

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE

PAR VALÉRIE CHATELOIS

CAPACITÉ DES ERGOTHÉRAPEUTES TRAVAILLANT EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL À DÉCELER ET
À INTERVENIR SUR LE DÉSENGAGEMENT DES ADULTES AYANT SUBI DES LÉSIONS
MUSCULOSQUELETTIQUES

15 DÉCEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier les ergothérapeutes ayant accepté de prendre de leur temps pour participer à mon étude, ce fut grandement apprécié. Sans votre participation, ce projet n'aurait pas pu fonctionner.

Je tiens également à remercier ma directrice de maîtrise, Mme Lyne Desrosiers pour son soutien, son écoute, le partage de son expérience comme chercheuse ainsi que ses précieux conseils afin de me guider dans ce processus de recherche. Merci encore pour l'excellente supervision. Je remercie également Joanie Maclure, ergothérapeute, pour la révision de mon essai et les commentaires judicieux qu'elle m'a faits.

J'aimerais souligner la contribution d'Emilie de Lange, Marilie B. Lafond, Geneviève Bélanger et Maude Deslauriers-Lemelin, présentes dans mon groupe de séminaires et particulièrement Jessica Lacombe pour ses riches commentaires lors de la révision de mon essai. Votre écoute, vos suggestions, vos conseils et votre support ont été précieux et m'ont permis de cheminer dans ce projet. Merci pour votre contribution.

Je remercie également mes amis Gabrielle Frappier, pour nos échanges sur l'engagement et notre partage d'information, Mélanie Ricard pour son support et ses conseils, Julie Éthier pour son aide généreuse dans l'utilisation des logiciels d'analyse de données et Jonathan Plante pour m'avoir donné des outils afin de m'aider dans la rédaction de cet essai. Votre aide a été précieuse.

Finalement, j'aimerais remercier mon copain et ma famille pour leur support et leurs encouragements dans les moments où j'en ai eu le plus besoin. Il s'agit de la réalisation d'un projet d'une grande ampleur et je n'y serais pas parvenue sans votre soutien.

Merci à tous.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
1. INTRODUCTION.....	13
2. PROBLÉMATIQUE	15
2.1. Les lésions musculo-squelettiques (LMS)	15
2.2. Conséquences des LMS et d'un arrêt de travail	17
2.2.1. Pertes et défis multiples	17
2.3. Retour au travail	18
2.3.1. Importance du travail.....	18
2.3.2. Engagement et retour au travail.....	18
2.3.2.1. Facteurs sociodémographiques	19
2.3.2.2. Facteurs psychosociaux.....	19
2.3.2.3. Facteurs cliniques.....	20
2.3.2.4. Facteurs reliés au travail	20
2.3.2.5. Facteurs reliés aux services de santé	21
2.4. Désengagement	22
2.4.1. Manifestation du désengagement.....	22
2.4.2. Conséquences du désengagement	23
2.5. Bienfaits de l'engagement	23
2.6. Pertinence de l'étude.....	24
2.7. Questions de recherche et objectifs de l'étude.....	24
3. CADRE CONCEPTUEL.....	26
3.1. Définition de l'engagement	26
3.2. Définition de la motivation	27
3.3. Modèle de l'engagement thérapeutique de Kortte et Lequerica (2010)	27
3.3.1. Phase pré-intentionnelle.....	28
3.3.2. Phase préparatoire.....	28

3.3.3.	Phase active	30
4.	MÉTHODE.....	31
4.1.	Devis de recherche.....	31
4.2.	Participants	31
4.3.	Échantillonnage.....	32
4.4.	Collecte de données.....	32
4.4.1.	Premier volet.....	32
4.4.2.	Second volet.....	33
4.5.	Analyse des données.....	34
4.6.	Considérations éthiques	34
5.	RÉSULTATS	35
5.2.	Première phase	35
5.2.1.	Description des participants	35
5.2.2.	Description des clients	35
5.2.3.	Données sur la réadaptation.....	35
5.2.4.	Manifestations du désengagement	37
5.2.5.	Raisons du désengagement	38
5.2.6.	Stratégies d'engagement	40
5.3.	Deuxième phase.....	41
5.3.1.	Perception du désengagement	41
5.3.1.1.	Qualité de présence	41
5.3.1.2.	Capacité à déceler les signes de désengagement.....	42
5.3.1.3.	Aborder le désengagement.....	43
5.3.2.	Facteurs de risque de désengagement	43
5.3.2.1.	Divergence des objectifs thérapeutiques	43
5.3.2.2.	Perte du lien d'emploi.....	44
5.3.2.3.	Tiers payeur.....	44
6.	DISCUSSION.....	46
6.1.	Capacité à déceler le désengagement	46
6.2.	Facteurs de désengagement.....	47
6.2.1.	Facteurs individuels	47
6.2.1.1.	Douleur.....	47

6.2.1.2. Motivation.....	47
6.2.2. Facteurs reliés au processus de réadaptation	48
6.3. Stratégies de réengagement.....	49
6.4. Limites	49
6.5. Retombées	50
7. CONCLUSION.....	51
RÉFÉRENCES.....	52
ANNEXE A LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE QUESTIONNAIRE ÉLECTRONIQUE	55
ANNEXE B QUESTIONNAIRE ÉLECTRONIQUE MAISON	59
ANNEXE C CANEVAS D'ENTREVUE	70
ANNEXE D CERTIFICAT D'ÉTHIQUE	74

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Description des participants.....	36
Tableau 2.	Description des clients identifiés par les ergothérapeutes.....	37
Tableau 3.	Manifestations du désengagement observées chez les clients.....	38
Tableau 4.	Facteurs individuels ayant pu influencer le désengagement.....	39
Tableau 5	Facteurs reliés au travail ayant pu influencer le désengagement.....	40
Tableau 6	Facteurs reliés au processus de réadaptation ayant pu influencer le désengagement.....	40

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Facteurs contribuant à l'engagement.....	27
Figure 2.	Modèle de l'engagement thérapeutique de Kortte et Lequerica (2010).....	29
Figure 3.	Distribution du nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes participants.....	36
Figure 4.	Stratégies d'engagement utilisées et stratégies qui auraient pu être utilisées par les ergothérapeutes.....	41

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CSST : Commission de la santé et de la sécurité au travail

IRDPO : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

IRSST : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

LMS : Lésion musculo-squelettique

MSIs : Musculoskeletal injuries

PI : Plan d'intervention

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

TMS : Trouble musculo-squelettique

TMSLT : Trouble musculo-squelettique lié au travail

RÉSUMÉ

Problématique : Les lésions musculo-squelettiques (LMS) sont fréquentes chez les travailleurs québécois et affectent près de la moitié de la clientèle suivie en réadaptation au travail (Baril et al., 2005). Les nombreuses pertes que vivent ces travailleurs ont des effets sur l'intégralité des sphères de leur vie, y compris la sphère affective, ce qui interfère avec la poursuite de leur réadaptation (Baril et al., 2008). Or, les recherches en ergothérapie abordant les impacts d'un arrêt de travail et les enjeux psychologiques associés à la réadaptation au travail concernent essentiellement les clientèles en santé mentale. Étonnamment, ces dimensions ont été peu explorées pour les clientèles en santé physique. **Objectifs :** Cette étude visait à mieux comprendre le désengagement et l'abandon de traitement des adultes suivis en réadaptation au travail pour une LMS. Elle avait pour but de décrire (1) les manifestations du désengagement, (2) les raisons du désengagement ou de l'abandon de la thérapie, et (3) les stratégies mises en place par l'ergothérapeute pour favoriser l'engagement de son client. **Cadre conceptuel :** Les phénomènes du désengagement et de l'abandon ont été explorés à la lumière du modèle de l'engagement thérapeutique de Kortte et Lequerica (2010). **Méthodologie :** Un devis mixte séquentiel a été privilégié. Pour le volet quantitatif, un questionnaire électronique portant sur les manifestations et les raisons du désengagement des clients ainsi que sur les stratégies de réengagement a été complété par six ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail. Pour le volet qualitatif, trois entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès d'ergothérapeutes. **Résultats :** Le premier volet de l'étude a d'abord montré que les principales manifestations de désengagement observées par les ergothérapeutes sont le non-respect des recommandations thérapeutiques et les absences. Les facteurs influençant le désengagement les plus souvent identifiés impliquent davantage le client que le dispositif de soins (ex. présence de douleurs ou de kinésiophobie, manque d'intérêt envers les modalités et les objectifs d'interventions, ne pas croire en son potentiel de réadaptation). Les stratégies de réengagement les plus utilisées par les ergothérapeutes étaient : faire preuve de disponibilité pour la communication, impliquer le client dans l'élaboration de son plan d'intervention, l'écoute, l'empathie et les encouragements, et expliquer le lien entre les modalités choisies et les objectifs thérapeutiques. Le second volet de l'étude a mis en lumière trois principaux enjeux de la réadaptation au travail en ergothérapie soit : 1) les ergothérapeutes évoquent le besoin d'aborder le désengagement avec leurs clients, mais craignent de mettre en péril la relation thérapeutique en le faisant; 2) des objectifs divergents entre l'ergothérapeute et son client peuvent nuire à l'engagement du client; 3) la faible compréhension du lien entre les modalités d'intervention et les objectifs thérapeutiques semble être un facteur important de désengagement. **Discussion :** Bien que les ergothérapeutes reconnaissent les signes de désengagement et comprennent l'importance de l'aborder avec leurs clients, ceux-ci craignent que cela soit confrontant pour le client. Ceci pourrait expliquer pourquoi ils utilisent le tiers payeur comme stratégie de réengagement. Ensuite, ils semblent voir plus spontanément l'implication du client dans les facteurs pouvant influencer le désengagement de leurs clients. Finalement, la discordance entre les objectifs du client et les objectifs thérapeutiques semblerait être un facteur important de désengagement. **Conclusion :** Davantage de recherche sera nécessaire afin d'approfondir les hypothèses soulevées par cette étude, notamment par rapport à la perception qu'ont les ergothérapeutes du rôle des différents acteurs de la

réadaptation envers le désengagement du client. Néanmoins, les résultats pourraient mener à des pistes de solutions en vue de développer des formations pouvant être offertes aux ergothérapeutes afin de les outiller d'avantage pour aborder le désengagement dans une approche de résolution de problème qui ne sera pas confrontante pour le client.

Mots-clés : Désengagement, réadaptation au travail, lésions musculo-squelettiques, LMS, ergothérapeute

ABSTRACT

Background: Musculoskeletal injuries (MSIs) are common among Quebec workers and are affecting almost half of the clients followed in occupational rehabilitation (Baril et al., 2005). The many losses experienced by these workers have effects on all spheres of life, including the emotional sphere, which interferes with the pursuit of their rehabilitation (Baril et al., 2008). However, research in occupational therapy addressing the impact of a work stoppage and the psychological issues associated with work rehabilitation relate mainly to clients in mental health. Surprisingly, these dimensions have been poorly explored for clients with physical health problems. **Aim:** This study aimed to better understand the disengagement and treatment dropout among adults followed in occupational rehabilitation for MSIs. It intended to describe (1) the manifestations of disengagement, (2) the reasons for the disengagement or treatment dropout, and (3) the strategies implemented by occupational therapists to promote the engagement of its clients. **Conceptual Framework:** The disengagement and treatment dropout phenomena have been explored in the light of Kortte and Lequerica's model of therapeutic engagement (2010). **Method:** A sequential mixed method was privileged. For the quantitative part, an electronic questionnaire concerning the manifestations and reasons of client's disengagement, and re-engagement strategies was completed by six occupational therapists working in occupational rehabilitation. For the qualitative part, three semi-structured interviews were conducted with occupational therapists. **Results:** The first part of the first study showed that the main disengagement manifestations observed by occupational therapists are non-compliance with treatment recommendations and absences. Factors influencing disengagement the most identified more often involve the client than the care device (eg. the presence of pain or kinesiphobia, lack of interest in the modalities and goals of interventions, poor belief in his potential for rehabilitation). The most used reengagement strategies by occupational therapists were: to show availability for communication, to involve the client in the development of his intervention plan, listening, empathy and encouragement, and explaining the link between the chosen modalities and therapeutic goals. The second part of the study shows three main issues within occupational therapy in work rehabilitation: 1) occupational therapists evoke the need to address the disengagement with their customers, but fear to compromise the therapeutic relationship doing so; 2) divergent goals between the therapist and client can affect client's engagement; 3) poor understanding of the relationship between methods of intervention and therapeutic targets appears to be an important factor of disengagement. **Discussion:** Although occupational therapists recognize the signs of disengagement and understand the importance of addressing it with their clients, they fear it might be confronting for them. This may explain why they use the third-party payer as re-engagement strategy. Next, they seem to spontaneously see the client's involvement in the factors that may influence his disengagement. Finally, the discrepancy between the client's goals and therapeutic goals seem to be an important factor for disengagement. **Conclusion:** More research will be necessary to deepen the hypotheses raised by this research, especially in relation to occupational therapists' perception of the roles towards engagement of the many actors of the client's rehabilitation. Nevertheless, the findings could lead to tracks for training of that could be offered to occupational therapists to learn to approach the disengagement in a problem-solving approach rather than confrontation.

Key words : Disengagement, occupational rehabilitation, musculoskeletal injuries, MSIs, occupational therapist, OT

1. INTRODUCTION

L'arrêt de travail suite à une lésion musculo-squelettique (LMS) est souvent vécu difficilement par le travailleur (Casey, 2014). En effet, les LMS ont des répercussions sur toutes les sphères de la vie de l'individu dont la sphère affective (Baril et al., 2008). Entre autres, l'individu est à risque de vivre une diminution de sa confiance en soi, de son estime de soi, un changement identitaire, de l'anxiété ainsi qu'une dépression (Anema et al., 2011; Baril et al., 2008; Casey, 2014; Lecomte et Savard, 2006; Simmonds, Sullivan et Velly, 2011). Ces conséquences peuvent démotiver l'individu à poursuivre sa réadaptation (Lecomte et Savard, 2006) et faire en sorte qu'il ne s'engage plus entièrement dans ce processus (Donnell, Lequerica et Tate, 2009).

Il a été démontré plusieurs fois dans la littérature que la motivation est essentielle à l'engagement (Berglind et Gerner, 2002; Gard et Larsson, 2003; Kortte et Lequerica, 2010). En effet, lorsqu'une personne se désengage, son processus de réadaptation se voit ralenti et ses gains fonctionnels ainsi que ses chances de retourner au travail diminuent (Ferrier, Kosny et MacEachen, 2007, Lenze et al., cité dans Donnell, Lequerica et Tate, 2009). Il est donc important que les thérapeutes soient à l'affût des signes de désengagement et qu'ils mettent en place des stratégies efficaces pour maintenir l'engagement de leur client dans leur processus de réadaptation (Durand, 2008). Or, très peu d'études dans la littérature ergothérapique abordent le désengagement dans un contexte de réadaptation professionnelle. Cette étude s'intéressera donc à la capacité des ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail à déceler et à intervenir sur le de désengagement des adultes ayant subi une LMS (au dos, au cou et aux membres supérieurs).

D'abord, la problématique fera l'exposition d'une revue de la littérature portant sur les lésions musculo-squelettiques, l'arrêt et le retour au travail, de même que l'engagement et le désengagement. Les objectifs de l'étude seront également présentés dans cette section. Le cadre conceptuel utilisé pour la réalisation de ce projet de recherche sera ensuite décrit. Par après, il sera question de l'explication du cadre méthodologique de l'étude, suivi par

l'exposition des résultats. Ces derniers seront ensuite critiqués et comparés aux données de la littérature dans la discussion, où les limites de l'étude seront également mises en lumière. Finalement, la conclusion fera une synthèse du contenu de cet essai et exposera les retombées possibles de ce projet pour de futures recherches et pour la pratique professionnelle.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section fait état des données recueillies dans la littérature concernant les lésions musculo-squelettiques, l'arrêt et le retour au travail ainsi que le désengagement et l'engagement. La pertinence de l'étude, les questions de recherche et les objectifs de l'étude y sont également présentés.

2.1. Les lésions musculo-squelettiques (LMS)

Les lésions musculo-squelettiques (LMS) sont des lésions traumatiques affectant les tissus mous (muscles, tendons ou ligaments) (OMS, 2004). On parle également de troubles musculo-squelettiques (TMS), ou troubles musculo-squelettiques liés au travail (TMSLT) au Québec, lorsqu'ils se manifestent par une inflammation due à une sollicitation répétée et excessive de l'articulation (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2014; CSST, 2012). De façon générale, les lésions traumatiques (LMS) ne sont pas considérées comme des TMS, mais certaines organisations incluent les LMS aux TMS, telle l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (Centre d'hygiène et de sécurité au travail, 2014). Afin de faciliter la compréhension de cet essai, le terme TMS sera utilisé de façon distincte du terme LMS.

Chez les travailleurs québécois, les LMS sont fréquentes et affectent près de la moitié de la clientèle suivie en réadaptation au travail (Baril, Godin et Massicotte, 2005). En effet, les lésions au dos et les troubles musculo-squelettiques sont les lésions professionnelles les plus traitées en réadaptation (Baril, Godin et Massicotte, 2005). Plus précisément, les principaux sièges de lésions retrouvés en réadaptation sont, en ordre d'importance, le dos (29,9%), les épaules (13,7%), les jambes (8,3%), les sièges multiples (8,1%) et les bras (8,0%) (Baril, Godin et Massicotte, 2005). Comme les membres supérieurs sont sollicités dans la plupart des occupations et dans presque toutes les professions, la plupart des lésions affectent les mains, les poignets, les coudes, les épaules et le cou (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2014) et peuvent avoir de grandes répercussions sur le fonctionnement de l'individu.

Dans la littérature en ergothérapie, les articles abordant les impacts psychologiques d'un arrêt de travail se rapportent en majorité à des clientèles vues en réadaptation pour des troubles de santé mentale et non pour des troubles de santé physique. Par exemple, des études documentent le vécu émotionnel des individus suivis en réadaptation professionnelle pour des troubles liés à la schizophrénie (Eklund, Hultqvist et Leufstadius, 2015) ou des traumatismes crâniens cérébraux (Erikson, 2009; Hooson et al., 2013; Lequerica et al., 2006), mais très peu de travaux abordent les impacts psychologiques d'un arrêt de travail en lien avec un trouble de santé physique. Ainsi, aucune étude traitant du désengagement et de l'abandon de la thérapie ciblant la clientèle ayant subi une LMS n'a été trouvée. Se pourrait-il que les ergothérapeutes travaillant en santé mentale soient plus sensibles au désengagement et à l'abandon de traitement que les ergothérapeutes travaillant en santé physique?

En réadaptation au travail, l'un des rôles de l'ergothérapeute est de favoriser la réalisation d'une activité productive telle qu'un emploi ou les études (IRD PQ, 2015). De plus, il vise, à travers ses évaluations et ses interventions, à évaluer et à améliorer les capacités de travail de son client. Il est également dans le rôle de l'ergothérapeute « [d'identifier] les facteurs de risque modifiables (physiques, psychosociaux, environnementaux, etc.) qui contribuent à maintenir l'absence prolongée du travail ou des études et [d'intervenir sur] ces facteurs de risque » (IRD PQ, 2015). Ces-derniers, étant des obstacles au retour au travail et à l'engagement envers la réadaptation, seront présentés dans une section ultérieure.

Cette étude ciblera donc les ergothérapeutes travaillant en réadaptation professionnelle ayant suivi des adultes ayant subi une LMS pour qui l'engagement envers la thérapie a représenté un défi. L'étude se limitera aux clients ayant subi une LMS du cou, du dos et des membres supérieurs étant donné qu'il s'agit de problématiques de santé physique fréquemment rencontrées par les ergothérapeutes en réadaptation au travail (Baril, Godin et Massicotte, 2005).

2.2. Conséquences des LMS et d'un arrêt de travail

2.2.1. Pertes et défis multiples

Lorsqu'une personne est confrontée à une LMS, elle vit une diminution de sa participation occupationnelle puisqu'elle est limitée dans ses activités professionnelles, familiales et de loisir (Baril et al., 2008). En effet, cette personne doit faire face à de nombreuses pertes qui ont des effets sur l'intégralité des sphères de sa vie (Baril et al., 2008). Entre autres, la personne est confrontée à une diminution de ses capacités physiques (ex. force musculaire, endurance, amplitude de mouvements, etc.), à une diminution de son revenu et doit parfois faire face à l'impossibilité de reprendre son travail (Anema et al., 2011; Ferrier, Kosny et MacEachen, 2014; Foreman, Murphy et Swerissen, 2006). De plus, lorsqu'une personne est en arrêt de travail prolongé suite à une LMS, elle est à risque de s'isoler socialement et elle peut se mettre à douter de ses propres capacités (Anema et al., 2011). Lors de son retrait du travail, le travailleur est donc à risque de vivre une diminution de sa confiance en soi et de son estime de soi (Casey, 2014; Lecomte et Savard, 2006). Par ailleurs, il a été montré dans la littérature qu'une humeur dépressive, une estime de soi diminuée et un isolement social ralentissent le processus de réadaptation (Anema et al., 2011).

Les pertes et les défis vécus par la personne en arrêt de travail peuvent entraîner chez lui une détresse émotionnelle, s'exprimant parfois sous forme de dépression et d'anxiété (Lecomte et Savard, 2006; Simmonds, Sullivan et Velly, 2011). Cet état de détresse émotionnelle peut amener le travailleur à se démotiver face à son retour au travail (Lecomte et Savard, 2006). Pour appuyer ceci, Berglind et Gerner (2002) affirment que la motivation serait étroitement liée au niveau de confiance d'une personne envers ses propres capacités et, selon eux, le manque de motivation et une perception négative de ses capacités nuisent au processus de retour au travail de l'individu.

Finalement, dans une étude dirigée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du Travail (IRSST), Baril et ses collaborateurs (2008) ont étudié la représentation de la maladie de travailleurs en arrêt de travail et ont abordé le changement identitaire. Leur étude a

montré que certains individus vivent une altération de leur identité lorsque l'image qu'ils se font d'eux-mêmes ne correspond plus à l'intégration sociale qu'ils ont du rôle de « travailleur », leur rôle étant remplacé par celui de « malade » (Baril et al., 2008).

2.3. Retour au travail

2.3.1. Importance du travail

Selon Casey (2014), pour la plupart des gens, le travail est fondamental à l'organisation du quotidien, il donne un sens à la vie et il constitue un déterminant de la santé. En effet, il procure plusieurs bienfaits aux individus et favorise une meilleure qualité de vie (Baigi et al., 2010). Il permet, entre autres, le développement de soi (Casey, 2014). Il offre également au travailleur un sentiment d'inclusion sociale et d'appartenance à une communauté, de même qu'un sentiment de contribution à la société et à sa famille (Casey, 2014). Toujours selon Casey (2014), le travail permet à l'individu de structurer ses journées et ses semaines. De plus, il procure une sécurité financière au travailleur et à sa famille (Casey, 2014). Par conséquent, il est important qu'une personne en arrêt de travail retrouve rapidement son emploi afin qu'elle puisse bénéficier des effets positifs de celui-ci.

2.3.2. Engagement et retour au travail

Afin de favoriser un retour au travail plus rapide, la motivation et l'engagement sont essentiels au processus de réadaptation (Berglind et Gerner, 2002; Kortte et Lequerica, 2010). L'engagement peut se définir de façon simple comme un étant l'effort qu'investit intentionnellement une personne afin de travailler vers un objectif précis (Kortte et Lequerica, 2010). Les définitions de la motivation et de l'engagement seront abordées de façon plus approfondie dans le cadre conceptuel.

De nombreux éléments ont une influence sur le retour au travail et sur l'engagement de l'individu dans son processus de réadaptation et certains d'entre eux peuvent ralentir ce dernier et retarder le moment où l'individu reprendra ses activités professionnelles. Ces facteurs sont généralement classés de la façon suivante : les facteurs sociodémographiques, les

facteurs psychosociaux, les facteurs cliniques, les facteurs liés aux services de santé et les facteurs liés au travail lui-même (Donnell, Lequerica et Tate, 2009; Durand, 2008).

2.3.2.1. Facteurs sociodémographiques

Parmi les facteurs sociodémographiques, la littérature montre que les possibilités de retour au travail sont moindres plus l'âge de l'individu avance (Anema et al., 2011; Foreman, Murphy et Swerissen, 2006). Plus spécifiquement, les études indiquent qu'il s'agit davantage d'un obstacle lorsque l'individu est âgé de plus de 40 (Durand, 2008) ou 45 ans (Anema et al., 2011). Le statut marital, plus précisément le fait d'être célibataire ou divorcé, constitue également une barrière au retour au travail (Durand, 2008; Foreman, Murphy et Swerissen, 2006) puisqu'il traduit souvent un support social moindre contrairement aux personnes mariées (Foreman, Murphy et Swerissen, 2006). Par ailleurs, le manque de support financier ainsi que la barrière de la langue sont également des facteurs de désengagement (Donnell, Lequerica et Tate, 2009).

2.3.2.2. Facteurs psychosociaux

Les facteurs psychosociaux sont assurément des facteurs qui influencent grandement la reprise des activités professionnelles (Foreman, Murphy et Swerissen, 2006). De fait, il a été montré par de nombreux auteurs qu'un faible support social, tant par les proches du travailleur que par son environnement de travail, est un facteur psychosocial très important qui nuit au retour au travail et à l'engagement envers la thérapie (Alexanderson, Müssener et Svensson, Anema et al., 2010; Baigi et al., 2010; Donnell, Lequerica et Tate, 2009; Durand, 2008; Ferrier, Kosny et MacEachen, 2006; Foreman, Murphy et Swerissen, 2006). Néanmoins, Donnell, Lequerica et Tate (2009) précisent qu'à l'opposé d'un manque de support social, un aidant en faisant trop pour le client peut aussi nuire à l'engagement de ce dernier. Ensuite, les événements stressants (ex. deuil, séparation, maladie, etc.) peuvent également agir comme des barrières à l'engagement et au retour au travail (Alexanderson, Müssener et Svensson, 2010; Baigi et al., 2010; Durand, 2008; Foreman, Murphy et Swerissen, 2006; Lecomte et Savard, 2011; Gatchel, Mayer et McGeary, 2006; Simmonds, Sullivan et Velly, 2011). De plus, Lecomte

et Savard (2006) affirment que la perception que se font les travailleurs des obstacles auxquels ils sont confrontés influence le processus de réadaptation, au même titre que la perception qu'ils ont de leurs capacités. En effet,

[l]a 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 [ce] processus puisqu'elle guide et oriente les comportements et les actions de l'individu dans sa réadaptation (Lecomte et Savard, 2006, p.14).

Par ailleurs, la littérature montre que la peur de la douleur reliée au mouvement ou à la reprise des activités de travail normales peut également nuire au processus de réadaptation (Baril et al., 2008; Donnel, Lequerica et Tate, 2009; Durand, 2008; Gatchel, Mayer et McGeary, 2006). Finalement, les troubles de l'humeur, les troubles cognitifs, le découragement et une faible tolérance à la frustration sont également indiqués dans la littérature comme des obstacles à l'engagement envers la réadaptation (Donnell, Lequerica et Tate, 2009).

2.3.2.3. Facteurs cliniques

Parmi les barrières et les facteurs cliniques, on retrouve la sévérité de la LMS, la présence de douleur et son intensité (Anema et al., 2011; Casey, 2014; Durand, 2008; Ferrier, Kosny et MacEachen, 2007; Gatchel, Mayer et McGeary, 2006). En effet, il a été démontré que parmi les individus présentant des lésions musculo-squelettiques, ceux ayant un plus haut niveau de douleur sont plus à risque de ne pas compléter leur réadaptation (Gatchel, Mayer et McGeary, 2006). Ils sont donc plus à même de faire face à la dépression et au handicap, et d'avoir de moins bons pronostics sur le plan socioéconomique à long terme que ceux ayant un plus bas niveau de douleur (Gatchel, Mayer et McGeary, 2006). Par ailleurs, Donnel, Lequerica et Tate (2009) ont montré qu'en plus de la douleur et d'une faible tolérance à celle-ci, la comorbidité et les effets secondaires de certains médicaments sont également des facteurs pouvant nuire à l'engagement des individus.

2.3.2.4. Facteurs reliés au travail

Plusieurs facteurs reliés au travail lui-même peuvent également nuire au retour au travail. En effet, si l'emploi comporte un haut niveau d'exigences physique, s'il n'offre pas de

possibilité de confier des tâches plus légères à l'employé, s'il s'agit d'un emploi du domaine de la construction ou si le travailleur possède peu d'ancienneté au sein de l'entreprise pour laquelle il travaillait, il se peut qu'il ne puisse pas reprendre son emploi au terme de sa réadaptation (Anema et al., 2011; Durand, 2008). D'autre part, outre les caractéristiques de l'emploi lui-même, si le travailleur n'était pas satisfait de son emploi avant son accident, s'il ne se revoit pas reprendre cet emploi et s'il ne bénéficie pas d'un soutien social suffisamment élevé de la part de son milieu de travail ou de son employeur lors de sa réadaptation, ses chances de retourner au travail sont moindres (Anema et al., 2011; Berglind et Gerner, 2002; Durand, 2008; Foreman, Murphy et Swerissen, 2006). Il en est de même si ses collègues ont une attitude négative envers lui (MacKinnon, McWilliam, Shaw et Sumsion, 2004). À l'opposé, si le travailleur sent que ses collègues de travail ont besoin de lui et qu'il ne veut pas avoir l'impression de les laisser tomber, il sera plus à même de vouloir retourner rapidement à son emploi (Anema et al., 2011).

2.3.2.5. Facteurs reliés aux services de santé

Finalement, certains facteurs reliés aux services de santé et à la réadaptation peuvent faire obstacle à la poursuite de cette dernière, tel que la durée de la réadaptation (Anema et al., 2011; Durand, 2008). En effet, un délai de plus de 30 jours entre la survenue de la lésion et le début de la réadaptation réduit le pronostic de retour au travail (Durand, 2008) et il a été montré qu'une absence prolongée augmente les risques d'isolement social et une perte de confiance en soi (Anema et al., 2011). Par ailleurs, les objectifs irréalistes, le manque d'intérêt, le fait de s'ennuyer facilement ainsi que l'incapacité à voir la pertinence de la réadaptation sont également des barrières à l'engagement (Donnell, Lequerica et Tate, 2009; Kortte et Lequerica, 2010). Cependant, il est important que le travailleur perçoive positivement ses soins afin qu'il désire poursuivre sa réadaptation (Durand, 2008). De plus, une bonne communication avec le thérapeute ainsi qu'une bonne collaboration entre le travailleur, le clinicien et l'employeur sont des éléments importants pouvant en influencer positivement le déroulement (Durand, 2008; Foreman, Murphy et Swerissen, 2006).

2.4. Désengagement

2.4.1. Manifestation du désengagement

Dans les écrits ergothérapeutiques, peu de manifestations du désengagement sont documentées. Toutefois, en s'inspirant des travaux de la directrice du projet de recherche (Desrosiers, 2013) ainsi que de ce qui est mentionné dans la littérature par rapport aux facteurs de désengagement, il est possible d'identifier certaines manifestations du désengagement. Notamment, de nombreux indices de désengagement sont observables par la communication non-verbale et les comportements des clients. Entre autres, la passivité, le manque d'énergie, le non-respect de l'horaire, le non-respect des recommandations thérapeutiques et le fait de verbaliser de l'insatisfaction constituent des manifestations observables du désengagement.

Selon Berglind et Gerner (2002), il est possible qu'un individu soit motivé à retourner à son travail, mais qu'il ne le soit pas à suivre un programme de réadaptation, faisant en sorte qu'il ne s'implique pas suffisamment dans sa thérapie. À l'opposé, une personne peut être motivée à poursuivre sa réadaptation, mais pas à retourner travailler (Berglind et Gerner, 2002). Toujours selon ces auteurs, il peut également arriver qu'un client assiste à ses séances uniquement parce qu'il y est obligé (lorsqu'un tiers payeur est impliqué comme la CSST par exemple) ou simplement parce que cela lui donne une occasion de socialiser et de briser l'isolement de l'arrêt de travail. De ce fait, il utilise la thérapie comme un moment pour socialiser, mais ne considère pas le retour au travail comme une de ses priorités (Berglind et Gerner, 2002). Par ailleurs, il arrive que certains individus, insatisfaits de leur emploi pour quelque raison que ce soit parmi les facteurs reliés au travail exposés précédemment, ne désirent pas y retourner et se mobilisent moins dans leur processus de réadaptation (Berglind et Gerner, 2002). La présence en elle-même aux séances ne serait donc pas, à elle seule, un indicateur de l'engagement. Il est donc important que les thérapeutes soient sensibles au désengagement de leur client s'ils veulent favoriser au maximum les gains fonctionnels de leur thérapie.

2.4.2. Conséquences du désengagement

Les conséquences du désengagement et d'une faible participation aux activités thérapeutiques sont d'abord et avant tout un ralentissement du processus de réadaptation, mais de façon plus importante, une diminution des résultats et des améliorations du fonctionnement de l'individu (Lenze et al., cité dans Donnell, Lequerica et Tate, 2009). En ralentissant le processus de réadaptation, l'individu retarde son retour au travail et diminue ses chances de reprendre ses activités professionnelles (Anema et al., 2011; Durand, 2008; Durand, Durand et Loisel, 1998). Un désengagement important peut, dans les cas plus sérieux, amener l'individu à abandonner sa thérapie s'il ne croit pas le retour au travail possible ou s'il ne voit pas la pertinence de poursuivre les activités thérapeutiques utilisées par exemple.

2.5. Bienfaits de l'engagement

La recherche a montré qu'un meilleur engagement dans la réadaptation réduit les niveaux de dépression, le déni de ses incapacités et l'humeur négative (Kortte et Lequerica, 2010). Un bon niveau d'engagement favorise les améliorations du fonctionnement de l'individu (Kortte et Lequerica, 2010). Une étude d'Axelrod et al. (2006) a d'ailleurs montré que les individus étant davantage engagés vivaient des améliorations plus importantes au niveau du fonctionnement cognitif et moteur. De plus, si la personne est engagée dans son processus, elle sera plus à même de compléter rapidement sa réadaptation et ainsi, de retourner plus rapidement au travail. Tel qu'il a été exposé précédemment, le fait de reprendre plus rapidement ses activités professionnelles permet à l'individu de bénéficier des effets positifs du travail et d'avoir une meilleure qualité de vie.

Il est donc important que les thérapeutes soient à l'affût des signes de démotivation et de désengagement de leur client. En effet, ceci leur permet de mettre en place les stratégies nécessaires afin que leurs clients s'impliquent pleinement dans leur réadaptation dans le but de reprendre rapidement leur travail (Casey, 2014; Durand, 2008). Durand (2008) soutient que les thérapeutes doivent savoir « bien cerner les facteurs et obstacles au retour au travail » et qu'ils

« [...] doivent reconnaître les facteurs psychosociaux et liés au travail et agir efficacement sur ces éléments [...]. » (Durand, 2008, p. 74).

2.6. Pertinence de l'étude

Considérant que les LMS et les TMS confondus regroupent près de la moitié des dossiers en réadaptation sociale et professionnelle; que les LMS ont des conséquences importantes sur le fonctionnement des individus et sur leur famille; qu'une absence prolongée au travail a des répercussions sur la santé et le bien-être des individus; que le désengagement nuit au retour au travail et compte tenu du fait qu'il y ait peu de recherches documentant le désengagement des individus suivis en réadaptation au travail dans les cas de santé physique uniquement, il est important que les ergothérapeutes comprennent mieux cette problématique et puissent intervenir efficacement sur celle-ci. La présente étude permettra donc d'approfondir la compréhension du désengagement et de l'abandon de traitement chez les travailleurs suivis en réadaptation professionnelle pour une LMS et pourrait permettre d'outiller davantage les ergothérapeutes afin de mieux répondre à cette problématique.

2.7. Questions de recherche et objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre le désengagement de clients adultes suivis en réadaptation au travail pour une LMS. Plus précisément, elle vise à décrire le désengagement de ces clients selon la perspective des ergothérapeutes qui les suivent et à décrire quelles sont les stratégies que ces-derniers mettent en place lorsqu'ils décèlent des signes de désengagement chez leurs clients. Afin d'atteindre cet objectif, trois questions émergent :

- 1) Les ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail auprès d'adultes ayant subi des LMS (au dos, au cou ou aux membres supérieurs) décèlent-ils les signes de désengagement chez leurs clients?
- 2) Quelles sont, selon les ergothérapeutes, les raisons du désengagement ou de l'abandon de la thérapie de leurs clients?

- 3) Quelles sont les stratégies de réengagement mises en place par les ergothérapeutes lorsqu'ils décèlent chez leurs clients des signes de désengagement envers la thérapie ou des signes précurseurs d'abandon de la thérapie?

3. CADRE CONCEPTUEL

L'étude a été réalisée selon un cadre théorique s'appuyant sur le modèle de l'engagement thérapeutique de Kortte et Lequerica (2010). Ce modèle traite de l'engagement de l'individu dans son processus de réadaptation et intègre les notions de participation, de sentiment d'efficacité personnelle, d'attentes envers les résultats et de motivation. Le développement d'un modèle intégrant ces notions avait pour but de fournir au monde de la recherche sur l'engagement en réadaptation un modèle théorique pouvant servir de cadre conceptuel (Kortte et Lequerica, 2010). Cette section décrit donc la théorie s'y rattachant, la met en lien avec l'étude et fournit d'abord une définition du concept de l'engagement et de la motivation.

3.1. Définition de l'engagement

Dans la littérature, l'engagement se définit comme étant le fait de prendre part dans une activité pour laquelle il y a une certaine implication émotionnelle et une mobilisation d'efforts délibérés (Kortte et Lequerica, 2010). L'engagement, dans un contexte scolaire, peut être décrit comme « un concept multidimensionnel comprenant une dimension cognitive (s'efforcer d'atteindre), émotive (apprécier les activités scolaires) et comportementale (participer) » (Ainley, Frydenberg et Russel, cités dans Kortte et Lequerica, 2010, p. 416). Il serait possible d'adapter cette définition pour la réadaptation de la façon suivante : la dimension cognitive (s'efforcer d'atteindre les objectifs thérapeutiques), la dimension émotive (apprécier les activités thérapeutiques) et la dimension comportementale (participer activement aux activités thérapeutiques). Kortte et Lequerica (2010) définissent l'engagement envers la thérapie comme étant un « effort délibéré à travailler vers les objectifs de la réadaptation, généralement démontrés par les efforts et la participation active, ainsi que la coopération avec les prestataires de soins » (traduction libre, p.416). Les notions d'implication et de participation dans les activités thérapeutiques, de même que la notion de « comment » participe l'individu sont également importantes afin d'évaluer le niveau d'engagement de cet individu dans le processus thérapeutique (Donnell, Lequerica et Tate, 2009).

3.2. Définition de la motivation

L'une des composantes les plus importantes de l'engagement est la motivation. En effet, il a été démontré plusieurs fois dans la littérature que celle-ci est essentielle à l'engagement (Berglind et Gerner, 2002; Gard et Larsson, 2003; Kortte et Lequerica, 2010). Steers et Porter (cités dans Gard et Larsson, 2003) décrivent la motivation comme étant « tout ce qui pousse et soutient le comportement humain » (p. 160).

Selon le modèle de Kortte et Lequerica (2010), la motivation est un précurseur important à l'engagement, mais ces deux concepts ne doivent pas être confondus. En effet, ils décrivent la motivation comme étant le fait de diriger son énergie dans une direction, vers une intention comportementale, alors que l'engagement serait le fait de mettre cette énergie dans l'action (Kortte et Lequerica, 2010). L'engagement est donc le fait de mettre un effort et de s'impliquer dans une action ou un processus et est influencé par les facteurs individuels de la personne et par son environnement, tel qu'illustré à la Figure 1.

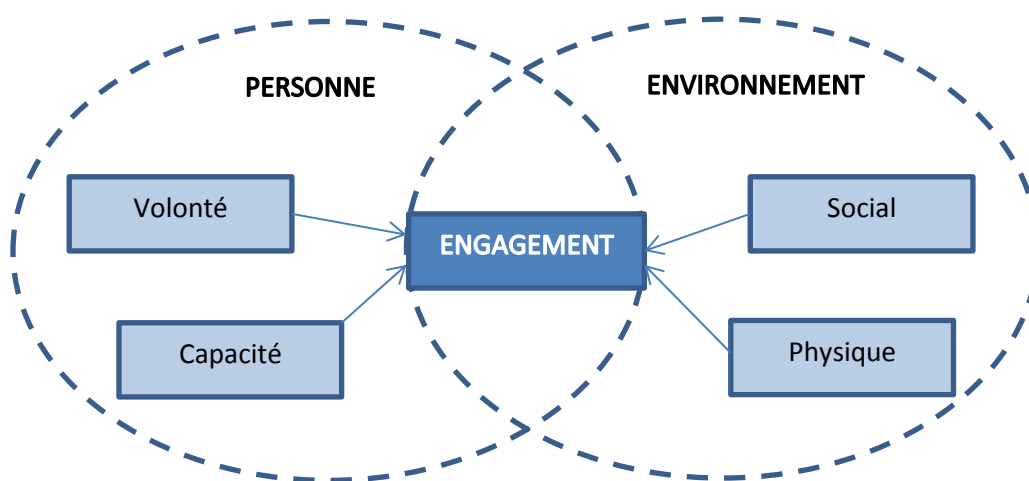


Figure 1. Facteurs contribuant à l'engagement (traduit de Kortte et Lequerica, 2010)

3.3. Modèle de l'engagement thérapeutique de Kortte et Lequerica (2010)

Dans leur modèle, Kortte et Lequerica (2010) décrivent le processus d'engagement en trois phases. On retrouve d'abord la phase pré-intentionnelle, puis la phase préparatoire et finalement, la phase active. Ces trois phases sont décrites dans les sections suivantes.

3.3.1. Phase pré-intentionnelle

Le modèle de l'engagement thérapeutique proposé par Kortte et Lequerica (2010) est présenté à la Figure 2 (voir page suivante). Le modèle conceptualise le processus d'engagement dès ses débuts en intégrant les éléments qui amènent la personne à vouloir s'engager dans son processus de réadaptation. Autrement dit, le modèle comprend ce que les auteurs appellent une phase de motivation ou une phase pré-intentionnelle influencée par les attitudes ou les croyances de la personne qui amènent ou non l'intention comportementale de s'engager dans la thérapie. Dans cette phase, on retrouve les influences de différents facteurs.

Premièrement, on retrouve les facteurs influençant la perception de la personne de la nécessité d'entreprendre la réadaptation. Ces facteurs sont le niveau de conscience de l'individu de ses difficultés ainsi que sa perception des bénéfices potentiels de la réadaptation. Pour qu'un individu s'engage dans la réadaptation, il doit d'abord avoir conscience de ses difficultés et avoir conscience de la pertinence de la thérapie. S'il ne voit pas de gains potentiels à suivre la thérapie, il ne s'y engagera pas. Deuxièmement, le sentiment d'efficacité personnelle correspond à la façon qu'un individu juge ses habiletés à accomplir une action. De façon plus grossière, cela correspond au concept de confiance en soi, mais dans une tâche spécifique. Le modèle schématise donc le sentiment d'efficacité personnel comme étant les croyances que la personne a envers ses capacités à rencontrer les exigences de la thérapie. Troisièmement, les attentes envers les résultats de la thérapie est un élément qui contribue à la motivation et à l'engagement envers la réadaptation. Le modèle que les auteurs proposent ajoute cependant à cela que la valeur perçue des résultats de la thérapie sur son bien-être, tel qu'évalué par l'individu lui-même est également importante pour son engagement. En effet, même s'il est attendu par le thérapeute que la thérapie favorise l'atteinte d'un objectif en particulier (ex. autonomie), il peut arriver que cela ne motive pas le client ce dernier ne valorise pas cet objectif.

3.3.2. Phase préparatoire

Une fois que la personne a l'intention de s'engager dans la thérapie, elle entre dans la phase préparatoire, qui consiste à identifier les objectifs de la thérapie et à établir un plan

d'intervention. On peut observer une interaction directe à ce stade entre l'environnement social et l'individu (marqué par une étoile dans la Figure 2) lors de la collaboration avec le thérapeute pour l'identification des objectifs et l'élaboration du plan d'intervention. Il est à noter que l'environnement et ses exigences entrent également en relation avec l'individu à tous les niveaux de la phase préparatoire.

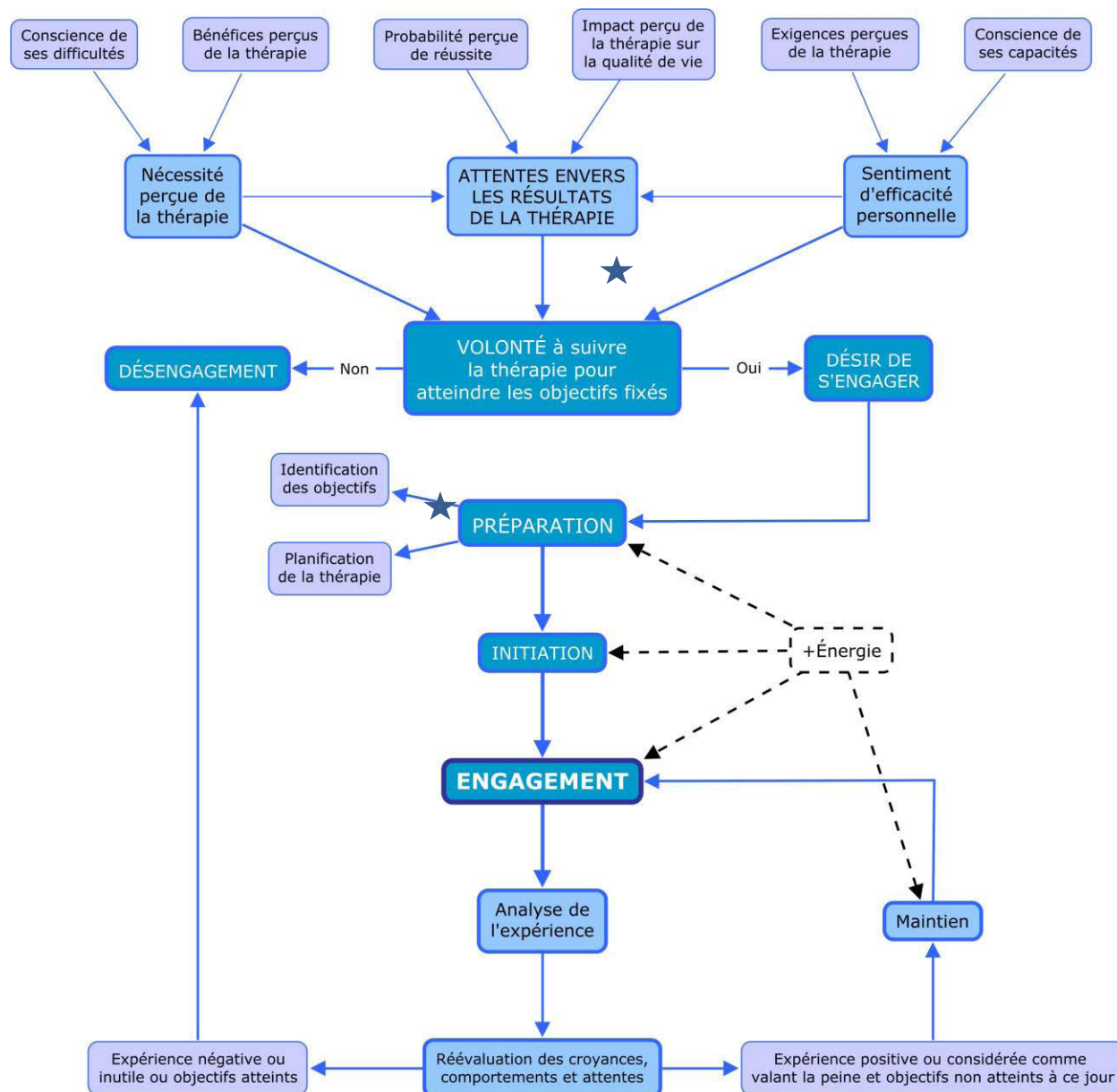


Figure 2. Modèle de l'engagement thérapeutique (traduit et adapté de Kortte et Lequerica, 2010)

3.3.3. Phase active

La phase active du modèle décrit un processus cyclique dans lequel le client évalue les coûts et les bénéfices de son implication dans la réadaptation (Kortte et Lequerica, 2010). Si l'expérience de l'individu satisfait ses attentes et qu'il vit son expérience thérapeutique comme étant positive, il décidera de maintenir son engagement dans le processus. À l'inverse, si les attentes de l'individu ne sont pas satisfaites et s'il vit l'expérience comme étant négative ou qu'il la juge inutile, il peut décider de se désengager. L'évaluation de l'atteinte des objectifs fait également partie de ce processus analytique, c'est-à-dire que si la personne n'a pas atteint tous ses objectifs, elle désirera maintenir son engagement jusqu'à ce que ceux-ci soient atteints.

4. MÉTHODE

Cette section présente le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, les outils de collecte de données, la méthode de collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques.

4.1. Devis de recherche

L'étude a été réalisée selon un devis mixte séquentiel explicatif, c'est-à-dire qu'elle se divisait en deux volets, soit un volet quantitatif, suivi d'un volet qualitatif. Ce type de devis a pour but de « décrire et [d']expliquer des relations dans un phénomène complexe » (Fortin et Gagnon, 2010, p.375). Dans le cadre de ce projet de recherche, le volet quantitatif servait donc, dans un premier temps, à dresser un portrait du phénomène à l'étude. Par la suite, la collecte et l'analyse de données qualitatives visait à approfondir les résultats obtenus lors du premier volet.

4.2. Participants

La population à l'étude était les ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail auprès d'adultes ayant subi une LMS, liée ou non à un accident de travail. Ces derniers devaient avoir un minimum de deux années d'expérience auprès de cette clientèle et devaient parler et comprendre le français oral et écrit. Ils devaient également suivre ou avoir suivi, au cours de l'année précédente, un client ayant subi une LMS au dos ou aux membres supérieurs pour lequel l'engagement dans la réadaptation leur a paru problématique. Les personnes suivies pour des raisons de santé mentale n'ont pas été incluses dans l'étude puisque la problématique auprès de cette clientèle est davantage documentée. Les clients ciblés ne devaient donc pas avoir de problématique de santé mentale au début de leur traitement étant donné que l'étude visait à vérifier si les ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail pour des problématiques de santé physique décèlent les signes de désengagement chez leurs clients. Le délai d'un an pour la sélection des clients servait à s'assurer que les ergothérapeutes se souvenaient bien des détails concernant le suivi du client qu'ils identifiaient dans le questionnaire.

4.3. Échantillonnage

La sélection des participants s'est faite selon un échantillonnage de type non-probabiliste par choix raisonné ainsi que par réseau. Pour ce faire, près d'une vingtaine d'ergothérapeutes travaillant dans 10 cliniques de réadaptation de la Mauricie, du Centre-du-Québec et de l'Estrie offrant des services de réadaptation au travail ont été contactés par téléphone et par courriel afin de solliciter leur participation à l'étude. Trois professeurs cliniciens de l'étudiante-chercheuse ont également été contactés par courriel afin de solliciter leur participation à répondre au questionnaire et leur demander de le transmettre à d'autres ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail. Au moment de les contacter, un formulaire d'information et de consentement était envoyé aux candidats par courriel (voir annexe A). Si les candidats souhaitaient participer, ils devaient retourner le formulaire rempli à l'étudiante-chercheuse afin qu'elle leur fasse parvenir le questionnaire. Ceci assurait d'obtenir le consentement éclairé des participants. Un nombre de 10 ergothérapeutes était visé afin d'obtenir de 10 à 30 cas dans les questionnaires, puisqu'un même participant pouvait remplir plusieurs fois le questionnaire.

Parmi ces personnes, trois ont été rencontrées lors d'entrevues semi-structurées dans le cadre du second volet de l'étude. Celles-ci ont été sélectionnées parmi les participants qui avaient indiqué dans le questionnaire leur accord pour être recontactés. La sélection des participants du second volet a été faite selon un mode d'échantillonnage à variation maximale afin d'avoir la plus grande diversité d'information possible pour l'analyse qualitative des données de la deuxième partie de l'étude.

4.4. Collecte de données

4.4.1. Premier volet

La collecte de données pour le premier de volet a été réalisée grâce à un questionnaire maison (voir annexe B). Celui-ci a été élaboré à partir des connaissances disponibles dans la littérature sur le désengagement envers la réadaptation et les difficultés rencontrées par les clients et les professionnels en réadaptation au travail (Baigi et al., 2010; Bränholm et al., 2001; Casey, 2014; Donnell, Lequerica et Tate, 2009; Durand, 2008; Foreman, Murphy et Swerissen,

2006; Gard et Larsson, 2013; Gatchel, Mayer et McGeary, 2006; Kortte et Lequerica, 2010). Il n'a toutefois pas été validé.

Il s'agit d'un questionnaire de 28 items, composé de questions fermées, de questions à choix de réponses et de questions à court développement. D'abord, les deux premières sections du questionnaire permettaient de dresser le portrait de l'ergothérapeute participant et du client pour lequel l'engagement avait représenté un obstacle pour la réadaptation. Ensuite, la troisième section portait sur les manifestations du désengagement de ce client, répondant ainsi au premier objectif de l'étude, soit de décrire les signes de désengagement chez les clients suivis en réadaptation au travail pour une LMS tels qu'observés par les ergothérapeutes les ayant suivis en réadaptation. Puis, la quatrième section du questionnaire documentait les facteurs ayant pu influencer le désengagement dans le but d'atteindre le second objectif, soit de décrire les raisons du désengagement ou de l'abandon de traitement de ces clients. Finalement, la cinquième section du questionnaire permettait de décrire les stratégies utilisées par les ergothérapeutes les ayant suivis en réadaptation pour favoriser leur engagement, répondant ainsi au troisième objectif de l'étude. Les participants étaient libres de répondre au questionnaire plusieurs fois s'ils pensaient à plusieurs clients pour lesquels l'engagement avait été problématique. Le temps nécessaire pour répondre au questionnaire une fois était d'environ 15 minutes.

4.4.2. Second volet

Le second volet visait approfondir les données obtenues dans le premier volet. Pour ce faire, trois participants ont été rencontrés dans le cadre d'entrevues semi-structurées. Un canevas d'entrevue (voir Annexe C) a été élaboré par la chercheuse en suivant la structure du questionnaire du premier volet. Ces entrevues ont eu une durée moyenne de 40 minutes. Les données ont été enregistrées sur bande audionumérique et ont été retranscrites intégralement dans le logiciel de traitement de texte Microsoft® Word.

4.5. Analyse des données

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft® Excel sur les données de la première et de la deuxième section du questionnaire. Ensuite, des analyses statistiques ont été effectuées, toujours à partir de Microsoft® Excel, sur les questions de la troisième et de la quatrième section, c'est-à-dire sur les manifestations et les raisons du désengagement du client, ainsi que sur la cinquième section, soit les stratégies employées par les ergothérapeutes. Pour la seconde phase de l'étude, une analyse de contenu des verbatim des entrevues a été réalisée selon la méthode d'analyse des matrices de Huberman et Miles (2003).

4.6. Considérations éthiques

Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (voir certificat en Annexe D).

Tous les candidats ayant accepté de participer à l'étude étaient libres de le faire et ont d'abord lu une lettre d'information sur l'étude et ont rempli le formulaire de consentement qui y était joint. Les participants ne pouvaient remplir le questionnaire que s'ils avaient lu la lettre et indiqué leur consentement. En répondant au questionnaire, les participants devaient identifier s'ils acceptaient d'être recontactés pour la seconde phase de l'étude. Lors des entrevues semi-structurées, les participants devaient à nouveau signer un formulaire de consentement, indiquant qu'ils acceptaient librement de participer à cette partie de l'étude. Ceux-ci ont été informés qu'ils avaient le droit de retirer leur consentement en tout temps et ce, sans avoir à se justifier.

Les données recueillies par cette étude étaient entièrement confidentielles et ne pouvaient en aucun cas mener à l'identification des participants ou de leurs clients. Leur anonymat a été assuré par l'utilisation de pseudonymes.

5. RÉSULTATS

5.2. Première phase

5.2.1. Description des participants

En tout, six ergothérapeutes ont accepté de répondre au questionnaire du premier volet de l'étude et sept cas ont été recueillis. Ces ergothérapeutes travaillaient en réadaptation au travail dans les régions de la Mauricie, du Centre-du-Québec et de l'Estrie. Parmi les participants, deux étaient des hommes et quatre étaient des femmes. La moitié des participants se situait entre 20 et 29 ans et l'autre moitié se situait entre 30 et 39 ans. La moyenne d'années d'expérience des ergothérapeutes auprès de la clientèle avec LMS était de six ans et trois mois. Les données descriptives des participants de l'étude sont présentées dans le Tableau 1 et la Figure 3 présente la distribution du nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes participants.

5.2.2. Description des clients

Tel que présenté dans le Tableau 2, les clients identifiés par les ergothérapeutes dans les questionnaires étaient tous des hommes. En effet, il s'agissait de sept hommes de 23 à 43 ans, avec un âge moyen de 34 ans. Quatre des participants avaient une lésion au dos ou au cou et les trois autres avaient une lésion au(x) membre(s) supérieur(s). L'un des sept participants avait également une lésion supplémentaire aux membres inférieurs. La cause de la lésion était liée au travail dans cinq des cas et à un accident de la route pour les deux cas restants. Quatre des cas étaient indemnisés par la CSST, deux l'étaient par la SAAQ et un seul des cas n'impliquait aucun tiers payeur.

5.2.3. Données sur la réadaptation

Des sept cas, un seul était toujours en cours de traitement au moment de la collecte de données. Parmi les autres, trois clients avaient complété leur réadaptation et les trois autres avaient soit abandonné (1), ou le dossier avait été fermé par l'équipe en accord avec le tiers payeur (2). Parmi les réadaptations terminées, trois ont eu une durée entre un et trois mois et les trois autres ont eu une durée entre trois et six mois. Un seul des clients a repris le travail,

mais les conditions de son retour ne sont pas connues. Les autres, quant à eux, n'y sont pas retournés (3) ou les répondants n'avaient pas d'information à ce sujet (2). Pour ce qui est du client en cours de traitement, l'ergothérapeute envisageait qu'un retour au travail serait possible, mais dans un domaine d'emploi différent.

Tableau 1. *Description des participants (N = 6)*

Caractéristique	Détail	Nombre	Pourcentage
Sexe	Femme	4	67%
	Homme	2	33%
Âge	20-29 ans	3	50%
	30-39 ans	3	50%
	40-49 ans	0	0%
	50-59 ans	0	0%
Moyenne d'années d'expérience	Globale	6,25 ans	---
	Avec les LMS	6,25 ans	---
Milieu de pratique	Clinique privée	5	83%
	Milieu hospitalier	1	17%
	Centre de réadaptation	0	0%

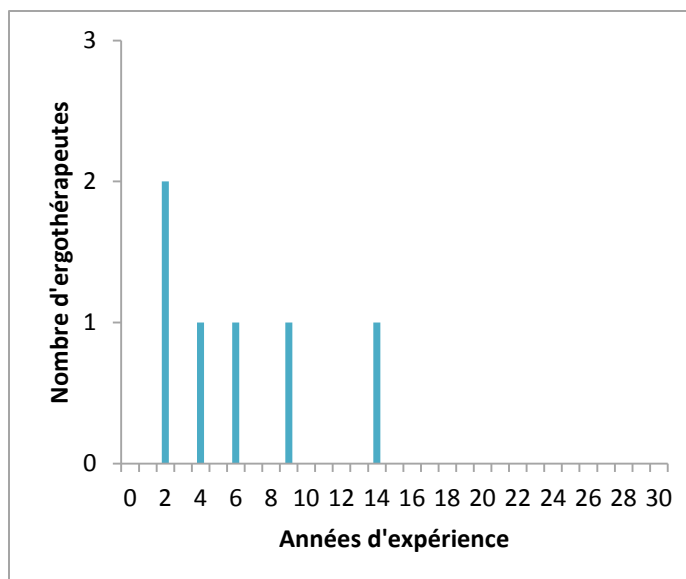


Figure 3. Distribution du nombre d'années d'expérience des ergothérapeutes participants

Tableau 2. Description des clients identifiés par les ergothérapeutes (N = 7)

Caractéristique	Détail	Nombre	Pourcentage
Sexe	Homme	7	100%
	Femme	0	0%
Âge	Minimum	23	---
	Maximum	43	---
	Moyenne	34	---
Site de la lésion	Dos/cou	4	57%
	Membre(s) supérieur(s)	3	43%
	Lésion supplémentaire (membre inférieurs)	1	14%
Cause de la lésion	Accident de travail	5	71%
	Accident de la route	2	29%
	Accident sportif	0	0%
	Tentative de suicide	0	0%
Tiers payeur	CSST	4	57%
	SAAQ	2	29%
	RAMQ	0	0%
	Aucun	1	14%

5.2.4. Manifestations du désengagement

Dans tous les cas rapportés dans les questionnaires, les participants ont personnellement observé le désengagement du client. Les manifestations de désengagement les plus rapportées sont le non-respect des recommandations thérapeutiques en dehors des séances (5), les absences motivées (5) et le fait de ne pas faire les exercices prescrits pendant les séances (4). Le Tableau 3 présente l'intégralité des manifestations du désengagement identifiées dans le questionnaire. Toutes les manifestations énoncées dans le questionnaire ont été observées chez au moins un des clients.

Tableau 3. *Manifestations du désengagement observées chez les clients*

Manifestations	Fréquence	Pourcentage
Non-respect des consignes et des recommandations thérapeutiques en dehors des séances	5	71%
Absences motivées	5	71%
Ne fait pas les exercices pendant les séances	4	57%
Désire écourter les séances ou la durée de la réadaptation	3	43%
Absences non-motivées	3	43%
Arrêt prématuré thérapie	3	43%
Se dit non-motivé	2	29%
Manque d'énergie pour participer	2	29%
Non-respect des précautions pour éviter d'aggraver ses blessures	1	14%
Quitte le travail (lors d'une réaffectation)	1	14%
Refuse aide psychologique proposée	1	14%
Préfère les exercices passifs	1	14%

5.2.5. Raisons du désengagement

Les vulnérabilités au désengagement des clients envers leur réadaptation ont été classées selon trois catégories. D'abord, les facteurs individuels sont présentés dans le Tableau 4, suivis des facteurs liés au travail présentés dans le tableau 5 et finalement, les facteurs liés au processus de réadaptation sont présentés dans le Tableau 6. Les facteurs ayant été le plus souvent identifiés par les participants parmi les facteurs individuels sont la passivité, dans 86% des cas, la douleur et la faible tolérance à la douleur dans 71% des cas ainsi que la négativité et la difficulté à respecter un horaire dans 43% des cas. Les facteurs liés au travail ont été moins associés au désengagement que les autres catégories. Néanmoins, le facteur ayant été le plus souvent rapporté dans cette catégorie est l'impossibilité pour le travailleur de retourner à son ancien poste, et ce, dans deux des cas. Parmi les facteurs liés au processus de réadaptation, le manque d'intérêt des clients envers les modalités thérapeutiques a été relié au désengagement dans 71% des cas. Les ergothérapeutes indiquent également que la faible compréhension du lien entre les modalités thérapeutiques et les objectifs de réadaptation a pu être un facteur de désengagement dans 43% des cas recensés.

Tableau 4. *Facteurs individuels ayant pu influencer le désengagement*

Facteur	Fréquence	Pourcentage
Douleurs/peur d'avoir mal	5	71%
Ne croit pas en son potentiel de réadaptation	4	57%
Attentes irréalistes	1	14%
Dépression subséquente à la LMS	1	14%
Séparation	1	14%
Deuil	0	0%
Dépression antérieure à la LMS	0	0%
Présence d'un autre problème de santé	0	0%
Attitude/personnalité		
• Passivité	6	86%
• Faible tolérance à la douleur	5	71%
• Négativité	3	43%
• Manque de confiance en soi/mauvaise estimation de ses capacités	2	29%
• Agressivité	1	14%
• Dénier de ses difficultés	1	14%
• Dépendance	1	14%
• Catastrophisme	1	14%
• Attitude narcissique	1	14%
• Verbalise beaucoup d'insatisfaction par rapport aux services	0	0%
Comportements		
• Difficulté à respecter un horaire	3	43%
• Mensonge	2	29%
• Consommation de drogue/d'alcool	0	0%
Élément logistique limitant la possibilité de participer à la thérapie		
• Habite loin	2	29%
• N'a pas de transport	1	14%
• Problème d'accessibilité (ne peut sortir de chez lui, monter dans une voiture, etc.)	0	0%

Tableau 5. *Facteurs reliés au travail ayant pu influencer le désengagement*

Facteur	Fréquence	Pourcentage
Retour impossible à l'ancien poste	2	29%
Insatisfaction face à l'ancien poste	1	14%
Manque de support social du milieu	1	14%
Désir changer d'emploi	1	14%
Employeur conteste la lésion	1	14%
Absence ou diminution des possibilités d'avancement	0	0%

Tableau 6. *Facteurs reliés au processus de réadaptation ayant pu influencer le désengagement*

Facteur	Fréquence	Pourcentage
Peu d'intérêt envers les modalités d'interventions	5	71%
Faible compréhension du lien entre les modalités d'intervention choisies et les objectifs de réadaptation	3	43%
Mauvaise communication avec les professionnels	2	29%
Barrière de la langue	1	14%
Faible compréhension des enseignements	1	14%
Peu d'affinités avec un ou plusieurs membres de l'équipe de soins	0	0%
Manque d'information par rapport aux interventions possibles	0	0%
L'équipe de soins implique peu le client dans le processus thérapeutique	0	0%
Insatisfaction par rapport aux services	0	0%

5.2.6. Stratégies d'engagement

La Figure 4 présente les stratégies d'engagement ayant été utilisées par les ergothérapeutes, de même que celles qu'ils jugent qu'ils auraient aussi pu utiliser. La figure montre que les stratégies qui semblent être le plus privilégiées par les ergothérapeutes sont : *Aider à la formulation des objectifs*, *Considérer l'engagement comme un objectif en soi* et *Faire preuve de disponibilité pour la communication avec le client*. Les stratégies les moins utilisées étaient toutes en lien avec la collaboration avec le milieu de travail, soit : *Collaborer avec l'employeur pour l'identification des objectifs*, *Collaborer avec l'employeur pour l'élaboration du PI* et *Travailler dans le milieu de travail naturel*. Les stratégies *Considérer l'engagement comme un objectif en soi* et *Aborder les risques de désengagement dès le début de la thérapie* n'ont pas beaucoup été utilisées, mais certains ergothérapeutes ont estimé qu'elles auraient pu être efficaces.

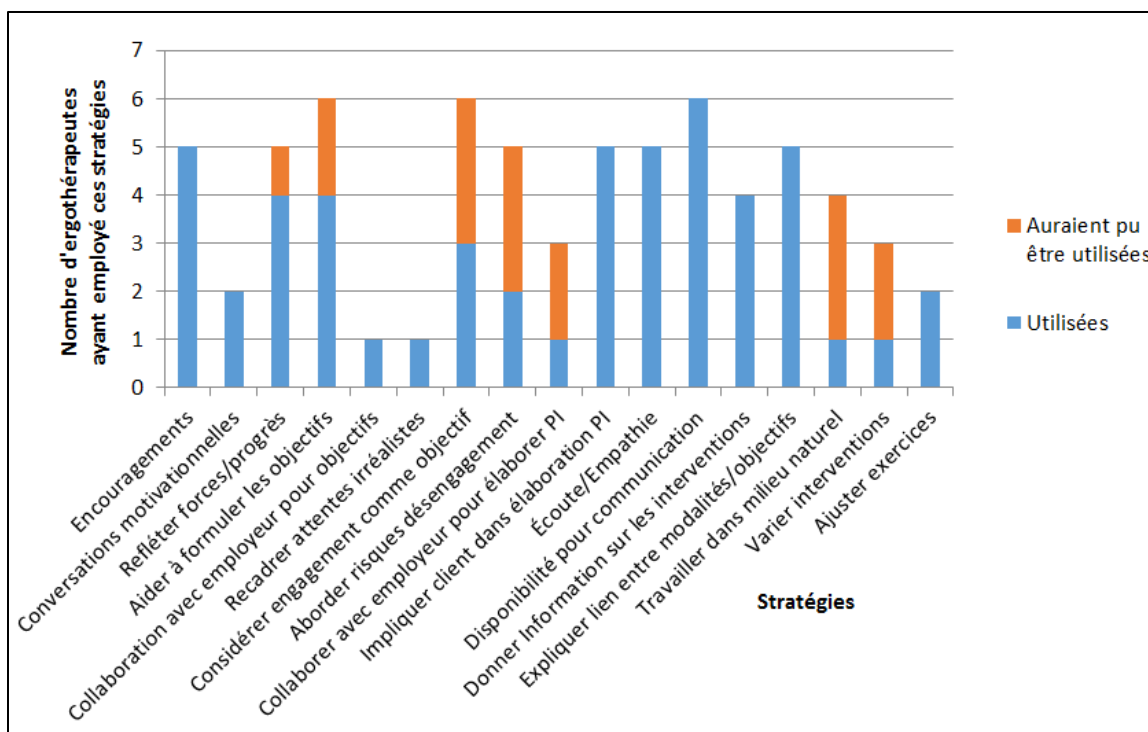


Figure 4. Stratégies d'engagement utilisées et stratégies qui auraient pu être utilisées par les ergothérapeutes

5.3. Deuxième phase

Pour le volet qualitatif de l'étude, trois ergothérapeutes dont un homme et deux femmes ont été rencontrés. Parmi les trois cas rapportés par les ergothérapeutes rencontrés, l'un des clients n'avait pas complété sa réadaptation, le second l'avait complétée, mais n'était pas retourné au travail et le dernier était en cours de traitement. La présente section décrit donc les principaux résultats émergeant de ces entrevues.

5.3.1. Perception du désengagement

5.3.1.1. Qualité de présence

Interrogés sur les manifestations du désengagement de leurs clients, les ergothérapeutes ont tous fait état de la qualité de présence de leurs clients. En effet, la principale manifestation de désengagement mise en lumière était l'absentéisme et les retards. Par exemple :

« On avait moitié-moitié d'absences et de présences sur le nombre de séances. [...] Parfois il arrivait 15 à 30 minutes en retard le matin. Il est déjà arrivé deux heures en retard après avoir avisé par téléphone que le taxi s'en venait » - Ergothérapeute 2.

Bien que l'absentéisme soit un comportement facile à identifier, un indice de désengagement plus subtil a également été mis en lumière. Il s'agit du présentéisme, qui a été identifié par tous les ergothérapeutes. En effet, il arrive que les clients soient présents, mais qu'il soit difficile de savoir s'ils désirent réellement reprendre leur emploi. De tels clients s'impliquent souvent dans leurs traitements, sans que des progrès notables soient observés, comme l'illustre l'extrait suivant :

« Il peut arriver que le client soit présent, mais on ne sait pas à quel point il désire retourner au travail. [...] il va s'impliquer dans ses traitements, mais on ne verra pas de progrès » - Ergothérapeute 1.

5.3.1.2. Capacité à déceler les signes de désengagement

De par leurs propos, les ergothérapeutes démontrent qu'ils sont sensibles aux signes de désengagement de leurs clients. En effet, les trois ergothérapeutes rencontrés ont tous personnellement observé le désengagement de leur client. Les analyses montrent également que les ergothérapeutes considèrent que ce serait leur expérience qui favoriserait davantage leur capacité à déceler le désengagement plutôt que le type de clientèle qu'ils suivent. Autrement dit, l'expérience aurait plus d'impact sur la sensibilité des ergothérapeutes au désengagement que le fait de travailler majoritairement avec une clientèle présentant des troubles de santé mentale. En effet, un ergothérapeute indique qu'en début de carrière, il se concentrait davantage sur les aspects physiques du suivi avec le client :

« Dans mes débuts, c'était [le désengagement] quelque chose que j'avais vu à l'université, mais j'étais beaucoup plus concentré à apprendre à traiter la santé physique. Déjà, je trouve que comparativement à moi, les finissants, avec la maîtrise, sont déjà beaucoup plus aptes et mieux préparés à observer ces aspects-là [aspects psychosociaux] que moi j'aurais pu l'être initialement » - Ergothérapeute 2.

Dans le même sens, un autre ergothérapeute répond :

« Je crois que les nouveaux ergothérapeutes travaillant en santé physique auront plus tendance à s'orienter sur la portion physique, mais plus on gagne en expérience, plus on est portés à aller chercher le psychosocial. Je crois donc

qu'initialement, les ergothérapeutes travaillant en santé mentale seront plus portés à aller chercher la portion psychosociale dans leur questionnaire initial, ce que nous faisons peut-être moins en santé physique. En gagnant de l'expérience, nous allons chercher ces informations plus rapidement » - Ergothérapeute 3.

D'un autre côté, l'analyse des entrevues soulève qu'il puisse peut-être y avoir une différence entre la sensibilité des ergothérapeutes aux signes désengagement et celle d'autres professionnels. En effet, l'un des ergothérapeutes s'exprime :

« Je crois que, de façon générale, s'il y a un ergothérapeute dans le dossier, l'équipe sera plus apte à observer ces signes. S'il n'y a qu'un physiothérapeute [...] comme dans le cas d'une clinique de physiothérapie uniquement par exemple, les aspects psychosociaux sont souvent mis de côté et les modalités sont plus passives. Donc, sans dire qu'ils ne le remarquent pas, ils ne mettront pas nécessairement leurs efforts directement sur le désengagement » - Ergothérapeute 2.

5.3.1.3. Aborder le désengagement

Les résultats montrent que bien que les ergothérapeutes reconnaissent la nécessité d'aborder le désengagement avec leurs clients, ils craignent de mettre en péril la relation thérapeutique en le faisant puisqu'ils ont l'impression que cela pourrait être confrontant pour leur client. L'un des ergothérapeutes témoigne :

« C'est sûr qu'on se sent un peu mal à l'aise [d'aborder le désengagement]... On ne veut pas fâcher le client » - Ergothérapeute 1.

Un autre raconte :

« Je l'avais donc abordé [le désengagement], mais très brièvement parce que ça lui apportait beaucoup de frustration. Nous ne sommes donc pas revenus souvent là-dessus parce que nous tournions en rond et nous aurions brisé le lien de confiance. Ce que mon collègue a fait davantage et il a brisé le lien » - Ergothérapeute 3.

5.3.2. Facteurs de risque de désengagement

5.3.2.1. Divergence des objectifs thérapeutiques

Un autre thème au cœur des entrevues a été la préoccupation du client pour ses douleurs. En effet, les analyses montrent que la diminution des symptômes douloureux était souvent l'objectif principal des clients. Or, les objectifs d'intervention des ergothérapeutes visaient plutôt l'amélioration des capacités fonctionnelles, bien que cela puisse indirectement

favoriser la diminution des symptômes douloureux de leurs clients. Cette divergence des objectifs thérapeutiques concernant la douleur semblait être un élément nuisible à l'engagement des clients dans leur réadaptation. Malgré le fait que les ergothérapeutes aient expliqué à leurs clients en quoi le fait de travailler sur le développement des capacités fonctionnelles pouvait aider à la diminution de leurs douleurs, ces derniers restaient insatisfaits puisque leur propre objectif n'était pas atteint. Par exemple, l'un des ergothérapeutes mentionne :

« Initialement, il avait des attentes par rapport à la réduction de ses symptômes et il voulait débiter un programme intensif. Il était prêt à mettre les efforts. Je l'ai perçu pendant une semaine environ et par la suite, je voyais qu'il avait moins cet intérêt-là parce qu'il observait la même chose qu'à l'autre clinique [c'est-à-dire une non réduction de ses symptômes] et la douleur était toujours l'élément principal de ses plaintes » - Ergothérapeute 3.

5.3.2.2. Perte du lien d'emploi

L'analyse des entrevues montre que la perte du lien d'emploi s'avère un obstacle à l'engagement. En effet, l'un des ergothérapeutes affirme :

« Avec la CSST par exemple, le lien d'emploi est de deux ans. Au-delà de ce délai, l'employeur n'est plus forcé de reprendre le client. La SAAQ [quant à elle] n'oblige pas de garder un lien d'emploi. Cela signifie que la personne qui n'aimait pas beaucoup son emploi, mais qui touche tout de même 90% de son salaire sera peut-être plus portée à profiter de la situation. La perte du lien d'emploi peut donc avoir un impact, mais je ne suis pas convaincu que c'est le facteur qui va avoir le plus grand impact » - Ergothérapeute 3.

5.3.2.3. Tiers payeur

Premièrement, la perception des ergothérapeutes à l'égard de l'impact d'un tiers payeur sur la conduite de la réadaptation et sur l'engagement du client est à l'effet que cela n'influence pas le choix des objectifs thérapeutiques, mais que cela peut influencer la durée des traitements et la motivation du client. En effet, l'un des ergothérapeutes affirme que la présence d'un tiers payeur ne modifiait pas ses choix d'objectifs, comme en témoigne l'extrait suivant :

« Je ne m'empêche pas d'avoir des objectifs qui ne sont pas directement liés au travail. Sans me centrer uniquement sur les loisirs par exemple, je vais essayer de faire un ensemble de tout ça. Ainsi, cela répond aux exigences de la CSST, qui

font également partie des miennes, mais cela répond aussi aux besoins davantage émotionnels du client. Ce que je veux, c'est qu'il soit le plus fonctionnel possible dans toutes les sphères de son fonctionnement. La CSST a quand même cette vision-là elle aussi. Bien qu'elle priorise l'emploi, elle considère tout de même le reste » - Ergothérapeute 1.

Par ailleurs, l'absence du tiers payeur ou d'une assurance salaire peut faire en sorte que l'individu soit plus motivé à retourner rapidement au travail. Cela peut également faire en sorte que le suivi du client soit moins long et que les rencontres soient moins fréquentes que lorsqu'il y a présence d'un tiers payeur. Ensuite, la relation qu'a le client avec le tiers payeur peut également influencer le cours de sa réadaptation et son engagement. En effet, lorsque cette relation est négative, il peut arriver que le client cherche à prouver au tiers payeur qu'il a réellement besoin des services qu'il reçoit. Un ergothérapeute explique :

« Dans cette situation, la personne a un intérêt à être perçue comme ayant de réels besoins et à aller plus lentement au niveau de sa réadaptation » - Ergothérapeute 3.

Deuxièmement, les analyses suggèrent que les ergothérapeutes utilisent parfois le tiers payeur comme outil de réengagement de dernier recours afin de faire pression sur le client, mais ne l'identifient pas nécessairement comme une stratégie d'engagement. Ce phénomène est observé dans les cas où il y avait un taux d'absentéisme important. Par exemple :

« [...] je communique avec eux à nouveau pour leur demander de faire quelque chose. À ce moment-là, la CSST va jouer sur un troisième pilier [le client, le thérapeute et le tiers payeur] pour faire changer les choses. Évidemment, ce n'est pas plaisant pour le client de recevoir un appel si l'ergothérapeute ne lui en a jamais parlé [du désengagement], donc je leur en parle toujours avant. Seulement, si je ne vois pas de changements, je n'ai pas le choix de communiquer avec le tiers payeur » - Ergothérapeute 1.

6. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de mieux comprendre le désengagement et l'abandon de traitement des adultes suivis en réadaptation au travail pour une LMS, selon la perspective des ergothérapeutes qui les suivent. Elle visait à décrire (1) les manifestations du désengagement, (2) les raisons du désengagement ou de l'abandon de la thérapie, et (3) les stratégies mises en place par l'ergothérapeute pour favoriser l'engagement de son client. Cette section discutera donc des résultats et les mettra en relation avec les données retrouvées dans la littérature.

6.1. Capacité à déceler le désengagement

L'étude a montré que les ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail ont une bonne capacité à déceler les signes de désengagement puisqu'ils en observent eux-mêmes les manifestations chez leurs clients et reconnaissent l'importance d'aborder cette problématique avec ceux-ci. En effet les analyses ont montré leur sensibilité à détecter le désengagement de leur client tant dans les situations où le désengagement est évident, soit lorsque le client est souvent absent ou en retard, que dans les situations où il est moins visible, soit dans les cas où le client fait preuve de présentéisme. Les ergothérapeutes sont donc conscients que le simple fait d'être présent aux traitements et de faire les exercices demandés ne signifie pas nécessairement que le client soit engagé dans son processus de réadaptation, tel qu'il a été montré dans la littérature par Berglind et Gerner (2002). Les analyses suggèrent toutefois que les ergothérapeutes plus expérimentés démontrent une plus grande sensibilité au désengagement que les ergothérapeutes débutants puisqu'ils y portent davantage leur attention. L'expérience pourrait avoir une influence positive sur la sensibilité des ergothérapeutes aux signes de désengagement de leurs clients. Cependant, cette hypothèse n'a jamais été vérifiée. L'étude soulève également un questionnement à savoir si les ergothérapeutes, de par leur vision holistique du client, sont mieux outillés pour déceler et intervenir sur le désengagement que certains autres professionnels n'intervenant que sur les aspects physiques du client, tel que suggéré par l'un des participants de l'étude.

Contrairement à ce que pourrait sous-entendre l'absence d'articles abordant le désengagement auprès d'une clientèle LMS dans la littérature ergothérapique, les ergothérapeutes travaillant auprès de cette clientèle démontrent qu'ils s'intéressent au désengagement de leurs clients. Cette absence d'articles pourrait plutôt suggérer que les chercheurs en ergothérapie en santé physique y sont moins sensibles que les chercheurs documentant la pratique en santé mentale.

6.2. Facteurs de désengagement

6.2.1. Facteurs individuels

6.2.1.1. Douleur

La douleur et la kinésiophobie sont les facteurs de désengagement les plus identifiés par les ergothérapeutes. En effet la douleur a été mise en lumière dans 71% des cas rapportés lors du premier volet de l'étude et elle a été un thème principal au cours des entrevues du second volet. La douleur est déjà connue dans la littérature pour être un obstacle important au retour au travail et à l'engagement et a été abordée entre autres par McGeary, Mayer et Gatchel (2006). La présente étude vient donc appuyer les données déjà présentes dans la littérature ergothérapique.

6.2.1.2. Motivation

Tel qu'exposé dans la problématique, la perte de motivation envers le retour au travail et envers la réadaptation fait partie des conséquences possibles d'un arrêt de travail à long terme dû à une LMS. Non seulement il s'agit d'une conséquence des LMS, mais elle interfère également avec le retour au travail puisqu'elle peut amener les travailleurs à moins se mobiliser dans leur réadaptation. Par exemple, les ergothérapeutes ont observé un désintérêt de leurs clients envers les modalités de traitement. Le fait que les clients n'observaient pas d'amélioration face à ce qu'ils valorisaient le plus, soit la diminution de la douleur, pouvait faire en sorte qu'ils ne croient pas en l'efficacité des modalités d'interventions et qu'ils se désintéressent de leurs traitements. Tel qu'illustré dans le modèle de Kortte et Lequerica, les bénéfices perçus de la thérapie et son impact sur la qualité de vie affecte la volonté de l'individu à poursuivre sa thérapie. De fait, si le client n'observe aucune amélioration quant à sa

douleur alors qu'il s'agit de son objectif principal, il est normal qu'il soit moins motivé à poursuivre sa thérapie. La présente étude appuie donc les données retrouvées dans la littérature, soit que la motivation est essentielle à l'accomplissement de la réadaptation, de même qu'à l'engagement de l'individu dans ce processus (Berglind et Gerner, 2002; Donnell, Lequerica et Tate, 2009; Gard et Larsson, 2003; Lecomte et Savard, 2006). L'ergothérapeute a donc son rôle à jouer dans l'explication du lien entre les modalités d'intervention et les objectifs thérapeutiques. Étant donné que les résultats de l'étude ont montré que 71% des clients ciblés se sont désengagés par manque d'intérêt envers les modalités utilisées, il serait d'autant plus pertinent de se pencher sur la question de cette incompréhension, à savoir, qu'est-ce qui explique que les clients ne comprennent pas ce lien?

6.2.2. Facteurs reliés au processus de réadaptation

Parmi les facteurs reliés au processus de réadaptation ayant pu influencer le désengagement des individus, les ergothérapeutes semblent voir plus spontanément les facteurs associés aux clients. En effet, les aspects interférant avec l'engagement qu'ils identifient sont majoritairement attribuables aux clients qu'au dispositif de soins. Par exemple le manque d'intérêt du client envers les modalités d'intervention et la faible compréhension du lien entre ces modalités et les objectifs thérapeutiques avaient été identifiés par la plupart des ergothérapeutes lors du premier volet comme facteurs de désengagement, ce qui met davantage le client en cause que le thérapeute. Or, les facteurs mis de l'avant dans le second volet impliquent le dispositif de soin, comme c'est le cas pour la discordance entre les objectifs thérapeutiques et ceux du client. Le fait de ne pas avoir d'intérêt envers une modalité ou le fait de ne pas comprendre l'utilité de celle-ci pourrait être considéré par l'ergothérapeute comme étant attribuable uniquement aux aptitudes du client alors que la divergence des objectifs thérapeutiques l'implique également. Il semblerait donc que les ergothérapeutes associent davantage le désengagement à des facteurs sur lesquels ils n'ont pas d'influence que sur des facteurs pour lesquels ils ont un pouvoir d'agir. Des études montrent d'ailleurs que l'insatisfaction envers la thérapie ou le thérapeute est parfois citée par les clients comme étant une raison importante de leur désir de mettre fin à leur thérapie (Aubry et al., 1999; Hunsley et Westmacott, 2010), mais que ce facteur est plus rarement identifié par les thérapeutes (Aubry

et al., 1999). Ceci soulève donc un questionnement à savoir si les ergothérapeutes ne sont effectivement pas impliqués parmi les facteurs de désengagement ou s'ils surestiment plutôt la force du lien thérapeutique.

6.3. Stratégies de réengagement

Bien que les ergothérapeutes soulignent l'importance d'aborder le désengagement avec leurs clients, les résultats suggèrent que ceux-ci craignent de mettre en péril leur relation thérapeutique en le faisant. Cette intervention est perçue comme pouvant être confrontante pour le client, mais ne semble pas être abordée comme une tentative de résolution de problème. Les ergothérapeutes confient donc une partie de la résolution du problème clinique au tiers payeur. En effet, les analyses ont montré qu'ils l'utilisent comme outil de réengagement de dernier recours, mais ne le nomment pas tous comme une stratégie qu'ils emploient. Ceci amène à se questionner à savoir si cela est relié au fait que les ergothérapeutes ne sont pas suffisamment outillés pour aborder le désengagement avec leur client en explorant les raisons et en y cherchant conjointement des solutions afin d'éviter que cette intervention ne soit perçue par le client comme une confrontation.

6.4. Limites

D'abord, les modes d'échantillonnage non probabilistes n'assurent pas la représentativité de la population à l'étude. D'ailleurs, presque tous les ergothérapeutes contactés travaillaient en clinique privée, ce qui ne permet pas de dresser un portrait complet des ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail. De plus, la petite taille de l'échantillon ne permet pas de tirer de conclusions sur le désengagement en réadaptation au travail, mais permet uniquement de générer des hypothèses. Il est à souligner que le nombre de participants et de cas recueillis était nettement moindre que le nombre escompté au départ. Une sollicitation de participants provenant de milieux et de régions plus diversifiées aurait pu pallier à ces problèmes. De plus, la faible taille de l'échantillon n'a pas permis d'obtenir de saturation des données pour le volet qualitatif ni de déterminer la relation entre certaines variables dans le volet quantitatif, comme le nombre d'années d'expérience et le nombre de stratégies utilisées par exemple.

Ensuite, les outils utilisés pour la collecte de données ont été élaborés pour les besoins de l'étude et n'ont pas été validés. De fait, la nuance entre certains éléments du questionnaire était faible ou certains éléments se répétaient. À la lumière des entrevues réalisées pour le deuxième volet de l'étude, certains éléments du questionnaire se rapportant aux attitudes et aux comportements dans les raisons du désengagement sont apparus davantage comme des manifestations de désengagement que des facteurs ayant pu l'influencer. Par ailleurs, d'autres éléments avaient été omis lors de l'élaboration du questionnaire et du canevas d'entrevues. Par exemple, la perte du lien d'emploi et la perte de motivation n'avaient pas été identifiées comme facteur ayant pu influencer le désengagement dans le questionnaire. De plus, la question portant sur la sensibilité au désengagement des ergothérapeutes travaillant en santé physique n'avait pas été intégrée dans le canevas d'entrevue et n'a donc pas été posée à tous les participants du second volet.

6.5. Retombées

Cette étude offre principalement des retombées cliniques. En effet, elle constitue un premier pas vers une meilleure compréhension de comment les ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail perçoivent et abordent le désengagement dans les cas de LMS. Le présent projet de recherche pourrait mener à des études futures visant à évaluer l'efficacité de certaines stratégies de réengagement ou encore d'explorer le sentiment d'efficacité des ergothérapeutes envers leurs interventions et les stratégies qu'ils emploient lorsqu'ils sont confrontés à des clients qui se désengagent envers leur thérapie. Par ailleurs, l'étude a permis de dégager certaines stratégies de réengagement qui sont utilisées par les ergothérapeutes, ainsi que celles qu'ils jugent qu'il serait pertinent d'employer. De plus, l'étude a fourni des hypothèses qui pourraient amener à dégager des pistes d'interventions ou de formation visant à outiller davantage les thérapeutes afin de mieux répondre aux besoins de leurs clients qui se désengagent de leur traitement et ainsi de maximiser leur potentiel de réadaptation. Par exemple, l'utilisation de ces nouvelles connaissances permettrait d'outiller les ergothérapeutes pour aborder et travailler sur le désengagement sans craindre que cela ne soit confrontant pour le client.

7. CONCLUSION

La présente étude aura permis de faire les premiers pas vers une meilleure compréhension de la capacité des ergothérapeutes travaillant en réadaptation au travail à déceler et à intervenir sur le désengagement de leurs clients ayant subi une LMS. Bien que l'étude ne permette pas de tirer de conclusions, il est possible de croire que bien que les ergothérapeutes reconnaissent les signes de désengagement et comprennent l'importance de l'aborder avec leurs clients, ils craignent que cela puisse être confrontant pour le client et que cela puisse mettre en péril leur relation thérapeutique. Ceci pourrait expliquer pourquoi ils utilisent le tiers payeur comme stratégie de réengagement. Par ailleurs, il a été mis en lumière que les ergothérapeutes semblent voir plus spontanément les facteurs de désengagement attribuables aux clients qu'au dispositif de soin. Il semblerait également que la discordance entre les objectifs du client et les objectifs thérapeutiques puisse être un facteur important de désengagement.

Il serait intéressant de réaliser une étude de plus grande envergure afin de valider les hypothèses soulevées par l'étude. En effet, cette étude a suscité de nombreux questionnements qu'il serait pertinent d'approfondir dans de futurs travaux. Notamment, il serait intéressant dans un premier temps de comprendre quelle est l'implication de l'ergothérapeute dans l'incompréhension de la part du client du lien entre les modalités proposées et les objectifs thérapeutiques et quelles sont les stratégies qu'il peut mettre en place pour en favoriser une meilleure compréhension. Il serait d'autant plus intéressant d'approfondir la perception qu'ils ont de leur implication dans le désengagement de leur client et, finalement, comment ils perçoivent le rôle du tiers payeur dans le réengagement du client envers sa réadaptation. Néanmoins, les résultats de l'étude pourraient mener à des pistes de solutions en vue de développer des formations pouvant être offertes aux ergothérapeutes afin d'outiller ces derniers à aborder le désengagement dans une approche de résolution de problème et ainsi d'éviter de craindre que cela soit confrontant pour le client.

RÉFÉRENCES

- Alexanderson, K., Müssener, U. & Svensson, T. (2010). Sickness absences, social relations, and self-esteem: A qualitative study of the importance of relationships with family, workmates, and friends among persons initially long-term sickness absent due to back diagnoses. *Work*, 37(2), 187-197. doi:10.3233/WOR20101069
- Anema, J.R., Beekman, W., Bültmann, U., Hoedeman, R., van der Feltz-Cornelis, C.M., van Mechelen, W. & Vlasveld, M.C. (2011). Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: A prospective cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 118-126. doi:10.1007/s10926-011-9326-0
- Anema, J.R., McPherson K.,M., Roessler, R.T., van Poppel M.N.M., Wasiak, R. & Young E.A. (2005). Return to work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 543-556. doi: 10.1007/s10926-005-8033-0
- Aubry, T. D., Hunsley, J., Verstervelt, C. M. & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 380-388. doi:10.1037/h0087802
- Axelrod, B.N., Hanks, R.A., Lequerica, A.H., Millis, S.R., Rapport, L.J., Vangel, S.J.Jr. & Whitman, R.D. (2006). Psychometric properties of the Rehabilitation Therapy Engagement Scale when used among Individuals with acquired brain injury. *Rehabilitation Psychology* 51(4), 331-337. doi:10.1037/0090-5550.51.4.331
- Baigi, A., Lydell, M., Mansson J., Marklund, B., & Mattsson B. (2011). Return or no return – psychosocial factors related to sick leave in persons with musculoskeletal disorders: a prospective cohort study [pdf]. Repéré à <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hh:diva-25117>
- Baril, R., Cadieux, G., Côté, D., Coutu, M.F., Durand, M.J., Ngomo, S. & Rouleau, A. (2008). L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail (Rapport n° R-544). Montréal, Québec : *Institut de Recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité au travail*, 114 p.
- Baril, R., Godin, J.F. & Massicotte, P. (2005). Portrait statistique des travailleurs en réadaptation pour 2001-2002 (Rapport n° R-440). Montréal, Québec : *Institut de Recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité au travail*, 58 p.
- Berglind, H. & Gerner, U. (2002). Motivation and return to work among the long-term sicklisted: action theory perspective. *Disability and Rehabilitation*, 24(14), 719-726.

- Bränholm, I-B., Larsson Lund, M. & Taam, M. (2001). Patients' perceptions of their participation in rehabilitation planning and professionals' view of their strategies to encourage it. *Occupational Therapy International*, 8(3), 151-167.
- Casey, P. (2014), Principles of best practice in occupational rehabilitation for AIA Australia, AIA Australia, 18 p.
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, (2014). *Troubles musculo-squelettiques liés au travail (TMSLT) : Réponses SST*. Repéré à <http://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/rmirsi.html>
- Commission de la santé et de la sécurité au travail (2012). *La CSST en bref 2012*. Repéré à http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC200_1047_7web.pdf
- Desrosiers, L. (2013). *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite* (Thèse de doctorat). Université de Montréal.
- Donnell, C. S., Lequerica, A. H. & Tate, D. G. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: Physical and occupational therapist impressions. *Disability And Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 31(9), 753-760. doi:10.1080/09638280802309095
- Durand, M. J. (2008). Incapacité prolongée et retour au travail, *Le Médecin du Québec*, 43(8), 73-75.
- Durand, M-J., Durand, P. & Loisel, P. (1998). Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: description et fondements théoriques. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 72-88.
- Eklund, M., Hultqvist, J. & Leufstadius, C. (2015). Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 22(1), 54-61. doi:10.3109/11038128.2014.934916
- Erikson, A. (2009). *Rehabilitation in place : Experiences of daily occupations after acquired brain injury* (thèse de doctorat, Karolinska Institutet, Suède). Repéré à : <https://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39316/thesis.pdf?sequence=1>
- Ferrier, S., Kosny, A. & MacEachen, E. (2007). Unexpected barriers in return to work: lessons learned from injured worker peer support groups. *Work*, 29(2), 155-164.
- Foreman, P., Murphy, G., & Swerissen, H. (2006). Facilitators and Barriers to Return to Work: A Literature Review. *Australian Institute for Primary Care, La Trobe University*, 69 p.
- Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.

- Gard, G., & Larsson, A. (2003). Focus on motivation in the work rehabilitation planning Process: A qualitative study from the employer's perspective. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(3), 159-167.
- Gatchel, R., Mayer, T. & McGeary, D. (2006). High pain ratings predict treatment failure in chronic occupational musculoskeletal disorders. *Journal Of Bone & Joint Surgery, American Volume*, 88A(2), 317-325.
- Huang-Hsiang, H., & Shaw, W. S. (2005). Concerns and expectations about returning to work with low back pain: Identifying themes from focus groups and semi-structured interviews. *Disability & Rehabilitation*, 27(21), 1269-1281.
- Huberman, A. M. & Miles, M. B., (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris : De Boeck Supérieur.
- Hunsley, J. & Westmacott, R. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: a general population study. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 965-977. doi:10.1002/jclp.20702
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (2015). *Programme de réadaptation socioprofessionnelle*. Repéré à <http://www.irdpq.qc.ca/expertise-et-formation/enseignement-et-stages/nos-stages/niveau-universitaire/ergotherapie/program-2>
- Kielhofner, G. (2004) Chapitre 10. Le modèle de l'occupation humaine. Traduction de Kielhofner, G., *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (3^e éd., vol 1; traduit par Monique Gillet). Philadelphie : F.A. Davis
- Kortte, K. & Lequerica, A. H. (2010). Therapeutic Engagement. *American Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89(5), 415-422. doi:10.1097/PHM.0b013e3181d8ceb2
- Lecomte, C. & Savard, R. (2006). Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité (Rapport n° R-448). Montréal, Québec : *Institut de Recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité au travail*, 180 p.
- MacKinnon, J., McWilliam, C., Shaw, L. & Sumsion, T. (2004). Consumer participation in the employment rehabilitation process: contextual factors and implication for practice. *Work*, 23(1), 181-192.
- Organisation mondiale de la Santé (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques sur le lieu de travail* [pdf]. Repéré à http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh5f.pdf
- Simmonds, M., Sullivan, M.J.L. & Velly, A. (2011). Douleur, dépression, incapacité et résultats de la réadaptation (Rapport n° R-686). Montréal, Québec : *Institut de Recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité au travail*, 42 p.

ANNEXE A
LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE QUESTIONNAIRE
ÉLECTRONIQUE



LETTRE D'INFORMATION
(Formulaire électronique)

Désengagement et abandon de la thérapie en réadaptation au travail des adultes ayant subi des lésions musculo-squelettiques : perception des ergothérapeutes

Valérie Chatelois
Département d'ergothérapie
Programme de Maîtrise en ergothérapie,
supervisée par Lyne Desrosiers, Ph.D., erg., psychothérapeute, OTR(c)

Votre participation à la recherche, *Désengagement et abandon de la thérapie en réadaptation au travail des adultes ayant subi des lésions musculo-squelettiques : perception des ergothérapeutes* serait grandement appréciée.

Cette étude vise à mieux comprendre le désengagement et l'abandon de traitement d'adultes suivis en réadaptation au travail pour une lésion musculo-squelettique (LMS) au dos ou au membre supérieur en obtenant la perspective des ergothérapeutes qui les suivent ou les ont suivis. Plus précisément, l'étude fournira des données pour outiller les thérapeutes afin de mieux répondre aux besoins de leurs clients qui se désengagent de leur traitement.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont de :

- 1) décrire les signes de désengagement chez ces clients tels qu'observés par les ergothérapeutes les ayant suivis en réadaptation;
- 2) décrire et explorer la perception des ergothérapeutes du désengagement ou de l'abandon de traitement de ces clients;
- 3) décrire et explorer les stratégies utilisées par les ergothérapeutes les ayant suivis en réadaptation pour favoriser l'engagement de ces clients.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utile.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir un questionnaire électronique composé de questions fermées (oui/non), de choix de réponses et de questions à court développement. La complétion du questionnaire nécessite environ 15 à 20 minutes. Vous pouvez le remplir au moment où vous le désirez. Vous aurez à répondre aux questions en vous référant à un client pour lequel l'engagement a représenté un défi dans sa réadaptation. Si vous le désirez, vous pouvez remplir le questionnaire plusieurs fois si vous pensez à plusieurs clients.

La première section du questionnaire concerne votre profil démographique et celui du client que vous aurez ciblé. La seconde section porte sur les signes de désengagement de votre client et sur les raisons qui auraient pu causer ce désengagement.

Si vous donnez votre accord, vous pourriez être recontacté pour la seconde phase de l'étude qui consiste en une entrevue d'environ une heure visant à approfondir les réponses données lors du questionnaire.

Critères de sélection

Vous devez :

- Avoir au minimum 2 ans d'expérience avec la clientèle adulte en
 - réadaptation au travail
 - Parler et comprendre le français oral et écrit
- Avoir suivi au moins 1 client qui répond à la population d'un travailleur :
 - suivi ou ayant été suivi en ergothérapie
 - ayant une lésion musculo-squelettique au dos ou au membre supérieur liée ou non à un accident de travail
 - traité ou en cours de traitement
 - ayant représenté un défi pour le thérapeute par rapport à son engagement envers sa réadaptation
 - ayant été suivi au cours de la dernière année

Ce client **ne doit pas** avoir de problématique de santé mentale au début du traitement

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 20 minutes pour un (1) client, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du désengagement envers la réadaptation au travail des clients ayant une lésion musculo-squelettique est l'un des bénéfices directs prévus à votre participation. De plus, le fait de participer à cette recherche favorise un processus réflexif sur la pratique et sur les stratégies que vous utilisez lorsque vous rencontrez une telle situation.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir un questionnaire électronique composé de questions fermées (oui/non), de choix de réponses et de questions à court développement. La complétion du questionnaire nécessite environ 15 à 20 minutes. Vous pouvez le remplir au moment où vous le désirez. Vous aurez à répondre aux questions en vous référant à un client pour lequel l'engagement a représenté un défi dans sa réadaptation. Si vous le désirez, vous pouvez remplir le questionnaire plusieurs fois si vous pensez à plusieurs clients.

La première section du questionnaire concerne votre profil démographique et celui du client que vous aurez ciblé. La seconde section porte sur les signes de désengagement de votre client et sur les raisons qui auraient pu causer ce désengagement.

Si vous donnez votre accord, vous pourriez être recontacté pour la seconde phase de l'étude qui consiste en une entrevue d'environ une heure visant à approfondir les réponses données lors du questionnaire.

Critères de sélection

Vous devez :

- Avoir au minimum 2 ans d'expérience avec la clientèle adulte en
- réadaptation au travail
- Parler et comprendre le français oral et écrit
- Avoir suivi au moins 1 client qui répond à la population d'un travailleur :
 - suivi ou ayant été suivi en ergothérapie
 - ayant une lésion musculo-squelettique au dos ou au membre supérieur liée ou non à un accident de travail
 - traité ou en cours de traitement
 - ayant représenté un défi pour le thérapeute par rapport à son engagement envers sa réadaptation
 - ayant été suivi dans les 2 dernières années

Ce client ne doit pas avoir de problématique de santé mentale au début du traitement

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 20 minutes pour un (1) client, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du désengagement envers la réadaptation au travail des clients ayant une lésion musculo-squelettique est l'un des bénéfices directs prévus à votre participation. De plus, le fait de participer à cette recherche favorise un processus réflexif sur la pratique et sur les stratégies que vous utilisez lorsque vous rencontrez une telle situation.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification ou à celle du client auquel vous vous réfèrerez pour répondre aux questions de l'entrevue. Votre anonymat sera assuré par l'utilisation de pseudonymes pour vous et votre client. Aucun détail permettant d'identifier les participants ou les clients ne sera dévoilé dans le cadre de la diffusion des résultats de la recherche.

Les données recueillies seront conservées sur une clé USB gardée sous clé dans le bureau de la directrice de recherche. Les seules personnes qui y auront accès seront Valérie Chatelois et Mme Lyne Desrosiers. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites deux ans après la fin de l'étude et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Valérie Chatelois au valerie.chatelois@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-15-213-07.18 a été émis le 02 Juin 2015.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Si vous acceptez de participer à cette étude, veuillez retourner ce formulaire de consentement à Valérie Chatelois à l'adresse courriel valerie.chatelois@uqtr.ca en remplissant la section suivante :

Je confirme :

- avoir lu et compris l'information
- répondre aux critères de sélection
- être d'accord pour participer

Numéro du certificat : CER-15-213-07.18

Certificat émis le 02 Juin 2015

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE ÉLECTRONIQUE MAISON

Désengagement et abandon de la thérapie en réadaptation au travail des adultes ayant subi des lésions musculo-squelettiques : perception des ergothérapeutes

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir un questionnaire électronique composé de questions fermées (oui/non), de choix de réponses et de questions à court développement. La complétion du questionnaire nécessite environ 15 à 20 minutes. Vous pouvez le remplir au moment où vous le désirez. Vous aurez à répondre aux questions en vous référant à un client pour lequel l'engagement a représenté un défi dans sa réadaptation. Si vous le désirez, vous pouvez remplir le questionnaire plusieurs fois si vous pensez à plusieurs clients.

La première section du questionnaire concerne votre profil démographique et celui du client que vous aurez ciblé. La seconde section porte sur les signes de désengagement de votre client et sur les raisons qui auraient pu causer ce désengagement.

Nom : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

Prénom : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

Date : [Cliquez ici pour entrer une date.](#)

1. DESCRIPTION DU PARTICIPANT

1.1. Nombre d'années d'expérience en tant qu'ergothérapeute [Cliquez ici pour entrer du texte. \(années\)](#)

1.2. Nombre d'années d'expérience avec la clientèle des lésions musculo-squelettiques (LMS) en réadaptation au travail [Cliquez ici pour entrer du texte. \(années\)](#)

1.3. Type de milieu dans lequel vous travaillez

- Milieu hospitalier
- Centre de réadaptation
- Clinique privée
- Autre(s) : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

1.4. Nombre d'années d'expérience dans ce milieu [Cliquez ici pour entrer du texte. \(années\)](#)

1.5. Clientèle principale

- Lésions musculo-squelettiques
- Blessures médullaires
- Santé mentale
- Autre(s) : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

1.6. Type de rémunération

- Salaire horaire
- Salaire fixe (annuel/hebdomadaire)
- Salaire à l'intervention
- Autre : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

1.7. Âge

- 20-30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- 50-60 ans

1.8. Sexe

- Homme
- Femme

2. DESCRIPTION DU CLIENT

Vous devez remplir cette section en vous référant à un client :

- *suivi ou ayant été suivi en réadaptation au travail pour une lésion musculo-squelettique (dos/cou/membres supérieurs)*
- *suivi ou ayant été suivi au cours des 2 dernières années*
- *ayant représenté un défi par rapport à l'engagement dans sa thérapie*
- *ne présentant pas de trouble de santé mentale au début du traitement*

2.1. Âge	Cliquez ici pour entrer du texte.
2.2. Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
2.3. Site de la lésion <i>Vous pouvez cocher plusieurs items</i>	<input type="checkbox"/> Dos/cou <input type="checkbox"/> Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Lésion(s) supplémentaire(s) à celle(s) au dos ou au cou : Cliquez ici pour entrer du texte.
2.4. Cause de la lésion	<input type="checkbox"/> Accident de travail <input type="checkbox"/> Accident de la route <input type="checkbox"/> Accident sportif <input type="checkbox"/> Tentative de suicide <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
2.5. Présence d'un tiers payeur?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
2.6. La réadaptation est-elle en cours?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, elle est terminée ou le client a abandonné
Les prochaines questions s'adressent aux clients dont la réadaptation EST EN COURS	
2.7. Croyez-vous que votre client complètera sa réadaptation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? Cliquez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas (expliquer) : Cliquez ici pour entrer du texte.
2.8. La réadaptation est amorcée depuis :	<input type="checkbox"/> Moins de 1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 mois <input type="checkbox"/> Plus de 12 mois
2.9. À combien de temps estimez-vous la durée de la réadaptation?	<input type="checkbox"/> Moins de 1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 mois <input type="checkbox"/> Plus de 12 mois <input type="checkbox"/> Je ne sais pas (expliquez) : Cliquez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> N/A (je ne crois pas que le client complètera sa réadaptation)

2.10. Projetez-vous que le retour au travail sera possible?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Retour à l'emploi antérieur dans les mêmes fonctions <input type="checkbox"/> Retour à l'emploi antérieur avec d'autres fonctions <input type="checkbox"/> Changement d'emploi dans le même domaine <input type="checkbox"/> Changement d'emploi dans un autre domaine <input type="checkbox"/> Aucun retour au travail <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? Cliquez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas (expliquer) : Cliquez ici pour entrer du texte.
Les prochaines questions s'adressent aux clients dont la réadaptation N'EST PAS EN COURS	
2.11. Le client a-t-il complété sa réadaptation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? Cliquez ici pour entrer du texte.
2.12. Durée de la réadaptation	<input type="checkbox"/> Moins de 1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 mois <input type="checkbox"/> Plus de 12 mois
2.13. Le retour au travail a-t-il été possible?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Retour à l'emploi antérieur dans les mêmes fonctions <input type="checkbox"/> Retour à l'emploi antérieur avec d'autres fonctions <input type="checkbox"/> Changement d'emploi dans le même domaine <input type="checkbox"/> Changement d'emploi dans un autre domaine <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? Cliquez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> Aucune information à ce sujet
3. MANIFESTATIONS DU DÉSENGAGEMENT	
3.1. Avez-vous constaté un désengagement du client envers sa thérapie? <i>Vous pouvez cocher plusieurs items</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> J'ai observé un ou plusieurs éléments traduisant son désengagement <input type="checkbox"/> Un élément extérieur me l'a fait observer <input type="checkbox"/> Un collègue m'en a fait part <input type="checkbox"/> Un proche du client m'en a fait part <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
3.2. Si vous avez répondu « oui » à la question 3.1., quelles sont/ont été les manifestations du désengagement du client? <i>Vous pouvez cocher plusieurs items</i>	<input type="checkbox"/> Se dit non-motivé <input type="checkbox"/> Manque d'énergie pour participer (dépression, fatigue, etc.) <input type="checkbox"/> Le client ne fait pas les exercices pendant les séances <input type="checkbox"/> Ne suit pas les recommandations thérapeutiques (non-respect des consignes et du protocole/tâches exigées) en dehors des séances <input type="checkbox"/> Ne respecte pas les précautions pour éviter d'aggraver ses blessures <input type="checkbox"/> Est pressé de terminer / veut toujours devancer l'échéance de la fin du traitement / désire écourter les séances ou la durée de la réadaptation <input type="checkbox"/> Absences répétées aux rendez-vous (motivées)

-
- Absences répétées aux rendez-vous (non motivées)
 - Arrêt prématuré de la thérapie
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.

4. RAISONS DU DÉSENGAGEMENT

Veillez cocher les facteurs qui, selon vous, peuvent avoir augmenté la vulnérabilité de votre client au désengagement envers sa réadaptation

-
- 4.1. Facteurs individuels
- Attitudes/personnalité
 - Manque de confiance en soi/mauvaise estimation de ses capacités
 - Négativité
 - Passivité
 - Agressivité
 - Verbalise beaucoup d'insatisfactions par rapport aux services
 - Déni des difficultés
 - Dépendance
 - Faible tolérance à la douleur
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Comportements
 - Difficulté à respecter un horaire
 - Consommation de drogues ou d'alcool
 - Mensonges
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Attentes irréalistes

Préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Ne croit pas en son potentiel de réadaptation
 - Dépression
 - Antérieure à la LMS
 - Subséquente à la LMS
 - Douleurs/peur d'avoir mal
 - Présence d'un autre problème de santé

Préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Difficultés d'ordre personnelles
 - Séparation
 - Deuil
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Élément logistique limitant la possibilité de participer à la thérapie
 - N'a pas de transport
 - Problème d'accessibilité (ne peut sortir de chez lui/monter dans une voiture)
 - Habite loin
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.

4.2. Facteurs reliés au travail	<input type="checkbox"/> Insatisfaction face à l'ancien poste <input type="checkbox"/> Manque de support social du milieu <input type="checkbox"/> Absence ou diminution des possibilités d'avancement <input type="checkbox"/> Impossibilité à retourner à son ancien poste <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
4.3. Facteurs reliés au processus de réadaptation	<input type="checkbox"/> L'équipe de soins implique peu le client dans son processus thérapeutique <input type="checkbox"/> Mauvaise communication avec les professionnels <input type="checkbox"/> Peu d'affinité avec un ou plusieurs membres de l'équipe de soins <input type="checkbox"/> Manque d'information par rapport aux interventions possibles <input type="checkbox"/> Faible compréhension du lien entre les modalités d'interventions choisies et les objectifs de la réadaptation <input type="checkbox"/> Peu d'intérêt envers les modalités d'intervention <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.

5. STRATÉGIES DU THÉRAPEUTE

Veillez cocher les stratégies que vous avez utilisées pour favoriser l'engagement de votre client

- Valorisation/Encouragements/renforcement
- Conversations motivationnelles/entretien motivationnel
- Refléter les forces/les progrès du client
- Aider le client à formuler ses objectifs
- Collaborer avec l'employeur pour la formulation des objectifs
- Recadrer les attentes irréalistes du client vers des objectifs plus réalistes, mais motivants
- Considérer le maintien de l'engagement comme un objectif en soi et l'aborder avec le client
- Aborder les risques de désengagement en début de traitement et identifier les solutions advenant que celui-ci se produise
- Collaborer avec l'employeur pour l'élaboration des objectifs et du plan d'intervention
- Impliquer le client dans l'élaboration du plan d'intervention et tout au long du processus de réadaptation
- Faire preuve d'écoute et d'empathie envers le client
- Être disponible pour communiquer avec le client (faire preuve d'ouverture à la discussion et le montrer au client)
- Informer le client des différentes interventions possibles
- Expliquer le lien entre les modalités d'intervention et les objectifs de la réadaptation
- Travailler dans le milieu de travail naturel du client
- Varier les interventions (éviter la monotonie)
- Autre(s) : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)
- Aucune

Pour quelle raison? (ex. je ne croyais pas que cela changerait quelque chose; je ne souhaitais pas réengager ce client, il me faisait peur, etc.) [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

Veillez cocher les stratégies que vous n'avez pas utilisées, mais que vous jugez qui auraient été efficaces.

- Valorisation/Encouragements/renforcement
- Conversations motivationnelles/entretien motivationnel
- Refléter les forces/les progrès du client
- Aider le client à formuler ses objectifs
- Collaborer avec l'employeur pour la formulation des objectifs
- Recadrer les attentes irréalistes du client vers des objectifs plus réalistes, mais motivants
- Considérer le maintien de l'engagement comme un objectif en soi et l'aborder avec le client
- Aborder les risques de désengagement en début de traitement et identifier les solutions advenant que celui-ci se produise
- Collaborer avec l'employeur pour l'élaboration du plan d'intervention
- Impliquer le client dans l'élaboration du plan d'intervention et tout au long du processus de réadaptation
- Faire preuve d'écoute et d'empathie envers le client
- Être disponible pour communiquer avec le client (faire preuve d'ouverture à la discussion et le montrer au client)
- Informer le client des différentes interventions possibles
- Expliquer le lien entre les modalités d'intervention et les objectifs de la réadaptation
- Travailler dans le milieu de travail naturel du client
- Varier les interventions (éviter la monotonie)
- Autre(s) : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

Êtes-vous retourné lire des éléments du dossier pour compléter ce questionnaire? Oui Non

Accepteriez-vous d'être recontacté(e) pour participer à une entrevue visant à approfondir vos réponses si besoin est (seuls certains répondants seront recontactés)? Oui Non

Si oui, veuillez-nous laisser une adresse courriel ou un numéro de téléphone auquel nous pouvons vous recontacter

No. de téléphone : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

Adresse courriel : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

Fin du questionnaire

Merci d'avoir participé!

Si vous le désirez, vous pouvez remplir le questionnaire plusieurs fois si vous pensez à d'autres clients dont l'engagement dans la réadaptation a été problématique. Les pages suivantes sont mises à votre disposition à cet effet.

Pour toute question, veuillez vous adresser à Valérie Chatelois au valerie.chatelois@uqtr.ca

1. DESCRIPTION DU CLIENT #2 (à la discrétion du participant)

Vous devez remplir cette section en vous référant à un client :

- *suivi ou ayant été suivi en réadaptation au travail pour une lésion musculo-squelettique (dos/cou/membres supérieurs)*
- *suivi ou ayant été suivi au cours des 2 dernières années*
- *ayant représenté un défi par rapport à l'engagement dans sa thérapie*
- *ne présentant pas de trouble de santé mentale au début du traitement*

1.1. Âge	Cliquez ici pour entrer du texte.
1.2. Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
1.3. Site de la lésion <i>Vous pouvez cocher plusieurs items</i>	<input type="checkbox"/> Dos/cou <input type="checkbox"/> Membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Lésion(s) supplémentaire(s) à celle(s) au dos ou au cou : Cliquez ici pour entrer du texte.
1.4. Cause de la lésion	<input type="checkbox"/> Accident de travail <input type="checkbox"/> Accident de la route <input type="checkbox"/> Accident sportif <input type="checkbox"/> Tentative de suicide <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
1.5. Présence d'un tiers payeur?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
1.6. La réadaptation est-elle en cours?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, elle est terminée ou le client a abandonné
Les prochaines questions s'adressent aux clients dont la réadaptation EST EN COURS	
1.7. Croyez-vous que votre client complètera sa réadaptation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? Cliquez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas (expliquer) : Cliquez ici pour entrer du texte.
1.8. La réadaptation est amorcée depuis :	<input type="checkbox"/> Moins de 1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 mois <input type="checkbox"/> Plus de 12 mois
1.9. À combien de temps estimez-vous la durée de la réadaptation?	<input type="checkbox"/> Moins de 1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 mois <input type="checkbox"/> Plus de 12 mois <input type="checkbox"/> Je ne sais pas (expliquez) : Cliquez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> N/A (je ne crois pas que le client complètera sa réadaptation)

1.10. Projetez-vous que le retour au travail sera possible?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Retour à l'emploi antérieur dans les mêmes fonctions <input type="checkbox"/> Retour à l'emploi antérieur avec d'autres fonctions <input type="checkbox"/> Changement d'emploi dans le même domaine <input type="checkbox"/> Changement d'emploi dans un autre domaine <input type="checkbox"/> Aucun retour au travail <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? Cliquez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> Je ne sais pas (expliquer) : Cliquez ici pour entrer du texte.
Les prochaines questions s'adressent aux clients dont la réadaptation N'EST PAS EN COURS	
1.11. Le client a-t-il complété sa réadaptation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? Cliquez ici pour entrer du texte.
1.12. Durée de la réadaptation	<input type="checkbox"/> Moins de 1 mois <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> Entre 6 et 12 mois <input type="checkbox"/> Plus de 12 mois
1.13. Le retour au travail a-t-il été possible?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Retour à l'emploi antérieur dans les mêmes fonctions <input type="checkbox"/> Retour à l'emploi antérieur avec d'autres fonctions <input type="checkbox"/> Changement d'emploi dans le même domaine <input type="checkbox"/> Changement d'emploi dans un autre domaine <input type="checkbox"/> Non Pourquoi? Cliquez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> Aucune information à ce sujet
2. MANIFESTATIONS DU DÉSENGAGEMENT	
2.1. Avez-vous constaté un désengagement du client envers sa thérapie? <i>Vous pouvez cocher plusieurs items</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> J'ai observé un ou plusieurs éléments traduisant son désengagement <input type="checkbox"/> Un élément extérieur me l'a fait observer <input type="checkbox"/> Un collègue m'en a fait part <input type="checkbox"/> Un proche du client m'en a fait part <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
2.2. Si vous avez répondu « oui » à la question 3.1., quelles sont/ont été les manifestations du désengagement du client? <i>Vous pouvez cocher plusieurs items</i>	<input type="checkbox"/> Se dit non-motivé <input type="checkbox"/> Manque d'énergie pour participer (dépression, fatigue, etc.) <input type="checkbox"/> Le client ne fait pas les exercices pendant les séances <input type="checkbox"/> Ne suit pas les recommandations thérapeutiques (non-respect des consignes et du protocole/tâches exigées) en dehors des séances <input type="checkbox"/> Ne respecte pas les précautions pour éviter d'aggraver ses blessures <input type="checkbox"/> Est pressé de terminer / veut toujours devancer l'échéance de la fin du traitement / désire écourter les séances ou la durée de la réadaptation <input type="checkbox"/> Absences répétées aux rendez-vous (motivées)

-
- Absences répétées aux rendez-vous (non motivées)
 - Arrêt prématuré de la thérapie
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.

3. RAISONS DU DÉSENGAGEMENT

Veillez cocher les facteurs qui, selon vous, peuvent avoir augmenté la vulnérabilité de votre client au désengagement envers sa réadaptation

3.1. Facteurs individuels

- Attitudes/personnalité
 - Manque de confiance en soi/mauvaise estimation de ses capacités
 - Négativité
 - Passivité
 - Agressivité
 - Verbalise beaucoup d'insatisfactions par rapport aux services
 - Dénier des difficultés
 - Dépendance
 - Faible tolérance à la douleur
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Comportements
 - Difficulté à respecter un horaire
 - Consommation de drogues ou d'alcool
 - Mensonges
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Attentes irréalistes
 - Préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Ne croit pas en son potentiel de réadaptation
 - Dépression
 - Antérieure à la LMS
 - Subséquente à la LMS
 - Douleurs/peur d'avoir mal
 - Présence d'un autre problème de santé
 - Préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Difficultés d'ordre personnelles
 - Séparation
 - Deuil
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
 - Élément logistique limitant la possibilité de participer à la thérapie
 - N'a pas de transport
 - Problème d'accessibilité (ne peut sortir de chez lui/monter dans une voiture)
 - Habite loin
 - Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
-

3.2. Facteurs reliés au travail	<input type="checkbox"/> Insatisfaction face à l'ancien poste <input type="checkbox"/> Manque de support social du milieu <input type="checkbox"/> Absence ou diminution des possibilités d'avancement <input type="checkbox"/> Impossibilité à retourner à son ancien poste <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.
3.3. Facteurs reliés au processus de réadaptation	<input type="checkbox"/> L'équipe de soins implique peu le client dans son processus thérapeutique <input type="checkbox"/> Mauvaise communication avec les professionnels <input type="checkbox"/> Peu d'affinité avec un ou plusieurs membres de l'équipe de soins <input type="checkbox"/> Manque d'information par rapport aux interventions possibles <input type="checkbox"/> Faible compréhension du lien entre les modalités d'interventions choisies et les objectifs de la réadaptation <input type="checkbox"/> Peu d'intérêt envers les modalités d'intervention <input type="checkbox"/> Autre(s) : Cliquez ici pour entrer du texte.

4. STRATÉGIES DU THÉRAPEUTE

Veillez cocher les stratégies que vous avez utilisées pour favoriser l'engagement de votre client

- Valorisation/Encouragements/renforcement
- Conversations motivationnelles/entretien motivationnel
- Refléter les forces/les progrès du client
- Aider le client à formuler ses objectifs
- Collaborer avec l'employeur pour la formulation des objectifs
- Recadrer les attentes irréalistes du client vers des objectifs plus réalistes, mais motivants
- Considérer le maintien de l'engagement comme un objectif en soi et l'aborder avec le client
- Aborder les risques de désengagement en début de traitement et identifier les solutions advenant que celui-ci se produise
- Collaborer avec l'employeur pour l'élaboration du plan d'intervention
- Impliquer le client dans l'élaboration du plan d'intervention et tout au long du processus de réadaptation
- Faire preuve d'écoute et d'empathie envers le client
- Être disponible pour communiquer avec le client (faire preuve d'ouverture à la discussion et le montrer au client)
- Informer le client des différentes interventions possibles
- Expliquer le lien entre les modalités d'intervention et les objectifs de la réadaptation
- Travailler dans le milieu de travail naturel du client
- Varier les interventions (éviter la monotonie)
- Autre(s) : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)
- Aucune

Pour quelle raison? (ex. je ne croyais pas que cela changerait quelque chose; je ne souhaitais pas réengager ce client, il me faisait peur, etc.) [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

Veillez cocher les stratégies que vous n'avez pas utilisées, mais que vous jugez qui auraient été efficaces.

- Valorisation/Encouragements/renforcement
 - Conversations motivationnelles/entretien motivationnel
 - Refléter les forces/les progrès du client
 - Aider le client à formuler ses objectifs
 - Collaborer avec l'employeur pour la formulation des objectifs
 - Recadrer les attentes irréalistes du client vers des objectifs plus réalistes, mais motivants
 - Considérer le maintien de l'engagement comme un objectif en soi et l'aborder avec le client
 - Aborder les risques de désengagement en début de traitement et identifier les solutions advenant que celui-ci se produise
 - Collaborer avec l'employeur pour l'élaboration du plan d'intervention
 - Impliquer le client dans l'élaboration du plan d'intervention et tout au long du processus de réadaptation
 - Faire preuve d'écoute et d'empathie envers le client
 - Être disponible pour communiquer avec le client (faire preuve d'ouverture à la discussion et le montrer au client)
 - Informer le client des différentes interventions possibles
 - Expliquer le lien entre les modalités d'intervention et les objectifs de la réadaptation
 - Travailler dans le milieu de travail naturel du client
 - Varier les interventions (éviter la monotonie)
 - Autre(s) : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)
-

ANNEXE C CANEVAS D'ENTREVUE

L'étude à laquelle vous avez accepté de participer vise à explorer quelles sont les raisons pour lesquelles certain(e)s client(e)s suivi(e)s en réadaptation au travail pour des lésions musculo-squelettiques se désengagent envers leur thérapie.

Des questions vous seront posées sur votre expérience du traitement de votre client(e) « x ». Vos réponses permettront aux chercheurs de mieux comprendre les raisons et les manifestations du désengagement chez les adultes suivis en réadaptation au travail, ainsi que d'explorer les stratégies employées par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement de leurs client(e)s.

Il est donc très important que vous décriviez le mieux possible les situations, tel que vous les avez vécues. Veuillez noter que toutes vos réponses sont confidentielles.

1. Pouvez-vous décrire les difficultés rencontrées par votre client(e) « X »?
 - a. Lésion (site, origine)
 - b. Limitations

2. Pouvez-vous décrire les attentes de votre client(e)?

Pour les client(e)s dont la réadaptation EST EN COURS

3. Croyez-vous que votre client(e) complètera sa réadaptation?
 - a. Pourriez-vous expliquer ce qui justifie votre opinion?

4. Quels sont vos objectifs d'intervention?
 - a. Comment ont-ils été déterminés?

5. Croyez-vous qu'un retour au travail sera possible?
 - a. Qu'anticipez-vous comme résultat et pourquoi?
 - i. Retour à l'emploi antérieur dans les mêmes fonctions
 - ii. Retour à l'emploi antérieur avec d'autres fonctions
 - iii. Changement d'emploi dans le même domaine
 - iv. Changement d'emploi dans un autre domaine
 - v. Aucun retour au travail

6. A combien de temps estimez-vous la durée de la réadaptation? Justifiez
 - a. Moins de 1 mois
 - b. Entre 1 et 3 mois

- c. Entre 3 et 6 mois
- d. Entre 6 et 12 mois
- e. Plus de 12 mois

Pour les client(e)s dont la réadaptation N'EST PAS EN COURS

7. Votre client(e) a-t-il(elle) complété sa réadaptation?
 - a. Pourquoi selon vous?

8. Le retour au travail a-t-il été possible?
 - a. Retour à l'emploi antérieur dans les mêmes fonctions
 - b. Retour à l'emploi antérieur avec d'autres fonctions
 - c. Changement d'emploi dans le même domaine
 - d. Changement d'emploi dans un autre domaine
 - e. Aucun retour au travail
 - f. Aucune information à ce sujet

9. Aviez-vous anticipé ce résultat? Pourquoi?

10. Quels étaient vos objectifs d'intervention?
 - a. Comment ont-ils été déterminés?

Pour tous les client(e)s

11. Avez-vous décelé un désengagement de votre client(e) envers sa réadaptation?
 - a. Décelé personnellement
 - b. Décelé grâce à un élément externe (collègue, proche du client)

12. Pouvez-vous nous décrire quelles ont été les manifestations du désengagement de votre client(e)?

13. Le thème de la démotivation et du désengagement a-t-il été abordé avec votre client(e)?
 - a. Si oui, de quelle manière?

14. Selon vous, y a-t-il des facteurs individuels qui ont pu contribuer au désengagement de votre client(e) envers sa thérapie? Développez sur ces facteurs.
 - a. Attitude/personnalité
 - b. Comportements
 - c. Attentes

- d. Croyances en son potentiel de réadaptation
 - e. Dépression
 - f. Douleur/peur d'avoir mal
 - g. Présence d'un autre problème de santé
 - h. Difficultés d'ordre personnelles
 - i. Élément logistique limitant la possibilité de participer à la thérapie
15. Selon vous, y a-t-il des facteurs reliés au travail ou au milieu de travail de votre client(e) qui ont pu contribuer au désengagement de votre client envers sa thérapie?
- a. Insatisfaction face à l'ancien poste
 - b. Manque de support social du milieu
 - c. Absence ou diminution des possibilités d'avancement
 - d. Impossibilité de retourner à son ancien poste
16. Selon vous, y a-t-il des facteurs reliés au processus thérapeutique qui peuvent avoir contribué au désengagement de votre client(e) envers sa réadaptation?
- a. Ne perçoit pas ses progrès
 - b. Rencontre un plateau thérapeutique
 - c. L'équipe de soins implique peu le client dans son processus thérapeutique
 - d. Mauvaise communication avec les professionnels
 - e. Peu d'affinité avec un ou plusieurs membres de l'équipe de soins
 - f. Manque d'information par rapport aux interventions possibles
 - g. Faible compréhension du lien entre les modalités d'interventions choisies et les objectifs de la réadaptation
 - h. Peu d'intérêt envers les modalités d'intervention
17. Pouvez-vous nous décrire vos rapports avec votre client(e)?
18. Pouvez-vous nous décrire les rapports des autres professionnels avec votre client?
19. Pouvez-vous décrire vos impressions du soutien social dont bénéficiait votre client(e)?
- a. Soutien de la famille et des proches
 - b. Soutien du milieu de travail
20. Quelle a été votre réaction lorsque vous avez constaté le désengagement de votre client? Comment vous êtes-vous senti(e)?
21. Quelles ont été vos stratégies lorsque vous avez constaté le désengagement de votre client? Qu'est-ce qui vous a amené à utiliser cette stratégie?

- a. Encouragements
 - b. Conversations motivationnelles/entretien motivationnel
 - c. Refléter les forces/les progrès du client
 - d. Aider le client à formuler ses objectifs
 - e. Collaborer avec l'employeur pour la formulation des objectifs
 - f. Recadrer les attentes irréalistes du client vers des objectifs plus réalistes, mais motivants
 - g. Considérer le maintien de l'engagement comme un objectif en soi et l'aborder avec le client
 - h. Valorisation/Encouragements/renforcement
 - i. Conversations motivationnelles / Entretien motivationnel
 - j. Aborder les risques de désengagement en début de traitement et identifier les solutions advenant que celui-ci se produise
 - k. Collaborer avec l'employeur pour l'élaboration du plan d'intervention
 - l. Impliquer le client dans l'élaboration du plan d'intervention et tout au long du processus de réadaptation
 - m. Faire preuve d'écoute et d'empathie envers le client
 - n. Être disponible pour communiquer avec le client (faire preuve d'ouverture à la discussion et le montrer au client)
 - o. Informer le client des différentes interventions possibles
 - p. Expliquer le lien entre les modalités d'intervention et les objectifs de la réadaptation
 - q. Travailler dans le milieu de travail naturel du client
 - r. Varier les interventions (éviter la monotonie)
 - s. Autre
 - t. Aucune
22. Comment anticipez-vous l'efficacité des stratégies que vous avez utilisées?
23. Estimez-vous que vos stratégies ont été efficaces?
24. Y a-t-il d'autres stratégies que vous auriez pu utiliser?
25. La présence d'un tiers payeur influence-t-elle vos stratégies?
26. Croyez-vous qu'il y a une différence dans la sensibilité au désengagement entre les ergothérapeutes travaillant uniquement en santé physique et ceux qui font également de la santé mentale?

ANNEXE D
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Désengagement et abandon de la thérapie en réadaptation au travail des adultes ayant subi des lésions musculo-squelettiques : perception des ergothérapeutes

Chercheurs : Valérie Chatelois
Département d'ergothérapie

Organismes :

N° DU CERTIFICAT : CER-15-213-07.18


PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 02 juin 2015 au 02 juin 2016

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.


Maude Hébert

Présidente du comité


Fanny Longpré

Secrétaire du comité