychology*, *36*(2), 223-233.

Horvath, A.O. et Luborksy, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573.

Horvath, A.O. et Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.

Howard, K.I., Kopta, M.S., Krause, M.S. et Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*(2), 159-164.

Hubble, M.L. (1999). *The heart and soul of change: what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Jacobson, D.E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Heallth and Social Behaviour, 27*, 250-264.

Janikowski, T.P. (1990). Rehabilitation counselor competences: Recommandations for identification and assessment. *Rehabilitation Education*, *4*, 185-193.

Jones, F.A. et Caldwell, H.S. (1981). Factors affecting patient compliance with diagnostic recommendations. *American Jounal of Orthopsychiatry, 51*(4), 700-709.

Kaplan, S.P. (1990). Social support, emotional distress, and vocational outcomes among persons with brain injuries. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 34*(1), 16-23.

Kaplan, R.M. et Toshima, M.T. (1990). The fonctional effects of social relationship on chronic illness and disability. Dans B.R. Sarason, I.G. Sarason et G.R. Pierce (Éd.), *Social support: an interaction view,* 427-453. New York: John Wiley & Sons.

Katz, J., Ritvo, P., Irvine, J. et Jackson, M. (1996). Coping with chronic pain. Dans M. Zeidner et N.S. Endler (Éd.), *Handbook of coping: theory, research and applications*, 252-278. New York, NY: John Wiley & Sons.

Kazantis, N. (2000). Brief reports: Power to detect homework effects in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (1), 166-170.

Kazantis, N., Deane, F.P. et Ronan, K.R. (2001). Concluding causation from correlation: Comment on Burns and Spangler (2000). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1079-1083.

Kazdin, A.E. (1981). Acceptability of child treatment techniques: The influence of treatment efficacy and adverse side effects. *Behavior Therapy, 12,* 493-506.

Kendall, E. et Buys, N. (1998). An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *Journal of Rehabilitation*, *64*(2), 16-20

Kennett, K.F. (1992). Adaptation and coping strategies in counseling. Dans S.E. Robertson et R.I. Brown (Éds.), *Rehabilitation counseling : approaches in the field of disability*. London; New York: Chapman & Hall.

Kenny, D.T. (1995). Common themes, different perspectives: Systematic analysis of employer-employee experiences of occupational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Bulletin*, *39*(1), 54-77.

Kerns, R.D., Rosenberg, R. et Otis, J.D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*(4), 100-105.

Kerns, R.D., Turk, D.C. et Rudy, T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory. *Pain*, *23,* 345-356.

Kinney**,** R.K., Gatchel, R.J., Polatin, P.B., Fogarty, W.T. et al., (1993). Prevalence of psychopathology in acute and chronic low back pain patients. *Journal of Occupational Rehabilitation, 3*(2), 95-103.

Kinicki, A., Prussia, G. et McKee-Ryan, F. (2000). A panel study of coping with involuntary job loss. *Academy of Management Journal*, *43*(1), 90-100.

Kivlighan, D.M., Clements, L., Blake, C., Arnzen, A. et Brady, L. (1993). Counselor ser role orientation, alliances and continuing-poor working alliance. *Journal of Counseling and Development, 72*, 95-100.

Koch, L.C., Hennessey, M., Niese, N., Tabor, T. et Petro, C. (2004). Preparing for a career in rehabilitation counselling: The perspectives of practicing rehabilitation counsellors. *Rehabilitation Education, 18,* 93-105.

Krause, N., Dasinger, L.K., Deegan, L.J., Rudolf, L. et Brand, R.J. (2001). Psychosocial job factors return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, *40*, 374-392.

Krause, N., Dasinger, L.K. et Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation, 8*(2), 113-139.

Kübler-Ross, E. (1975). *Death: The final stage of growth*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Kunce, J.T. et Derrieux, G.A. (1984). Evaluating rehabilitation counselor effectiveness. Dans W.G. Emener, A. Patrick et D. Hollingsworth (Éd.), *Critical issues in rehabilitation counseling*. Springfield, Il.: Thomas.

Lambert, M.J. et Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. Dans A.E. Bergin et S.L. Garfield (Éd.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Lambert, M.J., Hansen, N., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J. et Burlingame, G.M. (1997). *Administration and scoring manual for the outcome questionnaire (OQ-45.2)*. Stevenson, MD: American professional credentialing services.

Lambert, M.J. et Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. Dans A.E. Bergin et S.L. Garfield (Éd.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 éd.), 72-113. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Lambert, M.J. et Ogles, B.M. (2005). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M.J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change,* (5 éd.)**,** New York: John Wiley & Sons, Inc.

Lapointe, C. (1991). *Procédure d'intégration professionnelle à l'usage du conseiller en réadaptation.* Bilans de connaissances / Rapport B-023, IRSST.

Laroche, R. et Haccoun, R. (1999). Maximiser le transfert des apprentissages en formation: Un guide pour le praticien. *Revue Québécoise de Psychologie, 20*(1), 9-22.

Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing company, Inc.

Leahy, M.J., Chan, F. et Saunders, J.L. (2003). Job functions and knowledge requirements of Certified Rehabilitation Counselors in the 21st century. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *46*(2), 66-81.

Leana, C. et Feldman, D. (1988). Individual responses to job loss: Perceptions, reactions, and coping behaviors. *Journal of Management*, *14*(3), 375- 389.

Leclaire, R., Dupuis, M., Proulx, R., Esdaile, J., Rossignol, et M., Suissa, S. (1996). *Évaluation des classes de dos (back-school) dans le traitement des affectations vertébrales lombaires aiguës par étude contrôlée avec randomisation*, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST), R-123.

Lecomte, C. et Castonguay, L.G. (1987). *Rapprochement et intégration en psychothérapie*. Montréal: Gaëtan Morin.

Lecomte, C. et Savard, R. (2004). Entretien conseil et bilan de compétences. Dans *Actes du Colloque de Caen, Bilan de compétences et mutations: l'accompagnement de la personne.* Bern: Peter Lang, 189-204.

Lecomte, C. et Savard, R. (2002). *Les impasses relationnelles en counseling.* Conférence annuelle de l'Association Canadienne de Counseling, Ottawa, Ontario.

Lecomte, C. et Savard, R. (2001). *Modèle d'intervention en réhabilitation psychosociale.* Non-publié.

Lecomte, C. et Tremblay, L. (1987). *Entrevue d'évaluation en counseling d'emploi*. Montréal: Institut de recherches psychologiques.

Lecomte, C. et collaborateurs (1996). *Manuel de stages en psychologie du counseling*. Montréal: Université de Montréal.

Lecomte, T. (1997). *Évaluation d'une intervention de réadaptation visant l'augmentation de l'estime de soi chez les personnes atteintes de schizophrénie*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec.

Lecomte, T., Corbière, M. et Laisné, F. (accepté). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research*.

Leventhal, H., Brissette, I. et Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. Dans L. Cameron et H. Leventhal (Éd.), *The self-regulation of health and illness behaviour*, 42-65. London, UK: Routledge

Limoges, J. (1987). *Trouver son travail.* Montréal: Fides.

Lindermann, E. (1979). *Beyond grief: studies in crisis intervention*. New York: Jason Aronson.

Lindowsky, D.C., Thoreson, R.W., Diamond, E.E., Leahy, M.J., Szymanski, E.M. et Witty, T. (1993). Instrument to validate rehabilitation counselling accreditation and certification areas. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 37,* 123-145.

Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *44*(3), 151-160.

Livneh, H. (1986a). A unified approach to existing models of adaptation to disability, Part I: A model adaptation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 16*(1), 1-16.

Livneh, H. (1986b). A unified approach to existing models of adaptation to disability, Part II: Intervention strategies. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 17*(1,2), 8-11.

Livneh, H. et Sherwood, A. (1991). Application of personality theories and counseling strategies to clients with physical disabilities. *Journal of Counseling and Development, 69*, 525-538.

Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., Esdaile, J. (1994). Management of occupational back pain: The Sherbrooke model. Result of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medecine, 51,* 597-602.

Loisel, P., Gosselin, L., Durand,P., Lemaire, J., Poitras, S. et Abenhaim, L. (2001). Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Applied Ergonomics, 32*, 53-60.

Long, B.C. et Sangster**,** J.I. (1993). Dispositional optimism/pessimism and coping strategies: Predictors of psychosocial adjustment of rheumatoid and osteoarthritis patients. *Journal of Applied Social Psychology, 23*(13), 1069-1091.

Long, D. (1995). Évaluation de l'efficacité et de la rentabilité des programmes favorisant le retour au travail des assistés sociaux aux États-Unis. Dans *Actes du colloque de l'Association Canadienne-Française pour l'avancement des sciences (ACFAS, 1994) sur l'intégration à l'emploi des personnes défavorisées,* 25-31. Sainte-Foy: Publications du Québec.

Love, A.W. (1987). Depression in chronic low back pain patients: Diagnostic efficiency of three self-report questionnaires. *Journal of Clinical Psychology, 43,* 84-89.

Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining predictive success. Dans A.O. Horvath et L.S. Greenberg (Éds.), *The working alliance: theory, research and* practice, 38-50. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Luborksy, L., McLellan, T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. et Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42,* 602-611.

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), 25-33.

Mahoney**,** M.J**.** (1997). Brief moments and enduring effects: Reflections on time and timing in psychotherapy. Dans W.J. Matthews et J.H. Edgette (Éds), *Current thinking and research in brief therapy: solutions, strategies, narratives,* 1, 25-38. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel, Inc.

Main, C.J., Waddell*,* G. (1998). Behavioral responses to examination: A reappraisal of the interpretation of "non-organic signs". *Spine, 23,* 2367-2371.

Main**,** C.J. et Watson, P.J. (1995). Screening for patients at risk of developing chronic incapacity. *Journal of Occupational Rehabilitation, 5*(4), 207-217.

Marhold, C., Linton, S.J. et Melin, L. (2002). Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: Evaluation of a questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *12*(2), 65-74.

Martin, J.C. et Baril, R. (1996). Le cheminement identitaire des travailleurs accidentés: Les rapports entre le temps bureaucratique et le temps vécu. Dans *Constructions sociales du temps*, Les nouveaux cahiers du Célat, Éditions du Septentrion, 157-170.

Maxwell, S.E. et Delaney, H.D. (2004). *Designing experiments and analysing data: A model comparison perspective* (2 éd.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Meara, N.M. et Patton, M.J. (1994). Contributions of the working alliance in the practice of career counseling. *The Career Development, 43*(2), 161-175.

Mendelson, G. (1995). Compensation neurosis revisited: Outcome studies of the effects of litigation. *Journal of Psychosomatic Research, 39,* 695-706.

Mendes de Leon**,** C.F, Seeman, T.E., Baker, D.I. et Richardson, E.D. (1996). Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: A prospective study. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 51B*(4), S183-S190.

McConnaughy, E.N., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. et Velicer, W.F. (1989). Stages of change: A follow-up report. *Psychotherapy, 26,* 494-503.

McConnaughy, E.N., Prochaska, J.O. et Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20,* 368-375.

Miller, W.R., Rollnick, S. et Corforti, (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2 éd.). New York: Guilford Press

Mishara, B. (1987). *Traduction française du ways of Coping Questionnaire*. Manuscrit inédit, UQAM.

Murphy, G.C. (1994). Job satisfaction of and return to work by occupationally injured employees. *Psychological Reports, 75*(3, Pt 2), 1441-1442

Nachemson, A. (1999). B*ack pain: delimiting the problem in the next millennium.* International Journal of Law and Psychiatry, *22*(5-6), 473-490.

Najavits, L.M., Griffin, M.L., Luborsky, L. et Frank, A. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *32*(4), Winter, 669-677.

Novy, D.M., Nelson, D.V., Berry, L.A. et Averill, P.M. (1995). What does the Beck Depression Inventory measure in chronic pain? A reappraisal. *Pain, 61,* 261-270.

Nugent, W.R. et Thomas, J.W. (1993). Validation of a clinical measure of self-esteem. *Research on Social Work Practice, 3*(2), 208-218.

Oakland, S. et Ostell, A. (1996). Measuring coping: A review and critique. *Human Relations*, *49,* 133-155.

Ogles, B.M., Lambert, M.J. et Masters, K.S. (1996). *Assessing outcome in clinical practice*. Boston: Allyn & Bacon.

Oleinick, A., Gluck, J.V. et Guire, K.E. (1996). Factors affecting first return to work following a compensable occupational back injury. *American Journal of Industrial Medicine, 30*(5), 540-555.

Oliver, L.W. et Spokane, A.R. (1988). Career-intervention outcome: What contributes to client gain? *Journal of Conseling Psychology, 35,* 447-462.

Orbell**,** S., Johnston, M., Rowley, D., Davey, P. et Espley, A. (2001). Self-efficacy and goal importance in the prediction of physical disability in people following hospitalization: A prospective study. *British Journal of Health Psychology, 6*(1), 25-40.

Orlinsky, D.E. et Howard, K.I. (1967). The good therapy hour: Experiential correlates of patients' and therapists' evaluation of therapy sessions. *Archives of General Psychiatry, 16,* 621-632.

Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. Londres: London International Universities Press.

Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustements ou coping, Dans M. Bruchon-Schwitzer et R. Dantzer (Dir.), *Introduction à la psychologie de la santé*, 99-124. Paris: PUF.

Pelletier, L.G. et Vallerand, R. J. (1993). Perspective humaine de la motivation. Dans R.J. Vallerand et E.E. Thill (Dir.), *Introduction à la psychologie de la motivation.* Laval: Études Vivantes.

Penner, L.A. (1986). *Social psychology: concepts and applications*. St-Paul, MN: West.

Perneger, T.V. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *British Medical Journal, 316,* 1236-1238.

Pincus, T., Burton, K., Vogel, S. et Fiel, A. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, *27*(5), 109-120.

Pincus, T., Vlaeyen, J., Kendal, N, Von Korff, M., Kalauokani, D. et Reis, S. (2002), Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain. *Spine*, *27*(5), 133-138.

Polatin, P.B., Kinney, R.K., Gatchel, R.J., Lillo, E. et Mayer, T.G. (1993). Psychiatric illness and chronic low back pain. *Spine, 18,* 66-71.

Polivy, J. et Herman, C.P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes lf self-change. *American Psychologist*. *57*(9), 677-689.

Pollock, S.E. (1986). Human response to chronic illness: Physiologic and psychological adaptation. *Nursing Research*, 35, 90-95

Primakoff, L., Epstein, N. et Covi, L. (1986). Homework compliance: An uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Behavior Therapy, 17,* 433-446.

Prochaska**,** J.O. (2000). Change at differing stages. Dans C.R. Snyder et R.E. Ingram (Éd.), *Handbook of psychological change: psychotherapy processes and practices for the 21st century,* 109-127. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.

Prochaska, J.O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? Dans M. Hubble, B. Duncan et S. Miller (Dir.), *The heart and soul of change. What works in therapy,* 227-255. Washington: American Psychological Association.

Prochaska**,** J.O**.** (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. Dans A.S. Gurman et S.B. Messer (Éd.), *Essential psychotherapies: theory and practice*, 403-440. New York, NY, US: Guilford Press.

Ptacek, J.T. et Pierce, G.R. (2003). Issues in the study of stress and coping in rehabilitation settings. *Rehabilitation Psychology, 48,* 113-124.

Reimers, T.M., Wacker, D.P. et Koeppl, G. (1987). Acceptability of behavioural interventions: A review of the literature. *School Psychology Review, 16*(2), 212-227.

Rejeski, W.J., Brawley, L.R. et Schumaker, S.A. (1996). Physical activity and health-related quality of life. *Exercise Sport Sciences Reviews*, *24*, 71-108.

Reynolds, S., Barkham, M., Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. et Rees, A. (1996). Acceleration of changes in session impact during contrasting time-limited psychotherapies. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 64*(3), 577-589.

Reynolds, S., Paniak, C., Toller-Lobe, G., Nagy, J. (2003). A longitudinal study of compensation-seeking and return to work in a treated mild traumatic brain injury sample. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 18,* 139-147.

Ripon, A. et François, P.H. (1993). Mobiliser les ressources humaines: Implication au travail et changements organisationnels. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 43,* 27-30.

Ritchie, M. (1986). Counseling the involuntary client. *Journal of Counseling and Development, 64*, 516-518.

Robertson, S.E. (1992). Counseling adults with physical disabilities: A transition perspective. Dans S.E. Robertson et R.I. Brown, (Éds.), *Rehabilitation counseling: approaches in the field of disability*, 133-175. London, UK: Chapman & Hall.

Robbins, R.A., Moody, D.S., Hahn, M.B. et Weaver, M.A. (1996). Psychological testing variables as predictors of return to work by chronic pain patients. *Perceptual and Motor Skills, 83*(3, Pt 2), 1317-1318

Rossignol, M., Abenhaim, L., Séguin, P., Neveu, A., Collet, J.P., Ducruet, T. et Shapiro, S. (2000). Coordination of primary health care for back pain: A randomized controlled trial. *Spine, 25,* 2, 251-259.

Rounsaville, B.J., Chevron, E.S., Prusoff, B.A., Elkin, I., Imber, S., Sotsky, S. et Watkins, J. (1987). The relation between specific and general dimensions of the psychotherapy process in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 379-384.

Rothman K.J. (1990). No adjustments are needed for multiple comparisons. *Epidemiology*, *1*(1), 43-46.

Rubin, S.E., Matkin, R.E., Ashley, J., Beardsley, M.M., May, V.R., Onstott K. et Puckett, F.D. (1984). Roles and functions of certified rehabilitation counsellors. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 28,* 199-243.

Rubin, S.E. et Roessler, R. (2001). *Foundations of the vocational rehabilitation process* (5 éd.). Austin, TX: PRO_ED.

Rundle, R.L. (1983). Move fast if you want to rehabilitate workers. *Business Insurance*, Mai, 10-12.

Ryan, R.M. et Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.

Sacks, A.M., Haccoun, R.R. et Appelbaum, S.H. (1997). The role of behaviour modeling and perceived social support in the transfer of training. *European Work and Organizational Psychology,* Veorna, Italy.

Safran, J.D. et Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 64(*3), 447-458.

Safran, J.D., Muran, J.C. et Samstag, L.W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. Dans A.O. Horvath et L.S. Greenberg (Éds.), *The working alliance: theory, research and practice,* 225-258. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Safran, J.D., McMain, S., Crocker, P. et Murry, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy, 27*(2), 154-165.

Saint-Amand, A. (2004). *L'efficacité de l'adhésion aux recommandations en psychothérapie et en counseling*. Document inédit. Montréal: Université de Montréal.

Santé Canada (2002). *La dépression*. Document accessible à l'adresse URL: http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/vignette/vigdeprf.htm.

Savard, R. (1997). *Effets d'une formation continue en counseling sur les variables personnelles relatives à la création d'une alliance de travail optimale*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec.

Schaffer, N.D. (1982). Multidimensional measures of therapist behavior as predictors of outcome. *Psychological Bulletin, 92*, 670-681.

Scheel, M. J., Seaman, S., Roach, K., Mullin, T. et Mahoney, K. B. (1999). Client implementation of therapist recommandations predicted by client perception of fit, difficulty of implementation, and therapist influence. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 308-316.

Scheier, M.F., Carver C.S. et Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*. *67*(6), 1063-1068.

Scheier, M.F., Carver C.S. et Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism and psychological well-being. Dans E.C. Chang, (Éd.), *Optimism and pessimism:*

implications for theory, research and practice, 189-216. Washington, DC: American Psychological Association.

Scheier, M.F. et Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4,* 219-247.

Scheier, M.F. et Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality, 55,* 169-210.

Schlossberg**,** N.K. (1981). Reactions to reactions. *Counseling Psychologist. 9*(2), 49-50.

Schlossberg, N.K. (1984). *Counseling adults in transition*. New York: Springer Publishing.

Schlossberg, N.K., Water, E.B. et Goodman, J. (1995). *Counseling adults in transition: linking practice with theory* (2 éd.). New York: Springer Publishing Company, Inc.

Schön, D.A. (1995). *Le tournant réflexif*. Montréal: Éditions Logiques.

Schroeder, D. (2000). *Work incentives and welfare provision*. Burlington: Ashgate.

Schultz, I.Z., Crook, J.M., Fraser, k. et Joy, P.W. (2000). Models of diagnosis and rehabilitation in musculoskeletal pain-related occupational disability. *Journal of Occupational Rehabilitation, 10*(4), 271-293.

Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist, 50*(12), 965-974.

Seligman, M.E.P. (1994). *Apprendre l'optimisme* (Trad. L. Cohen). Paris: InterEditions.

Sexton, T.L. et Whiston, S. C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist, 22*, 6-78.

Sexton, T.L. et Whiston, S. C. (1991). A Review on the empirical basis for counseling: Implications for practice and training. *Counselor Education and Supervision, 30,* 330-354.

Shen**,** B.-J., McCreary, C.P. et Myers, H.F. (2004). Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(1), 39-62.

Simmonds, M.J., Kumar, S. et Lechelt, E. (1996). Psychosocial factors in disabling low back pain: Cause or consequences? *Disability Rehabilitation, 18,* 161-168.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. et Lushene, R.D. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Startup, M. et Edmonds, J. (1994). Compliance with homework assignments in cognitive-behavioral psychptherapy for depression: Relation to outcome and methods of enhancement. *Cognitive Therapy and Research, 18*(6), 567-579.

Stiles, W.B., Glick, M.J., Osatuke, K., Hardy, G.E., Shapiro, D.A., Agney-Davies, R., Rees, A. et Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and rupture-repair

hypothesis: Are productive relationship U-Shaped or V-Shaped?, *Journal of Counseling Psychology*, *51*(1), 81-92.

Stiles, W.B., Reynolds, S., Hardy, G.E., Rees, A., Barkham, M. et Shapiro, D.A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of counseling psychology, 41,* 175-185.

Stiles, W.B., Shapiro, D.A. et Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent?. *American Psychologist, 41*(2), 165-180.

Stiles, W.B., Shapiro, D.A. et Firth-Cozens, J.A. (1988). Do sessions of different treatment have different impacts? *Journal of Counseling Psychology, 35*(4), 391-396.

Stiles, W.B. et Snow, J.S. (1984).Counseling session impact as viewed by novice counselor and their clients. *Journal of Counseling Psychology, 31*(1), 3-12.

Strong, S.R. et Clairborn, C.D. (1982). *Change through interaction: Social psychological processes of counseling and psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Strupp, H.H. (1977). A reformulation of the dynamics of the therapist contribution. Dans A.S. Guman et A.M. Razin (Éd.), *Effective psychotherapy: a handbook of research.* New York: Perganom Press.

Strupp, H.H. et Hadley, S. W. (1983). *Negative effects of psychotherapy.* New York: Guilford.

Szymanski, E.M, Hershenson, D.B., Enright, M.S. et Ettinger, J.M. (1996). Carrer development theories, constructs, and research: Implication for people with disabilities. Dans E.M. Szymanski et R.M. Parker (Éd.), *Work and Disability: Issues and strategies in career development and job placement*. Texas: Pro-ed.

Szymanski, E.M. et Parker, R.M. (1989). Supported employment in rehabilitation counseling: Issues and practices. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 20*, 65-72.

Tabachnick, B.G. et Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (4 éd.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Taris, T.W. (2002). Unemployment and mental health: A longitudinal perspective. *International Journal of Stress Management*, 9, 43-57.

Tennen**,** H., Affleck, G., Urrows, S. et Higgins, P. (1992). Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Behavioural Science, 24*(2), 186-203.

Thomas, S.A., Browning, C.J. et Greenwood, K.M. (1994). Rehabilitation of older injured workers. *Disability and Rehabilitation, 16,* 162-170.

Tompkins, M.A. (2002). Guidelines for enhancing homework compliance. *Journal of Clinical Psychology, 58(5),* 565-576.

Truchon, M. (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation*, *23*(17), 758-767.

Truchon, M. et Fillion, L. (2000). *Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies: une recension systématique des écrits*. Québec: IRSST

Tummers, G., Merode, V., Landeweerd, A. et Candel, M. (2003). Individual-Level and Group-Level Relationships Between Organizational Characteristics, Work Characteristics and Psychological Work Reactions in Nursing Work: A Multilevel Study. *International Journal of Stress Management, 10(*2), 111-136.

Turgeon, L., Boisvert, J.-M., Ladouceur, R. et Tremblay, L. (1999). Incapacité physique, douleur chronique et vie conjugale: Recension des écrits. *Canadian Journal of Rehabilitation*, *12*(4), 273-284.

Turner, R.J., Frankel, B.G. et Levin, D.M. (1983). Social support: Conceptualization, measurement and implications for mental health. *Research in Community and Mental Health, 3,* 67-111.

Turk**,** D.C**.** (1996). Psychological aspects of chronic pain and disability. *Journal of Musculoskeletal Pain*, *4*(4), 145-153.

Turk, D.C. et Flor, H. (1999). Chronic pain: A biobehavioral perspective. Dans R.J. Gatchel et D.C. Turk (Éd.), *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*, 18-34. New York: Guilford Press.

Turk, D.C. et Gatchel, R.J. (1999). Psychosocial factors and pain: Revolution and evolution. Dans R.J. Gatchel et D.C. Turk (Éd.), *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*, 481-494. New York: Guilford Press.

Turk, D.C. et Monarch, E.S. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. Dans D.C. Turk et R.J. Gatchel, (Éd.), *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook* (2 éd.), 3-29. New York, NY, US: Guilford Press.

Turk, D.C. et Okifuji, J.C. (1999). A cognitive-behavioral approach to pain management. Dans P.D. Wall et R. Melzack (Dir.), *Textbook of pain,* 1431-1444, (4 éd.). Toronto: Churchill Livinstone (1éd. 1984).

Turner, J.A., Jensen, M.P., Warms, C.A. et Cardenas, D.D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, *98*(1-2), 127-134.

Ullah, P. Bancks, M. et Warr, P. (1985). Social support, social pressures and psychological distress during unemployment. *Psychological Medecine*, *15*, 283-295.

Vallerand, R.J. et Thill, E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval, Québec: Études vivantes.

Van Der Giezen, A. M., Bouter, L.M. et Nijhuis, F.J.N. (2000). Prediction of return to work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain, 87,* 285-294.

Van Der Weide, W.E., Verbeek, J.H., Sallé, H.J.A. et Van Dijk, F.J.H. (1999). Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, *25*(1), 50-56.

Vaux, A. (1991). Assessment of social support. Dans H.O.F. Veiel et U. Baumann (Éd.), *The meaning and measurement of social support,* 193-214. New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Vermeersch, D.A., Whipple, J.L., Lambert, M.J., Hawkins, E.J., Burchfield, C.M. et Okiishi, J.C. (2004). Outcome Questionnaire: Is it sensitive to changes in Counseling Center Clients? *Journal of Counseling Psychology, 51*(1).

Viljoen, J.L., Iverson, G.L. Griffiths, S. et Woodward, T.S. (2003). Factor structure of the Beck depression Inventory-II in a medical outpatient sample. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10,* 289-291.

Vittengl, J.R., Clark, L. A., Owen-Salters, E. et Gatchel, R.J. (1999). Diagnostic change and personality stability following functional restoration treatment in chronic low back pain patients. *Assessment*, *6*(1), 79-91.

Waddell, G. (1987). A new method for the treatment of low-back pain. *Spine, 12*, 632-644.

Waddell, G. (1992). Biopsychosocial analysis of low back pain. *Clinical Rheumatology, 6*(3), 523-57.

Waldrop**,** D., Lightsey, O. R. Jr., Ethington, C.A., Woemmel, C.A. et Coke, A.L. (2001). Self-efficacy, optimism, health competence, and recovery from orthopedic surgery. *Journal of Counseling Psychology, 48*(2), 233-238.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. Mahwah*, NJ: Erlbaum.

Wampold, B.E. (2000). Outcomes of individual counseling and psychotherapy: Empirical evidence addressing the fundamental questions. Dans S.D. Brown et R.W. Lent (Éd.), *Handbook of counseling psychology* (3 éd.), 711-739. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Wanberg, C. (1995). A longitudinal study of the effects of unemployment and quality of reemployment. *Journal of Vocational Behavior*. *46*, 40-54.

Waters, L.E. et Moore, K.A. (2002). Self-esteem, appraisal and coping: A comparison of unemployed and re-employed people. *Journal of Organizational Behavior, 23*(5), 593-604.

Webb, E.J., Campbell, D.T., Schwartz, R.D. et Sechrest, L. (1966). *Unobtrusive measures: nonreactive research in the social sciences.* Chicago: Rand McNally & Co.

Weisemberg, M. (1999). Cognitive aspects of pain. Dans P.D. Wall et R. Melzack (Éd.), *Textbook of pain*, (4 éd.), 345-358. Edinburgh: Churchill Livingstone (1 éd., 1984).

Werner-Beland, J. (1980). *Grief responses to long-term illness and disability*. Virginia: Reston Publishing Co, Inc.

Wesley, A. L., Gatchel**,** R.J., Gorofalo, J.P. et Polatin, P.B. (1999). Toward more accurate use of the Beck Depression Inventory with chronic back pain patients. C*linical Journal of Pain*, *15*(2), 117-121.

Whiston, S.C. et Sexton, T.L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(1), 43-51.

Whiston, S.C., Sexton, T.L. et Lasoff (1998). Career-intervention outcome: A replication and extension of Oliver and Spokane, 1988. *Journal of Counseling Psychology, 45*(2), 150-165.

Williams, A.C. et Richardson, P.H. (1993). What does the BDI measure in chronic pain? *Pain*, *55,* 259-66.

Windoholtz, M.J. et Silbershatz, G. (1988). Vanderbilt psychotherapy process scale: A replication with adult outpatients. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 56*, 56-60.

World Programme of Action Concerning Disabled Persons (1983). United Nations, New York. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada (1984).

Worthington, E.L. (1986). Client compliance with homework directives during counselling. *Journal of Counseling Psychology, 33*(2), 124-130.

Wright, B.A. (1983). *Physical disability a psychosocial approach*. New York: Harper & Row.

Wright, A.R. et Gatchel, R.J. (2002). Occupational musculoskeletal pain and disability. Dans D.C. Turk et R.J. Gatchel (Éd.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (2 éd.), 349-364. New York, NY, US: Guilford Press.

Wright, G.N., Leahy, M.J. et Shapson, P.R. (1987). Rehabilitation skills inventory: Importance of counsellor competencies. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 31,* 107-118.

Yelin, E. (1986). The myth of malingering: Why individuals withdraw from work in the presence of illness. *The Mibank Quartely, 64,* 622-649

Young, J. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 6*, 11-23.