



ARTICLE DE RECHERCHE

**HABILITER LES TRAVAILLEURS À LA PRÉVENTION :  
DESCRIPTION DES PRATIQUES DES ERGOTHÉRAPEUTES QUÉBÉCOIS  
VISANT LA MISE EN PLACE DES ANTÉCÉDENTS DU COMPORTEMENT  
PRÉVENTIF AU TRAVAIL**

**Alexandra Lecours<sup>1</sup>, Pierre-Yves Therriault<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Ergothérapeute, PhD, Professeure adjointe, Département de réadaptation, Chercheuse régulière, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, CIRRIIS, Université Laval, Québec, Canada*

<sup>2</sup> *Ergothérapeute, PhD, Professeur et Directeur du Département d'ergothérapie, Directeur du Laboratoire de recherche en ergologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada*

Adresse de contact : [alexandra.lecours@fmed.ulaval.ca](mailto:alexandra.lecours@fmed.ulaval.ca)

Reçu le 08.11.2017 – Accepté le 08.02.2019

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi : [10.13096/rfre.v5n1.97](https://doi.org/10.13096/rfre.v5n1.97)

ISSN : 2297-0533. URL : <https://www.rfre.org/>



## RÉSUMÉ

**Introduction.** Les ergothérapeutes détiennent une expertise unique pour habiliter les travailleurs à adopter des comportements de prévention. Or, leurs pratiques en cette matière sont encore peu documentées.

**Objectif.** Cette étude vise à décrire les pratiques des ergothérapeutes québécois quant à la mise en place des antécédents du comportement préventif chez leurs clients travailleurs.

**Méthode.** Selon un devis de recherche descriptif mixte, des entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de 13 ergothérapeutes œuvrant en santé au travail. En plus de décrire les pratiques concrètes des ergothérapeutes, les entrevues visaient à documenter l'importance, la fréquence et la pertinence accordées à chacun des antécédents dans le processus ergothérapique. Le contenu des entrevues a été analysé à l'aide d'analyses quantitatives simples et par une stratégie qualitative d'analyse de contenu.

**Résultats.** Les participants intègrent diverses pratiques soutenant la mise en place des neuf antécédents du comportement préventif.

**Discussion.** Il semble que les ergothérapeutes adoptent davantage de pratiques liées aux antécédents concernant la personne et l'occupation, qu'en ce qui a trait à l'environnement. De plus, les interventions actuelles se résument principalement à la sensibilisation et à la transmission d'information.

**Conclusion.** Il est espéré que les résultats de cette étude permettront aux ergothérapeutes d'avoir accès à des pistes d'interventions concrètes visant l'habilitation des travailleurs aux comportements de prévention, renforçant ainsi leur rôle dans ce champ de pratique émergent.

## MOTS-CLÉS

Comportement préventif au travail, Santé au travail, Prévention, Pratiques professionnelles

## ENABLING WORKERS TO PREVENTION : DESCRIPTION OF QUEBEC OCCUPATIONAL THERAPISTS' PRACTICES AIMING TO ESTABLISH THE ANTECEDENTS OF PREVENTIVE BEHAVIOURS AT WORK

### ABSTRACT

**Introduction.** Occupational therapists have a unique expertise in enabling workers to adopt prevention behaviours. However, their practices in this area have not been studied yet.

**Aim.** The aim of this study was to describe Quebec occupational therapists' practices related to the antecedents of preventive behaviours at work.

**Method.** According to a mixed descriptive research design, semi-structured interviews were conducted with 13 occupational therapists working in occupational health. Interviews were designed to document the importance, frequency, and relevance of each antecedent of preventive behaviours at work, as well as to describe the concrete occupational therapists' practices related to these antecedents. Interviews' content was analyzed using simple quantitative analyzes and a qualitative content analysis strategy.

**Results.** Results suggest that occupational therapists use a variety of practices supporting the development of the nine antecedents of preventive behaviours at work with their clients.

**Discussion.** Occupational therapists appear to adopt more practices about antecedents concerning the person and the occupation, as compared to those related to the environment. In addition, current interventions mainly focus on awareness and information sharing.

**Conclusion.** It is hoped that results of this study will provide occupational therapists with access to concrete interventions aimed at enabling workers to prevention behaviours, reinforcing their role in this emerging field of practice.

### KEYWORDS

Preventive behaviour at work, Occupational health, Prevention, Professional practices

## INTRODUCTION

Les écrits scientifiques reconnaissent que les ergothérapeutes occupent un rôle central en santé au travail, particulièrement en ce qui concerne la réadaptation des travailleurs accidentés (Bade & Eckert, 2008; Deen, Gibson, & Strong, 2002; Jundt & King, 1999; Kollee et al., 2013). Depuis quelques années, on constate que le rôle des ergothérapeutes dans ce domaine est appelé à s'élargir. En ce sens, ceux-ci sont invités à intégrer davantage d'interventions visant la prévention des atteintes à la santé dans leur pratique auprès des travailleurs (CAOT, 2015). En effet, la prévention des récurrences d'atteintes à la santé s'inscrit dans le champ d'exercice des ergothérapeutes (Code des professions du Québec, 2018). En ce sens, ils ont non seulement à accompagner les travailleurs ayant subi une atteinte à la santé vers un retour au travail, mais également à favoriser le maintien sain et durable en emploi en agissant sur la prévention des atteintes potentielles subséquentes. Selon certains écrits scientifiques, les ergothérapeutes détiennent une expertise unique pour soutenir le développement des comportements de prévention chez les travailleurs (Lecours & Therriault, 2017b). Puisque les comportements humains constituent un déterminant de la réussite en matière de prévention (Akselsson, Jacobsson, Bötjesson, Ek, & Enander, 2012; Cossette, 2013; Roy, Cadieux, Forter, & Leclerc, 2008; Simard & Marchand, 1994), habiliter les travailleurs ayant subi une atteinte à la santé à adopter des comportements de prévention est un objectif pertinent à poursuivre en réadaptation afin de promouvoir leur retour sain et durable en emploi.

### **Pratiques des ergothérapeutes en lien avec la prévention des atteintes à la santé au travail**

Les écrits scientifiques offrent une description des interventions réalisées pendant la réadaptation visant le retour au travail (p. ex. : évaluation des capacités de travail, analyse du travail, adaptation de l'environnement, développement des capacités) (Deen et al., 2002; Jacobs et al., 1992; Lysaght, 2004; McCluskey et al., 2005). Cependant, les écrits présentent peu d'information concernant les pratiques des ergothérapeutes qui visent l'habilitation de leurs clients aux comportements de prévention. Une étude menée auprès d'ergothérapeutes australiens a révélé que leurs principales interventions liées à la prévention étaient orientées vers l'éducation concernant la biomécanique, les techniques de manutention, l'aménagement du poste de travail et la prévention de l'épuisement professionnel (Deen et al., 2002). Les résultats d'un sondage américain abondent dans le même sens, mettant en lumière que les interventions de prévention prodiguées par les ergothérapeutes concernent l'éducation des travailleurs ou l'aménagement ergonomique de leur station de travail (Lysaght, 2004). D'autres auteurs, sur la base d'une méta-analyse examinant les résultats présentés dans 346 articles de recherche, rapportent que les pratiques des ergothérapeutes relatives à la prévention concernent l'éducation auprès des travailleurs et des employeurs, la gestion du stress et l'aménagement ergonomique (McCluskey et al., 2005).

De plus, les publications portant sur les pratiques des ergothérapeutes en santé au travail montrent que les interventions en lien avec la prévention sont plus limitées

que celles touchant le réentraînement ou la compensation<sup>1</sup> (Adam, Gibson, Lyle, & Strong, 2010). Cela pourrait être en lien avec la faible importance accordée à la valeur de la prévention par les ergothérapeutes. En effet, les résultats d'une étude menée auprès d'ergothérapeutes québécois indiquent que seulement 23 % d'entre eux considèrent la prévention comme une valeur professionnelle très importante (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2014). Puisque les valeurs influencent les pratiques professionnelles quotidiennes (Clair & Newcombe, 2014; Fondiller, Rosage, & Neuhaus, 1990; Jacobs & Simon, 2015), il semble que les interventions faites par les ergothérapeutes en rapport avec la prévention des atteintes à la santé au travail sont majoritairement de nature éducative ou liées à l'aménagement de l'environnement physique, ce qui n'est pas optimal pour permettre au client d'être engagé dans la prise en charge de sa santé ; d'être habilité aux comportements de prévention.

### **Habilitation des travailleurs aux comportements de prévention**

En ergothérapie, l'habilitation se définit comme une activité professionnelle visant à soutenir un client dans la mise en place d'actions, de stratégies, de comportements ou de moyens lui permettant de réaliser ses occupations de façon sécuritaire, efficace et satisfaisante (Townsend et al., 2013). L'habilitation requiert l'implication du client, son engagement et le pouvoir qu'il peut exercer sur ses occupations, dont fait partie le travail.

En ce sens, les écrits scientifiques concernant les interventions destinées aux travailleurs présentent différentes stratégies permettant aux personnes d'être engagées dans leurs apprentissages, notamment sur le plan des comportements. Tout d'abord, il est considéré que « l'on apprend en travaillant » ou que « l'activité s'accompagne d'un apprentissage » (Billett, 2001b; Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006). Ainsi, l'apprentissage au travers d'une expérience qui a du sens pour le travailleur semble être un élément à prendre en compte lors de la planification d'interventions visant l'habilitation aux comportements de prévention (Langevin, 2009). Des modalités comme l'enseignement contextualisé, la simulation du travail et la mise en situation sont à inclure dans la planification des interventions. Toutefois, Guillemette et Gauthier (2006), dans une analyse des écrits scientifiques en pédagogie de la formation pratique, soulignent que l'expérience à elle seule n'entraîne pas nécessairement un apprentissage (Guillemette & Gauthier, 2006). En effet, il appert que l'expérience doit s'accompagner d'une réflexion pour qu'un apprentissage se produise. En ce sens, il peut être intéressant d'intégrer des modalités comme l'autoévaluation ou le journal réflexif dans les interventions visant l'habilitation aux comportements de prévention. Burke et collaborateurs (2006) ont conduit une méta-analyse portant sur l'efficacité d'interventions éducatives visant la prévention des atteintes à la santé au travail à partir des résultats de 95 études quasi expérimentales (Burke et al., 2006). Les auteurs concluent que les interventions impliquant un engagement élevé de la part des apprenants seraient plus efficaces pour l'acquisition de connaissances, les changements de

---

<sup>1</sup> Le terme « compensation » réfère ici à la substitution d'une incapacité afin que la personne puisse réaliser son activité. Une telle compensation peut être effectuée à l'aide d'une aide technique par exemple.

comportements et la diminution des atteintes à la santé au travail, que des interventions qui requièrent un engagement moindre de la part des travailleurs. Afin d'assurer des interventions participatives qui stimulent l'engagement des travailleurs, des modalités comme l'identification des risques en ateliers, la résolution de situations complexes ou la pratique guidée sont à considérer.

Enfin, Denis et collaborateurs (2011), dans un rapport de recherche portant sur la formation à la prévention à l'intention des travailleurs, suggèrent que ces interventions devraient viser à ce que le travailleur « prenne la bonne décision » (et non qu'il « applique une recette ») en fonction de sa situation de travail et qu'il utilise les outils et ressources à sa disposition pour agir de façon préventive (Denis, 2011). Dans le même ordre d'idées, d'autres écrits soulignent que la philosophie qui sous-tend la planification d'interventions visant la prévention devrait amener à vouloir former des acteurs de prévention et non uniquement des exécutants de prescriptions (Chatigny, Cloutier, & Lefebvre, 2000; Laberge, Maceachen, & Calvet, 2014). Ces dernières recommandations de favoriser l'analyse, la réflexion et la compréhension des actions de la part des apprenants doivent être prises en compte dans la planification d'interventions destinées à habiliter les travailleurs aux comportements de prévention.

Par leur expertise, les ergothérapeutes ont la possibilité d'habiliter les travailleurs ayant subi une atteinte à la santé à adopter des comportements de prévention afin de soutenir un retour au travail sain et durable. Puisque les écrits scientifiques suggèrent l'utilisation de stratégies efficaces pour engager les travailleurs dans leurs apprentissages et les amener à changer leurs comportements, les ergothérapeutes auraient avantage à intégrer ces stratégies à leurs interventions de prévention. Mais le font-ils ? Actuellement, peu d'études permettent de décrire comment les ergothérapeutes soutiennent la mise en place des éléments requis pour habiliter les travailleurs aux comportements de prévention.

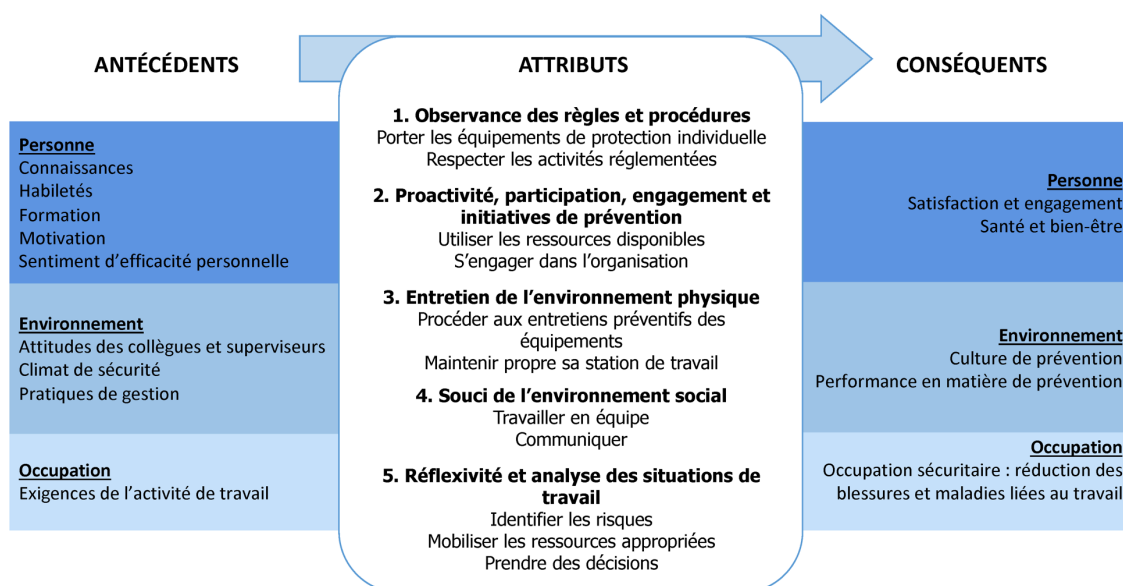
## Cadre conceptuel

Le comportement préventif au travail se définit par des actions concrètes que le travailleur peut adopter afin de protéger sa propre santé et sécurité, celle de ses collègues et contribuer à assurer un milieu sain et sécuritaire dans l'organisation (Lecours & Therriault, 2017b). Ces comportements se regroupent en cinq catégories, qui sont : 1) l'observance des règles et procédures (p. ex. : port du casque de sécurité ou respect des procédures de métier comme le cadenassage), 2) la participation, la proactivité, l'engagement et les initiatives de prévention (p. ex. : implication dans le comité de santé et sécurité de l'organisation ou suggestion de procédures pour améliorer la sécurité), 3) l'entretien de l'environnement physique (p. ex. : entretien préventif de ses équipements ou entretien ménager de son poste de travail), 4) le souci de l'environnement social (p. ex. : offrir de l'aide à un collègue ou l'aviser qu'un risque pour sa sécurité est présent), ainsi que 5) la réflexivité et l'analyse des situations de travail (p. ex. : identification des risques pour la santé ou la sécurité et prise d'une décision pour éviter de se mettre en danger).

De plus, les écrits concluent que différents antécédents, ou prérequis, doivent préalablement être mis en place dans le quotidien du travailleur afin que le comportement préventif puisse se manifester (Lecours & Therriault, 2017b). Ces antécédents

touchent à la fois le travailleur lui-même, l'occupation du travail et l'environnement de travail. Parmi les facteurs personnels, la formation à la prévention, les connaissances, les habiletés, le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que la motivation relativement à la prévention sont présentés comme des antécédents du comportement préventif au travail. Parmi les facteurs occupationnels, on note que l'activité de travail elle-même, avec ses exigences, caractéristiques et risques, influence le développement du comportement préventif. Enfin, parmi les facteurs environnementaux, on relève que les attitudes des collègues et superviseurs à l'égard de la prévention, le climat de sécurité<sup>2</sup> de même que les pratiques de gestion sont des facteurs importants pour le développement du comportement préventif des travailleurs. Ces antécédents sont des éléments essentiels à mettre en place pour habiller les travailleurs à adopter des comportements de prévention et les ergothérapeutes peuvent y jouer un rôle important.

**Figure 1 : Description des caractéristiques du comportement préventif au travail (adapté de Lecours et Therriault, 2017)**



La figure 1 présente les caractéristiques définissant le concept du comportement préventif au travail. Elle affiche l'ensemble des antécédents qui doivent d'abord être présents dans le quotidien du travailleur afin que ce dernier puisse actualiser les cinq attributs du comportement préventif. Cette figure présente également les conséquents qui résultent de l'adoption d'un comportement préventif au travail.

De récentes études portent à penser que le comportement préventif au travail est une cible d'intervention pertinente pour les ergothérapeutes (Lecours & Therriault, 2017a, 2017b). En effet, ces études suggèrent que les caractéristiques définissant le

<sup>2</sup> Le climat de sécurité se définit par la perception qu'a le travailleur de l'importance accordée à la prévention par l'organisation (Bronkhorst, 2015; Cigularov, Chen, & Rosecrance, 2010; Griffin & Neal, 2000; Hansez & Chmiel, 2010; Hofmann, Morgeson, & Gerras, 2003; Nahrgang, Morgeson, & Hofmann, 2011).

comportement préventif au travail sont soit liées à la personne, à l'occupation, à l'environnement ou encore à une combinaison de ces composantes (Lecours & Therriault, 2017b). Ceci s'accorde avec les postulats de l'ergothérapie qui stipulent que le rendement occupationnel est le résultat de l'interaction entre trois construits de base qui sont la personne, l'occupation et l'environnement (Law et al., 1996; Townsend & Polatajko, 2007). Les auteurs d'un article théorique portant sur le comportement préventif au travail considèrent que les ergothérapeutes détiennent l'expertise requise pour habiliter leurs clients à développer les caractéristiques du comportement préventif au travail (Lecours & Therriault, 2017b). Toutefois, aucune étude empirique n'a documenté comment les ergothérapeutes québécois soutiennent la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail, des éléments essentiels pour habiliter les travailleurs aux comportements de prévention. Ainsi, l'objectif de cette étude est de décrire les pratiques des ergothérapeutes visant la mise en place des antécédents du comportement préventif chez leurs clients travailleurs.

## MÉTHODES

La présente étude a été conduite selon un devis descriptif mixte, comprenant des approches qualitatives et quantitatives. Ce devis est particulièrement utile pour décrire les expériences de personnes en lien avec une situation (Sandelowski, 2000). Fortin et Gagnon (2016) précisent également que le devis descriptif est utile pour décrire un phénomène peu connu, comme c'est le cas pour le sujet de cette étude.

### Participants

Les participants à l'étude devaient satisfaire aux critères d'inclusion suivants : 1) avoir au moins une année de pratique comme ergothérapeute au Québec ; 2) parler et comprendre le français ; et 3) œuvrer dans le domaine de la santé au travail. Les participants ont été recrutés selon une méthode d'échantillonnage par choix raisonné (Fortin & Gagnon, 2016) et sélectionnés selon une stratégie d'échantillonnage à variation maximale (Patton, 2002). Ce faisant, les participants ont été choisis de façon à obtenir une diversité en termes de milieux de pratique, de genres, d'âges, d'années d'expérience et de niveaux d'éducation. Aucun des participants contactés n'a refusé de participer à l'étude.

### Procédure

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été conduites auprès des participants par un assistant de recherche expérimenté. Les entrevues avaient pour objectif d'obtenir de l'information sur les pratiques des ergothérapeutes visant à soutenir la mise en place des antécédents du comportement préventif auprès de leurs clients travailleurs. Afin de s'assurer que les représentations que les participants se font du comportement préventif au travail sont en accord avec la définition du concept présentée précédemment, des questions d'introduction (p. ex. : selon vous, qu'est-ce qu'un comportement préventif au travail ?) ont été posées. Les réponses à ces questions



d'introduction, présentées en détail dans un autre article (Lecours & Therriault, 2018), suggèrent que les participants ont des représentations du comportement préventif au travail qui s'accordent avec la définition du concept, mais qu'elles sont réductrices et incomplètes, ne tenant pas compte de l'entièreté des caractéristiques qui le définissent. De ce fait, chacun des antécédents du concept a été bien défini et expliqué aux participants afin de s'assurer d'une compréhension uniforme de tous les éléments abordés pendant l'entrevue. Ainsi, pour chacun des antécédents, les participants étaient d'abord invités à évaluer 1) l'importance de l'antécédent dans le processus ergothérapeutique, 2) la fréquence des pratiques visant la mise en place de l'antécédent, ainsi que 3) la pertinence de l'antécédent au regard du rôle de l'ergothérapeute. L'évaluation de ces variables a été menée à l'aide d'une échelle ordinale à sept niveaux<sup>3</sup> ayant été préalablement validée par deux ergothérapeutes et un chercheur en santé au travail.

Par la suite, les participants étaient invités à décrire leurs pratiques concernant chacun des antécédents. Le canevas d'entrevue a été validé par un prétest. Son contenu et sa clarté ont été validés par deux ergothérapeutes et un chercheur en santé au travail. Les entrevues ont duré entre 60 et 90 minutes et ont été enregistrées sur support audio. Après la onzième entrevue, les informations collectées auprès des participants commencent à se répéter, suggérant la saturation théorique (Corbin & Strauss, 2008). En effet, deux chercheurs prenaient connaissance du contenu des entrevues au fur et à mesure qu'elles avaient lieu. Après la onzième, aucune nouvelle information n'était plus identifiée. En raison de la spécificité du sujet d'étude, cela n'était pas inattendu. En effet, Guest, Bunce et Johnson (2006) indiquent que, pour des études qualitatives visant à décrire les expériences de personnes partageant une réalité similaire, des entrevues auprès de 12 participants sont généralement suffisantes pour atteindre la saturation. Pour cette raison, lorsque tous les participants initialement contactés pour les inviter à participer à l'étude eurent été rencontrés (n = 13), la collecte de données prit fin.

## Analyses

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives simples. Les analyses statistiques ont été menées avec le logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 23.0 (IBM Analytics, 2017). Pour les données qualitatives, une analyse de contenu a été conduite afin de faire émerger les principales catégories de pratiques des ergothérapeutes (Fortin & Gagnon, 2016). Le logiciel *QSR NVivo 10* a été utilisé en support aux analyses qualitatives (QSR International Pty Ltd, 2014). Afin d'améliorer la qualité des analyses, un second chercheur a vérifié les catégories retenues à partir des données brutes. La fidélité inter-évaluateurs a été vérifiée

---

<sup>3</sup> L'importance accordée à l'antécédent dans le processus ergothérapeutique a été évaluée sur une échelle ordinale à sept niveaux allant de « pas du tout important » à « totalement important ». La fréquence des pratiques liées à l'antécédent a été évaluée sur une échelle ordinale à sept niveaux allant de « jamais » à « toujours ». La pertinence de l'antécédent au regard du rôle de l'ergothérapeute a été évaluée sur une échelle ordinale à sept niveaux allant de « non pertinent » à « totalement pertinent ».

périodiquement pendant le processus d'analyse. Un accord inter-évaluateurs a été obtenu sur plus de 90 % des catégories retenues.

## Éthique

Les participants ont pris part à la recherche de façon libre et volontaire. Aucun incitatif financier n'a été offert. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CDERS-16-8-06.02).

## RÉSULTATS

Les analyses ont permis de générer deux types de résultats. Tout d'abord, une description des participants est présentée. Ensuite, les interventions des ergothérapeutes relatives à chacun des antécédents du comportement préventif au travail sont décrites.

### Description des participants

Treize ergothérapeutes ont été rencontrés en entrevue ; 11 femmes (84,6 %) et 2 hommes (15,4 %). L'âge moyen des participants est de  $32,5 \pm 8,0$  ans. Les participants avaient en moyenne  $6,8 \pm 7,1$  années d'expérience clinique au moment des entrevues. L'échantillon comprenait des participants œuvrant dans des milieux de pratique variés où sont offerts des services d'ergothérapie auprès de travailleurs. Le tableau 1 présente les caractéristiques descriptives des participants.

**Tableau 1 : Caractéristiques descriptives des participants (n = 13)**

Participant	Genre	Âge	Années d'expérience auprès de travailleurs	Scolarité	Milieu de pratique
1	F	50	22	Baccalauréat	Université
2	F	45	15	Maîtrise professionnelle	Université
3	F	28	3,5	Maîtrise professionnelle	Centre de réadaptation
4	F	29	5	Maîtrise de recherche en cours	Clinique externe
5	F	29	4	Doctorat en cours	Clinique privée
6	F	29	1	Baccalauréat	Centre de réadaptation
7	F	30	5	Baccalauréat	Centre de réadaptation
8	F	28	4,5	Baccalauréat	Centre de réadaptation
9	H	25	1,16	Maîtrise professionnelle	Clinique privée
10	H	34	4	Maîtrise professionnelle	Clinique privée
11	F	25	1,5	Maîtrise professionnelle	Clinique privée
12	F	28	3,5-4	Doctorat en cours	Clinique externe
13	F	42	19	Baccalauréat	Clinique privée

## Description des interventions visant la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail

L'analyse des données a permis de décrire le nombre de participants agissant sur chacun des antécédents du comportement préventif au travail dans le cadre du processus ergothérapeutique. De plus, l'étude a permis d'obtenir de l'information concernant 1) l'importance qu'accordent les participants aux différents antécédents dans leurs pratiques avec leurs clients travailleurs ; 2) la fréquence de réalisation de pratiques concernant chacun des antécédents ; ainsi que 3) la pertinence perçue de ces antécédents au regard du rôle de l'ergothérapeute. Enfin, les données d'entretiens permettent de décrire des pratiques concrètes utilisées par les participants afin de soutenir la mise en place de chacun des antécédents du comportement préventif. Les résultats sont présentés pour chacune des catégories d'antécédents, soient ceux liés à la personne, à l'occupation ainsi qu'à l'environnement.

### Antécédents en lien avec la personne

La description des résultats concernant l'importance, la fréquence et la pertinence des cinq antécédents du comportement préventif au travail liés à la personne est présentée dans le tableau 2.

**Tableau 2 : Description de l'importance, de la fréquence et de la pertinence des antécédents du comportement préventif au travail liés à la personne (n = 13)**

Antécédents	Participants abordant cet antécédent	Importance <i>Mdn</i> (min-max)	Fréquence <i>Mdn</i> (min-max)	Pertinence <i>Mdn</i> (min-max)
Connaissance	12	5,5 (3-7)	4 (4-7)	6 (5-7)
Compétences	11	5 (5-7)	6 (5-7)	6 (5-7)
Formation	1	5	3	4
Motivation	11	6 (3-6)	4 (2-5)	5 (3-6)
Sentiment d'efficacité personnelle	6	5 (4-6)	5 (4-6)	5,5 (3-7)

*Mdn* : médiane

La majorité des participants ont rapporté intervenir sur les *connaissances* en lien avec la prévention et ont indiqué que cet antécédent est très fortement pertinent au regard du rôle de l'ergothérapeute. Les participants ont mentionné tout d'abord évaluer le niveau de connaissances des clients en matière de prévention afin de connaître ce qu'ils savent déjà. Cet extrait de *verbatim* illustre cette idée : « Je ne sais pas toujours quelles connaissances le patient possède. Je regarde d'abord ce qu'il sait pour partir de ça et je vais lui donner des connaissances ou on va travailler sur des connaissances pour la prévention des blessures<sup>4</sup>. » Les enseignements de connaissances

<sup>4</sup> Les phrases inscrites entre guillemets ou placées en retrait correspondent à des extraits de *verbatim* recueillis lors des entretiens menés auprès des participants.

prodigués par les participants se font « sous forme de sensibilisation, de discussions et de questionnements ». D'autres participants ont rapporté utiliser « des mises en situation et des essais » pour soutenir les clients dans l'acquisition de connaissances.

Plusieurs participants ont rapporté intervenir sur les *compétences* en lien avec la prévention et ces derniers ont évalué que l'importance, la fréquence et la pertinence de cet antécédent étaient très élevées. Les participants ont rapporté agir sur les compétences à la fois en clinique, « via des mises en situation ou des simulations de tâches », et en milieu réel. Les propos de ce participant reflètent cette pratique : « On va le faire [agir sur les compétences] aussi par *coaching*. Ça, c'est plus en milieu de travail pour s'assurer que ce qu'on lui [le client] a montré, il va le faire et qu'il est compétent aussi dans sa façon de faire, qu'il ne le fait pas n'importe comment. »

Le troisième antécédent lié à la personne est la *formation* à la prévention. Un seul des participants a rapporté aborder cet antécédent avec ses clients, et il a dit le faire rarement. Ce participant rapporte agir sur la formation en questionnant l'employeur sur l'existence d'activités de formation pour le travailleur :

*Concernant la sécurité, c'est plus moi qui questionnais l'employeur sur : « Est-ce qu'il y a des formations nécessaires avant qu'il [le travailleur] ne retourne au travail ? » Parfois, c'est moi qui recommandais à l'employeur qu'il y ait quelque chose de fait concernant la formation.*

La *motivation* concernant la prévention est un antécédent du comportement préventif au travail considéré comme étant très fortement important par plusieurs participants dans leurs pratiques auprès des clients. Les participants expliquent qu'ils désirent augmenter la motivation de leurs clients en les sensibilisant à l'importance de la prévention. Les extraits de *verbatim* suivants illustrent cette idée :

*Eh bien, j'imagine qu'en nommant souvent que moi je trouve ça important et en les [les clients] faisant réfléchir, ça travaille leur motivation [...]. J'essaie juste de les sensibiliser que c'est important, mais ça ne va pas plus loin que ça.*

*Quand j'explique pourquoi il faut faire ça ou pourquoi on apprend telle technique ou pourquoi on doit travailler de cette manière-là, et bien j'explique que c'est pour éviter les blessures. [...] J'espère qu'il [le client] soit plus motivé à faire attention après ce que je lui ai enseigné.*

*Bien, de la motivation on n'enseigne pas ça. Il faut leur démontrer l'importance de s'attarder un peu à ça pour éviter des nouvelles blessures.*

Le dernier antécédent est le *sentiment d'efficacité personnelle* concernant les comportements de prévention. Près de la moitié des participants mentionnent aborder cet élément qu'ils considèrent fortement pertinent. Les participants rapportent que leurs pratiques concernant cet antécédent visent à faire réaliser au client qu'il a les capacités de travailler tout en évitant les blessures. Un participant explique qu'il aborde cet antécédent par la discussion et les questionnements afin de susciter la réflexion.

*C'est, encore là, de la discussion, mais aussi... disons qu'il [le client] fait des soulèvements de charges, on demande : « Te sens-tu prêt à le faire au travail ? Est-ce que c'est de cette façon-là que tu le fais ? Penses-tu que si tu le fais comme ça, tu vas te blesser ou pas ? » Souvent ils sont en mesure de le dire : « Je pense*

*que je le fais bien ici. Je fais du 50 livres ici, je le fais comme au travail, alors quand je vais arriver avec mon 50 livres au travail, ça va bien se faire aussi. »*

Un autre participant explique qu'il contribue au renforcement du sentiment d'efficacité personnelle de ses clients en les encourageant et en les félicitant pour leurs efforts.

*J'ai des clients qui prennent un plaisir ou un mal fou à travailler fort sur leurs techniques pour s'assurer qu'ils les font correctement. J'ai tendance à croire qu'ils sont conscientisés à la prévention des blessures futures et qu'ils en ressortent aussi un sentiment d'efficacité, un sentiment de pouvoir le faire. Je pense qu'on peut les supporter parce qu'on les encourage. Quand ils réussissent, on les félicite puis on les encourage à poursuivre.*

## Antécédents en lien avec l'occupation

La description des résultats concernant l'importance, la fréquence et la pertinence de l'antécédent du comportement préventif au travail lié à l'occupation est présentée dans le tableau 3.

**Tableau 3 : Description de l'importance, de la fréquence et de la pertinence de l'antécédent du comportement préventif au travail lié à l'occupation (n = 13)**

Antécédent	Participants abordant cet antécédent	Importance Mdn (min-max)	Fréquence Mdn (min-max)	Pertinence Mdn (min-max)
Exigences de l'activité	13	6 (4-7)	6 (4-7)	7 (4-7)

Mdn : médiane

L'ensemble des participants ont rapporté agir sur les *exigences de l'activité* et cet antécédent est considéré comme étant totalement pertinent au regard du rôle de l'ergothérapeute de même que très fortement important dans le processus ergothérapeutique. Les pratiques les plus mentionnées par les participants concernent l'évaluation des exigences de l'activité, de même que l'adaptation de l'activité. Concernant l'évaluation des exigences de l'activité, les participants rapportent « aller chercher la description des tâches avec le syndicat, l'employeur et le client » ou encore « utiliser des documents ». Plusieurs participants mentionnent qu'ils ont fréquemment à intervenir pour adapter l'activité. Ils agissent pour modifier l'activité à la fois par l'enseignement de stratégies compensatoires, par des changements à l'organisation du travail ou en intervenant sur l'environnement de travail. Les extraits suivants traitent des pratiques des participants concernant l'adaptation de l'activité.

*Est-ce qu'il y a des stratégies compensatoires pour que ça [la tâche de travail] soit moins exigeant ? Est-ce que, par exemple, il y a des aides techniques en milieu de travail qui pourraient être utilisées, que ce soit physique ou cognitif ? Si la tâche est trop exigeante, est-ce que l'aide, l'environnement de travail est flexible pour que ce soit fait autrement ?*

*On module les horaires de travail, diminue le nombre d'heures dans la journée pour reprendre de l'endurance progressivement, éviter l'épuisement. Ça en fait partie, de moduler les exigences de travail.*

*Si on procède à un changement de méthodes de travail, on peut réduire les exigences de l'emploi.*

## Antécédents en lien avec l'environnement

La description des résultats concernant l'importance, la fréquence et la pertinence des trois antécédents du comportement préventif au travail liés à l'environnement est présentée dans le tableau 4.

**Tableau 4 : Description de l'importance, de la fréquence et de la pertinence des antécédents du comportement préventif au travail liés à l'environnement (n = 13)**

Antécédents	Participants abordant cet antécédent	Importance Mdn (min-max)	Fréquence Mdn (min-max)	Pertinence Mdn (min-max)
Attitudes des collègues et superviseurs	8	5,5 (4-7)	5 (3-6)	5 (3-7)
Climat de sécurité	8	4 (3-6)	3,5 (3-6)	4,5 (3-7)
Pratiques de gestion	5	5 (3-7)	3 (3-4)	4 (3-5)

*Mdn* : Médiane

Plus de la moitié des participants ont rapporté agir souvent concernant les *attitudes des collègues et superviseurs* en lien avec la prévention. Certains participants ont précisé que leurs pratiques à cet égard visaient à susciter l'ouverture des membres de l'organisation de travail en lien avec la prévention. Pour ce faire, ils s'assuraient de bien informer les personnes concernées des conséquences des atteintes à la santé au travail en illustrant leurs propos avec la situation particulière de leur client. Un participant a expliqué qu'il « rencontre les collègues et les supérieurs pour expliquer la blessure, ce qui est arrivé, pourquoi il peut y avoir certains symptômes résiduels. Il faut informer les gens de la situation pour améliorer leur compréhension ». D'autres participants ont indiqué qu'ils aident leurs clients à ne pas se laisser atteindre par les attitudes négatives des autres en ce qui concerne la prévention. Ils amènent les clients à « lâcher prise » puisqu'ils ne peuvent pas « contrôler l'attitude des collègues ». Ils enseignent à leurs clients à « gérer leurs énergies » et à se concentrer sur ce qui compte. Enfin, d'autres participants ont rapporté aider leurs clients à s'affirmer et à se défendre face aux attitudes négatives que les autres peuvent avoir par rapport à leurs comportements de prévention. Un participant rapporte ainsi une situation vécue par une cliente et l'approche qu'il a adoptée :

*« Peux-tu venir m'aider à faire telle tâche ? Peux-tu... ? » La réponse est non ! Tu ne peux pas aller soulever ou transférer un bénéficiaire, tu es blessée au dos, tu n'as pas le droit. Oui, tu prends une pause encore après une heure parce que tu as de besoin de cette pause-là. Si tu n'as pas la tolérance pour faire une tâche, il faut que tu les [les collègues] informes. Cette personne-là a eu beaucoup de misère avec son retour au travail parce que justement elle était très influencée par ça [les attitudes des collègues envers ses comportements de prévention]. Elle était très touchée par ce que les gens lui disaient, malgré le fait qu'on a essayé de travailler ensemble là-dessus.*

Le deuxième antécédent du comportement préventif lié à l'environnement est le *climat de sécurité*. Huit participants ont mentionné intervenir sur cet antécédent

considéré comme modérément important dans le processus ergothérapeutique. Selon les participants, cet antécédent est surtout abordé sous forme d'entrevue, de discussion avec le client. Un participant explique que « c'est souvent par entrevue parce que si le client ne se sent pas en sécurité ou s'il se questionne par rapport à son milieu de travail et que ça l'empêche de retourner au travail, c'est sûr qu'on va l'aborder ». Un autre participant mentionne qu'il peut aborder cet antécédent avec le client lorsqu'il expérimente lui-même un sentiment d'insécurité lors d'une visite dans le milieu de travail du client.

*Quand moi je ne me sentais pas en sécurité, je le disais et je l'abordais et on se mettait à parler des éléments de sécurité. Parce que moi j'allais toujours sur le lieu [de travail], alors quand j'avais peur [...], on en discutait ensemble et on regardait ensemble quelles sont les mesures de sécurité qui existent pour faire en sorte qu'on se sente tous bien.*

Enfin, en plus de l'évaluation de cet antécédent, certains participants ont évoqué qu'ils intervenaient pour améliorer le climat de sécurité, en responsabilisant le client et en l'incitant à être actif pour améliorer la prévention dans son milieu de travail.

*Moi je les [les clients] informe que c'est au travailleur de se prendre en main [...] et à prendre position face à l'employeur si l'employeur demande des tâches qui ne semblent pas sécuritaires pour l'employé, de prendre ses responsabilités et de le dire. Donc son climat de sécurité, il ne l'aura pas via la prévention de l'employeur ou de l'organisation, mais via ses propres aptitudes.*

Finalement, peu de participants ont rapporté agir sur les *pratiques de gestion*. La pertinence accordée à cet antécédent au regard du rôle de l'ergothérapeute est modérée. Un participant disait toutefois qu'il lui arrive d'intervenir concernant les pratiques de gestion dans des situations particulières et qu'il s'allie alors aux autres intervenants concernés.

*On ne travaillera pas avec l'employeur... je n'irai pas dire à l'employeur qu'il gère mal ses affaires, mais c'est déjà arrivé qu'on ait fait des rencontres employeur, assureur, ergothérapeute et psychologue pour essayer de faire un genre de médiation. Mais moi, personnellement, je ne le prends pas juste sur mes épaules.*

## DISCUSSION

Cette étude visait à décrire les pratiques des ergothérapeutes en regard de la mise en place des antécédents du comportement préventif chez leurs clients travailleurs. De façon quantitative, les résultats ont permis de décrire l'importance accordée à chacun des antécédents dans leur pratique, la fréquence de leurs pratiques liées à ces antécédents et la pertinence perçue de ces antécédents au regard du rôle de l'ergothérapeute. De façon qualitative, les données collectées auprès des participants ont mené à la description concrète des pratiques des ergothérapeutes en lien avec les antécédents du comportement préventif. Selon nos résultats, les ergothérapeutes s'occupent moins des antécédents liés à l'environnement de travail que de ceux liés à la personne et à l'occupation. De plus, leurs pratiques actuelles se résument principalement à sensibiliser leurs clients et à transmettre de l'information concernant la prévention.

De façon intéressante, il ressort de cette étude que les pratiques des ergothérapeutes seraient davantage axées sur la mise en place des antécédents liés à la personne et à l'occupation, et moins de ceux liés à l'environnement. Voici quelques pistes de réflexion sur ce qui peut expliquer ces résultats.

Premièrement, les valeurs de l'approche centrée sur le client et de l'engagement occupationnel semblent être parmi les plus importantes pour les ergothérapeutes (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2014). Tandis que ces valeurs réfèrent à la personne et à l'occupation, aucune valeur professionnelle liée à l'environnement ne figure parmi les plus importantes pour les ergothérapeutes québécois, selon les travaux de Drolet et Désormeaux-Moreau (2014). En effet, des valeurs comme l'approche écologique, l'accessibilité universelle ou encore l'inclusion sociale sont considérées dans les écrits scientifiques comme étant des valeurs liées à la pratique de l'ergothérapie (Drolet, 2014), mais il semble qu'elles ne figurent pas parmi les plus importantes pour les ergothérapeutes, selon les résultats de cette étude menée auprès de 26 ergothérapeutes (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2014). Comme les valeurs influencent les pratiques professionnelles (Clair & Newcombe, 2014; Fondiller et al., 1990; Jacobs & Simon, 2015), cela pourrait expliquer le fait que les ergothérapeutes semblent intervenir de façon moindre sur l'environnement.

Un autre élément de réflexion concernant les résultats de l'étude réside dans la représentation qu'ont les ergothérapeutes du comportement préventif au travail. En effet, il appert que les ergothérapeutes ont des représentations réductrices du comportement préventif au travail qui ne tiennent pas compte de l'ensemble des caractéristiques formant sa définition (Lecours & Therriault, 2018). Ainsi, les ergothérapeutes se représentent le comportement préventif au travail comme étant soit un processus réflexif, soit une application de connaissances, soit une prescription, mais comme étant avant tout une responsabilité individuelle du travailleur et en y intégrant peu l'interaction avec l'environnement. Or, la Loi sur la santé et la sécurité du travail au Québec stipule que la prévention relève d'une responsabilité partagée entre le travailleur et l'organisation du travail (Éditeur officiel du Québec, 2017), reflétant ainsi la place fondamentale de l'environnement. Qui plus est, les écrits scientifiques dans le champ de la réadaptation au travail soulignent l'importance de l'organisation du travail pour le succès du retour sain et durable en emploi d'un travailleur ayant subi une atteinte à la santé (Désiron, de Rijk, Van Hoof, & Donceel, 2011; Durand, Corbière, Coutu, Reinharz, & Albert, 2014). En ce sens, les ergothérapeutes auraient avantage à intervenir plus sur les antécédents liés à l'environnement organisationnel, notamment en collaborant avec les organisations pour optimiser les attitudes envers la prévention, le climat de sécurité et les pratiques de gestion relatives à la prévention. Il est toutefois possible que plusieurs facteurs limitent la possibilité des ergothérapeutes d'intervenir sur ces éléments. L'un de ceux-ci pourrait être que les ergothérapeutes définissent mal leur rôle relativement à celui des autres acteurs impliqués dans le processus de retour et de maintien en emploi, comme l'employeur ou l'agent payeur, et que leur sentiment de compétence soit à construire dans ce champ de pratique émergent.



Une piste de solution pour améliorer cette collaboration entre les différents acteurs ayant un rôle à jouer en lien avec l'adoption des comportements de prévention par les travailleurs s'inspire des approches d'ergothérapie communautaire (Doll, 2010). Les organisations de travail peuvent en effet être considérées comme des micro-communautés où le contexte influence la capacité des personnes à s'engager dans des actions ou à adopter certains comportements. Ce faisant, l'utilisation d'interventions valorisée en ergothérapie communautaire comme l'approche participative (Fazio, 2008) ou l'approche centrée sur la communauté (Wittman & Velde, 2001) pourrait permettre aux ergothérapeutes d'utiliser leurs compétences pour améliorer les interventions faites en regard de l'environnement des travailleurs et ainsi mieux soutenir la mise en place des antécédents requis pour que ces derniers puissent adopter des comportements de prévention. Bien que ces approches favorisant l'implication des divers acteurs aient fait l'objet d'études dans le champ de la réadaptation (p. ex. : Lee, Heo, Oh, Kim, & Yoon, 2018; Span et al., 2018) et de la santé au travail (p. ex. : Ketelaar et al., 2017), il importe ainsi de poursuivre les travaux pour renforcer la place des ergothérapeutes au sein de cette avenue prometteuse.

Il serait pertinent que les ergothérapeutes investissent davantage l'environnement en ce qui concerne la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail. En accord avec le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada* (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012), les ergothérapeutes gagneraient à mieux exploiter leur rôle d'agents de changement et de collaborateurs et à agir pour faire en sorte que l'environnement de travail devienne un facteur facilitant l'habilitation des travailleurs à l'adoption du comportement préventif. L'utilisation de modalités actives concrètes pourrait permettre aux ergothérapeutes de mieux affirmer leur rôle.

En effet, les participants ont mentionné l'utilisation de quelques modalités actives pour soutenir la mise en place des antécédents du comportement préventif de leurs clients travailleurs, comme les simulations ou les mises en situation. Toutefois, il semble que dans la majorité des interventions réalisées, le travailleur ait un rôle passif, comme c'est le cas avec la transmission d'informations ou les encouragements. Il appert que les ergothérapeutes conçoivent mal que leur rôle puisse s'étendre au-delà de la sensibilisation ou de la discussion. Afin d'accroître la portée de leurs interventions, les ergothérapeutes gagneraient à intégrer davantage de modalités actives dans la mise en place des antécédents du comportement préventif. Par exemple, le développement des compétences de prévention pourrait se faire par l'analyse d'une situation de travail réelle ou la résolution d'une situation problématique. Le développement de la motivation ou du sentiment d'efficacité personnelle pourrait passer par l'utilisation d'un journal réflexif. Cette dernière modalité permet de susciter la prise de conscience nécessaire à un changement de comportement et d'impliquer le travailleur dans le processus de changement. Enfin, le jeu de rôle pourrait aussi être utilisé pour habiller le client à faire preuve de leadership en contribuant à changer les attitudes de ses collègues et superviseurs à l'égard de la prévention. Par le fait même, cela pourrait augmenter les interventions visant la mise en place des antécédents liés à l'environnement.

En somme, les ergothérapeutes soutiennent la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail avec leurs clients, mais la portée de leur rôle demeure principalement limitée à des interventions de sensibilisation. Des travaux permettant de définir concrètement le rôle des ergothérapeutes et les interventions à privilégier pour habiliter les travailleurs à adopter un comportement préventif au travail, dans l'optique de prévenir des lésions potentielles subséquentes lors du retour en emploi, méritent d'être menés. Les résultats de cette étude permettent une amorce de réflexion en ce sens ainsi que la suggestion de pistes d'action.

### Limites et forces de l'étude

Une limite à considérer dans l'interprétation des résultats de cette étude est le biais de désirabilité sociale. En effet, les résultats sont basés sur des données tirées d'entretiens et il est possible que les participants aient amplifié ou amélioré les pratiques de prévention qu'ils mènent avec leurs clients. L'observation directe des interventions ou la lecture des dossiers des clients auraient pu permettre de pallier cette limite. De plus, bien que des précautions aient été prises afin de s'assurer que les participants aient une compréhension juste de ce que sont les antécédents du comportement préventif, il est possible qu'un biais lié à la compréhension soit présent. En effet, les extraits de *verbatim* laissent croire que, pour certains participants, il était difficile de distinguer les interventions visant le retour au travail de celles qui visent à prévenir la récurrence d'une atteinte à la santé. Une prudence dans l'interprétation des résultats est donc requise.

L'une des forces principales de cette étude est la thématique émergente abordée qui permet de faire évoluer les pratiques des ergothérapeutes œuvrant en santé au travail. De plus, le souci de transparence dans la description de l'approche méthodologique, permettant la réplique de l'étude, est un signe de rigueur scientifique. En somme, en raison du caractère novateur et émergent du sujet de l'étude et du processus d'analyse rigoureux ayant permis l'atteinte de la saturation théorique, la portée des résultats obtenus demeure intéressante.

## CONCLUSION

Cette étude a permis une première description des pratiques des ergothérapeutes dans leur mission d'habiliter le client à adopter un comportement préventif au travail. En effet, même si d'autres études ont constaté que la prévention ne figurait pas parmi les valeurs professionnelles les plus importantes pour les ergothérapeutes (Drolet & Désormeaux-Moreau, 2014), il semble que ceux-ci intègrent tout de même à leurs pratiques quotidiennes des interventions visant la mise en place des antécédents du comportement préventif au travail. En ce sens, il est espéré que les résultats de cette étude permettront aux ergothérapeutes de réfléchir à leurs pratiques en santé au travail et à l'importance de leur rôle en matière d'habilitation des travailleurs aux comportements de prévention. Cette réflexion pourrait permettre de rehausser la place accordée à la prévention dans l'échelle de valeurs des ergothérapeutes et ainsi améliorer leurs pratiques relatives à la prévention au travail. Enfin, il est espéré que cette étude ouvre

la voie à d'autres travaux permettant de définir concrètement le rôle des ergothérapeutes en lien avec la prévention des atteintes à la santé des travailleurs et ce, en tenant compte des stratégies suggérées dans les écrits scientifiques. De plus, comprendre la portée des interventions ergothérapeutiques, par rapport à celles des autres acteurs impliqués, permettra des changements de pratique souhaitables pour rehausser la qualité des services offerts aux clients.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adam, K., Gibson, E., Lyle, A. et Strong, J. (2010). Development of roles for occupational therapists and physiotherapists in work related practice: An Australian perspective. *Work*, 36(3), 263. doi:10.3233/WOR-2010-1028
- Akselsson, R., Jacobsson, A., Bötjesson, M., Ek, Å. et Enander, A. (2012). Efficient and effective learning for safety from incidents. *Work*, 41, 3216-3222.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa: ACE.
- Bade, S. et Eckert, J. (2008). Occupational therapists' critical value in work rehabilitation and ergonomics. *Work*, 31(1), 101-111.
- Billett, S. (2001b). Learning in the circumstances of practice. *International Journal of Lifelong Education*, 33(5), 674-693. doi:10.1080/02601370.2014.908425
- Bronkhorst, B. (2015). Behaving safely under pressure: The effects of job demands, resources, and safety climate on employee physical and psychosocial safety behavior. *Journal of Safety Research*, 55, 63-72. doi:10.1016/j.jsr.2015.09.002
- Burke, M. J., Sarpy, S. A., Smith-Crowe, K., Chan-Serafin, S., Salvador, R. O. et Islam, G. (2006). Relative effectiveness of worker safety and health training methods. *American Journal of Public Health*, 96(2), 315.
- CAOT. (2015). *CAOT position statement: occupational therapy and workplace health*. Ottawa: Canadian association of occupational therapists.
- Chatigny, C., Cloutier, E. et Lefebvre, S. (2000). On-the-job mentoring in a machine shop: An important but imperfect experience for apprentices. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 2, 672.
- Cigularov, K. P., Chen, P. Y. et Rosecrance, J. (2010). The effects of error management climate and safety communication on safety: A multi-level study. *Accident, Analysis and Prevention*, 42(5), 1498-1506. doi:10.1016/j.aap.2010.01.003
- Clair, V. A. W.-S. et Newcombe, D. B. (2014). Values and ethics in practice-based decision making. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(3), 154-162. doi:10.1177/0008417414535083
- Code des professions du Québec. (2018). Fiches descriptives des ordres professionnels - Ergothérapeutes. Récupéré de <https://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels/liste-des-ordres/ordre/ergotherapeutes/>
- Corbin, J. M. et Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research* (3e éd.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, Inc.
- Cossette, R. (2013). Le comportement sécuritaire, un modèle qui pourrait rallier deux écoles de pensée. *Travail et Santé*, 29(1), 6-9.
- Deen, M., Gibson, L. et Strong, J. (2002). A survey of occupational therapy in Australian work practice. *Work*, 19(3), 219.
- Denis, D., Lortie, M., St-Vincent, M., Gonella, M., Plamondon, A., Delisle, A. et Tardif, J. (2011). *Programme de formation participative en manutention manuelle - Fondements théoriques et approche proposée*. Récupéré de <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/R-690.pdf>
- Désiron, H. A. M., de Rijk, A., Van Hoof, E., & Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 11, 615-615. doi:10.1186/1471-2458-11-615

- Doll, J. D. (2010). Chapter 1: Community practice in occupational therapy: what is it? --in-- Program development and grant writing in occupational therapy: making the connection. In J. D. Doll (Ed.), *Program development and grant writing in occupational therapy: making the connection* (pp. 1-32). London Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.
- Drolet, M.-J. (2014). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2014, Vol.21(1), p.2-10, 21(1), 2-10. doi:10.3109/11038128.2013.831118
- Drolet, M.-J. et Désormeaux-Moreau, M. (2014). Les valeurs des ergothérapeutes : résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*, 3, 21.
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work (Reading, Mass.)*, 48(4), 579. doi:10.3233/WOR-141914
- Éditeur officiel du Québec. (2017). *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Québec Récupéré de [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_2\\_1/S2\\_1.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html)
- Fazio, L. (2008). *Developing occupation-centered programs for the community* (3 ed.). Thorofare, NJ: Taylor & Francis.
- Fondiller, E. D., Rosage, L. J. et Neuhaus, B. E. (1990). Values influencing clinical reasoning in occupational therapy: An exploratory study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 10(1), 41-55. doi:10.1177/153944929001000105
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Griffin, M. A. et Neal, A. (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(3), 347-358.
- Guest, G., Bunce, A. et Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? *Field Methods*, 18(1), 59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
- Guillemette, F. et Gauthier, C. (2006). Approche par compétences (APC) et formation pratique : analyse documentaire et critique. *Brock Education*, 16(1), 112-133.
- Hansez, I. et Chmiel, N. (2010). Safety behavior: job demands, job resources, and perceived management commitment to safety. *J Occup Health Psychol*, 15(3), 267-278. doi:10.1037/a0019528
- Hofmann, D. A., Morgeson, F. P. et Gerras, S. J. (2003). Climate as a moderator of the relationship between leader-member exchange and content specific citizenship: Safety climate as an exemplar. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 170-178. doi:10.1037/0021-9010.88.1.170
- IBM Analytics. (2017). SPSS 25.0. Récupéré de <https://www.ibm.com>
- Jacobs, K., Bettencourt, C., Ellsworth, P., Lang, S., Levitan, C., Niemeyer, L. O., . . . Sutherland, R. C. (1992). Statement: occupational therapy services in work practice. *American journal of occupational therapy*, 46(12), 1086.
- Jacobs, K. et Simon, L. (2015). *Quick reference dictionary for occupational therapy* (6e éd.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Jundt, J. et King, P. (1999). Work rehabilitation programs: a 1997 survey. *Work*, 12(2), 139-144.
- Ketelaar, S. M., Schaafsma, F. G., Geldof, M. F., Kraaijeveld, R. A., Boot, C. R. L., Shaw, W. S., . . . Anema, J. R. (2017). Implementation of the Participatory Approach for Supervisors to Increase Self-Efficacy in Addressing Risk of Sick Leave of Employees: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(2), 247. doi:10.1007/s10926-016-9652-3
- Kollee, A., Ren, H., Lofgren, K., Saarloos, S., Slaven, K. et Shaw, L. (2013). Advancing occupational therapy in workplace health and well-being : a scoping review. Récupéré de <http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1225&context=drlynn>
- Laberge, M., Maceachen, E. et Calvet, B. (2014). Why are occupational health and safety training approaches not effective? Understanding young worker learning processes using an ergonomic lens. *Safety Science*, 68, 250-257. doi:10.1016/j.ssci.2014.04.012

- Langevin, L. (2009). Une expérience d'apprentissage significatif pour l'étudiant. In D. Bédard & J. Bécard (Eds.), *Innovier dans l'enseignement supérieur* (pp. 125-138). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: a transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2017a). Evaluation of occupational therapy workshops to prevent work-related injuries or illnesses among vocational students. *Journal of Occupational Therapy, Schools and Early Intervention*, 11(1), 60-76. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/19411243.2017.1393368>
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2017b). Preventive behavior at work - A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(4), 1-10. doi:10.1080/11038128.2016.1242649
- Lecours, A. et Therriault, P.-Y. (2018). Development of preventive behavior at work : description of occupational therapists' practice. *Work*, 61(3), 477-488. doi:10.3233/WOR-182811
- Lee, M., Heo, H.-H., Oh, S., Kim, E. et Yoon, B. (2018). Patient-centered evaluation of home-based rehabilitation developed using community-based participatory research approach for people with disabilities: a case series. *Disability and rehabilitation*, 40(2), 238. doi:10.1080/09638288.2016.1250121
- Lysaght, R. M. (2004). Approaches to worker rehabilitation by occupational and physical therapists in the United States: factors impacting practice. *Work*, 23(2), 139.
- McCluskey, A., Lovarini, M., Bennett, S., McKenna, K., Tooth, L. et Hoffmann, T. (2005). What evidence exists for work-related injury prevention and management? Analysis of an occupational therapy evidence database (OTseeker). *British Journal of Occupational Therapy*, 68(10), 447-456.
- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P. et Hofmann, D. A. (2011). Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 71-94. doi:10.1037/a0021484
- Pastré, P., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*(154), 145-198.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed. ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- QSR International Pty Ltd. (2014). QSR N'Vivo 10. Récupéré de <http://www.qsrinternational.com/>
- Roy, M., Cadieux, J., Forter, L. et Leclerc, L. (2008). *Validation d'un outil d'autodiagnostic et d'un modèle de progression de la mesure en santé et sécurité du travail*. Récupéré de Montréal: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-584.pdf>
- Sandelowski, M. (2000). Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Res Nurs Health*, 23(3), 246-255. doi:10.1002/1098-240X(200006)23:3<246::AID-NUR9>3.0.CO2-H
- Simard, M. et Marchand, A. (1994). The behaviour of first-line supervisors in accident prevention and effectiveness in occupational safety. *Safety Science*, 17(3), 169-185. doi:10.1016/0925-7535(94)90010-8
- Span, M., Hettinga, M., Groen-van de Ven, L., Jukema, J., Janssen, R., Vernooij-Dassen, M., . . . Smits, C. (2018). Involving people with dementia in developing an interactive web tool for shared decision-making: experiences with a participatory design approach. *Disability and rehabilitation*, 40(12), 1410. doi:10.1080/09638288.2017.1298162
- Townsend, E. et Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II : advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: CAOT.
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwana, M., Landry, J., . . . Brown, J. (2013). Habiller: la compétence primordiale en ergothérapie (N. Cantin, Trans.). In E. A. Townsend et H. J. Polatajko (Dir.), *Habiller à l'occupation* (2 éd., pp. 103-158). Ottawa, Canada: Association canadienne des ergothérapeutes.
- Wittman, P. P. et Velde, B. P. (2001). Occupational therapy in the community: What, why, and how. *Occupational therapy in health care*, 13(3-4), 1-5.