

2008

Explorer les types d'écart de représentations entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un trouble musculo-squelettique durant le processus de réadaptation au travail

Marie-France Coutu

Université de Sherbrooke, CAPRIT

Raymond Baril

IRSST

Marie-José Durand

Université de Sherbrooke, CAPRIT

Nicole Charpentier

Université de Sherbrooke, CAPRIT

Annick Rouleau

Université de Sherbrooke, CAPRIT

See next page for additional authors

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

Citation recommandée

Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Charpentier, N., Rouleau, A., Côté, D. et Cadieux, G. (2008). *Explorer les types d'écart de représentations entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un trouble musculo-squelettique durant le processus de réadaptation au travail* (Rapport n° R-581). IRSST.

Auteurs

Marie-France Coutu, Raymond Baril, Marie-José Durand, Nicole Charpentier, Annick Rouleau, Daniel Côté, and Geneviève Cadieux



Réadaptation au travail

Études et recherches

 RAPPORT R-581



**Explorer les types d'écart de représentations
entre le clinicien et le travailleur souffrant
d'un trouble musculo-squelettique
durant le processus de réadaptation au travail**

*Marie-France Coutu
Raymond Baril
Marie-José Durand
Nicole Charpentier
Annick Rouleau
Daniel Côté
Geneviève Cadieux*





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

NOS RECHERCHES

Mission *travaillent pour vous !*

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2008

ISBN : 978-2-89631-304-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89631-305-1 (PDF)

ISSN : 0820-8395

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,
octobre 2008



Réadaptation au travail

Études et recherches



RAPPORT R-581

Explorer les types d'écart de représentations entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un trouble musculo-squelettique durant le processus de réadaptation au travail

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.

*Marie-France Coutu¹, Raymond Baril², Marie-José Durand¹,
Nicole Charpentier¹, Annick Rouleau¹, Daniel Côté¹ et Geneviève Cadieux¹,*

*¹Université de Sherbrooke, CAPRIT
²IRSST*



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

Cette étude a été financée dans le cadre d'une entente de partenariat entre l'IRSST et le REPAR, un réseau du FRSQ.
Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

Sommaire

Problématique : Le travail occupe une place importante dans la vie active des individus et joue un rôle déterminant dans l'identité et la conformité sociale des adultes. Or, chaque année, un nombre important de personnes est exclu du travail en raison d'un trouble musculo-squelettique (TMS) engendrant chez 8 % d'entre eux une incapacité à maintenir une vie active au travail. Ce petit nombre compte pour la moitié des coûts d'indemnisation à la CSST. Plusieurs facteurs sont impliqués dans le développement et la persistance de l'incapacité au travail. Parmi ces facteurs, certains relèvent de la personne, du milieu de travail, des politiques de compensation et d'autres du système de santé et des assurances. En ce qui concerne la personne, sa représentation, c'est-à-dire, sa compréhension de sa maladie, est associée à l'adoption de comportements qui visent l'adaptation ou le contrôle du problème. La représentation des cliniciens n'a pas fait l'objet d'étude à ce jour. Il n'est donc pas possible actuellement de comprendre ce qui, dans la relation clinicien/travailleur, contribue à une fin prématurée de prise en charge ou un non-retour au travail. Dans le cadre thérapeutique, les écarts de représentation seraient associés à un mauvais pronostic et confirmeraient l'importance pour le clinicien de comprendre les représentations et d'établir des objectifs et stratégies qui soient partagés par le travailleur.

Objectif : L'objectif général de cette étude est d'effectuer une première exploration en vue de décrire en profondeur, à l'aide d'un nombre limité de cas, les différents scénarios d'écarts entre le jugement clinique, la compréhension de l'intervenant des représentations que se fait le travailleur de son TMS et les représentations du travailleur. Ceci, durant le processus de réadaptation au travail.

Méthode : Ce projet pilote utilise le devis d'une étude de cas multiples où le cas constitue la relation entre un clinicien et le travailleur dont il a la charge. Des entrevues semi-dirigées ont été effectuées de façon prospective auprès de cinq intervenants, lors de 12 cas de prise en charge de travailleurs débutant un programme de réadaptation au travail basé sur les données probantes.

Résultats : Les résultats de la présente étude font ressortir différents scénarios d'écart. Ce ne sont cependant pas tous les écarts qui peuvent avoir un impact négatif sur le déroulement du programme de réadaptation. Lorsque l'écart se situe au niveau du jugement clinique, le clinicien peut en discuter directement avec le travailleur qui pourra modifier sa représentation se rapprochant des principes mis de l'avant au sein de l'intervention. Dans d'autres cas, les représentations devront être adressées de façon indirecte, à travers l'implantation de stratégie plutôt comportementale. Ce qui semble ressortir des analyses est l'importance pour le travailleur que la stratégie proposée soit en cohérence avec sa représentation. Pour le clinicien, le problème devrait être bien identifié afin de permettre d'implanter des stratégies concrètes et pragmatiques. Aussi, il n'apparaît pas nécessaire que le clinicien partage toutes les informations relatives à sa compréhension clinique.

Retombées : Cette étude fait ressortir l'importance de comprendre les représentations des travailleurs ayant une incapacité au travail d'origine musculo-squelettique. Au-delà du besoin de compréhension, il est aussi important que l'objectif soit partagé ou à tout de moins que la stratégie qui soit mise de l'avant fasse du sens aux yeux du travailleur.

Table des matières

Sommaire	i
Table des matières.....	iii
Liste de figure et tableau.....	v
1. Résumé de la problématique et état de la connaissance	1
2. Objectifs.....	5
3. Méthodologie	7
3.1 Devis	7
3.2 Le programme de réadaptation interdisciplinaire basé sur les données probantes	7
3.3 Recrutement	7
3.4 Réalisation des entrevues auprès des cliniciens.....	8
4. Analyse des données	11
5. Résultats.....	13
5.1 Caractéristiques des cas	13
5.2 Analyse des dyades	13
5.2.1 Scénario B.....	14
5.2.2 Scénario C.....	16
5.2.3 Scénario D.....	18
5.2.4 Scénario E	22
6. Discussion	25
7. Retombées.....	27
8. Conclusion	29
9. Impact du projet :	31
Références.....	33

Liste de figure et tableau

1-Tableau 1 : Fréquence de cas et dyades correspondant aux scénarios en fonction du retour ou non au travail	14
--	----

1. Résumé de la problématique et état de la connaissance

Le travail occupe une place importante et joue un rôle déterminant dans l'identité et la conformité sociale des adultes, en permettant d'acquérir un statut social et en offrant notamment une possibilité d'autonomie financière, de réalisation personnelle et de croissance, de gestion du temps et de l'espace (Baril, Martin, Lapointe, & Massicotte, 1994; Limoges, 1987). Or, chaque année, un nombre élevé de travailleurs est incapable de maintenir ou de retourner au travail à cause d'une douleur liée à un TMS. Les TMS sont d'ailleurs parmi les deux principales causes d'incapacité au travail à court et à long terme générant des coûts sociaux et économiques importants (Wyatt, 2005). Pour l'année 2003, 504,6 millions de dollars ont été déboursés par la CSST seulement pour les affections vertébrales (nouvelles et persistantes) (CSST, 2004). La problématique d'incapacité liée à un TMS a aussi été reconnue par le *British Medical Journal* en 2005 (Henderson, Glozier, & Elliott, 2005; Rivero-Arias et al., 2005) comme un problème de santé publique et économique majeur.

Plusieurs facteurs sont impliqués dans le développement et la persistance de l'incapacité au travail. Certains relèvent de la personne, du milieu de travail, des politiques de compensation et d'autres du système de santé et des assurances (Krause, Frank, Dasinger, Sullivan, & Sinclair, 2001). Parmi ceux qui relèvent de la personne, sa représentation mentale de la maladie est un facteur associé à l'adoption de comportements qui visent l'adaptation ou le contrôle du problème. La représentation est définie par l'ensemble des pensées, des idées, des croyances et des attitudes en rapport avec la nature de la maladie. Elle est construite par une personne pour donner un sens à sa maladie. Les études portant sur la représentation de la maladie, ont permis d'identifier différents thèmes dont serait composée cette représentation. Il s'agit : (a) du diagnostic et des symptômes perçus (Leventhal, Zimmerman, & Gutmann, 1984); (b) de la perception des facteurs ayant causé la maladie (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992) (c) du cours de la maladie (aiguë, cyclique ou chronique); (d) des conséquences immédiates et à long terme de la maladie (Croyle & Jemmott, 1991) et (e) la perception de contrôle exercé sur la maladie, incluant l'attente de résultats (Bandura, 1977) et d'efficacité personnelle (Bandura, 1977, 1997) et les habiletés pour faire face à la situation (Leventhal & Diefenbach, 1991). La représentation est autant influencée par les épisodes antérieurs de maladie qui ont été vécus ou observés chez les autres, que par les sensations somatiques perçues. L'environnement social, qui comprend les amis, la famille, les professionnels de la santé et les médias, influence aussi la représentation que se fait la personne de son problème. Ainsi, en se basant sur ces informations, la personne génère sa propre représentation de la maladie, pour ensuite élaborer un plan d'action afin de résoudre la situation et finalement évaluer si l'écart, entre sa situation actuelle et son but visé, réduit ou augmente (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003).

Très peu d'études ont jusqu'à présent documenté l'influence, voire la coconstruction de la représentation d'un problème de santé entre le clinicien et le patient. Les échanges entre le clinicien et le patient sur ses représentations de la maladie permettraient notamment au clinicien d'accéder à la compréhension des comportements du patient vis-à-vis son traitement et d'ajuster ses propres représentations à la lumière de cette compréhension. Ces échanges entre le clinicien et le patient ont un impact sur chacun d'eux puisque c'est dans cette interaction qu'ils construisent, déconstruisent et reconstruisent leur représentation. La représentation de la maladie chez le clinicien n'a pas été étudiée comme l'a été celle des patients mais l'étude des représentations sociales (Jodelet, 1994) permet d'avancer que le clinicien et le patient partagent la même culture et qu'ils évoluent dans une même époque. Ainsi, la représentation de la maladie

du clinicien subit les mêmes influences que celle du patient dont il a la responsabilité. Certes, son expertise repose sur des représentations d'ordre du savoir professionnel mais il demeure un individu situé dans un lieu, dans une époque précise et il est imbibé des idéaux et des valeurs dominantes de son milieu. La représentation de la maladie du clinicien est donc l'incorporation d'un savoir professionnel dans un bassin de représentations de nature subjective, qui sont sensibles à l'apport du contexte social et qui donneront au savoir professionnel une couleur particulière.

La formation professionnelle que le clinicien aura acquise avant et pendant sa pratique est dite «publique» (Jodelet, 1989). La caractéristique d'une représentation publique est que celui qui l'utilise, en l'occurrence le clinicien, n'est pas celui qui l'a produite. Elle lui vient d'un média comme des cours universitaires, auquel d'autres professionnels ont aussi accès. Les représentations publiques sont donc partagées par d'autres cliniciens. La formation disciplinaire du clinicien et le cadre de référence du contexte de sa pratique clinique forment donc l'ingrédient «publique» de sa représentation. Au cours du processus de réadaptation, le but du clinicien est de transmettre sa représentation publique au travailleur, c'est-à-dire lui apprendre les exercices et les activités indiquées et lui inculquer les principes du modèle clinique auquel il adhère. L'issue du programme de réadaptation dépend en grande partie de la qualité de la transmission de cette représentation publique au travailleur, ce qui ne peut jamais se faire directement. Selon Laplantine (Jodelet, 1989), la représentation publique n'est pas une entité en soi, imperméable au contexte dans lequel elle est produite et utilisée. La rencontre entre la représentation publique et le contexte affectif de son utilisateur a toujours une charge irrationnelle. C'est donc dans ce contexte que le clinicien tentera de transmettre un nouveau savoir au travailleur en processus de réadaptation, dans la visée que ce savoir soit incorporé dans le bassin de représentations déjà plus ou moins élaborées face à ce segment de la vie de l'individu.

Il se peut que les représentations du travailleur correspondent d'ores et déjà avec la représentation que le clinicien veut lui transmettre, facilitant ainsi son adoption par le travailleur. Cette hypothèse a d'ailleurs été en partie soutenue par les travaux de (Daykin & Richardson, 2004) qui se sont attardés à une composante spécifique des représentations, les croyances entourant la douleur. Un écart de compréhension au sujet des représentations pourra engendrer chez le travailleur davantage d'insatisfactions quant aux soins reçus. En outre, son cheminement à l'intérieur du programme de réadaptation au travail se soldera le plus souvent par un résultat négatif (Daykin & Richardson, 2004). En l'absence d'accord sur leur représentation, il est postulé que le professionnel et le patient ne seront pas centrés sur le même plan d'action (Turk, Holzman, & Kerns, 1986).

Les études provenant de différents domaines qui documentent les écarts entre les représentations des cliniciens et celles de leurs patients ne permettent pas de distinguer à quel niveau les écarts se situent (Cedraschi et al., 1996; Daykin & Richardson, 2004; Sewitch MJ et al., 2002). S'agit-il d'un écart entre la représentation du patient et son interprétation par le clinicien, ce qui signifierait que le clinicien a une méconnaissance des représentations de son patient ou s'agit-il d'un écart entre le jugement clinique (sa description du problème) et la représentation du patient, qu'il connaît par ailleurs.

Bien qu'il n'y ait pas d'études distinguant les types d'écarts possibles entre le clinicien et son patient, il pourrait exister au moins trois différents scénarios d'écarts. Tel qu'il est illustré à la figure 1, le scénario A présente une situation où le premier écart se situe entre le jugement clinique du professionnel et la compréhension du travailleur de son problème et le deuxième

écart est entre ce que comprend le travailleur de son problème et l'interprétation du clinicien de la compréhension du travailleur. Pour ce scénario, on peut s'attendre à ce que les buts et le plan d'action mis de l'avant par le clinicien ne soient pas nécessairement compris ou acceptés par le client, puisque ceux-ci arrivent difficilement à communiquer ensemble. Lors du scénario B, on observerait très peu d'écarts entre le jugement clinique, la représentation du travailleur et sa compréhension par le clinicien. Il est fort probable que le clinicien et le client seront alors centrés sur les mêmes buts et plan d'action, favorisant ainsi le processus de réadaptation. Pour le scénario C, il n'y aurait pas d'écart entre la représentation du travailleur et son interprétation par le clinicien. En revanche, la représentation du travailleur de son problème serait très différente du jugement clinique. Par exemple, le client perçoit des douleurs dans le dos comme étant incontrôlables et qui, selon lui, n'ont jamais été abordées ou diagnostiquées par un professionnel de la santé. Se fondant sur ses sensations somatiques et sur des informations obtenues d'un de ses amis, le client est convaincu qu'il doit subir une opération. Il est donc très réticent à faire les exercices proposés par son clinicien. Ce dernier comprend bien la représentation du client, mais il ne la partage pas, car pour lui, le client n'est pas candidat pour une opération. Le clinicien croit plutôt que ce sont les craintes du client en ce qui concerne sa douleur qui l'amènent à éviter les exercices proposés. Pour ces différents scénarios, à notre connaissance, il n'y a pas d'études qui permettent de comprendre l'établissement commun ou non de buts et d'un plan d'action qui viendrait en définitive influencer la démarche de réadaptation.

De plus, les études actuelles portant sur la relation thérapeute/client eut égard aux écarts de compréhension ne s'intéressent qu'à un seul moment de mesure. Or, il serait intéressant d'explorer les changements de représentation dans le temps chez le clinicien et/ou son patient. Conséquemment, une approche longitudinale serait tout indiquée pour comprendre les diverses possibilités d'écarts entre le clinicien et son client et leur évolution dans le temps.

2. Objectifs

L'objectif général de ce projet est d'effectuer une première exploration en vue de décrire en profondeur, à l'aide d'un nombre limité de cas, les différents scénarios d'écart entre le jugement clinique, la compréhension du clinicien des représentations du travailleur et les représentations de ce dernier. Ceci, durant le processus de réadaptation au travail de travailleurs ayant des TMS. Les **deux objectifs spécifiques** sont de :

- 1) Décrire l'écart entre le jugement clinique du clinicien, la représentation du travailleur et l'interprétation de cette représentation par le clinicien qui en avait la charge ;
- 2) Décrire la présence de modification dans l'interprétation du clinicien des représentations du travailleur dont il avait la charge durant le programme de réadaptation.

3. Méthodologie

3.1 Devis

Cette étude pilote adopte un devis d'une étude de cas multiples (Yin, 1994) où chaque cas est constitué d'une dyade clinicien/travailleur. Actuellement, il n'existe pas d'outil de mesure dyadique valide, fiable et sensible au changement qui permettrait d'explorer la représentation du travailleur et son interprétation par le clinicien. Dans le domaine de la sociologie et de l'anthropologie, les représentations s'inscrivent dans un processus social, où elles se construisent à travers le temps et les interactions avec l'environnement. Elles sont également considérées comme étant accessibles principalement par le discours. Puisque nous visons à explorer en profondeur un nombre limité de cas durant un processus de réadaptation, une méthodologie de type qualitative est retenue. Compte tenu des objectifs, qui sont de nature exploratoire, l'analyse des données se base sur une approche narrative (Yin, 1994).

3.2 Le programme interdisciplinaire de réadaptation basé sur les données probantes

Le programme offert au centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne est un programme interdisciplinaire et intensif de réadaptation au travail réunissant un médecin, un ergonome, des ergothérapeutes, un kinésiologue, un psychologue, un gestionnaire de dossier et une coordonnatrice. Une collaboration étroite est également visée avec le conseiller de la CSST, l'employeur, le médecin traitant et l'environnement social du travailleur, incluant les représentants syndicaux s'il y a lieu. Ce programme, d'une durée moyenne de 12 semaines, est issu du modèle de Sherbrooke (Loisel et al., 1997) et il se base sur les données probantes (M. J. Durand, Vachon, Loisel, & Berthelette, 2003). Les activités du programme se campent, entre autres, sur le modèle des peurs et évitement (Vlaeyen, de Jong, Geilen, Heuts, & van Breukelen, 2002; Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren, & van Eek, 1995) et visent à éduquer et à rassurer le travailleur dans le but de modifier les interprétations dramatiques (un élément de la représentation de la maladie). Le but est de réduire ses peurs et ses comportements d'évitement de la douleur et de favoriser l'adoption de comportements adaptatifs. Une particularité de ce programme est d'inclure un retour thérapeutique au travail, c'est-à-dire un retour progressif et supervisé par l'équipe clinique (M. J. Durand et al., 2003). Le programme se concentre sur la réduction de l'incapacité au travail.

3.3 Recrutement

Nous avons recruté des travailleurs débutant un programme de réadaptation à partir du centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne, dans le cadre d'un projet de recherche portant sur les représentations des travailleurs, mené à terme en 2007 (*projet guérison*). Ce projet, financé par l'IRSST, étudiait l'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail des travailleurs présentant des troubles musculo-squelettiques (Baril et al., 2008). L'objectif général de ce projet était de décrire les mécanismes psychosociaux et en particulier les représentations à la base des comportements émis par les travailleurs lors d'un programme de réadaptation. Les **critères d'inclusion** pour la présente étude étaient: 1) avoir un TMS accepté et compensé par la CSST et causant une absence au travail de plus de trois mois; 2) être âgé entre 18 et 64 ans; 3) parler le français; 4) détenir un droit de retour au travail auprès de l'employeur et 5) constituer une première absence prolongée du travail dû à un TMS. Les facteurs suivants ont été les motifs d'exclusion: 1) TMS relié à une pathologie spécifique (ex.: fracture récente, maladie

métabolique, néoplasie, inflammatoire ou infectieuse de la colonne vertébrale) et 2) présence de troubles mentaux sévères, identifiés au dossier médical. Le projet actuel était présenté à chaque travailleur recruté dans le cadre du *projet guérison*. Par la suite, avec le consentement du travailleur, nous sollicitons la participation du clinicien le plus impliqué lors de son retour progressif au travail. Quatre moments d'entrevue étaient prévus avec chaque travailleur, à des moments identifiés comme cruciaux selon les critères d'un projet antérieur à cette étude (M. J. Durand, Loisel, Charpentier, Labelle, & Hong, 2004). Ces moments étaient : 1) début de la prise en charge par l'équipe interdisciplinaire ; 2) proposition de l'exposition en milieu réel de travail ; 3) retour à 80% du temps régulier au travail et 4) un mois après la fin du programme de réadaptation.

L'équipe de réadaptation comptait lors du recrutement trois ergothérapeutes un ergonome, un kinésologue et un psychologue susceptible d'être un intervenant clé lors du retour au travail. Le consentement du clinicien à participer a été sollicité pour chaque nouvelle dyade. Chaque clinicien a été rencontré aux mêmes temps prévus pour les travailleurs, à l'exception du suivi d'un mois après le programme de réadaptation, puisqu'il n'était plus en contact avec le travailleur.

Le recrutement de douze dyades était visé. Les données pour chaque dyade proviennent donc de deux sources, soit des entrevues menées auprès de 12 travailleurs et des entrevues réalisées auprès de cinq cliniciens gestionnaires se partageant la charge des 12 cas. En recherche qualitative, il n'existe pas de méthode statistique pour établir le nombre de participants requis. Selon Sandelowski (1995) un échantillon d'une douzaine de participants est suffisant pour un projet pilote ayant un certain degré d'homogénéité.

3.4 Réalisation des entrevues auprès des cliniciens

Les entrevues semi-structurées auprès de chacun des membres de la dyade ont été effectuées par des interviewers indépendants. Ceci a permis de limiter le risque d'orienter les entrevues vers les représentations du travailleur et vice versa. Aussi, le terme « problème », plutôt que douleur ou incapacité a été choisi afin d'éviter de diriger l'entrevue vers des éléments spécifiques. Aussi, d'une entrevue à l'autre, nous avons abordé sensiblement les mêmes questions. De cette façon, si le clinicien ou le travailleur modifiait son discours, sans nécessairement en être conscient, nous serions en mesure de saisir ce changement dans le temps.

Les guides d'entrevue pour les travailleurs sont présentés au sein du rapport de recherche du rapport guérison (Baril et al., 2008). Les guides pour les entrevues des cliniciens ont été bâtis à partir de ceux-ci. La structure a cependant été modifiée afin d'explorer dans un premier temps la compréhension du clinicien quant aux représentations du travailleur dont il a la charge et dans un deuxième temps, son jugement clinique. Afin d'éviter de diriger le clinicien vers notre cible d'exploration, soit l'établissement de buts et d'un plan d'action commun, nous l'avons questionné au sujet des éléments ayant aidé ou nui à la démarche de réadaptation au travail. Ces entrevues ont été enregistrées sur bande audio. Elles étaient d'une durée moyenne de 60 à 90 minutes. Elles se sont déroulées à la clinique de réadaptation au travail du centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine.

Plus spécifiquement, les guides d'entrevue abordaient les thèmes et les questions suivantes :

- Évaluer l'interprétation que fait le clinicien de la représentation du travailleur et son jugement clinique lors du début de la prise en charge :

- Le thème des représentations : « Le travailleur se dit ici pour quel problème? Qu'est-ce qui lui fait dire cela? Qu'est-ce qui a causé son problème selon lui? Croit-il qu'il s'agisse d'un problème sérieux? » « Et vous? Qu'est-ce que vous en pensez? »
- Les relations avec les partenaires : « En ce qui concerne ses relations avec la CSST, au travail ou avec le médecin traitant, selon le travailleur, est-ce qu'il y a des éléments qui aident ou nuisent à sa situation? » « Et vous? Qu'est-ce que vous en pensez? »
- Les stratégies d'adaptation : « Qu'est-ce qui l'aide à contrôler ou à rendre tolérable son problème? Selon lui, comment le programme de réadaptation devrait-il l'aider? » « Et vous? Qu'est-ce que vous en pensez? »
- L'influence du social sur le cours de la maladie : « Est-ce qu'il y a dans son environnement social des éléments qui, selon le travailleur, aident ou qui nuisent à son problème? » « Et vous? Qu'est-ce que vous en pensez? »
- Évaluer la compréhension du clinicien des représentations du travailleur et son jugement clinique lors des rencontres de suivi :
 - Le thème des représentations : « Pour le travailleur, quel est son problème maintenant? Qu'est-ce qui lui fait dire cela? Qu'est-ce qui cause son problème maintenant? Le considère-t-il comme sérieux? » « Et vous? Qu'est-ce que vous en pensez? »
 - Les relations avec les partenaires : « En ce qui concerne ses relations actuelles avec la CSST, au travail ou avec le médecin traitant, selon le travailleur, est-ce qu'il y a des éléments qui aident ou nuisent à sa situation? » « Et vous? Qu'est-ce que vous en pensez? »
 - Le processus thérapeutique et la perception de la guérison : « Est-ce qu'il considère que son problème s'est amélioré ou détérioré? Qu'est-ce qu'il lui faudrait pour régler son problème? » « Et vous? Qu'est-ce que vous en pensez? »
 - Les stratégies d'adaptation : « Qu'est-ce qui l'aide à contrôler ou à rendre tolérable son problème? Selon lui, comment le programme de réadaptation devrait-il l'aider? » « Et vous? Qu'est-ce que vous en pensez? »
 - L'influence du social sur le cours de la maladie : « Est-ce qu'il y a ou avait, selon lui, dans son environnement social des éléments qui l'aident ? Est-ce qu'il y en a qui nuisent? » « Et vous? Qu'est-ce que vous en pensez? »

4. Analyse des données

Les entrevues ont été transcrites et les verbatim ont fait l'objet d'une première analyse grâce au logiciel d'aide à l'analyse de contenu Atlas/ti. Cette analyse thématique a été effectuée suivant une liste de thèmes choisis *a priori* à partir de ceux du modèle d'autorégulation de la maladie (Leventhal *et al.*, 1980) et de résultats d'une revue critique de la littérature que nous avons effectué en anthropologie médicale, en psychologie ainsi qu'en sociologie de la santé (Coutu, Baril, Durand, Côté, & Rouleau, 2007). À partir de ceux-ci, un guide d'analyse contenant des règles de codifications suffisamment claires et précises a été élaboré pour permettre une même compréhension des thèmes d'un verbatim à l'autre pour les quatre personnes effectuant la codification. L'analyse du contenu s'est appuyée sur la méthode de Landry (1997). Il s'agit de cinq étapes, soit : 1) la détermination des objectifs de l'analyse de contenu; 2) la préanalyse; 3) l'analyse du matériel étudié; 4) l'évaluation de la fiabilité et de la validité des données; et 5) l'analyse et l'interprétation des résultats. Le premier guide d'analyse a été élaboré puis prétesté de façon à s'assurer que les critères étaient clairs, pertinents, exclusifs et fidèles. Le premier accord entre les codeurs sur certains codes n'étant pas optimal, une version améliorée a été élaborée, puis retestée (Landry, 1997). Ces étapes ont été poursuivies jusqu'à l'obtention d'un seuil de fiabilité de 95% entre les codificateurs. Ensuite, il y a eu un codage des entrevues effectué par deux codeurs pour chacun des membres de la dyade (clinicien/travailleur). Cette façon de procéder avait comme avantage d'aider à identifier les problèmes potentiels rattachés à la codification et à trouver des solutions afin d'augmenter le niveau de fiabilité (Landry, 1997). Ceci a été d'autant plus important que des nouveaux codes ont émergé au cours de l'analyse du matériel permettant de mieux refléter ce qui avait été observé. Le matériel émergeant des entrevues auprès de chacun des membres de la dyade a été analysé par codification thématique *a posteriori* cette fois.

Le premier niveau d'analyse pour les entrevues réalisées auprès des travailleurs a été effectué dans le cadre du *projet guérison*. Pour la dernière étape, soit l'analyse et l'interprétation des résultats, nous avons mis les résultats des analyses d'entrevues auprès des cliniciens en parallèle avec les résultats des entrevues auprès des travailleurs.

Compte tenu du nombre limité de dyades, les citations des travailleurs et des cliniciens choisis pour illustrer nos analyses ont été dénaturées de genre. Ainsi, les propos rapportés par des femmes ont été masculinisés.

5. Résultats

5.1 Caractéristiques des cas

Chaque cas étudié était composé d'une dyade clinicien\travailleur. La moyenne d'âge des travailleurs était de 40 ans (étendue 25 à 56 ans). Ils étaient tous en incapacité prolongée et le délai entre l'accident et la prise en charge au programme de réadaptation était en moyenne de 13 mois (étendue de 8 à 25 mois). Neuf travailleurs exerçaient des métiers de type manuel, un seul avait un métier de type non manuel et deux autres exerçaient des métiers considérés mixtes (Hébert, Duguay, Massicotte, & Levy, 1996). Tout aussi variés, les diagnostics médicaux ont été regroupés en trois grandes catégories, soient les atteintes aux membres supérieurs (n=2), au dos (n=8) et des atteintes à la fois au dos et à un membre supérieur (n=2). Cinq cliniciens ont participé aux entrevues. Ceux-ci étaient en moyenne âgés de 31 ans. Un clinicien avait reçu sa formation en ergonomie et en ergothérapie. Trois d'entre eux avaient reçu leur formation en ergothérapie et un autre en kinésiologie. Leurs années d'expérience variaient entre 4 et 21 ans.

À la fin du programme de réadaptation et à la relance d'un mois, sept travailleurs étaient de retour au travail à temps complet et cinq n'étaient pas de retour en raison de leur incapacité au travail. La durée moyenne du programme a été de 10,45 semaines (étendue de 4 à 16 semaines). Parmi les travailleurs de la catégorie ne retournant pas au travail, trois ont eu une contestation de leur employeur au dossier et un travailleur a perdu son lien d'emploi.

5.2 Analyse des dyades

Le résultat des analyses intra-cas, c'est-à-dire au sein même d'une dyade, ont mis en lumière différents scénarios d'écarts entre le clinicien et le travailleur en réadaptation. Parmi les scénarios d'écart initialement introduit, le scénario A n'a pas émergé à travers les cas étudiés. Pour tous les cas étudiés, les analyses révèlent que les cliniciens ont une compréhension «adéquante» des représentations des travailleurs. De fait, des écarts ont bel et bien été observés, mais ceux-ci étaient dus à un manque d'accessibilité aux représentations du travailleur, limitant le niveau de compréhension du clinicien. Conséquemment, deux nouveaux scénarios (D et E) ont émergé, à savoir que le clinicien ignore ou a une connaissance fragmentaire des représentations du travailleur; ou bien que son jugement clinique cible des variables nuisibles, mais non modifiables à l'intérieur des limites du programme. Le tableau 1 présente la fréquence des dyades clinicien/travailleur observées pour chaque scénario, en fonction de l'issue à la fin du programme de réadaptation quant au retour au travail.

Scénario	Fréquence de cas	Dyade	Statut de travail
A	0	n/a	n/a
B	1	trav. P - clinicien 02	RAT
C	6	trav. M - clinicien 01 trav. O - clinicien 02 trav. Q - clinicien 01 trav. U - clinicien 01 trav. V - clinicien 01 trav. X - clinicien 04	RAT
D	2	trav. T - clinicien 05 trav. W - clinicien 01	N-RAT
E	3	trav. N - clinicien 04 trav. R - clinicien 01 trav. S - clinicien 01	N-RAT

Tableau 1 : Fréquence des dyades correspondant aux scénarios en fonction du retour ou non au travail

5.2.1 Scénario B

Parmi les sept dyades où les travailleurs sont de retour au travail, une seule correspond au scénario B. Ce scénario décrit une situation idéale où il n'y a pas ou très peu d'écart entre le jugement clinique, la compréhension du clinicien des représentations du travailleur et celles du travailleur lui-même. En d'autres termes, ce scénario est identifié lorsque le clinicien comprend bien les représentations du travailleur qui elles-mêmes concordent avec son jugement clinique. Ce scénario est rare dans cette étude probablement parce qu'il exige du travailleur qu'il ait a priori une représentation de son problème qui rejoigne les principes à partir desquels se fait la planification des activités prévues au sein du programme d'intervention. Dans la première citation, le travailleur du scénario B livre sa représentation du problème qui concorde avec un des piliers de l'intervention, soit le maintien de l'activité physique.

Travailleur :

« Il (médecin traitant) m'a donné des cassettes sur les exercices, des étirements à faire. Fallait pas que je reste inactif, il me disait justement de trouver de l'aide psychologique. L'autre docteur (avant), il m'a jamais parlé de ça il me disait ah, avec le temps ça va s'arranger. Il me donnait des pilules. Ça s'est dégradé. »
(Travailleur P, temps 1, RAT)

De plus, le travailleur inclut dans sa définition du problème, certaines de ses propres représentations qu'il reconnaît devoir changer pour améliorer sa condition.

Travailleur :

«...depuis qu'on est haut de même, il (parent) nous dit quand tu te fais mal ou quand t'es malade, si t'es capable de faire tes loisirs, t'es capable de travailler. Moi, j'étais pas capable d'aller travailler, fait que je ne méritais pas d'avoir mes

loisirs. Fait que là, le psychologue d'ici m'a dit si tu fais des loisirs, tu vas te reposer en même temps. ... ça fait 32 ans que je me fais mettre le contraire dans la tête, moi. Ça va être difficile, mais tu sais, faut que je le change, ça, si je veux que ça s'améliore. (Travailleur P, temps 1, RAT)»

Dans ce contexte, la détermination du but et des stratégies semble s'être faite de façon commune entre le travailleur et le clinicien. À un point tel qu'en entrevue, le clinicien a parfois du mal à départager la source de son discours : sa propre représentation ou celle du travailleur.

Clinicien :

« (Interviewer : Dans sa perception à lui, qu'est-ce qui cause son problème?) Il a plus peur de lui-même que des autres, de ses propres réactions... (Interviewer : Qu'est-ce qui cause le problème, dans ta perception à toi?) Euh, qu'est-ce qui cause le problème? Je te dirais que, écoute, j'ai l'impression d'avoir répondu. Parce que sa perception...» (Clinicien 04, Travailleur P, temps 2, RAT)

Ce qui participe à faciliter le processus de réadaptation, selon le clinicien, est la facilité avec laquelle le travailleur accepte d'appliquer les stratégies proposées, comme se recentrer sur le but, lorsque le travailleur semble s'en éloigner. Non pas qu'il soit agréable pour le travailleur d'être ainsi ramené, mais ce dernier reconnaît néanmoins le bien-fondé de l'intervention du clinicien.

Clinicien :

« Puis comme je disais, c'est une personne intelligente avec de l'introspection. Il ne me dira pas non à cette opinion clinique là. Il va juste avoir de la misère à le prendre, c'est tout. Mais, il ne la dénigrera pas. Il nous donne raison, d'une certaine façon, tu sais. » (Clinicien 04, Travailleur P, temps 2, RAT)

Travailleur :

« ..., j'avais les dents serrées, je regardais (le clinicien), j'avais envie de le rentrer dans le mur. Lui là, il le savait, fait que quand il essayait de me motiver, moi, je le regardais en me disant regarde, toi, tu perds ton temps, tu sais même pas comment, tu sais. Mais à la fin, tu sais, quand j'ai appris tout le reste, je me suis dis ouais, ce n'est pas si fou que ça, finalement, ça se tient pas mal, tu sais. Puis surtout quand tu vois qu'il y a du changement. Tu dis regarde là, il (le clinicien) a peut-être pas tort, finalement, là... Puis là, t'appliques (ce que t'apprends), t'appliques, puis tu vois tout le temps des résultats meilleurs, fait que tu dis regarde, il avait raison. » (Travailleur P, temps 3, RAT)

En définitive, le processus de réadaptation a offert au travailleur un moyen d'atteindre ses buts, à l'aide des diverses stratégies d'intervention offertes dans le cadre du programme de réadaptation. Dès la 2^e entrevue, le travailleur mentionne les effets positifs de l'application de ses stratégies. Ceci l'a entre autres aidé à acquérir la perception d'être capable de gérer les situations anxiogènes comme l'écart entre ses capacités fonctionnelles actuelles et ses attentes élevées de performance au travail.

5.2.2 Scénario C

La majorité des dyades parmi lesquelles les travailleurs sont de retour au travail à la fin du programme et à la relance d'un mois, correspondent au scénario C. Ce scénario présente une situation initiale où le clinicien connaît bien, tout comme au scénario B, les représentations du travailleur, mais où ces dernières ne concordent pas avec son jugement clinique. Ainsi, tous ces travailleurs au début du programme de réadaptation ont identifié comme problème la présence de la douleur. Les causes évoquées attribuées à la douleur étaient essentiellement de nature physiologique (faiblesse musculaire, usure des os, fragilité, etc.). La représentation des cliniciens, en accord avec les principes du programme de réadaptation, faisait plutôt ressortir des causes multidimensionnelles au problème d'incapacité au travail. Dans l'exemple suivant, le clinicien révèle son interprétation de la représentation qu'a le travailleur au tout début du programme. Celle-ci est identique à celle que le travailleur a lui-même révélée, comme en font foi les deux premières citations. À la troisième citation, lorsque le clinicien est questionné sur son jugement clinique, sa représentation révèle un écart avec celle du travailleur, car il est question pour lui d'un aspect d'ordre psychosocial comme facteurs de maintien de son incapacité au travail.

Travailleur :

« ... Je ne dors pas la nuit à cause de la douleur. J'ai mal 24 heures sur 24. Au toucher, j'ai mal. Fait que même si je prends quelque chose, ouvrir une porte, j'ai mal, mais c'est surtout que ça m'empêche de dormir. En août 2005, j'ai rencontré mon médecin, puis j'ai dit donnez-moi quelque chose pour dormir pour que le lendemain, je sois capable de faire ma journée. » (Travailleur X, temps 1, RAT)

Clinicien :

« Ce qui est drôle avec cet homme-là, c'est qu'avant le début du programme, il disait moi, là, je travaille pas à cause d'un problème de sommeil, c'est à cause que je dors pas que je travaille pas. Mais, il avait une épicondylite, donc, il avait un problème de douleur, mais... pour lui, il dit je pourrais travailler, là, mais je dors pas. » (Clinicien 04, Travailleur X, temps 1, RAT)

Clinicien :

« Premièrement, il prend trop de médicaments, il est même pas capable de conduire pour aller au travail, puis deuxièmement, je pense qu'il serait même pas capable de se concentrer, là, sur une tâche, vraiment pendant longtemps parce qu'il a beaucoup, beaucoup de médicaments. » (Clinicien 04, Travailleur X, temps 1, RAT)

Outre les écarts relatifs au problème en soi et aux causes de celui-ci, presque toutes les dyades présentent également un écart au sujet de la perception de gravité du problème au début du programme. En effet, la perception du problème et de ses conséquences graves n'est jamais partagée par le clinicien. Si ce dernier évalue une gravité, il la situe davantage sur les facteurs psychosociaux, comme la gravité des craintes et de l'anxiété. Les prochaines citations offrent un exemple où le clinicien comprend la perception de gravité du travailleur, mais où son jugement clinique diffère.

Clinicien :

« Lui est persuadé qu'il a quelque chose de grave au niveau de la colonne vertébrale. Mais son diagnostic c'est une entorse cervico-dorso-lombaire. Mais pour lui...c'est la colonne au complet. Sa représentation est beaucoup plus importante, il comprend que c'est de la tête jusqu'au bassin. Ça voulait dire que c'était grave. C'est ce qu'il nous lançait comme message. Depuis qu'il est rentré ici, on voit que ce n'est pas nécessairement ça, le problème. C'est que c'est un homme très, très, très anxieux. ...c'est le problème. (Interviewer : Dans ta perception à toi, est-ce que le travailleur a un problème sérieux?) Non. Non. Je pense que ce sont plus ses craintes, qu'il est plus dans la phase d'évitement. Il a peur. Il a carrément peur de retourner au travail... » (Clinicien 03, Travailleur V, temps 1, RAT)

Travailleur :

« Bien, c'est parce que je ne suis pas capable de retourner travailler parce que j'ai des douleurs cervico-lombaires-dorsales-cervicales...Bien, c'est toute la colonne... je suis tombé sur le dos.»

« Il y avait toujours de quoi qui n'allait pas. Si je suis trop longtemps debout, ça fait mal, si je suis trop longtemps assis, ça fait mal... faut que je change de position... je ne peux pas croiser quelqu'un en marche... La marche, c'est sûr qu'au début, c'était très difficile. Mais on dirait qu'on se rentre comme dans un tourbillon, un moment donné, que tu te sors pas, t'es... t'es magané, mais... on dirait que t'es plus magané parce que là, il te touche à tout ça, il réveille tous ces mal-là, encore, et... ça l'a amplifié » (Travailleur V, temps 1, RAT)

Le fait de bien interpréter la représentation du travailleur permet au clinicien de formuler des buts spécifiques et concrets afin de permettre un retour au travail. Ainsi, si le clinicien identifie des craintes de se blesser en retournant au travail, les buts proposés seront orientés vers la réduction des comportements d'évitement et sur la modification de la représentation des causes du problème. Dans le prochain exemple, le travailleur apprend par l'entraînement à diminuer sa peur de la douleur tout en prenant conscience qu'une bonne forme physique l'aide à diminuer sa douleur.

Travailleur :

« (Interviewer : Puis qu'est-ce qui t'a aidé ici?) Bien, la remise en forme ça m'a pas mal aidé. Parce qu'ici, j'ai travaillé pas mal fort, puis j'en arrache encore, mais si je n'avais pas eu la kiné puis les autres ici, j'en arracherais bien plus que j'en arrache là. Puis avec le retour progressif (au travail), ça m'a aidé. (Travailleur U, temps 3, RAT)

Clinicien :

Je pense que le fait d'avoir quelqu'un qui le prend par la main puis qui l'aide à retourner au travail, puis qui l'empêche de faire de l'évitement, qui l'oblige à se confronter, mais qui l'empêche de foncer tête première à 100 milles à l'heure les yeux fermés dans un mur..., je pense que c'est... pour moi, c'est... c'est la

partie... la plus importante, là, dans ce dossier-là, là. » (Clinicien 01, Travailleur U, temps 2, RAT)

En ce qui concerne le changement durant le programme de réadaptation, au sein de ce scénario, c'est la représentation du travailleur qui se modifie pour se rapprocher du jugement clinique, et ce, parfois aussi vite qu'au cours des deux premières semaines du programme. Dans ce scénario, les stratégies que propose le clinicien visent donc à permettre au travailleur de faire des progrès en ce qui concerne sa gestion du problème et l'aider à modifier sa représentation du problème. Les prochaines citations, illustrent cette modification de la représentation du travailleur. Selon le clinicien, ce changement est dû au fait que le travailleur a adhéré au discours du programme et qu'il a mis en pratique tous les outils qui lui ont été proposés.

Clinicien :

« Donc, je pense que sa représentation de son problème...que c'est juste le sommeil, là, je pense que ça commence à changer. Ça commence à changer un peu...Tu sais, même si on est au début, là...» (Clinicien 04, Travailleur X, temps 1, RAT)

« (Interviewer : Qu'est-ce qui l'aide à gérer son problème?) Bien, c'est quand même une personne qui comprend, qui fait des liens, puis qui met en application les outils qu'on lui offre. Je pense que c'est surtout qu'il a pu mieux comprendre sa douleur. Je pense qu'il a dit à ce niveau-là, C'est une personne qui a adhéré à notre discours puis qui s'aperçoit, qui fait des liens entre ce qu'il vit, puis ce qu'il ressent...» (Clinicien 04, Travailleur X, temps 2, RAT)

Travailleur:

« Et je dis pas que j'aurai pus jamais mal. Non. Parce qu'il peut y avoir des mouvements que je peux faire même si, malheureusement, il arrive du stress, ces choses-là, mais moi, j'ai... mes feuilles (d'exercices), sont au travail... j'ai mes feuilles sur mon frigidaire, j'ai mes feuilles dans mon sac, j'ai mes feuilles dans ma chambre, puis même mon enfant, il fait des exercices avec moi. Ça, ç'a été ma plus belle journée. » (Travailleur X, temps 3, RAT)

5.2.3 Scénario D

Parmi les cinq dyades dont les travailleurs ne sont pas retournés au travail, deux se retrouvent dans le scénario D. Contrairement aux deux scénarios précédents, le scénario D décrit une situation où le clinicien connaît très peu la représentation que se fait le travailleur de son problème qui le décrit en termes uniquement physiologiques. La représentation du problème étant peu accessible, le clinicien peut difficilement identifier un but qui puisse concorder avec elle. La phase du programme se déroulant en clinique, qui prévaut lors des premières semaines, permet néanmoins au clinicien d'observer les comportements du travailleur et d'en tirer une information qu'il n'avait pas au commencement du programme. Voici la citation d'un clinicien qui explique sa compréhension de la représentation d'un travailleur :

Clinicien :

« (Interviewer : alors selon sa perception à lui, il est ici pour quel problème?) Un problème de douleur au dos, causé par une hernie discale. (Interviewer : est-ce qu'il a une représentation sur comment ça s'est créé tout ça, ?) Ah oui, C'est en

lien avec l'accident de travail. C'est un événement qu'il juge banal, mais qui a eu des conséquences catastrophiques, mais je ne sais pas... C'est pas clair pour moi, ça s'inscrirait dans quelque chose de plus large... On a quelques hypothèses à savoir pourquoi ç'a pris une proportion si grande, mais... je dirais que c'est juste des hypothèses » (Clinicien 01, Travailleur W, temps 1, N-RAT)

À partir de cette information, le clinicien identifie un facteur individuel, occupationnel ou administratif pouvant nuire au déroulement du programme et sur lequel il puisse s'appuyer pour identifier un but arrimé au problème identifié. Même si la stratégie qu'il mettra en œuvre sera partagée au travailleur, le but initial du clinicien ne le sera pas, lui, nécessairement. Toutefois, la stratégie devrait avoir un impact positif sur les comportements de ce dernier. Un exemple, le clinicien observe chez un travailleur le but et la capacité de se réactiver physiquement. Mais en clinique le travailleur ne passe pas à l'action. Après avoir observé la situation, le clinicien émet alors l'hypothèse selon laquelle le travailleur se trouve dans une situation sociale et familiale où, s'il se réactivait du jour au lendemain, il risquerait de se désavouer aux yeux de tous. Cette hypothèse se fonde sur le fait que ce travailleur a cessé toute activité à cause de la douleur et qu'il a reçu beaucoup d'aide de son entourage. Sans partager cette hypothèse au travailleur, il implante une stratégie concrète pour contourner le nouveau problème.

Clinicien :

« Son problème? Je pense qu'il a vraiment mal dans le dos, mais que ça a pris une ampleur absolument catastrophique dans sa vie. Puis pour justifier aux autres qu'il fasse rien, bien, évidemment, ça a inclut toute une démonstration antalgique complètement démesurée pour une situation comme la sienne. Et je pense que c'est la seule façon qu'il a trouvée de justifier qu'il ne fasse rien alors qu'il faisait tout avant. Mais je pense que cet homme-là, il a un bon potentiel et que si il (ne se réactive pas), ça va avoir des conséquences catastrophiques. Il veut (se réactiver), mais là, faut qu'on trouve une façon où il peut (le faire) sans perdre la face. (Clinicien 01, Travailleur W, temps 1, N-RAT)

La stratégie sera annoncée au travailleur : l'ergothérapie sera déplacée de la clinique à sa maison, afin de l'aider très graduellement à fonctionner. Le but est de justifier cette réactivation aux yeux des autres, en y intégrant un aspect thérapeutique important : la présence d'un clinicien à la maison. Voici la réaction du travailleur à l'idée de faire son ergothérapie chez lui :

Travailleur :

« L'ergothérapie, je la faisais ici, mais là, je vais la faire à la maison. Fait que (le clinicien) va venir à la maison. Parce que comme j'ai tout cessé le travail de maison, autrement dit, là, comme mes plates-bandes, mes fleurs... j'ai de la misère à me pencher, j'ai de la misère... j'ai trop de douleur, mais faut que j'y aille graduellement, fait qu'il va venir me montrer à la maison comment fonctionner avec... je sais pas, moi, soit ma piscine ou ma tondeuse » (Travailleur W, temps 1, N-RAT)

L'aspect essentiel d'une hypothèse clinique fondée sur d'autres variables que celles rapportées par le travailleur est qu'il soit envisageable de développer une stratégie d'intervention pour l'adresser, dans les limites du cadre du programme de réadaptation et que cette dernière soit acceptable ou fasse du sens pour le travailleur. Il n'est pas nécessaire d'éliminer le nouveau facteur jugé comme nuisible. Il peut s'agir de le contourner pour qu'il ne soit plus un obstacle

significatif au processus de réadaptation. Dans la dyade suivante, le clinicien observe chez le travailleur une augmentation importante de son anxiété quand vient le temps de généraliser ses apprentissages effectués en milieu clinique à son lieu de travail. Cette anxiété lui nuit au point de ne pas pouvoir appliquer ses stratégies apprises au programme. La prochaine citation illustre donc un autre exemple d'un facteur que le clinicien a adressé indirectement, sans le révéler au travailleur, afin de l'aider à transférer ses acquis de la clinique au travail. La dernière citation, celle du travailleur, souligne sa satisfaction et la diminution de ses craintes.

Clinicien :

« Au travail, j'ai vu que... quand on était sur place, ça faisait trop d'informations pour lui. Comment gérer sa douleur... comment gérer son énergie, comment gérer les tâches, comment faire de la résolution de problèmes sur place... J'ai l'impression que je le submergeais d'informations... »

Moi, j'essayais de le rassurer avec des mots, puis avec les principes, pour lui expliquer, mais tout ce que je sentais, c'est qu'il était de plus en plus nerveux, il était de moins en moins centré sur ce qu'il faisait, il était moins concentré, moins attentif... il savait pus, là, il se désorganisait.

Une façon que j'ai trouvée pour le sécuriser au travail, c'est de lui dire qu'au travail il ne travaillait pas, qu'il faisait son programme d'ergothérapie. Puis je lui ai fait un programme d'ergothérapie comme il faisait en clinique, mais adapté au travail, par écrit. Fait que, ce que j'ai fait, c'est que j'ai mis un cadre, puis là, fiou, ç'a diminué les tensions. Puis j'ai senti une diminution de ses résistances quand je lui ai transmis ça. Donc, ça facilite le cadre du retour thérapeutique au travail, le contrôle de ce qu'il fait, puis en même temps, moi, j'ai senti que ça le rassurait. » (Clinicien 05, Travailleur T, temps 2)

Travailleur :

« (Le clinicien) est venu la dernière fois avec moi au travail. J'ai fait 2 heures toutes straight, pas de pause, rien. (Interviewer : Puis?) Fatigué. Les douleurs, elles sont apparues, oui. Fatigué, mais je l'ai fait. Oui. (Interviewer : Est-ce que vous pensez que vous auriez pu continuer à faire 3 heures?) Moi, je pense que oui. Le programme qu'ils m'ont donné ici, c'est bon pour moi. Pour moi, c'est toujours bon. Surtout physiquement. C'est bon. (Travailleur T, temps 3)

Ainsi, un changement dans l'approche de l'intervention, sans aborder les représentations directement avec le travailleur, peut néanmoins avoir un impact sur elles, de telle sorte que le travailleur commence à bénéficier des outils proposés.

Qu'en est-il des buts du travailleur une fois le premier obstacle au programme contourné? Le problème qui surgit pour les cliniciens des deux cas du scénario D, est que les travailleurs n'énoncent pas de buts vraiment précis. Il semble y avoir un but général implicite au sein de la dyade, soit celui du programme lui-même : le retour au travail. L'analyse des verbatim ne permet cependant pas d'observer clairement un accord ou un désaccord sur ce but, de la part du travailleur. Seule la volonté de guérir, ou d'éliminer la douleur persiste dans le temps, ce qui n'est pas un but préconisé par le programme. L'absence de but précis peut être, selon les cliniciens, attribuables aux craintes élevées de faire une rechute, mais également en lien avec une contestation d'un employeur et/ou aux difficultés logistiques pour effectuer le retour

thérapeutique au travail. Les prochaines citations sont un exemple de questions que se posent les cliniciens sur les buts de leur travailleur.

Clinicien:

« C'est quoi son objectif? Je ne sais pas. Je ne suis pas sûre qu'il le sache non plus. Je pense qu'il va nous répondre ce qu'on veut entendre. Mais je pense que c'est pas clair encore pour lui... » (Clinicien 01, Travailleur W, temps 2)

Clinicien:

« Le travailleur, lui, ce qu'il veut, c'est être capable de se retrouver un emploi. (Interviewer : Puis qu'est-ce que tu penses de cet objectif-là?) Bien, je ne sais pas si c'est réaliste... dans la mesure où je le sais pas s'il va être capable de se refaire confiance. C'est difficile puis je ne le sais pas. Ça va basculer du côté du travail ou ça va basculer du côté de ses craintes... Non. C'est pas clair, mais ce n'est pas clair non plus pour le travailleur, je pense. Je pense que c'est pour ça que ce n'est pas clair pour moi non plus. » (Clinicien 05, Travailleur T, temps 2)

Il se peut que le but de retourner au travail s'effrite à mesure que les difficultés liées au travail elles, s'exacerbent. Voici deux exemples :

Clinicien:

« Ils ont réorganisé les usines puis ils ont aboli son poste. Puis il aurait été coupé s'il était resté là sans avoir été blessé. Il aurait été licencié ...C'est là qu'ils ont inventé un poste de toutes pièces, que le travailleur perçoive comme beaucoup moins exigeant que ce qu'il faisait avant. Donc, ça, c'est positif pour nous. En même temps... c'est très insécurisant parce que ...est-ce que le salaire de monsieur va être diminué? Qu'est-ce qui arrive si l'entreprise où il travaillait ferme? Qu'est-ce qui arrive s'ils le licencient dans la restructuration de l'entreprise? Est-ce que ça va le mener à un emploi convenable? Ça va être quoi, l'impact? Donc, tout le niveau administratif n'est pas éclairci. » (Clinicien 05, Travailleur T, temps 3)

Clinicien:

« Il nous en nomme des motifs favorables à retourner au travail. Mais en même temps, il a tellement d'amertume puis d'aigreur par rapport à cet employeur-là, j'entends tous les autres irritants puis les déceptions qu'il a eues au cours des années.» (Clinicien 01, Travailleur W, temps 2)

En somme, les cliniciens au sein de ce scénario ont peu d'accès aux représentations des travailleurs, mais après observation, ils identifient néanmoins un facteur nuisible au processus de réadaptation. Un but et une stratégie sont alors élaborés pour réduire l'impact négatif de ce facteur. Dans les deux dyades, un changement comportemental s'est opéré en faveur d'une réactivation. Par contre, pour ces deux travailleurs des contraintes administratives liées à l'employeur ont mis fin au programme prématurément. Ces travailleurs ne sont pas retournés au travail à la fin du programme.

5.2.4 Scénario E

Trois des cinq dyades des cas qui ne sont pas retournés au travail se trouvent dans le scénario E. Ce scénario présente une situation où l'interprétation du clinicien de la représentation du travailleur de est parcellaire. Aussi, le clinicien mentionne avoir peu d'opportunité d'identifier un élément nuisible au processus de la réadaptation qui serait concret (comme au scénario D) et qui permettrait de faire basculer le travailleur vers une trajectoire de retour au travail.

Clinicien :

« (Interviewer : sa demande, c'est que vous lui enleviez la douleur?) *Oui. C'est un gars qui a pas mal quand il ne bouge pas. C'est ça qui est un peu difficile, il veut qu'on lui enlève sa douleur, mais il n'en a pas de douleur quand il fait rien. Fait que dans le fond, il veut qu'on le réactive, mais faut pas que ça fasse mal. Tu sais, fait qu'on est un petit peu pris, là, tu sais.* » (Clinicien 01, Travailleur R, temps 1, N-RAT)

Dans la dyade suivante, la comparaison des deux extraits de verbatim révèle les différences de représentations du problème, entre le travailleur et le jugement du clinicien :

Travailleur :

« (Interviewer : pour quel problème penses-tu que t'es ici, toi, aujourd'hui?) *Bien, c'est mon problème de dos. J'ai de la difficulté à rester en position debout. C'est à peu près le seul problème que j'ai. Je considère que c'est majeur, là.* (Interviewer : OK. Puis qu'est-ce qui te fait dire que c'est majeur?) *J'ai pas de tolérance debout, à la marche, ces choses-là... quand j'ai passé 30 minutes, là, faut que je m'assois, faut que je prenne une pause parce que je viens le dos barré, là, la jambe engourdie, puis si je continue à persister, bien, je viens que j'ai pu d'équilibre. Puis on dirait que j'ai pu de force dans cette jambe-là. Puis l'équilibre est compromis, si on veut. Ouais. En gros... pour moi, c'est pour ça que je suis ici.* » (Travailleur S, temps 1, N-RAT)

Clinicien :

« *Je pense que c'est un gars pour qui la douleur persistante est inacceptable. C'est un performant, ce gars-là, il parle des autres en termes peu élogieux. Son rendement à lui était supérieur... ici, il a fallu que je négocie pour le faire travailler avec l'outil. Pour lui c'est si humiliant que ce serait une raison suffisante pour démissionner si un employeur lui demandait de faire cela. Tu sais, c'est un gars qui me semble avoir une très faible estime de lui, qui est beaucoup dans la performance et la comparaison. Et je pense que juste le fait de ne pas être capable de performer ou juste la peur de ne pas pouvoir performer, c'est assez pour qu'il ne veuille pas retourner (au travail). Dans ce sens là, je ne sais pas s'il va réussir.* » (Clinicien 01, Travailleur S, temps 1, N-RAT)

Tout au long du programme, la définition du problème et les objectifs du travailleur demeureront peu réalistes et se centreront sur la disparition de la douleur et la recherche d'une explication à la persistance de celle-ci. Les buts et les stratégies mis de l'avant par les intervenants afin d'effectuer un retour au travail ne sont pas acceptés par les travailleurs. Ainsi, alors qu'en D les apprentissages proposés commencent à être utiles dès l'application de stratégies arrimées au problème du travailleur, ils n'ont pas le même effet pour les travailleurs du

scénario E. Les travailleurs mentionnent aussi une certaine insatisfaction en ce qui concerne le programme et tout particulièrement en ce qui concerne l'emphase mise sur les dimensions psychosociales et le retour au travail. Les prochaines citations illustrent premièrement un désaccord avec l'objectif de retour au travail. La deuxième citation provient d'un travailleur qui n'est pas confiant de recevoir les traitements appropriés au programme et qui n'est pas convaincu que ça peut l'aider avec sa douleur.

Travailleur :

(Interviewer : À la fin du programme ici, tu te vois comment?) « *J'aimerais ça me voir retourner au travail, puis que ça fonctionne. Pour moi, c'est ça ma priorité, mais... faut rester réaliste, là. On verra en temps et lieux, là. Bien, pour moi, à mes yeux, ça va prendre un miracle...* » *C'est sûr que je tique un peu sur le retour au travail quand ils m'en parlent, ici mais bon, ils veulent que... que j'aille m'essayer à l'ouvrage, mais...* (Interviewer : Qu'est-ce que tu veux dire?) *Bien, je trouve, depuis que je suis rentré ici, c'est ça qu'ils me mettent dans la tête, là. Retour au travail, retour au travail. Pas de trouble, on va y aller.* (Interviewer : Mais...?) *Mais ils vont voir que ça ne marche pas. C'est aussi simple que ça.»*
(Travailleur S, Clinicien 01, temps 1, N-RAT)

Travailleur :

«...ici c'est pas des docteurs, ils ne savent pas exactement tout qu'est-ce qui passe dans les os, puis... fait qu'ils ne peuvent pas vraiment le savoir c'est quoi exactement. Tu sais, moi, je vois que c'est un peu vague leur affaire, là. C'est comme... C'est des exercices de base, je les ai faits déjà. J'ai déjà toute fait ces exercices-là, là. Là, c'est rendu que je suis même dans un stade de renforcement. (Interviewer : Puis actuellement, il y a tu des choses qui nuisent à ton processus de réadaptation?) *Non, mais je pourrais avoir mieux. Je pourrais avoir mieux comme je disais, je ne suis pas trop un expert. Je ne sais pas quoi, là...»*
(Participant R, temps 2, N-RAT)

Le prochain exemple illustre comment le jugement clinique peut se modifier au cours du programme, mais ne fait que confirmer la difficulté d'intervenir sur une variable d'ordre psychosocial qui n'est pas reconnue par le travailleur :

Clinicien :

« Il est grand, il est bâti, il est athlétique. Puis le fait de retourner puis d'être moins bon que ceux qu'il méprisait avant, je pense que ça ne sera pas acceptable, tu comprends. Fait que... je pense que nous autres, va falloir qu'on serve à ça, de trouver une façon pour que ça devienne acceptable pour lui d'y aller juste des 2 heures ou de pas faire toutes les tâches, de prendre une pause s'il en a de besoin. » (Clinicien 01, Travailleur S, temps 1, N-RAT)

Clinicien :

« Pourquoi il n'est pas au travail? Ce travailleur là ce qui le limite, c'est surtout la colère puis la rage. C'est beaucoup une question de conflit de relations avec l'employeur (Interviewer : Ça, c'est vraiment ta lecture?) *Bien, oui puis non. Quand on en a parlé, lui puis moi, il s'est absenté la semaine d'après. Puis quand il est revenu, il avait changé d'attitude. Il était furieux... alors, oui pour avoir*

réagi de la façon qu'il a réagi, là, oui, il en est conscient, mais non, il ne veut absolument pas regarder ça en ce moment. (Clinicien 01, Travailleur S, temps 3, N-RAT)

Clinicien :

« Selon lui, il était ici pour un problème de douleurs, mais... est-ce qu'il venait pour le problème de dos ou parce qu'il attendait d'autres options? Il venait juste à cause de la conseillère qui lui avait dit de venir, là. Tu sais, pourquoi il était ici? C'était tu pour régler ce problème-là ou c'était en attendant qu'il allait se faire régler par d'autres personnes, là? Je pense qu'il attendait beaucoup une solution médicale, puis ce n'était pas ça qu'on lui offrait. » (Clinicien 04, Travailleur N, temps 1, N-RAT)

En sommes, le scénario E suggère que les cliniciens ont tout comme au scénario D peu accès aux représentations des travailleurs. Il leur est cependant difficile d'identifier un facteur spécifique et/ou pragmatique nuisible au processus de réadaptation. Également, les stratégies élaborées par les cliniciens n'apporteront pas les résultats attendus par les cliniciens. D'ailleurs, les travailleurs au sein de ce scénario mentionneront leur désaccord avec l'objectif du programme. Aussi, ils ne mentionneront pas d'amélioration de leur problème.

6. Discussion

L'objectif général de la présente étude de cas multiple était d'effectuer une première exploration en vue de décrire en profondeur, à l'aide d'un nombre limité de dyades, les différents scénarios d'écart entre le jugement clinique, les représentations du travailleur et leur interprétation par le clinicien. Ce projet se déroulait durant le processus de réadaptation au travail de travailleurs ayant des incapacités prolongées d'origine musculo-squelettique. La première observation est l'absence du scénario A au sein des dyades étudiées. Les cliniciens qui ont participé à cette étude font cependant partie d'une équipe d'un centre de recherche appliquant les principes cliniques basés sur les données probantes (M. J. Durand et al., 2003). Ils se sont d'ailleurs intéressés depuis plusieurs années au concept des représentations. Par conséquent, nous croyons que ces cliniciens sont plus sensibles à l'importance de connaître les représentations des travailleurs. Par contre, il serait possible de retrouver le scénario A auprès de cliniciens qui ne connaissent pas l'importance des représentations. Il se pourrait également que certains connaissent l'importance d'identifier les représentations, mais qu'ils décident de ne pas les intégrer au sein de leur entrevue, faute de temps ou d'efficacité personnelle.

En ce qui concerne le scénario B, les représentations du travailleur sont connues des cliniciens et il n'y a pas d'écart avec leur jugement clinique. Dans ce cas, il est possible de développer un plan d'action avec le travailleur parce que la communication est ouverte entre les interlocuteurs, que les problèmes sont révélés par les travailleurs et reconnus par les cliniciens. Les progrès réalisés durant le programme sont reconnus par les travailleurs et ont une valeur de renforcement des comportements adaptatifs. Pour le scénario C, les représentations du travailleur sont également connues des cliniciens. Par contre, il y a un écart entre celles-ci et le jugement clinique. Un plan d'action concerté peut malgré tout être mis sur pied. Ainsi, les apprentissages des travailleurs apportent des résultats positifs pour ce dernier, ce qui l'aide à maintenir le changement de comportements et également le changement des représentations. En ce qui concerne le scénario D, les représentations du travailleur sont peu ou pas connues des cliniciens. Afin de contourner cet obstacle, l'observation du travailleur lors de la phase clinique permet d'identifier un facteur pouvant nuire au processus de réadaptation. Partant de là, le clinicien établira un objectif spécifique d'intervention. Les stratégies mises en place par le clinicien, feront du sens aux yeux du travailleur. Ces résultats positifs viendront modifier en partie les représentations des travailleurs, par contre une fin de prise en charge, pour raison administrative fera en sorte que les travailleurs au sein du scénario D, ne seront pas de retour au travail. Pour le scénario E, les représentations du travailleur sont aussi peu connues des cliniciens. Dans ce cas, ces derniers n'arrivent cependant pas à cibler un objectif d'intervention spécifique et réalisable dans le cadre du programme de réadaptation. L'objectif du programme, c'est-à-dire le retour au travail, n'est pas partagé par les travailleurs. Aussi, les travailleurs mentionnent dans ce scénario, leurs insatisfactions par rapport au programme. S'il y a des progrès, ils sont uniquement nommés par le clinicien.

Les résultats corroborent donc en partie ceux de l'étude de Daykin et Richardson (Daykin & Richardson, 2004), qui a été effectuée auprès des physiothérapeutes. Les résultats de la présente étude font cependant ressortir que ce ne sont pas tous les écarts qui peuvent avoir un impact négatif sur le déroulement du programme de réadaptation. Lorsqu'il existe des écarts entre le jugement clinique et la représentation du travailleur, il n'apparaît pas nécessaire que le clinicien partage toutes les informations relatives à sa compréhension clinique. Les scénarios B et C permettent d'observer que l'écart peut être adressé directement et que les représentations

seront plus en lien avec les principes même de l'intervention. Dans d'autres cas, les représentations seront adressées de façon indirecte, à travers l'implantation de stratégie plutôt comportementale. Ce qui semble ressortir des analyses est l'importance pour le travailleur la stratégie soit cohérente avec sa représentation. Pour le clinicien, le problème devrait être bien identifié afin de permettre d'implanter des stratégies concrètes et pragmatiques. Les résultats sont ainsi en accord avec les recommandations de Barnes et Ward (Barnes & Ward, 2000) en ce qui concerne l'importance d'établir des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables et/ou centrés sur le client. De plus, la comparaison des scénarios pour lesquels il y a un retour au travail (B et C), comparativement aux scénarios pour lesquels les travailleurs ne sont pas de retour (D et E) fait entre autres ressortir l'importance que les objectifs fassent minimalement du sens pour le travailleur, voir même d'établir des objectifs communs. Les résultats ne font pas ressortir de différence à savoir qui doit décider des objectifs.

Dans différents domaines en santé, la prise de décision partagée a d'ailleurs été adoptée comme un modèle de bonnes pratiques cliniques (Ford, Schofield, & Hope, 2003; Holmes-Rovner & Rovner, 2000). La définition la plus fréquemment citée, selon Makoul et Clayman (Makoul & Clayman, 2006), est celle de Charles et al. (Charles, Whelan, & Gafni, 1999), c'est-à-dire une relation entre le patient et le clinicien où il existe un échange d'informations, l'expression et la discussion des préférences et un accord sur les objectifs et le plan d'action à mettre en œuvre, suivie d'une évaluation et d'un réajustement du plan. En physiothérapie, une étude pilote utilisant cette approche a permis d'observer des résultats positifs sur la fonction et la satisfaction des patients, lorsque comparée à un groupe contrôle (Arnetz, Almin, Bergstrom, Franzen, & H., 2004). Cette étude a été effectuée auprès d'une population ayant des problèmes rhumatoïdes et pour laquelle, il n'est pas possible de savoir si elle présente une incapacité au travail. Aussi, les objectifs du traitement étaient uniquement centrés sur la fonction et en ce sens cadrant davantage dans une perspective biomédicale. Bien que cette étude soutienne l'importance de réduire les écarts entre les cliniciens et leurs patients, nos résultats font également ressortir une plus grande difficulté à établir des buts communs lorsque le travail est abordé et que les facteurs contributifs à l'incapacité au travail touchent la sphère psychosociale et non la fonction et la forme.

Très peu d'études ont documenté de façon dynamique et prospective l'écart entre les représentations de la maladie du travailleur et la compréhension du clinicien des représentations du travailleur et son jugement clinique, et ce, durant le processus de réadaptation au travail. En ce qui concerne la méthodologie de cette étude, le devis à cas multiples offre une méthode permettant de d'explorer en profondeur un phénomène. Ainsi, la présente étude ne visait pas à atteindre une représentativité statistique, mais bien pour un nombre limité de cas, de décrire en profondeur le phénomène. De plus, le choix d'utiliser des entrevues pour la collecte de données apporte une richesse d'information. En effet, les entrevues ont permis de mettre en lumière du matériel émergent et ainsi proposer deux nouveaux scénarios d'écarts. Par contre, les entrevues peuvent également apporter certaines limites à l'étude, dont le biais de la désirabilité sociale. Afin d'en réduire l'impact, l'interviewer était indépendant du processus de réadaptation. La confidentialité des entrevues a aussi été explicitement mentionnée. Dans le but de limiter le biais de réflexivité, nous avons élaboré les questions afin de limiter les risques de suggérer des réponses. Questionner les cliniciens durant le processus de réadaptation, peut avoir amené ce dernier à questionner davantage le travailleur au sujet de sa représentation de la maladie. Le but de l'étude n'était cependant pas de vérifier si le clinicien documente dans le cadre de sa pratique

les représentations, mais plutôt d'observer l'impact des écarts de compréhensions au sein de la dyade clinicien/travailleur.

En ce qui concerne l'analyse du contenu des entrevues, plusieurs personnes peuvent interpréter un même élément différemment. Pour contrôler ce phénomène, la prise de notes a été standardisée et le travail en équipe favorisé lors de la collecte et de l'analyse de données. Deux évaluateurs ont procédé à l'analyse des données, ce qui a ouvert la possibilité de vérifier l'accord inter-juge. Finalement, les résultats des analyses ont été présentés à l'équipe clinique, afin de valider les analyses et les conclusions. Les cliniciens ont corroboré notre observation en ce qui concerne le nombre limité de cas au sein du scénario B. Ce scénario serait effectivement marginal dans le cadre d'une trajectoire thérapeutique en moyenne d'un an pour les travailleurs. La multiplication des services semble en effet contribuer à alimenter la perception de gravité chez les travailleurs (Baril et al., 2008).

7. Retombées

Bien qu'il s'agisse d'une étude exploratoire, celle-ci permet d'offrir des retombées autant pour la recherche que pour la clinique. En ce qui concerne les retombées cliniques, cette étude fait ressortir l'importance de comprendre les représentations des travailleurs ayant une incapacité au travail d'origine musculosquelettique. Au-delà du besoin de compréhension, il est aussi important que l'objectif soit partagé ou à tout de moins que la stratégie qui est mise de l'avant soit cohérente aux yeux du travailleur. La prise de décision partagée étant déjà reconnue comme une bonne pratique clinique dans différents domaines de la santé. Dans le future, il serait intéressant d'adapter et d'implanter ce type de décision partagée, afin qu'il puisse bien refléter la prévention de l'incapacité au travail. Aussi, une prochaine étude pourrait également trianguler les données recueillies au sein de la dyade en y ajoutant une composante d'observation. Ceci permettrait d'explorer le processus et les mécanismes impliqués lors de l'échange et de la prise de décision.

L'étude de la dyade clinicien/travailleur à plus grande échelle serait facilitée par l'élaboration d'outils de mesure valide. Actuellement, ce type de mesure est particulièrement recensé en soin de première ligne. Ces mesures ne permettent cependant pas de distinguer le jugement clinique de la compréhension du clinicien des représentations de son patient.

8. Conclusion

En définitive, les résultats de ce projet permettent d'identifier différents scénarios d'écart qui peuvent survenir entre le clinicien et le travailleur, en réadaptation au travail. Ce type de recherche clinique offre l'avantage de se rapprocher de la réalité thérapeutique en prévention d'incapacité, tenant ainsi compte des facteurs qui viendront affecter la relation clinicien/patient, comme les contraintes administratives inhérentes à ce domaine. Arrimée aux résultats d'études antérieurs en physiothérapie et autre domaine de santé, cette étude fait ressortir l'importance de comprendre les représentations et d'établir des objectifs et stratégies qui seront partagés par le travailleur.

9. Impact du projet :

- Conférence

Coutu, M.F., Baril, R., Durand, M.J., Rouleau, A., Côté, D., Cadieux, G. (accepté). Methodological Challenges Associated with Dyadic Measures in Qualitative Studies. CARWH 2008.
- Transfert des connaissances sur invitation

Coutu, M.F. (18 et 19 juin 2008). Les déterminants de l'incapacité au travail. 2^e Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques : de la recherche à l'action. Organisé par l'IRSST et la CSST, Montréal.

Coutu, M.F. (2008, mai). Que pensent nos patients de leur douleur et de leur incapacité? Dans le cadre du symposium 2008 sur la douleur : douleur et invalidité au centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, campus Longueuil. Rimouski.

Coutu, M. F. (2008, avril). La douleur persistante. Journée de formation destinée aux psychologues. Organisé par l'Association des Troubles Anxieux du Québec.
- Autres subventions demandées grâce au support du présent projet (s'il y a lieu) :

Coutu, M.F., Légaré, F., Corbière, M., Durand, M.J., Loisel, P. (resoumission) Implementation and evaluation of an adapted shared decision-making process in work disability prevention, CIHR, 415 000\$
- Article scientifique produits dans le cadre de la présente subvention

Coutu, M.F., Baril, R., Durand, M.J., Rouleau, A., Côté, D., Cadieux, G. (en préparation). Patients' and clinicians' understanding does it matter after all?

Références

- Arnetz, J., Almin, I., Bergstrom, K., Franzen, Y., & H., N. (2004). Active patient involvement in the establishment of physical therapy goals: Effects on treatment outcome and quality of care. *Advances in Physiotherapy*, 6, 50-69.
- Bandura, A. (1977). *A Social Learning Theory*. Englewood, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Baril, R., Durand, M. J., Coutu, M. F., Côté, D., Cadieux, G., Rouleau, A., et al. (2008). *L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail des travailleurs présentant des troubles musculo-squelettiques*. Longueuil, Québec, Canada: Institut de recherche Robert Sauvé en santé sécurité du travail.
- Baril, R., Martin, J. C., Lapointe, C., & Massicotte, P. (1994). *Etude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Montréal, Québec (Canada): Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Barns, M. P., & Ward, A. B. (2000). *Textbook of rehabilitation medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Cedraschi, C., Robert, J., Perrin, E., Fischer, W., Goerg, D., & Vischer, T. L. (1996). The role of congruence between patient and therapist in chronic low back pain patients. *Journal of Manipulative and physiological therapeutics*, 19(4), 244-249.
- Charles, C., Whelan, T., & Gafni, A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, 319(7212), 780-782.
- Coutu, M. F., Baril, R., Durand, M. J., Côté, D., & Rouleau, A. (2007). Representations: An important key to understanding workers' coping behaviours during rehabilitation and the return-to-work process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), 522-544.
- Croyle, R. T., & Jemmott, I. J. B. (1991). Psychological reaction to risk factor testing. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental Representation in Health and Illness* (pp. 85-107). New York: Springer-Verlag.
- CSST. (2004). *Statistiques sur les affections vertébrales, 2000-2003*. Québec (Canada): CSST.
- Daykin, A. R. P. M., & Richardson, B. P. M. (2004). Physiotherapists' Pain Beliefs and Their Influence on the Management of Patients With Chronic Low Back Pain. *Spine April 1*, 29(7), 783-795.
- Durand, M. J., Loisel, P., Charpentier, N., Labelle, J., & Hong, Q. N. (2004). *Le programme de Retour Thérapeutique au Travail (RTT)*. Longueuil: Centre de recherche clinique en réadaptation au travail PRÉVICAP de l'Hôpital Charles LeMoyne.
- Durand, M. J., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work: a journal of prevention, assessment and rehabilitation*, 21(3), 233-242.
- Ford, S., Schofield, T., & Hope, T. (2003). What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 56, 589-602.
- Hébert, F., Duguay, P., Massicotte, P., & Levy, M. (1996). *Révision des catégories professionnelles utilisées dans les études de l'IRSST portant sur les indicateurs quinquennaux de lésions professionnelles*. Montréal, Québec, Canada: Institut Robert-

- Sauvé de recherche en santé et en sécurité au travail (IRSST).
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K. H. (2005). Long term sickness absence. *British Medical Journal*, 330, 802-803.
- Holmes-Rovner, M., & Rovner, D. (2000). Measuring improved patient choice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6(3), 263-272.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales dans le champ des sciences humaines*. Paris, France Presses universitaires de France.
- Krause, N., Frank, J., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., & Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40, 464-484.
- Landry, R. (1997). L'analyse de contenu. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (pp. 329-356). Québec (Québec) Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). London, UK: Routledge.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental Representation in Health and Illness* (pp. 247-272). New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal, H., Zimmerman, R., & Gutmann, M. (1984). Compliance: A self-regulation perspective. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 369-436). New York: Guilford Press.
- Limoges, J. (1987). Pourquoi travailler? In J. Limoges, R. Lemaire & F. Dodier (Eds.), *Trouver son travail*. (pp. 13-27). Montréal: CIM Fides.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., et al. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911 - 2918.
- Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education & Counseling*, 60(3), 301-312.
- Rivero-Arias, O., Campbell, H., Gray, A., Fairbank, J., Frost, H., & Wilson-MacDonald, J. (2005). Surgical stabilisation of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 330, 1239-1245.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183.
- Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Bitton A, Daly D, Wild GE, Cohen A, et al. (2002). Psychosocial correlates of patient-physician discordance in inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 97, 2174-2183.
- Turk, D. C., Holzman, A. D., & Kerns, R. D. (1986). Chronic pain. In K. A. Holroyd & T. L. Creer (Eds.), *Self-Management of Chronic Disease* (pp. 441-456). London: Academic Press.
- Vlaeyen, J. W., de Jong, J., Geilen, M., Heuts, P. H., & van Breukelen, G. (2002). The treatment

- of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *Clinical Journal of Pain*, 18(4), 251-261.
- Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363-372.
- Wyatt, W. (2005). *Staying at work. Making the connection to a healthy organization*. Worldwide.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). Thousand Oaks, CA: Sage.