

Université de Sherbrooke

L'expérience des travailleurs ayant subi un traumatisme craniocérébral léger et de leur ergothérapeute en regard de l'influence d'un assureur sur le processus de réadaptation au travail

Par
Milène Bélanger-Douet
Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences de la santé

Longueuil, Québec, Canada
Septembre 2018

Membres du jury d'évaluation

Marie-Eve Lamontagne, Ph.D., professeure agrégée, membre du jury externe, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval

Isabelle Gaboury, Ph.D., professeure adjointe, membre du jury interne, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke

Marie-José Durand, Ph.D., professeure titulaire, directrice de recherche, École de Réadaptation, Université de Sherbrooke

Chantal Sylvain, Ph.D., professeure adjointe, directrice de recherche, École de réadaptation, Université de Sherbrooke

© Milène Bélanger-Douet, 2018

SOMMAIRE

L'expérience des travailleurs ayant subi un traumatisme craniocérébral léger et de leur ergothérapeute en regard de l'influence d'un assureur sur le processus de réadaptation au travail

Par Milène Bélanger-Douet

Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences de la santé.

Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec, Canada, J4K 0A8

Introduction : Suite à un traumatisme craniocérébral léger (TCCL), il est reconnu que 5 à 20% des personnes vont présenter des difficultés plus de six mois suivant leur accident, ce qui est susceptible d'affecter leur participation au travail. Un bon nombre d'entre elles nécessiteront des services de réadaptation au travail, processus qui inclut une multitude d'acteurs dont les travailleurs, les assureurs et les ergothérapeutes. Lorsque les incapacités persistent et sont associées à la présence d'un assureur dans la prise en charge d'une personne victime d'un TCCL, certains écrits ont rapporté une durée d'absence au travail prolongée. Les raisons expliquant cette association restent toutefois peu documentées.

Objectif : Mieux comprendre l'influence de l'assureur sur le processus de réadaptation au travail selon la perspective des travailleurs indemnisés post-TCCL et de leur ergothérapeute.

Méthodes : Un dispositif qualitatif-interprétatif a été utilisé avec un échantillonnage par choix raisonné de 8 dyades (travailleur-ergothérapeute). Un guide d'entrevue basé sur le cadre conceptuel de l'étude a été développé et pré-testé. Une entrevue individuelle semi-structurée a été réalisée avec les ergothérapeutes et les travailleurs 6 à 24 mois post-accident. Une analyse thématique par dyade a été complétée en utilisant un guide de codification mixte.

Résultats : Trois dimensions au contexte d'interactions avec un assureur sont mises en lumière : 1) la reconnaissance de la légitimité des plaintes des travailleurs, 2) la qualité des interactions et 3) l'accessibilité aux services appropriés. Les participants ont identifié plusieurs éléments dans ces dimensions comme favorables à la réadaptation, soit des connaissances de l'assureur jugées bonnes, la reconnaissance de la légitimité des plaintes des travailleurs, l'adoption de comportements positifs, une disponibilité de l'assureur et un accès perçu facilité aux services de santé. Seul le manque d'information transmise sur le fonctionnement du système d'assurance et la gestion difficile des documents écrits ont été jugés défavorables par les travailleurs. L'analyse combinée de ces facteurs a permis de distinguer la présence de patrons d'influences favorables, défavorables et négligeables sur la réadaptation au travail associées à la présence d'un assureur.

Conclusion : Les influences de l'assureur relevées dans cette étude sont en majorité positives, ce qui contraste avec d'autres travaux. Un contexte favorable, soit des ergothérapeutes spécialisés issus du régime public d'assurance maladie et habitués à collaborer avec les assureurs peut expliquer en partie cette distinction. C'est la première fois au Québec qu'une étude aborde la perspective de deux groupes d'acteurs distincts auprès de la population TCCL, ce qui offre des pistes de réflexion sur les facteurs susceptibles d'influencer la réadaptation au travail en présence d'un assureur.

Mots clés : Réadaptation au travail, assureurs, traumatisme craniocérébral léger

SUMMARY

The worker's experience following a mild traumatic brain injury and the role of their occupational therapist in regards to insurer's influence on the return to work process

By

Milène Bélanger-Douet
Health sciences Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction: Following a mild traumatic brain injury (MTBI), 5 to 20% of people will present difficulties more than six months following their accident, which could affect their work participation. A good number of those people will need occupational rehabilitation services, a process that includes a multitude of actors, such as workers, insurers and occupational therapists (OT). In occurrence of persistent disabilities and associated with the presence of an insurer during the management of a patient with MTBI, some literature reported an extended absence of work. The reasons behind this association are not well documented. **Objective:** To better understand insurer's influence on the return to work process after MTBI from the perspective of injured workers and their OT. **Method :** A descriptive qualitative interpretative approach was used with a purposive sampling of 8 dyads of worker-OT. An interview guide was developed and pre-tested. Semi-structured interviews were conducted with both the OT and the workers 6-24 months after the injury. A thematic analysis by dyads was completed using a mixed coding method. **Results:** Results showed three dimensions to the context of interaction with an insurer: 1) recognition of the worker's complaints legitimacy, 2) quality of the interactions and 3) accessibility to proper healthcare services. The participants identified many elements belonging to those dimensions as key to the evolution of return to work: good knowledge of MTBI by the insurer, a recognition of the link between MTBI, symptoms and occupational disabilities, adoption of positive behaviors, availability of the insurer and access to the health services required. The lack of knowledge about insurer's system and unclear written communications were the only elements that have been considered as unfavorable by workers. The combined analysis of those factors has enabled to distinguish the presence of favorable, unfavorable or negligible influence patterns on the occupational rehabilitation associated with the presence of an insurer. **Conclusion:** Insurer's influences were mainly positive, which contrast existing literature. A favorable context whereas specialised OT from the public health insurance system are used to collaborate with insurers could partly explain this distinction. It is the first time in Quebec that a study addresses the perspective of two distinct groups of actors, which offers a line of thoughts on factors that could influence the occupational rehabilitation in the presence of an insurer.

Keywords: Occupational rehabilitation, insurers, mild traumatic brain injury

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1: RECENSION DES ÉCRITS	3
1.1 Portrait du TCCL et de sa prise en charge dans le système de santé au Québec	3
1.1.1 Définition et épidémiologie du TCCL.....	3
1.1.2 Étiologie, facteurs de risque et coûts associés au TCCL.....	5
1.1.3 Organisation des services de santé au Québec pour le TCCL	6
1.2 Systèmes d'indemnisation pour les travailleurs québécois.....	7
1.3 Incapacités à long terme consécutives au TCCL	8
1.4 Influences exercées par l'assureur sur le processus de réadaptation au travail ...	10
1.4.1 Caractéristiques des études répertoriées.....	10
1.4.2 Interactions entre les acteurs susceptibles de nuire au processus de réadaptation au travail.....	12
1.4.3 Interactions entre les acteurs susceptibles de favoriser le processus de réadaptation au travail.....	16
1.4.4 Synthèse	17
1.5 Cadre conceptuel.....	18
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS DE RECHERCHE	20
CHAPITRE 3 : MÉTHODES DE RECHERCHE.....	21
3.1 Dispositif de recherche.....	21
3.2 Stratégie d'échantillonnage.....	21
3.2.1 Sélection du terrain de recherche.....	21
3.2.2 Sélection des participants	22
3.3 Recrutement des participants et déroulement de l'étude	24
3.4 Collecte de données	24
3.5 Analyse des données	25
3.5.1 Condensation des données.....	25
3.5.2 Présentation des données	26
3.5.3 Élaboration et vérifications des conclusions	27
3.6 Considérations éthiques	28
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	30

4.1	Description de l'échantillon	30
	Identifiant travailleur*	32
4.2	Contexte d'interactions en présence d'un assureur	33
4.2.1	<i>La reconnaissance par l'assureur de la légitimité des plaintes des travailleurs en lien avec le TCCL</i>	33
4.2.2	<i>Qualité des interactions entre l'assureur, le travailleur et l'ergothérapeute</i> 35	
4.2.3	<i>Accessibilité aux professionnels de la santé et aux traitements/évaluations appropriés en présence d'un assureur</i>	43
4.3	Facteurs perçus influencer le processus de réadaptation au travail en présence d'un assureur	45
4.3.1	<i>Influences favorables sur le processus de réadaptation au travail</i>	45
4.3.2	<i>Influences défavorables sur le processus de réadaptation au travail</i>	46
4.3.3	<i>Influences variables sur le processus de réadaptation au travail</i>	48
4.4	Patrons émergents d'influences exercées par l'assureur durant le processus de réadaptation au travail	48
4.4.1	<i>Patron d'influences majoritairement favorables</i>	49
4.4.2	<i>Patron d'influences majoritairement défavorables</i>	50
4.4.3	<i>Patron d'influences négligeables</i>	51
	CHAPITRE 5 - DISCUSSION	54
5.1	Principaux constats de l'étude.....	54
5.2	Forces et limites de l'étude	60
5.2.1	<i>La rigueur scientifique</i>	61
5.2.2	<i>Limites de l'étude</i>	62
5.3	Contributions théoriques et pratiques de l'étude.....	63
5.4	Pistes de recherche futures	65
	CONCLUSION.....	67
	LISTE DES RÉFÉRENCES.....	69
	ANNEXE 1	73
	<i>Annexe 1 : Formulaire de consentement</i>	73
	<i>Annexe 2 : Guides d'entrevue</i>	83
	<i>Annexe 3 : Grille de codification</i>	91
	<i>Annexe 4 : Matrice de l'objectif spécifique 1</i>	99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon des travailleurs	29
Tableau 2 : Résumé des facteurs perçus exercer une influence favorable sur le processus de réadaptation au travail en présence d'un assureur	43
Tableau 3 : Résumé des facteurs perçus exercer une influence défavorable sur le processus de réadaptation au travail en présence d'un assureur	45

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cadre conceptuel de l'étude	18
Figure 2 : Patron d'influences favorables sur le processus de réadaptation au travail documentées chez cinq travailleurs et leur ergothérapeute en présence d'un assureur	47
Figure 3 : Patron d'influences majoritairement négatives documentées chez un travailleur en présence d'un assureur	48
Figure 4 : Patron d'influences négligeables documentées chez deux travailleurs en présence d'un assureur	50

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CER	Comité d'éthique de la recherche
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)
CR	Centre de réadaptation
FMSS	Faculté de médecine et des sciences de la santé
IRDPO	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAAT	Régime d'assurance pour les accidentés du travail
RAAR	Régime d'assurance pour les accidentés de la route
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
TMS	Trouble musculosquelettique

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait jamais vu le jour sans le soutien constant de mes directrices de recherche. Marie-José et Chantal, je suis infiniment reconnaissante du temps précieux que vous m'avez consacré, autant durant nos rencontres « officielles », que celles plus informelles. Merci pour les nombreuses rétroactions plus pertinentes les unes que les autres. Votre disponibilité durant ces deux dernières années et la rapidité à répondre à chacun de mes questionnements, les plus importants comme les plus anodins, n'ont cessé de m'épater. Chantal, je ne peux qu'admirer ta rigueur, le caractère constructif de chacun des commentaires, ton côté sensible et ton écoute hors du commun. Merci de m'avoir encouragé tout au long de cette aventure à faire de moi une « *finisher* », lentement, mais sûrement! Marie-José, ton regard d'expert, ton bagage de connaissances impressionnant, ta façon de trouver le mot juste à toutes les situations, ton humour « pince sans rire » et ton côté tout aussi humain et sensible que Chantal ont contribué à rendre cette expérience agréable et extrêmement enrichissante.

Je tiens également à apporter un remerciement particulier aux travailleurs et aux ergothérapeutes qui ont généreusement accepté de partager leur temps et leur expérience, sans qui le projet n'aurait pu avoir lieu. Une mention spéciale à Marie-Ève Cantin, ergothérapeute et agente de planification au centre de réadaptation dans lequel la collecte des données a été réalisée, qui a été une ressource extraordinaire et qui a permis de faciliter les échanges entre l'équipe de recherche et le centre de réadaptation.

Je tiens aussi remercier la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J. Armand Bombardier, Pratt & Whitney Canada), l'Institut de recherche Robert-Sauvé en Santé et sécurité du travail (IRSST), la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université Sherbrooke et la Caisse Populaire Desjardins pour leur soutien financier durant mon parcours académique. J'aimerais également remercier l'ensemble du personnel et étudiants du Centre d'Action en Prévention et Réadaptation de l'Incapacité au Travail (CAPRIT) et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne pour la richesse des échanges et le climat particulièrement agréable dans lequel j'ai eu la chance d'évoluer.

Je ne peux terminer sans prendre le temps de remercier ma famille et amis pour leur soutien et encouragements tout au long de mon parcours. Un merci tout spécial à mon conjoint, Louis-Vincent, qui a su trouver les bons mots pour m'épauler à toutes les étapes de cette expérience et qui a su régler tous les petits « pépins informatiques ».

INTRODUCTION

Le travail représente une occupation majeure de l'individu à l'âge adulte. Il requiert un équilibre entre les capacités de la personne et les exigences physiques, mentales et sociales de son environnement (Kielhofner, 1995). Chaque année, un nombre important d'adultes se trouve dans l'impossibilité de réaliser leurs habitudes de vie, dont le travail. Le traumatisme craniocérébral (TCC), en particulier le traumatisme craniocérébral léger (TCCL) en est l'une des causes. À lui seul, il représente 70 à 90 % des cas de TCC. Il survient en grande partie suite à un accident du travail ou de la route et arrive tôt dans la vie des travailleurs puisqu'il touche majoritairement les jeunes adultes (Cancelliere *et al.*, 2014).

Bien que le temps de récupération attendu d'un TCCL soit de moins de six mois, 5 à 20 % des personnes vont présenter des symptômes persistants et des déficits fonctionnels à plus long terme (Cancelliere *et al.*, 2015). Lorsque les individus concernés sont des travailleurs, ces derniers sont plus à risque de se retrouver en absence prolongée au travail engendrant des coûts importants sur les plans humain, sociétal et financier (Cancelliere *et al.*, 2015). Les ergothérapeutes constituent des professionnels de la santé jouant un rôle clé quand des services de réadaptation au travail sont requis. Ils sont généralement impliqués durant l'ensemble du processus et collaborent régulièrement avec les différents acteurs impliqués afin de coordonner et faciliter le retour au travail.

Selon Carroll *et al.* (2004), ce sont les facteurs externes à la sévérité du traumatisme qui expliqueraient le mieux l'incapacité à long terme parmi l'ensemble des facteurs prédictifs connus. Ce constat est cohérent avec le paradigme d'incapacité au travail décrit par Loisel *et al.* (2001). Ce dernier reconnaît que l'incapacité au travail d'une personne est la résultante d'interactions entre quatre systèmes : personnel, de l'entreprise, de santé ainsi que législatif et d'assurance. En accord avec ce paradigme, les raisons expliquant l'incapacité au travail prolongée seraient directement en lien avec l'influence d'un ensemble d'acteurs et de systèmes (Carroll *et al.*, 2014 ; Cassidy *et al.*, 2014). Dans le cas du TCCL, les différents facteurs expliquant l'absence prolongée au travail ne font pas consensus, mais plusieurs écrits suggèrent que la présence d'un assureur est associée à la

persistance de difficultés à long terme (Binder et Rohling, 1996 ; Carroll *et al.*, 2004 ; Cassidy *et al.*, 2014). Selon ces mêmes auteurs, ce lien connu affecterait à la hausse la durée d'absence au travail. Toutefois, peu d'écrits se sont attardés à comprendre les raisons expliquant cette association. À notre connaissance, une seule étude ontarienne, réalisée auprès de travailleurs indemnisés pour un TCCL suite à un accident de travail, a abordé le processus de réadaptation au travail en présence d'un assureur, et ce, selon la perspective des travailleurs (Mansfield *et al.*, 2015). De plus, aucun auteur n'a décrit les perspectives de plusieurs groupes d'acteurs impliqués lors du processus de réadaptation au travail suivant un TCCL. Seules deux revues systématiques d'articles qualitatifs se sont intéressées aux perspectives des travailleurs et des professionnels de la santé durant leurs interactions en présence d'un assureur tout au long du processus de réadaptation au travail, mais pour une population présentant principalement des troubles musculosquelettiques (Kilgour *et al.*, 2015a ; 2015b). Bien qu'intéressants, ces écrits ne sont pas parfaitement transposables aux particularités du contexte québécois, puisqu'ils impliquent plusieurs systèmes d'assurance dont leur mode de fonctionnement et les cadres législatifs et réglementaires dans lesquels ils évoluent sont distincts. De plus, l'étude de Mansfield *et al.* (2015) avait comme population d'intérêt des travailleurs ayant subi un TCCL. Ainsi, il apparaît important d'aller mieux comprendre l'influence exercée par l'assureur sur le processus de réadaptation au travail dans le contexte québécois en s'intéressant au point de vue des acteurs directement touchés par le phénomène soit en priorité les travailleurs et les ergothérapeutes.

Ce mémoire se compose de cinq chapitres distincts. Les deux premiers chapitres consistent respectivement en la présentation de la recension des écrits et des objectifs de recherche. Ensuite, les méthodes de recherche utilisées et les résultats sont présentés dans deux chapitres différents. Le mémoire se poursuit par le chapitre de la discussion qui inclut les principaux constats de recherche, une description des forces et limites et les principales contributions de l'étude, pour se terminer par une brève conclusion.

CHAPITRE 1: RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présentera l'état des connaissances sur l'influence exercée par l'assureur durant le processus de réadaptation à la suite d'un TCCL. Il abordera les thèmes suivants : 1) portrait du TCCL et de sa prise en charge dans le système de santé au Québec, 2) incapacités à long terme consécutives au TCCL, et 3) influences exercées par l'assureur sur le processus de réadaptation au travail.

Afin d'y parvenir, une recension des écrits des articles parus entre 1995 et 2018 a été effectuée dans les banques de données Pubmed, CINAHL, PsyINFO, EMBASE et Érudit (en français). Des combinaisons de mots clés, de synonymes et de « MeSH term » en lien avec les grands thèmes de l'étude ont été effectuées. Après avoir sélectionné les articles pertinents à l'étude, une attention particulière a été portée sur les différents cadres conceptuels utilisés afin de déterminer si l'un des cadres pouvait servir de base à notre projet de recherche. Ces étapes ont été validées par la bibliothécaire de l'Université afin de s'assurer de la stratégie et des termes utilisés. Les listes de références des articles retenus ont également été consultées afin de sélectionner d'autres articles d'intérêts potentiels. Finalement, une recherche documentaire a été effectuée dans la littérature grise, dans les sites internet officiels de différents organismes tels ceux des assureurs parapublics de l'étude et dans les mémoires et thèses en lien avec le phénomène à l'étude.

1.1 Portrait du TCCL et de sa prise en charge dans le système de santé au Québec

1.1.1 Définition et épidémiologie du TCCL

Le traumatisme craniocérébral (TCC) se définit comme une atteinte cérébrale aiguë, résultant d'un transfert d'énergie d'une source externe à la tête. Un coup porté à la tête en est un exemple (Kristman *et al.*, 2014). Il est classifié selon le niveau de sévérité de l'atteinte (léger, modéré, sévère). Plus spécifiquement, les TCCL représentent 70 à 90 % de l'ensemble des TCC (Carroll *et al.*, 2014). L'incidence du TCCL chez les personnes nécessitant une hospitalisation varie entre 100 et 300/100 000 habitants annuellement (Carroll *et al.*, 2014). Or, ces données ne sont pas représentatives de l'incidence réelle du TCCL, car un nombre important de personnes ne sont pas hospitalisées suite à un TCCL et

par conséquent, leur survenue n'est pas comptabilisée (Laker, 2011). L'incidence réelle au Canada serait ainsi supérieure à 600/100 000 habitants par année (Cancelliere *et al.*, 2014).

Le diagnostic de TCCL repose sur l'observation de symptômes établis selon l'objectivation d'au moins une des conditions suivantes : période d'altération de l'état de conscience, perte de conscience de moins de 30 minutes, amnésie post-traumatique de moins de 24 heures et tout autre signe neurologique transitoire tel qu'un signe neurologique localisé, une convulsion ou une lésion intracrânienne ne nécessitant pas de recours chirurgical (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005). La personne doit également présenter un résultat variant entre 13 et 15 sur l'échelle de Glasgow (échelle d'appréciation globale de l'état neurologique) 30 minutes et plus suivant l'accident lors de l'admission à l'urgence (Cassidy, 2004 ; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2011).

Malgré l'existence de critères bien définis, des difficultés pour émettre le diagnostic de TCCL persistent. D'un point de vue médical, il peut s'avérer compliqué de faire la distinction entre : 1) un TCCL et un simple choc à la tête sans modification de l'état de conscience, et 2) un TCCL léger qui devrait plutôt être considéré comme modéré (Cassidy *et al.*, 2014 ; Fayol *et al.*, 2009). L'évaluation initiale demeure difficile, car elle est réalisée à postériori par l'équipe médicale, ce qui est susceptible d'occasionner des données utilisées pour faire l'évaluation qui ne sont pas toujours fiables ou parfois manquantes en raison du caractère subjectif de ces dernières et des troubles cognitifs et mnésiques potentiels liés au traumatisme (Fayol *et al.*, 2009). De plus, la définition actuelle ne tient pas compte des diverses manifestations cliniques susceptibles d'apparaître lors de la phase aiguë (0-3 mois) et qui se résorbent généralement à l'intérieur d'une année. Ces manifestations peuvent inclure : céphalées, fatigue, étourdissements, troubles de vision, difficultés à dormir et problèmes d'attention, de mémoire et de vitesse de traitement de l'information (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005). En présence d'un diagnostic de TCCL et de plaintes subjectives rapportées quant à la présence de certaines de ces manifestations, le diagnostic de syndrome postcommotionnel est souvent émis. Ce terme largement utilisé tend toutefois de plus en plus à disparaître puisque l'étiologie des manifestations subjectives mentionnées n'est pas exclusivement expliquée par la survenue d'un TCC (Cassidy *et al.*, 2014 ; Fayol *et al.*, 2009). À cet effet, le *Task Force* sur le TCCL

piloté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique que ces manifestations cliniques sont sujettes à se retrouver dans les stades aigus de d'autres conditions de santé telles que la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, etc. Le *Task Force* recommande ainsi d'évaluer les manifestations rapportées suivant un TCCL en tenant en compte l'ensemble des facteurs psychosociaux afin de ne pas attribuer automatiquement les manifestations rapportées au TCCL (Cassidy, 2004). Ainsi, établir le diagnostic de TCCL et faire la distinction entre les manifestations cliniques découlant du TCCL de toutes les autres causes potentielles pouvant les expliquer représente un défi de taille pour l'ensemble des professionnels de la santé.

1.1.2 Étiologie, facteurs de risque et coûts associés au TCCL

Le TCCL peut être causé par un accident de la route, une chute, un accident de travail, la pratique d'un sport ou une agression physique (Cancelliere *et al.*, 2014). Au Québec, lorsque le TCCL résulte d'un accident de travail, les personnes accidentées se trouvent dans divers secteurs d'emploi dont les trois principaux sont les secteurs de la fabrication (19,6%), du commerce de détail (12,3%) et des soins de santé et assistance sociale (12,2%) (Busque, 2015). Au regard des caractéristiques sociodémographiques, il est reconnu que le TCCL touche plus d'hommes que de femmes et est plus courant chez les adolescents et les jeunes adultes (Cancelliere *et al.*, 2015). Quant aux coûts associés au TCCL, ils sont estimés aux États-Unis à 26 milliards de dollars annuellement, incluant les coûts directs et indirects. À notre connaissance, aucune étude n'a estimé les coûts monétaires associés au TCCL au Canada. Il est cependant attendu que ces coûts sont appelés à croître puisqu'en Ontario, l'assureur parapublic Workplace Safety and Insurance Board (WSIB) a vu son nombre de réclamations plus que doubler de 2004 à 2013, passant de 629 à 1299 réclamations (Mansfield *et al.*, 2015). À l'échelle québécoise, entre 2007 et 2012, 8,3% des travailleurs ayant subi un TCCL ont nécessité un transfert en réadaptation et ont reçu, en moyenne, 530 jours d'indemnités pour compenser le temps d'absence au travail (Busque, 2015). Bien qu'une faible proportion de tous les cas répertoriés de TCCL nécessite un suivi en réadaptation, les coûts engendrés sont toutefois extrêmement élevés puisque ces personnes percevront des indemnités sur une longue période de temps et seront à risque de se retrouver en absence au travail prolongée ou de ne pas être en mesure de reprendre leur emploi (Chang *et al.*, 2011). En plus de l'aspect financier, des coûts humains

s'ajoutent en raison de l'impact du TCCL sur le fonctionnement de la personne au niveau des sphères sociales, professionnelles et de loisirs.

1.1.3 Organisation des services de santé au Québec pour le TCCL

L'organisation des services offerts à la clientèle TCCL a fait l'objet d'une attention particulière ces dernières années en raison des disparités interrégionales observées. À cet effet, des orientations ministérielles ont été émises en 2005 afin d'optimiser l'offre de services. L'objectif de cette publication ministérielle était de clarifier les besoins spécifiques de cette population et de baliser l'organisation des services pour chacune des régions du Québec (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005). Depuis décembre 2011, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a révisé les algorithmes décisionnels proposés par les orientations ministérielles de 2005-2010 sur la gestion du risque de complications neurologiques graves suivant un TCCL (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2011). Présentement, il est attendu que l'ensemble des partenaires impliqués dans la trajectoire de services respecte les orientations provinciales et régionales, ce qui inclut l'utilisation des algorithmes proposés par l'INESSS. Selon cet algorithme, le médecin doit poser le diagnostic de TCCL en utilisant les critères émis par les orientations ministérielles de 2005-2010, puis veiller à l'évaluation des facteurs de risques de complications médicale graves à court terme. En présence de facteurs de risques ou d'une ou plusieurs lésions significatives, les personnes concernées sont transférées vers le centre de neurotraumatologie du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) auquel ils appartiennent. Ensuite, l'algorithme de l'INESSS suggère de se référer aux différents plans régionaux spécifiques de l'organisation de services pour les TCCL (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2011). Lorsque ces personnes présentent un pronostic de récupération défavorable, elles requièrent des interventions multidisciplinaires et spécialisées en réadaptation et sont ainsi orientées vers le centre de réadaptation (CR) de leur région.

Il existerait toutefois des écarts importants entre les rôles confiés à chacun des partenaires tout au long du processus de prise en charge à la suite d'un TCCL, maintenant la disparité des services entre les régions (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2013). Dans certaines régions, les établissements de

première ligne ont le mandat de réaliser les interventions précoces alors que des Centres de réadaptation ont ce même mandat en plus de celui d'offrir des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale dans d'autres régions (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2013). Les lignes directrices prescrites par les orientations ministérielles sont ainsi susceptibles d'être suivies différemment en fonction des régions et des contextes. Selon les établissements, les critères d'admissibilité des personnes présentant un TCCL avec incapacités persistantes ne sont pas toujours les mêmes. La participation de chacun des acteurs impliqués dans la référence à des services spécialisés de réadaptation (équipe médicale et de professionnels de la santé attirés au dépistage et aux suivis, assureurs impliqués) est elle aussi susceptible de diverger (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2013). Lorsque des services de réadaptation sont requis, les équipes sont formées de différents professionnels de la santé, dont des ergothérapeutes. Ces derniers exercent un rôle clé auprès des travailleurs et de leurs accompagnants généralement durant tout le processus de réadaptation au travail. Ils sont également les professionnels collaborant de près avec les assureurs, les employeurs et les autres membres de l'équipe de réadaptation pour coordonner les différentes étapes du retour au travail.

1.2 Systèmes d'indemnisation pour les travailleurs québécois

Il existe au Québec deux principaux assureurs parapublics québécois, soit un régime d'assurance pour les accidentés du travail (RAAT) et un régime d'assurance pour les accidentés de la route (RAAR). Ces assureurs ne suivraient pas toujours l'organisation des services recommandés pour la prise en charge de la population TCCL présentant un pronostic de récupération défavorable, et n'orienterait donc pas toujours les travailleurs vers le centre de réadaptation régional. Dans certains cas, ils réfèreraient directement les clients en clinique de réadaptation privée dont le contexte de pratique et d'accès se distingue par une offre de service tributaire au financement accordé par ces deux assureurs parapublics (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2013). Le terme « parapublic » fait référence au type de financement reçu par ces organisations. En effet, les deux principales sources de financement sont les revenus

provenant des cotisations des employeurs pour le RAAT et des contributions d'assurance perçues au moment de l'immatriculation d'un véhicule et de la délivrance ou du renouvellement d'un permis de conduire pour le RAAR. Ces deux sources de financement sont combinées pour ces deux assureurs aux revenus de placements résultant de la gestion des fonds publics confiés à la Caisse de dépôt et placement du Québec (CDPQ) (Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail, 2016 ; Société de l'assurance automobile du Québec, 2014). Outre la population différente desservie, la principale distinction entre ces deux assureurs réside selon Lippel et Lotters (2013) dans leurs incitatifs financiers, légaux et règlementaires. Dans le RAAT, les cotisations versées par les employeurs et les pénalités financières susceptibles d'augmenter ces cotisations s'ils décident de ne pas reprendre ou accommoder un travailleur durant la période de réintégration au travail ont pour résultante d'inciter fortement les employeurs à participer et à s'impliquer durant le processus de réadaptation au travail (Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail, 2016) Dans le RAAR, les assureurs se doivent d'offrir des mesures de réadaptation aux personnes accidentées, mais les moyens utilisés sont à la discrétion de l'assureur. Les incitatifs financiers pour l'employeur à accommoder et à reprendre le travailleur ne sont également pas aussi importants dans ce régime selon Lippel et Lotters (2013).

1.3 Incapacités à long terme consécutives au TCCL

Il est attendu que 5 à 20% des personnes présenteront des symptômes persistants susceptibles d'altérer leur fonctionnement (ex. : fatigue, irritabilité, difficulté à dormir, étourdissements, etc.) une à deux années suivant la survenue d'un TCCL (Cancelliere *et al.*, 2014 ; Cassidy *et al.*, 2014). Selon le *Task Force* sur le TCCL piloté par l'OMS, paru en 2004 (Cassidy, 2004) et appuyé par plusieurs études (Cassidy *et al.*, 2014 ; Fayol *et al.*, 2009 ; Guérin *et al.*, 2006), des facteurs spécifiques seraient associés à l'apparition de ces symptômes persistants. Il est question des facteurs suivants : percevoir des indemnités, être en présence de litiges médico-légaux, présenter des limitations physiques antérieures à l'accident, être étudiant, avoir un TCCL causé par un accident de la route, être âgé de plus de 40 ans et avoir des antécédents de lésions cérébrales, de problèmes neurologiques, psychiatriques et/ou de stress. De plus, les personnes présentant un score sur l'échelle de Glasgow entre 13 et 14 en plus de lésions intracrâniennes et/ou une fracture du crâne

seraient à plus haut risque de se retrouver en incapacité à long terme (Cassidy *et al.*, 2014 ; Cassidy, 2004 ; Guérin *et al.*, 2006). Les résultats du *Task Force* ont rapporté que la présence d'indemnités serait étroitement associée à la persistance des symptômes suivant un TCCL. Aussi, Cassidy *et al.* (2014) ont soulevé que les différents facteurs psychosociaux incluant notamment la présence de litiges auraient une influence encore plus importante sur le temps de récupération suivant un TCCL en comparaison aux facteurs biomédicaux. À cet effet, l'existence d'antécédents psychiatriques incluant la présence de troubles de la personnalité antérieurs à l'accident contribuerait de manière importante à l'apparition de problèmes psychologiques et de stress suivant l'accident. Les personnes correspondant à ce profil seraient aussi sujettes à rapporter plus de symptômes persistants (Cassidy *et al.*, 2014 ; Cassidy, 2004). Aussi, l'apparition d'un second diagnostic suivant le TCCL tels une dépression, un stress post-traumatique, ou encore la présence de pensées négatives face à l'évolution de sa condition représenteraient des éléments favorisant l'apparition de symptômes persistants (Cassidy *et al.*, 2014).

L'ensemble de ces symptômes persistants est ainsi susceptible d'affecter la santé des travailleurs et d'avoir un impact négatif sur leur réadaptation au travail. Bien que le processus de réadaptation au travail chez cette population soit encore peu documenté dans la littérature, une récente revue systématique de Cancelliere *et al.* (2014) a synthétisé les évidences actuelles à cet égard. Cette revue systématique conclut que la majorité des personnes retourne au travail entre trois et six mois suivant le traumatisme et que le TCCL ne serait pas un facteur de risque significatif d'incapacité au travail à long terme. Les auteurs mentionnent aussi que les facteurs suivants prédisent l'absence au travail de cette population, notamment : un faible niveau d'éducation (moins de 11 ans de scolarité), des nausées et des vomissements lors de l'admission à l'hôpital, des blessures extra-crâniennes, des douleurs musculaires aiguës à la tête directement après l'accident ainsi que la présence dans l'emploi régulier d'une faible indépendance et latitude décisionnelle (Cancelliere *et al.*, 2014). Cette revue systématique s'appuie cependant uniquement sur quatre articles, dont deux articles canadiens, témoignant du peu d'écrits sur le sujet. Les auteurs suggèrent que plus d'études devraient être réalisées sur l'influence qu'exerce les systèmes d'indemnisation sur la réadaptation au travail étant donné le lien connu dans la littérature entre la perception d'indemnités provenant d'un assureur et une plus longue durée

d'absence au travail (Binder et Rohling, 1996 ; Cassidy, 2004 ; Doctor *et al.*, 2005 ; Guérin *et al.*, 2006 ; Paniak *et al.*, 2002 ; Reynolds *et al.*, 2003). Ces auteurs n'ont pas été en mesure de conclure sur ce sujet en raison des différences de contexte entre les études et des caractéristiques trop disparates entre les participants.

Certains auteurs se sont quant à eux intéressés aux causes explicatives de ce phénomène. Chez les personnes percevant des indemnités suite à un TCCL, la présence de litiges au début de la prise en charge serait associée à une durée d'absence prolongée du travail (Cassidy, 2004 ; Reynolds *et al.*, 2003). De plus, la tendance à minimiser les manifestations cliniques antérieures à l'accident et à les expliquer uniquement par le TCCL ou encore à en identifier de nouvelles à force de côtoyer plusieurs professionnels représenterait aussi des éléments favorisant une plus longue absence au travail (Chang *et al.*, 2011). Ces exemples illustrent des pistes possibles d'explication du lien entre la présence d'un assureur et une plus longue absence au travail lors d'un TCCL, mais ces pistes ne font pas consensus et elles demeurent peu explorées.

1.4 Influences exercées par l'assureur sur le processus de réadaptation au travail

Cette section est divisée en trois parties. D'abord, les écrits répertoriés sur l'influence exercée par l'assureur durant la réadaptation au travail sont décrits. Ensuite, les interactions nuisibles entre les travailleurs, assureurs et professionnels de la santé sont présentées. Enfin, les interactions entre ces mêmes acteurs qui sont facilitatrices au processus de réadaptation sont discutées.

1.4.1 Caractéristiques des études répertoriées

Une seule étude à notre connaissance s'est intéressée à décrire l'expérience de soins et de retour au travail en présence d'un assureur chez les personnes présentant des symptômes persistants à la suite d'un TCCL. Cette étude, parue en 2015, a été réalisée en Ontario auprès de travailleurs interrogés entre trois à cinq ans après leur TCCL (Mansfield *et al.*, 2015). Les résultats traitent spécifiquement de l'expérience vécue par ces travailleurs dans un contexte d'indemnisation par un assureur parapublic suite à un accident de travail. Ils mettent en lumière deux catégories d'éléments défavorables au processus de réadaptation : 1) la présence de relations conflictuelles entre les travailleurs et l'assureur, et 2) le fardeau administratif élevé découlant du système d'assurance. Les auteurs suggèrent

que certaines manifestations de l'assureur favoriseraient l'établissement de relations conflictuelles entre les deux groupes d'acteurs. Selon Mansfield *et al.* (2015), il est question d'une insuffisance de connaissance du TCCL, de la présence de soupçons sur les symptômes rapportés en raison de leur nature subjective et invisible et d'une faible reconnaissance de la légitimité de la réclamation du travailleur. Les auteurs ont illustré ces relations conflictuelles par des exemples de comportements et actions adoptés par l'assureur tels douter de la volonté des travailleurs à adhérer aux programmes de réadaptation, ne pas respecter les plans de retour au travail proposés par les professionnels, user de stratégies afin de réfuter la validité des réclamations en les associant à des conditions antérieures à l'accident ou à des réclamations frauduleuses et changer fréquemment de personnel au dossier. Finalement, le fardeau administratif découlant du système d'assurance fait référence à la complexité à remplir les différents formulaires chez une personne présentant une lésion cérébrale. Bien que ces résultats soient intéressants, leur transférabilité au contexte québécois est discutable. L'étude se déroule dans le contexte ontarien, ce qui implique des règles de fonctionnement différentes des deux assureurs parapublics québécois. Le système de santé et les assureurs parapublics, comme toutes les autres provinces canadiennes, sont régis au niveau provincial et présentent donc plusieurs distinctions, notamment par rapport aux aspects législatifs et réglementaires auxquels ils doivent répondre et dans lesquels ils évoluent, à l'accès aux soins de santé ainsi qu'aux instances responsables de gérer, coordonner et dispenser les soins de santé à la population (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). Aussi, la crédibilité de l'étude est limitée, car les entrevues ont été réalisées trois à cinq ans suivant le TCCL. Ce délai est susceptible d'engendrer un biais de mémoire affectant la justesse des données et leur interprétation (Laperrière, 1997). En somme, cette étude reste d'intérêt pour le présent projet, mais doit être considérée avec réserve due aux limites sur le plan de la transférabilité et de la crédibilité.

Cependant, d'autres auteurs ont décrit l'influence de la présence d'un assureur sur le processus de réadaptation au travail selon l'expérience des travailleurs et des professionnels pour des conditions différentes du TCCL. À cet effet, une revue systématique d'articles qualitatifs de Kilgour *et al.* (2015b) a abordé spécifiquement les interactions entre l'assureur et les travailleurs selon la perspective des travailleurs présentant

principalement un trouble musculosquelettique (TMS). Cette revue systématique s'est intéressée aux écrits parus entre 1985 et 2012. Un total de treize articles de moyenne à haute qualité provenant du Canada (n=7), de l'Australie (n=3), de la Nouvelle-Zélande (n=1), de la Suède (n=1) et des États-Unis (n=1) ont été retenus après évaluation de leur qualité. Les résultats ont été synthétisés en utilisant une approche méta-ethnographique. Une deuxième revue systématique d'articles qualitatifs a été réalisée par ces mêmes auteurs avec une méthodologie identique et à partir des mêmes sources, mais en s'intéressant cette fois aux interactions entre les travailleurs, les professionnels et l'assureur du point de vue des travailleurs et des professionnels (Kilgour *et al.*, 2015a). Le but de ces deux revues systématiques était d'identifier les interactions et processus en présence d'un assureur ayant un impact sur la récupération des travailleurs présentant majoritairement un TMS. Leurs résultats se sont avérés consistants entre les études, et ce, malgré les différents pays et juridictions concernés. Ces auteurs ont précisé dans leurs deux revues systématiques qu'un biais de sélection était susceptible d'être présent étant donné la gravité des diagnostics retenus ayant nécessité pour la très grande majorité une implication à long terme de la part des assureurs, sans toutefois apporter de précision quant à la durée moyenne d'implication des assureurs auprès des travailleurs concernés. Ils ont ainsi soulevé l'hypothèse qu'il était possible que l'expérience des participants retenus diverge et soit plus négative en comparaison à des travailleurs avec un pronostic plus favorable retournant rapidement au travail et nécessitant moins d'interactions avec les assureurs. De plus, le recrutement des travailleurs dans plusieurs des articles retenus par ces auteurs a eu lieu dans des associations ou regroupements bénévoles de travailleurs, lesquels sont susceptibles de rassembler des travailleurs pour qui l'expérience avec les assureurs a été plus négative.

La prochaine section s'appuie sur les résultats de ces deux revues systématiques pour décrire les interactions nuisibles et facilitatrices entre les différents acteurs tout au long du processus de retour au travail.

1.4.2 Interactions entre les acteurs susceptibles de nuire au processus de réadaptation au travail

Kilgour *et al.* (2015a, 2015b) ont décrit les interactions entre les travailleurs, assureurs et professionnels de la santé sous forme d'un cercle vicieux : les actions

contreproductives de l'assureur et des professionnels de la santé et la résultante des interactions entre les acteurs.

1.4.2.1 Actions contreproductives de l'assureur et des professionnels de la santé

La remise en doute de la légitimité du travailleur par l'assureur et les professionnels de la santé représente l'élément déclencheur des interactions entre les acteurs affectant le processus de réadaptation au travail. Selon les travailleurs, l'attitude parfois suspicieuse de l'assureur et de certains professionnels concernant la légitimité de leur réclamation contribuerait à l'établissement de relations conflictuelles. D'une part, les travailleurs auraient à prouver la légitimité de leur réclamation et de leurs manifestations cliniques à l'assureur et aux professionnels. D'autre part, le sentiment de ne pas être cru stimulerait l'émergence d'un sentiment d'injustice fréquent. L'attitude suspicieuse qu'ils perçoivent de la part des personnes en lien avec l'assureur (ex. : médecins embauchés par l'assureur) alimenterait aussi ce sentiment d'injustice. Enfin, les travaux de Kilgour *et al.* (2015b) indiquent que questionner la légitimité du travailleur pourrait engendrer des conséquences sur la santé mentale, notamment une augmentation du stress et de l'anxiété.

La présence de relations conflictuelles découle d'une remise en doute de la légitimité du travailleur et de sa réclamation, et les deux s'alimentent mutuellement. Kilgour *et al.* (2015b) distinguent les relations conflictuelles entre les acteurs par deux grandes catégories : 1) les comportements négatifs adoptés par l'assureur et les professionnels et 2) les conséquences résultant des problèmes organisationnels. Ces relations conflictuelles se manifesteraient lors des interactions entre les travailleurs et l'assureur, entre les professionnels et l'assureur, et entre les professionnels et les travailleurs, quoique sous des formes différentes.

Interactions entre les travailleurs et l'assureur

Selon les travailleurs, les comportements négatifs adoptés par l'assureur comprendraient un manque d'écoute et de compréhension des aspects physiques et psychologiques spécifiques à la blessure, ainsi que l'adoption d'une attitude impersonnelle. Ces comportements pourraient engendrer une impression que la gravité de leur condition de santé n'est pas prise au sérieux. Les assureurs présentant ces comportements auraient tendance à davantage relier les manifestations cliniques rapportées à des facteurs psychologiques. Des

stratégies visant à prouver les intentions frauduleuses sont décrites par les auteurs (ex. : embaucher un détective, contacter l'entourage des travailleurs, etc.). Le recours à ce type de stratégies alimenterait un risque de retrait des activités sociales et physiques influençant ainsi négativement la récupération des travailleurs.

En regard des problèmes organisationnels dont les conséquences engendrent des relations conflictuelles, ceux-ci comprennent la formation insuffisante de certains assureurs, et la présence de problèmes administratifs et de communication. Le manque de formation de l'assureur serait caractérisé par sa méconnaissance du fonctionnement du système et un manque de professionnalisme lors des échanges avec une population présentant des incapacités au travail (ex. : propos inappropriés). Sur le plan administratif, le changement fréquent de personnel, l'approbation aléatoire de services et les délais qui en découlent, le retard et les modifications de paiements sans avis et la prise de décisions sans avoir les compétences médicales requises ont été identifiés. Sur le plan de la communication, toujours selon les travailleurs, il y aurait la difficulté à entrer en communication avec l'assureur, ainsi que la présence de contacts impersonnels, inconstants et accompagnés de décisions précipitées. Les communications écrites seraient quant à elles souvent perçues comme menaçantes et intimidantes, car elles utiliseraient un jargon légal difficile à comprendre pour les travailleurs avec un faible niveau d'éducation ou ne maîtrisant pas bien la langue courante.

Interactions entre les professionnels de la santé et l'assureur

Kilgour *et al.* (2015a) ont fait référence aux comportements nuisibles suivants, tels que rapportés par les professionnels : l'opinion des professionnels ignorée, le manque de coopération et la contestation de traitements. Parmi les problèmes organisationnels, les aspects administratifs suivants ont été relevés : la quantité de formulaires à remplir, le retard dans l'envoi de documents par l'assureur, le manque de connaissances des professionnels du système et la rétribution jugée insuffisante compte tenu des multiples demandes des assureurs.

Interactions entre les professionnels et les travailleurs

À partir du point de vue des travailleurs, Kilgour *et al.* (2015a) ont inventorié les comportements négatifs suivants adoptés par les professionnels : le refus d'offrir des services en raison de la présence d'un assureur et l'insuffisance occasionnelle du support offert. Les problèmes organisationnels notés se trouveraient aussi sur le plan administratif. Le système serait fait de telle sorte que les professionnels se voient obligés d'exercer un triple rôle affectant directement l'alliance thérapeutique puisqu'ils doivent établir un lien avec le travailleur, réaliser des suivis réguliers à l'assureur et prendre des décisions qui vont parfois à l'encontre de la préférence du travailleur.

1.4.2.2 Résultante des interactions nuisibles entre les acteurs

Incertitudes entourant le diagnostic et délais de traitements associés

Selon Kilgour *et al.* (2015a), la présence de relations conflictuelles est susceptible d'entraîner une multiplication des examens médicaux. Dans ces circonstances, les travailleurs auraient tendance à amplifier leurs manifestations et à être moins coopératifs, ce qui est susceptible de mener à un diagnostic incertain. La présence d'incertitudes dans les rapports médicaux inciterait l'assureur à augmenter les demandes d'opinions médicales, retardant l'approbation des traitements demandés et limitant ainsi l'accès aux soins appropriés pour les travailleurs.

Chronicisation de la condition et conséquences psychologiques

La présence de délais pour l'accès aux traitements accroîtrait le risque de chronicité de la condition de santé et le risque de conséquences sur les plans social et vocationnel des travailleurs affectant négativement le processus de réadaptation au travail. Parmi ces conséquences figure l'apparition de stress financier en présence de revenus inférieurs au mode de vie antérieur à l'accident risquant d'entraîner des répercussions sur la vie personnelle des travailleurs. La chronicisation de la condition de manière globale serait ainsi sujette à occasionner l'apparition de conséquences psychologiques telles la dépression, l'anxiété, une faible estime de soi, etc. En présence de ces nouveaux symptômes et diagnostics, les travailleurs auraient encore plus de difficulté à faire reconnaître la légitimité de leur blessure initiale, car les symptômes rapportés ne seraient plus directement liés au diagnostic initial de leur réclamation.

1.4.3 Interactions entre les acteurs susceptibles de favoriser le processus de réadaptation au travail

Bien que la majorité des interactions avec l'assureur soient perçues négatives par les travailleurs et professionnels, les résultats des travaux de ces auteurs indiquent néanmoins que certaines interactions faciliteraient le processus de réadaptation au travail.

Interactions entre les travailleurs et l'assureur

Une minorité des articles retenus par Kilgour *et al.* (2015a, 2015b) soutiennent que la présence de certains facteurs contribuerait à établir des interactions positives en présence d'un assureur et aurait un impact favorable sur la récupération des travailleurs. Ces facteurs font référence à une prise en charge rapide des réclamations par l'assureur, à des procédures efficaces et claires concernant les communications et le volet administratif des suivis faits par l'assureur et à une formation adéquate du personnel pour s'assurer d'une prise en charge professionnelle. L'importance d'une culture organisationnelle mettant de l'avant les valeurs du respect et de la compassion et la présence d'un contact personnalisé auprès des personnes indemnisées a également été soulevée. Le recours aux soins de santé dans le régime privé par l'assureur serait aussi un atout important favorisant un accès aux soins de santé plus rapide selon ces auteurs (Kilgour *et al.*, 2015a ; 2015b).

Interactions entre l'assureur et les professionnels de la santé

Selon Kilgour *et al.* (2015a), l'augmentation de la fréquence des communications entre ces acteurs, la présence d'une relation d'aide et des informations sur le rôle attendu de chacune des parties seraient des leviers pour des interactions positives selon les professionnels de la santé.

Interactions entre les professionnels et les travailleurs

Kilgour *et al.* (2015a) ont aussi rapporté certains comportements favorables adoptés par les professionnels, selon les travailleurs : respecter et rassurer les travailleurs, prendre en compte leurs besoins particuliers, les conseiller adéquatement sur la complexité des systèmes de santé et d'assurance et reconnaître le lien entre la blessure et l'accident de travail. Ainsi, ces attitudes et comportements de la part de l'assureur et des professionnels de la santé pourraient générer des interactions entre l'ensemble des acteurs qui agiraient

comme des leviers afin de faciliter le processus de réadaptation au travail. Ultiment, ceci accélérerait le processus de réadaptation et permettrait une meilleure prise en charge des travailleurs.

1.4.4 Synthèse

Malgré les populations différentes étudiées par Mansfield *et al.* (2015) et Kilgour *et al.* (2015a, 2015b), les différents participants de ces études ont la caractéristique commune d'avoir été indemnisés suite à un accident de la route ou du travail, raison pour laquelle les résultats de ces études sont présentés conjointement. Les résultats sont en effet convergents sur plusieurs points. Notamment, tous rapportent que la présence d'un assureur influencerait surtout négativement les interactions entre les acteurs, ayant ainsi un impact sur la réadaptation au travail. Ces auteurs mentionnent les éléments défavorables communs suivants spécifiques à l'assureur : le manque de reconnaissance de la légitimité de la réclamation des travailleurs, le changement fréquent de personnel au dossier d'assurance et les relations conflictuelles entre les acteurs incluant l'adoption de comportements nuisibles par l'assureur. Plus spécifiquement, les manifestations de ces comportements nuisibles regrouperaient les éléments suivants : une remise en doute des symptômes rapportés par les travailleurs, un non-respect des recommandations des professionnels de la santé et une maîtrise insuffisante des connaissances sur les conditions de santé des travailleurs.

En comparaison à un travailleur qui présente un TMS, affection plus commune, objectivable et largement étudiée depuis des décennies en comparaison au TCCL, les résultats de Mansfield *et al.* (2015) mettent en lumière des enjeux supplémentaires liés aux particularités du TCCL qui sont susceptibles de poser des défis supplémentaires, notamment durant les interactions avec l'assureur. Il est question par exemple de la nature subjective des difficultés rapportées par les travailleurs, la méconnaissance par les assureurs de ce diagnostic et le fardeau administratif particulièrement élevé pour une personne présentant une atteinte cérébrale, et donc, des possibles difficultés au plan mnésique et cognitif.

Ainsi, il s'avère pertinent de se questionner à savoir si les particularités liées au diagnostic de TCCL telles que soulevées par Mansfield *et al.* (2015) influencent différemment ou non les interactions en présence d'un assureur. Dans le cas d'un TCCL, l'état actuel des connaissances ne permet pas d'affirmer que les interactions entre les

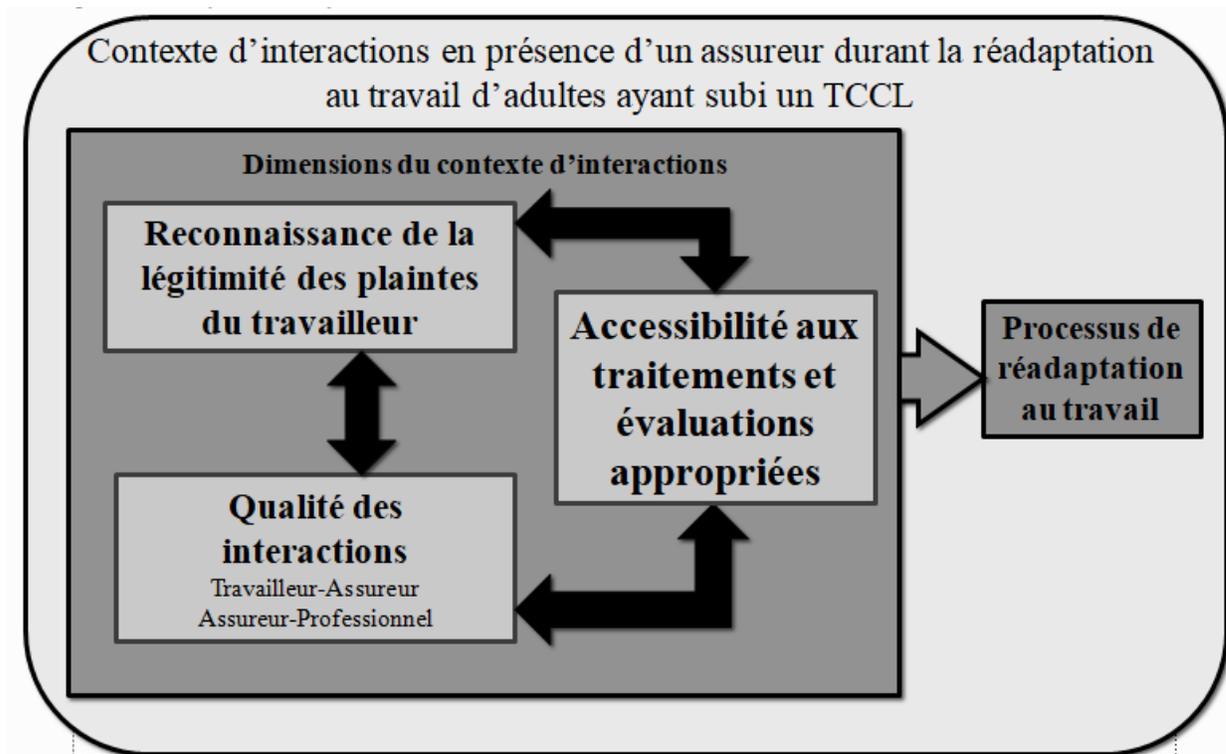
différents acteurs suivent un cycle vicieux tel que présenté pour la population présentant majoritairement un TMS. Jusqu'à maintenant, des interactions favorables lors de la réadaptation au travail n'ont pas été décrites suite à un TCCL. Bien qu'il soit reconnu que le TCCL présente un portrait clinique qui lui est propre, il s'avère encore difficile de bien comprendre si ces manifestations ont une influence distincte sur les interactions avec l'assureur susceptibles d'avoir un impact favorable ou défavorable sur le processus de réadaptation au travail. Explorer dans un contexte québécois les spécificités propres aux travailleurs présentant un TCCL permettrait de documenter les leviers possibles et les particularités à considérer afin d'assurer une meilleure prise en charge.

1.5 Cadre conceptuel

Cette étude ne s'appuie sur aucun cadre conceptuel existant, puisque la recension des écrits n'a pas permis de sélectionner un cadre issu de la réadaptation au travail s'intéressant aux spécificités des interactions en présence d'un assureur suite à un TCCL.

Le cadre conceptuel conçu pour de cette étude et illustré à la page suivante, s'appuie sur l'analyse critique des écrits pertinents concernant l'influence de la présence d'un assureur sur le processus de réadaptation au travail. Comme l'indique la figure 1, le cadre pose que le contexte d'interactions en présence d'un assureur comprend trois dimensions, soient : 1) la reconnaissance de la légitimité du travailleur, 2) la qualité des relations entre l'assureur et les travailleurs et entre l'assureur et les professionnels de la santé, et 3) l'accessibilité aux traitements et évaluations appropriées. Chacune des dimensions correspond à une source d'influence de la présence d'un assureur tel que dégagé de la recension des écrits. Les flèches bidirectionnelles utilisées indiquent que les dimensions sont interreliées et s'influencent mutuellement. Le cadre conceptuel pose enfin que ces trois dimensions combinées exercent une influence sur le processus de réadaptation au travail. Ainsi, ce cadre met en lumière les influences émanant des travailleurs, de l'assureur et des professionnels, mais n'exclut pas la possibilité de l'existence d'autres sources d'influences telles que l'employeur, le système de santé, les représentants syndicaux et l'environnement social et physique des travailleurs.

Figure 1
Cadre conceptuel de l'étude



CHAPITRE 2 : OBJECTIFS DE RECHERCHE

Ce chapitre présente les objectifs de recherche de l'étude, soit l'objectif général et les objectifs spécifiques.

L'objectif général est de mieux comprendre l'influence de l'assureur sur le processus de réadaptation au travail selon l'expérience des travailleurs indemnisés suivant un TCCL et de leur ergothérapeute.

Trois objectifs spécifiques ont été fixés :

Objectif spécifique 1 : Décrire le contexte d'interactions entre le travailleur, l'ergothérapeute et l'assureur durant le processus de réadaptation au travail.

Objectif spécifique 2 : Cerner les facteurs perçus comme exerçant une influence favorable ou défavorable sur le processus de réadaptation au travail.

Objectif spécifique 3 : Explorer comment ces facteurs exercent leur influence.

CHAPITRE 3 : MÉTHODES DE RECHERCHE

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée pour l'étude, soit le dispositif de recherche retenu, la stratégie d'échantillonnage, le recrutement, les méthodes de collecte et d'analyse des données et les considérations éthiques.

3.1 Dispositif de recherche

Un dispositif qualitatif descriptif interprétatif a été retenu (Thorne, 2016). Étant donné le peu de littérature sur le sujet à l'étude, ce dispositif apparaissait parfaitement approprié puisqu'il est conçu pour des phénomènes de recherche nécessitant le recours à des études de nature exploratoire. Ce dispositif est ainsi basé sur les fondements de la recherche qualitative tout en mettant de l'avant la subjectivité des participants.

Une approche qualitative a été choisie afin de tenir compte du phénomène d'intérêt de l'étude dans son contexte naturel, soit une meilleure compréhension, à partir de l'expérience vécue des participants de l'étude, de l'influence exercée par l'assureur sur le processus de réadaptation au travail suivant un TCCL. La nature interprétative soutenue par une méthode d'analyse rigoureuse a été favorisée et priorisée tout au long de la réalisation de cette étude afin de permettre de répondre aux objectifs.

3.2 Stratégie d'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage comprend la sélection du terrain de recherche et la sélection des participants.

3.2.1 *Sélection du terrain de recherche*

Le terrain de recherche a été déterminé par choix raisonné. Il s'agit d'un centre de réadaptation (CR) public régional destiné à toute personne ayant des incapacités significatives et persistantes, dont la clientèle TCCL. Il est situé en milieu urbain, mais dessert un large territoire incluant des secteurs semi-urbains et ruraux. Le rôle de ce centre de réadaptation est de favoriser le développement, la récupération de l'autonomie et la participation sociale, dont fait partie la sphère du travail, de la personne ayant une déficience physique (Association des établissements de réadaptation en déficience

physique du Québec, 2013). Ce centre a été retenu puisque qu'il recevait une masse critique de clients requérant de la réadaptation après un TCCL et puisque l'équipe en traumatologie avait déjà collaboré avec des membres de l'équipe de recherche sur un autre projet portant sur le retour au travail suite à un TCCL. Des discussions préliminaires avec des gestionnaires et des cliniciens de cet établissement avaient permis de confirmer leur intérêt à participer à ce projet.

Des cliniques de réadaptation privée ont été initialement approchées pour participer à l'étude. Ce choix initial devait nous permettre de répondre aux objectifs en tenant compte d'une variété de contextes cliniques. Des démarches ont été entreprises avec des responsables de cliniques privées de réadaptation, mais cette option a été écartée pour des raisons de faisabilité.

3.2.2 Sélection des participants

Cette étude s'est intéressée aux perspectives de deux groupes d'acteurs clés directement impliqués lors du processus de réadaptation au travail, et ce, afin de permettre d'identifier et de décrire en profondeur les particularités du phénomène à l'étude (Thorne, 2016). Il s'agit des travailleurs ayant subi un TCCL et recevant des indemnités d'un assureur parapublic québécois et des ergothérapeutes accompagnant ces travailleurs durant leur réadaptation au travail. Il est à préciser que le terme participant est utilisé dans le cadre du mémoire pour faire référence aux perspectives partagées par les deux types de répondants, soit les travailleurs et les ergothérapeutes. Lorsque les données rapportées ou discutées concernent seulement un des deux types de répondants, le terme travailleur ou ergothérapeute est employé.

Un échantillon par choix raisonné de dix à douze dyades (travailleur-ergothérapeute) était souhaité pour cette étude, nombre déterminé qui concordait avec le dispositif de recherche retenu (Thorne, 2016). Les travailleurs sélectionnés devaient répondre aux critères de sélection suivants : 1) présenter un diagnostic de TCCL confirmé médicalement, 2) avoir subi un TCCL dans les 6 à 24 mois précédant l'entrevue, 3) avoir terminé le processus de réadaptation au travail ou avoir une cessation du suivi au centre de réadaptation prévue d'ici les six prochaines semaines au moment de l'entrevue, 4) détenir un emploi au moment de l'accident, 5) recevoir des indemnités de la part d'un assureur

parapublic québécois et 6) être suivi par un ergothérapeute ayant accepté de participer à l'étude. Le choix de recruter des travailleurs six mois post-accident a été déterminé par le fait que le plan d'organisation des services du MSSS prévoit une orientation vers des services spécialisés lorsque les personnes présentent un pronostic défavorable seulement après trois mois. Six mois apparaissaient donc un délai raisonnable pour laisser le temps à la réadaptation au travail de bien s'amorcer. Le délai de 24 mois a quant à lui été établi suite à une discussion téléphonique avec une coordonnatrice clinique du centre de réadaptation qui a précisé que plusieurs travailleurs étaient référés parfois après plus d'une année post-accident dans leurs services. Le délai de 24 mois constituait la limite décidée par l'équipe de recherche pour pouvoir capter la réalité du milieu choisi tout en minimisant le biais de mémoire potentiel. Puisque l'étude portait sur le processus de réadaptation et qu'une seule entrevue a été retenue par participant, le critère 3 a été établi afin de s'assurer d'obtenir des travailleurs en fin de processus de réadaptation ou ayant terminé leur réadaptation qui seraient en mesure de se prononcer sur l'ensemble de leur expérience. De la variation était recherchée en regard du type d'assureur parapublic, soit le régime d'assurance pour les accidentés du travail (RAAT) et le régime d'assurance pour les accidentés de la route (RAAR). Cette recherche d'hétérogénéité a émané d'échanges avec des cliniciens et de leurs observations quant aux disparités notées dans la trajectoire de services selon le type d'assureur. Un tel échantillon avait comme objectif de permettre de capter ces contrastes, le cas échéant. Les ergothérapeutes responsables du dossier de réadaptation au travail des travailleurs sélectionnés étaient automatiquement retenus. Ainsi, un même ergothérapeute pouvait participer à plus d'une entrevue dans le cas où il était impliqué auprès de plus d'un travailleur ayant accepté de participer à l'étude. Les travailleurs qui ne pouvaient s'exprimer en français et ceux dont l'état de santé mentale ou physique ne leur permettait pas de participer à une entrevue semi-dirigée de 60 minutes étaient exclus. L'état de santé mental et physique était à priori évalué par les coordonnateurs cliniques, lesquels avaient accès au dossier de santé des travailleurs. Les travailleurs avaient également à valider qu'ils détenaient les capacités nécessaires pour effectuer une entrevue de 60 minutes.

3.3 Recrutement des participants et déroulement de l'étude

Le recrutement s'est effectué en quatre étapes distinctes :

1. La liste des travailleurs présentant un TCCL suivis au centre de réadaptation retenu pour l'étude a été consultée afin de repérer les participants potentiels satisfaisant aux critères de sélection. Cette étape a été effectuée par un coordonnateur au centre de réadaptation affilié au service de traumatologie, soit une personne qui n'était pas rattachée à l'équipe de recherche.
2. Un contact téléphonique a ensuite été réalisé par ce même coordonnateur avec les personnes repérées. Ce contact avait pour but de présenter sommairement l'étude et la participation souhaitée. Il visait aussi à obtenir le consentement verbal à être contacté par l'étudiante afin d'expliquer plus en profondeur la participation attendue.
3. L'étudiante a communiqué directement avec les travailleurs qui avaient accepté d'être contactés afin d'expliquer en détail le projet. Chacun a été informé qu'advenant une réponse positive de leur part, l'ergothérapeute responsable de leur suivi en réadaptation au travail serait également sollicité pour une entrevue. S'il acceptait, le travailleur était invité à fournir le nom et les coordonnées de l'ergothérapeute concerné. Les travailleurs intéressés ont été sollicités pour une entrevue en personne au moment et dans le lieu qui leur convenait.
4. L'étudiante a ensuite communiqué par voie téléphonique directement avec l'ergothérapeute au dossier afin d'expliquer en détail le projet. S'ils acceptaient, les ergothérapeutes se voyaient sollicités pour une entrevue en personne sur leur lieu de travail ou selon les préférences de chacun.

3.4 Collecte de données

Un guide d'entrevue a été développé pour chacun des groupes (travailleurs et ergothérapeutes) (Annexe 2). Les questions des deux guides d'entrevue ont été pensées et rédigées en s'inspirant du cadre conceptuel de l'étude. Compte tenu de la nature exploratoire du projet, le guide d'entrevue contenait les principales questions à aborder avec chaque participant, tout en laissant une latitude à l'interviewer sur l'ordre et la reformulation au besoin des questions selon les particularités et le contexte de chaque entrevue (Miles *et al.*, 2014). Les travailleurs étaient questionnés sur leurs perceptions face aux interactions avec l'assureur et avec leur ergothérapeute durant le processus de

réadaptation au travail, les difficultés et les facteurs ayant facilité ou entravé leur réadaptation, leurs suggestions éventuelles afin d'améliorer la prise en charge, etc. Les questions pour les ergothérapeutes abordaient les mêmes sujets afin d'obtenir un point de vue complémentaire lorsque possible en plus d'avoir des questions spécifiques aux interactions entre l'ergothérapeute et l'assureur durant le suivi du travailleur concerné. Ces guides ont été prétestés auprès d'un travailleur et de deux ergothérapeutes qui devaient répondre aux mêmes critères de sélection de l'étude. Suivant ces prétests, des modifications mineures ont été apportées afin de s'assurer de la capacité des participants à répondre aux questions.

Une entrevue individuelle semi-dirigée a ensuite été réalisée avec chacune des personnes recrutées. La durée de chaque entrevue a été approximativement de 60 minutes. L'entrevue était animée de façon souple et visait à encourager le participant à décrire son expérience vécue en regard de l'influence de la présence d'un assureur durant le processus de réadaptation au travail. Les deux premières entrevues ont été réalisées par l'étudiante et un membre de l'équipe de direction du mémoire, entrevues durant lesquelles l'étudiante agissait en tant qu'interviewer principal. Ces entrevues conjointes ont permis de s'assurer de la qualité des techniques d'entrevue employées par l'étudiante.

3.5 Analyse des données

L'analyse a été effectuée en concomitance avec la collecte de données. Le processus d'analyse retenu pour cette étude est celui proposé par Miles *et al.* (2014). Il comporte trois composantes : 1) condensation des données, 2) présentation des données, et 3) élaboration de conclusions et vérification de celles-ci.

3.5.1 Condensation des données

Les entrevues ont été enregistrées et transcrites sous forme de verbatim anonymisés, puis importés dans un logiciel d'analyse qualitative (Atlas-ti) afin de constituer une banque de données. Afin d'aider à la condensation des données, une grille de codification mixte a été développée (Annexe 3). Il s'agissait d'une grille dont les principaux thèmes et sous-thèmes ont été déterminés à partir du cadre conceptuel de l'étude et qui s'est enrichie tout

au long de la collecte par l'inclusion de sous-thèmes émergeant des données (Miles *et al.*, 2014).

Tout le corpus a été codé à l'aide de la grille de codification. Afin de s'assurer d'une bonne fidélité intercodeur, chacun des codes a été défini jusqu'à ce qu'il y ait consensus dans l'équipe de recherche sur la définition. L'étudiante et un membre de l'équipe de direction du mémoire ont ensuite complété une codification indépendante sur quatre transcriptions d'entrevues. Une rencontre a eu lieu suivant chacune de ces codifications afin de comparer la codification et de discuter des écarts. Un accord intercodeur de 80 % a été atteint au terme des quatre entrevues.

La deuxième étape de condensation a consisté à revoir progressivement l'ensemble des codes. Des regroupements de codes appartenant à une même catégorie conceptuelle ont été effectués afin de s'éloigner progressivement du vocabulaire des codes très près du discours des travailleurs pour aller progressivement vers une reformulation possédant un niveau d'abstraction plus élevé. Cette façon de procéder a ainsi permis une conceptualisation progressive des résultats (Miles *et al.*, 2014).

3.5.2 Présentation des données

Dans le cadre de cette étude, une série de matrices évolutives ont été utilisées afin de répondre aux objectifs spécifiques de l'étude. Celles-ci avaient pour but de permettre une analyse complète des données en s'assurant qu'aucune donnée pertinente n'était mise de côté. Les matrices ont permis de centrer et d'organiser les données de façon cohérente au travers de présentations réduites des données. Cette façon de procéder a l'avantage de permettre à une personne extérieure de comprendre comment les résultats finaux ont été obtenus (Miles *et al.*, 2014). Un exemple de matrice est présenté à l'Annexe 4.

Afin de répondre au premier objectif de l'étude qui était de décrire le contexte d'interactions en présence d'un assureur suite à un TCCL, les données ont été traitées et analysées dans un premier temps en distinguant les sources (travailleurs et ergothérapeutes). Ce choix a permis de relever progressivement l'ensemble des facteurs soulevés par les travailleurs et les ergothérapeutes de façon distincte. La règle de décision utilisée pour l'analyse transversale des données était de considérer que lorsque le facteur était documenté chez plus de la moitié des répondants, ceci correspondait à un facteur

présent chez une « majorité de répondants ». Lorsque le facteur était documenté chez exactement « la moitié des répondants », la précision était apportée, alors que lorsqu'il était rapporté par moins de la moitié des répondants, ceci correspondait à « une minorité de répondants ». Enfin, lorsque les facteurs étaient documentés uniquement chez un répondant, ceci correspondait à un point de vue rapporté de manière isolée.

Dans un second temps, une autre matrice a été créée afin de réaliser une analyse par dyade permettant d'apporter une perspective complémentaire des facteurs rapportés par les deux sources de participants. Ainsi, les perceptions similaires et divergentes ont été rapportées lorsque les deux groupes de participants se sont prononcés sur un même facteur d'influence.

Pour répondre au deuxième objectif spécifique qui visait à décrire les facteurs perçus comme exerçant une influence favorable ou défavorable, les matrices distinguant les deux types de participants ont d'abord été utilisées. Pour qu'un facteur soit considéré comme ayant exercé une influence favorable ou défavorable sur le processus de réadaptation au travail, le facteur devait avoir été rapporté par au moins deux participants d'une même source. Par exemple, deux travailleurs et plus devaient avoir mentionné que la gestion difficile de la documentation écrite avait nui à leur processus de réadaptation au travail pour que ce facteur soit considéré comme défavorable. Les facteurs favorables et défavorables perçus étaient ensuite comparés par dyades afin d'obtenir une perspective complémentaire.

Finalement, afin de répondre au troisième objectif de l'étude, plusieurs essais de regroupement de dyades ont été effectués au travers d'une série de matrices à partir d'hypothèses formulées par l'équipe de recherche. Cette étape a permis d'établir la présence de caractéristiques distinctives entre les groupes de dyades pour ultimement permettre de dégager les patrons d'influences exercées par l'assureur sur le processus de réadaptation au travail.

3.5.3 Élaboration et vérifications des conclusions

Les conclusions ont fait l'objet de vérifications constantes autant dans les premières étapes du processus qu'à un stade plus avancé. Des rencontres régulières avec l'équipe de

recherche et une co-analyse ont été utilisées à cette fin. Durant la collecte et le processus d'analyse des données, un journal réflexif a été également utilisé (Miles *et al.*, 2014). Ce dernier a permis à l'étudiante d'y consigner les différentes grilles de codifications, matrices et les raisons ayant mené à l'élaboration de nouvelles versions. Il comprenait aussi les réflexions personnelles de l'étudiante suivant la passation des entrevues, l'ensemble des enregistrements audio des observations et discussions captés durant les rencontres de l'équipe de recherche ainsi que des comptes rendus écrits de la plupart de ces rencontres. Ces comptes rendus incluaient eux-aussi des éléments réflexifs sur les difficultés rencontrées, les décisions méthodologiques et les apprentissages faits. L'utilisation de cet outil a assuré une richesse à l'analyse des données en permettant à l'étudiante de prendre du recul tout au long du processus. Son contenu était discuté régulièrement et les décisions d'équipe étaient instantanément intégrées aux résultats. Les résultats ont également été présentés et validés auprès des ergothérapeutes de l'étude.

3.6 Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis pour approbation au Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ). Avant de débiter la collecte de données, le consentement écrit, libre et éclairé a été obtenu pour chaque participant. L'objectif de ce projet a été expliqué dès le premier contact téléphonique réalisé par le coordonnateur du centre de réadaptation, lequel a été rappelé par l'étudiante lors du second contact téléphonique auprès des participants ayant manifesté un intérêt à participer à l'étude. Un formulaire de consentement a été signé par le participant et l'étudiante avant de réaliser l'entrevue semi-dirigée. Les principes de confidentialité ont été abordés avant de commencer les entrevues. Les participants ont été informés que les enregistrements seraient détruits suite à la transcription de ceux-ci. Afin de préserver la confidentialité, un numéro d'identification a été attribué à chacune des transcriptions verbatim. Le registre de numéro correspondant aux différents noms a été gardé dans un ordinateur sous clé dans un endroit différent des données collectées. Les renseignements identificatoires et les formulaires de consentement ont été conservés dans un classeur sous clé dans le bureau de l'étudiante à la maîtrise au Campus Longueuil de l'Université de Sherbrooke et ont ensuite relocalisés dans le bureau d'un membre de l'équipe de direction.

Ils seront détruits après cinq ans. En tout temps, les participants ont eu la possibilité de se retirer. Un forfait de déplacement pour l'entrevue de 20 dollars a été remis aux travailleurs ayant participé à l'étude. Suivant la fin du recrutement, un montant de 60 dollars par ergothérapeute a été envoyé au centre de réadaptation à l'attention du chef de service de réadaptation afin de compenser financièrement une partie des coûts associés au temps accordé pour les entrevues, lesquelles ont été réalisées durant les heures de travail des ergothérapeutes.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Ce chapitre décrit d'abord les caractéristiques de l'échantillon de travailleurs et des ergothérapeutes recrutés dans cette étude. Par la suite, les résultats sont présentés en trois grandes sections correspondant aux objectifs spécifiques de l'étude, soit : 1) la description du contexte d'interactions en présence d'un assureur, 2) la présentation des facteurs perçus par les travailleurs et les ergothérapeutes comme exerçant une influence sur le processus de réadaptation au travail en présence d'un assureur, et 3) une exploration sur la façon dont ces facteurs exercent leur influence.

4.1 Description de l'échantillon

L'échantillon de participants de l'étude se compose de travailleurs ayant subi un TCCL et de leur ergothérapeute, soit un total de huit travailleurs et de quatre ergothérapeutes. Le recrutement a été cessé après huit dyades puisqu'il s'agissait d'un nombre apparaissant réaliste à recruter pour un projet de maîtrise afin de pouvoir effectuer une analyse en profondeur des verbatim retenus. De plus, une hétérogénéité de la variation souhaitée dans l'échantillon et une redondance dans l'information recueillie ont été observées suggérant ainsi une saturation des données recueillies (Miles *et al.*, 2014). Le tableau 1 résume les caractéristiques de l'échantillon des huit travailleurs de l'étude. Il s'agit d'une majorité de femmes dont l'âge moyen est de 42 ans. Les travailleurs sont également répartis entre le secteur d'emploi public et privé dans des domaines d'emploi variés. Trois travailleurs sont indemnisés par le RAAR et cinq par le RAAT. Six des travailleurs étaient retournés à leur emploi au moment de l'entrevue, alors que deux étaient toujours en arrêt de travail. Le délai entre la survenue de l'accident et la prise en charge en ergothérapie varie entre 3 et 10 mois (moyenne de 6 mois) et le délai entre l'accident et l'entrevue varie entre 11 et 20 mois (moyenne de 14 mois).

Concernant les ergothérapeutes, huit entrevues impliquant quatre ergothérapeutes différents ont été réalisées, ce qui s'explique par le fait que chaque ergothérapeute était impliqué dans le processus de réadaptation de deux travailleurs. Les quatre ergothérapeutes sont des femmes, dont l'âge varie entre 30 et 50 ans (âge moyen de 39 ans). L'expérience professionnelle en tant qu'ergothérapeute varie entre 8 et 25 ans (moyenne de 15 ans) et

l'expérience avec la clientèle TCCL se situe entre 1.5 et 14 ans (moyenne de 8,5 ans). Dans cinq des huit cas, les ergothérapeutes avaient collaboré antérieurement avec le représentant de l'assureur attitré au dossier des travailleurs concernés alors que dans les trois autres cas, les ergothérapeutes ne le connaissaient pas préalablement à leur implication au dossier. Selon l'information transmise par les coordonnatrices cliniques du centre de réadaptation, une seule personne a refusé de participer à l'étude et tous les ergothérapeutes approchés ont démontré un intérêt à participer à l'étude.

Tableau 1
Caractéristiques de l'échantillon des travailleurs (n=8)

Identifiant travailleur*	Caractéristiques												
	Âge	Sexe	Type d'assureur	Accidents route/travail antérieurs	Identifiant ergo-thérapeute*	Nombre de TCCL antérieur	Scolarité	Secteur et domaine d'emploi	Ancienneté dans l'entreprise (années)	Statut de RAT	Délai entre l'accident et l'entrevue (mois)	Durée de PEC en ergothérapie (mois)	Délai entre l'accident et PEC en ergothérapie (mois)
T01	54	H	RAAT	2 ^e accident	E01	2	Primaire	Secteur privé (Transport)	5 ans	Non-RAT	11	4	3
T02	37	F	RAAT	1 ^{er} accident	E02	0	Diplôme d'étude professionnelle	Secteur public (Loisirs)	moins d'un an	RAT	16	2	9
T03	52	F	RAAT	1 ^{er} accident	E03	0	Universitaire	Secteur public (Éducation)	7 ans	RAT	11	3	7
T04	50	F	RAAT	1 ^{er} accident	E02	0	Universitaire	Secteur public (Éducation)	Manquant	RAT	17	3	10
T05	29	H	RAAR	2 ^e accident	E04	0	Diplôme d'étude professionnelle	Secteur privé (Construction)	1 an	Non-RAT	12	4	6
T06	37	H	RAAR	1 ^{er} accident	E04	0	Secondaire	Secteur privé (Transport)	12 ans	RAT	20	9	6
T07	45	F	RAAT	2 ^e accident	E01	0	Secondaire	Secteur privé (Loisirs)	Moins d'un an	RAT	14	7	3
T08	30	F	RAAR	1 ^{er} accident	E03	0	Universitaire	Secteur public (Santé)	1,5 an	RAT	14	6	4
Étendue	[29;54]	-	-	-	-	[0;2]	-	-	[0;12]	-	[11;20]	[2;9]	[3;10]
Moyenne	42	-	-	-	-	-	-	-	4 ans	-	14 mois	5 mois	6 mois

Légende

RAT : Retour au travail

RAAT : Régime d'assurance pour les accidentés du travail

RAAR : Régime d'assurance pour les accidentés de la route

PEC : prise en charge, * Les identifiants correspondent à la numérotation des participants. À noter que certains ergothérapeutes sont associés à plus d'un travailleur.

4.2 Contexte d'interactions en présence d'un assureur

Le contexte d'interactions en présence d'un assureur est décrit à partir des trois dimensions du cadre conceptuel de l'étude, soit : 1) la reconnaissance par l'assureur de la légitimité des plaintes des travailleurs en lien avec le TCCL, 2) la qualité des interactions entre les acteurs (travailleurs, assureurs et ergothérapeutes), et 3) l'accessibilité aux professionnels, traitements et évaluations appropriés.

4.2.1 La reconnaissance par l'assureur de la légitimité des plaintes des travailleurs en lien avec le TCCL

Cette dimension regroupe deux facteurs qui sont apparus étroitement liés par les participants, soit l'appréciation faite par ces-derniers des connaissances de l'assureur en lien avec le TCCL et de la reconnaissance par l'assureur du lien entre le diagnostic, les manifestations cliniques rapportées et l'incapacité au travail.

Pour apprécier le niveau de connaissances que possédait l'assureur, les participants se sont référés à leur propre connaissance du diagnostic et des manifestations cliniques y étant associées. À cet effet, les connaissances de l'assureur ont été perçues comme bonnes ou très bonnes par la grande majorité des travailleurs et des ergothérapeutes.

« [...] J'avais l'impression d'avoir à faire à des personnes [assureur] qui connaissaient ça [TCCL] drôlement mieux que moi, ça c'est clair, et qui étaient plus au courant [...]. » (Travailleur 03, RAAT)

« Elle [assureur] comprenait c'est quoi un TCC puis savait quoi faire avec madame [...]. Elle avait vu d'autres TCC avant. » (Ergothérapeute 03)

Tel qu'illustré dans le verbatim précédant, les ergothérapeutes appréciaient également les connaissances de l'assureur en fonction des expériences antérieures de ce-dernier avec cette population. Lorsque les connaissances de l'assureur étaient perçues bonnes, les participants décrivaient un assureur qui reconnaissait les manifestations cliniques du TCCL et l'incapacité au travail qui en découlait. Un seul ergothérapeute a rapporté que l'assureur était peu familier avec le diagnostic, mais demeurait ouvert aux enseignements et aux recommandations faites par les professionnels de la santé. Selon ce même ergothérapeute, ce manque de connaissances n'a pas affecté la capacité de l'assureur à reconnaître le lien entre l'incapacité au travail du travailleur et les manifestations cliniques rapportées.

« Elle [assureur] a dit ouvertement qu'elle avait des difficultés à comprendre les TCC légers, mais elle a été quand même compréhensive [...]. Le TCC léger, c'est subjectif aussi, avec la fatigue puis tout ça. Elle n'a pas démontré d'attitude négative. » (Ergothérapeute 07)

Tel que présenté dans le précédent verbatim, pour les ergothérapeutes, la nature subjective des manifestations cliniques propres à ce diagnostic n'a pas été considérée comme une difficulté supplémentaire susceptible d'affecter la capacité de l'assureur à reconnaître le lien entre le TCCL et l'incapacité au travail.

Deux travailleurs n'ont pas été en mesure de se prononcer sur les connaissances que possédait l'assureur en raison de la rareté des échanges directs qu'ils ont eus avec ce dernier. Les ergothérapeutes impliqués auprès de ces travailleurs ont quant à eux fait une appréciation positive des connaissances que possédait l'assureur et ont fait référence à un assureur qui avait été en mesure de reconnaître tout au long du processus de réadaptation que l'incapacité au travail était liée aux manifestations cliniques rapportées par les travailleurs. Un seul travailleur a perçu que l'assureur avait des connaissances erronées des manifestations cliniques persistantes du TCCL, ce qui l'avait empêché de reconnaître le lien avec son incapacité au travail toujours présente après trois mois.

« Elle [assureur] disait “un TCC léger, c'est trois mois puis après, tout va bien. Ce n'est pas normal que ça prenne plus que trois mois”. Elle avait l'air fâchée [...]. Elle disait “Tu vas rentrer au centre de réadaptation puis tu vas recommencer à travailler”. » (Travailleur 05, RAAR)

Ce point de vue n'était pas partagé par l'ergothérapeute qui considérait que l'assureur était familier et connaissait bien les particularités de ce diagnostic. Ce travailleur se distinguait des autres participants par une expérience vécue avec l'assureur ayant été perçue globalement négative.

Bien que la présence de manifestations cliniques persistant dans le temps ait été source de litiges auprès de certains employeurs, tous les participants ont précisé qu'aucune demande d'évaluation médicale par un médecin expert n'avait émané de l'assureur. Ceci a été généralement perçu par les participants comme un signe de reconnaissance par l'assureur, puisque ce dernier avait reconnu comme légitime leur incapacité au travail malgré sa persistance dans le temps.

En somme, la majorité des participants ont eu une appréciation positive des connaissances que possédait l'assureur. Ces-dernières, qualifiées de bonnes ou de très bonnes par ces participants, ont permis à l'assureur de reconnaître que le lien entre le TCCL, les manifestations cliniques rapportées par les travailleurs et l'incapacité au travail étaient fondées.

4.2.2 *Qualité des interactions entre l'assureur, le travailleur et l'ergothérapeute*

La qualité des interactions entre l'assureur, le travailleur et l'ergothérapeute a été caractérisée à travers deux dimensions. La première est d'ordre structurel et correspond au cadre d'interactions avec l'assureur, alors que la seconde renvoie aux comportements et attitudes de ces différents acteurs pendant leurs interactions.

4.2.2.1 Cadre d'interaction avec l'assureur

Le cadre d'interactions est défini par les modes de communication avec l'assureur, par les caractéristiques de l'assureur et par les règles, fonctionnement et procédures du système d'assurance.

Modes de communication

Les interactions entre l'assureur et le travailleur, et celles entre l'assureur et les ergothérapeutes se sont déroulées principalement par téléphone, par écrit et occasionnellement en personne.

Lorsque les échanges avec l'assureur incluaient au minimum une communication téléphonique mensuelle, les participants qualifiaient la fréquence d'adéquate. Pour les échanges avec l'assureur qui avaient lieu dans un intervalle de deux à cinq mois, malgré que la fréquence fût perçue peu élevée, les participants, à l'exception d'un seul travailleur, étaient eux aussi satisfaits de la fréquence des contacts téléphoniques avec l'assureur. L'autre travailleur aurait souhaité avoir l'opportunité de bénéficier de plus de contacts avec ce-dernier afin que son point de vue soit considéré.

« Il n'y a pas eu d'échange de juin à octobre [...]. On ne s'est pas reparlé. Je trouve ça bizarre qu'ils [assureurs] ne s'informent pas plus que ça à savoir comment je vais. Ils se fient juste sur eux et à leurs spécialistes. Ils ne me parlent pas et je trouve ça spécial. » (Travailleur 06, RAAR)

Tous les ergothérapeutes ont rapporté ne pas avoir eu de contacts réguliers avec l'assureur. Ils ont précisé qu'un contact initial avait été effectué au début du processus de réadaptation au travail et que les autres échanges avaient été concentrés vers la fin du processus pour coordonner l'étape de l'exposition au travail. Ils se sont dit satisfaits de cette fréquence, puisqu'ils n'ont pas perçu la nécessité d'avoir une fréquence plus élevée d'échanges et ont précisé qu'ils avaient eu l'opportunité de communiquer au besoin avec l'assureur entre ces échanges.

Les modes de communication par écrit font quant à eux référence à l'ensemble des documents envoyés par l'assureur au domicile du travailleur ainsi qu'aux documents exigés par l'assureur tels que l'envoi de billets médicaux et des résultats d'évaluations faites par les professionnels de la santé. Seulement une minorité de travailleurs ont estimé avoir pu gérer facilement cette documentation écrite, c'est à dire comprendre et répondre aux différentes exigences de l'assureur demandées par écrit. Pour plus de la moitié des travailleurs, les documents demandés par l'assureur ont été nombreux et leur gestion efficace a été entravée par la présence de manifestations cliniques persistantes telles que des épisodes de fatigue, une difficulté à demeurer concentré, etc. Selon ces travailleurs, cette gestion a même contribué à augmenter l'intensité des manifestations cliniques.

« Tout le reste de la paperasse que je devais faire, malgré ma fatigue [...] je vais t'avouer, j'étais au travail à temps plein, j'amassais, je remplissais tout cette paperasse-là, je faisais des retours, je pouvais ben être crevée...brûlée là! » (Travailleur 05, RAAR)

Pour le mode de communication en personne, tous les travailleurs, à l'exception d'un seul, ont rencontré en personne l'assureur minimalement une fois. Ces rencontres ont eu lieu au sein des locaux de l'assureur en présence de l'assureur et des travailleurs pour ceux indemnisés par le RAAR. Pour ceux indemnisés par le RAAT, ces rencontres ont eu lieu majoritairement au centre de réadaptation et regroupaient le travailleur, l'assureur et l'équipe multidisciplinaire. L'intérêt et l'utilité d'une rencontre en personne étaient perçus de façon variable entre les travailleurs. Une minorité seulement a perçu que ce mode de communication avait facilité les échanges entre les parties alors que la majorité n'a pas identifié de valeur ajoutée à ce mode de communication en comparaison aux communications téléphoniques.

« C'était une entrevue, je pense que ça a duré une heure, pourquoi il fallait y aller en personne, je ne sais pas exactement [rires], ça aurait sûrement pu être fait par téléphone [...]. » (Travailleur 08, RAAR)

Certains travailleurs ont même qualifié ce mode de communication d'intimidant et ont précisé qu'il visait uniquement à faciliter la communication entre les professionnels de la santé.

« Quand il y avait des réunions, c'est pareil comme si tu entrais dans un comité disciplinaire, ils étaient 4-5 personnes, tu étais tout seul, tu n'étais pas représenté pour ce que tu avais, [...] c'était un petit désavantage qu'il pouvait y avoir. » (Travailleur 01, RAAT)

De leur côté, les ergothérapeutes ont perçu que ce mode de communication clarifiait les informations entre les parties et permettait au travailleur d'avoir des réponses exactes par l'assureur sur les aspects administratifs et procéduraux de leur suivi avec l'assureur.

« Souvent, il nous reste des petites choses à discuter [...]. Des fois, les travailleurs ont des questions pour la suite des choses, puis moi je ne peux pas répondre [...]. [Pour Travailleur 01] C'est plus la madame du RAAT qui a pu répondre, je trouve que ça a clarifié tout pour tout le monde. » (Ergothérapeute 01)

Caractéristiques de l'assureur

Cette deuxième sous-dimension du cadre d'interactions est définie par : 1) la stabilité du personnel de l'assureur, 2) la disponibilité de l'assureur, et 3) la maîtrise par l'assureur des informations relatives au suivi du travailleur.

La stabilité du personnel de l'assureur représente la perception des participants quant à la constance du personnel attribué au dossier des travailleurs chez l'assureur. Les données ont montré que la stabilité du personnel de l'assureur a été variable entre les travailleurs. Plus de la moitié ont affirmé qu'il n'y avait pas eu de changement de personnel tout au long de leur réadaptation et ont apprécié avoir une certaine stabilité du personnel.

« C'est un avantage parce qu'elle [conseillère en réadaptation chez l'assureur] était là depuis le début, elle m'a vu vraiment évoluer, elle me connaissait. » (Travailleur 07, RAAT)

Les mêmes travailleurs ont également rapporté une grande disponibilité de la part de la personne attribué à leur dossier ou des membres du personnel au besoin. La

disponibilité de l'assureur a été définie par la perception des participants de la facilité à rejoindre l'assureur lorsque jugé souhaitable. L'extrait suivant illustre la disponibilité de la part de l'assureur perçue par l'un de ces travailleurs :

« L'assureur a toujours été très facile à rejoindre [...]. Je laissais un message, la personne me rappelait rapidement, le plus longtemps que j'ai attendu, c'était trois jours, parce que celle qui s'occupait de mon dossier était malade [...]. Une autre fois, puisqu'elle n'était pas disponible, ils m'ont transféré à son superviseur qui a pris mon dossier même s'il ne me connaissait pas et il a répondu à ma question. » (Travailleur 02, RAAT)

Chez les travailleurs ayant perçu peu de stabilité du personnel de l'assureur, la plupart ne sont pas parvenus à faire la distinction entre les différentes personnes qui ont communiqué avec eux et leur rôle respectif. Ceci n'affectait pourtant en rien la disponibilité de l'assureur jugée bonne par ces derniers. Un seul de ces travailleurs est parvenu à faire cette distinction et aurait souhaité avoir accès à une personne ressource.

« J'aurais aimé ça que quelqu'un me suivre tout le long. J'ai vu deux ou trois agents je pense. Ils se donnaient le dossier d'une personne à l'autre, et après, ils le redonnaient encore. » (Travailleur 05, RAAR)

Ce même travailleur a perçu que l'assureur n'avait pas une bonne maîtrise des informations apparaissant à son dossier. La maîtrise par l'assureur des informations relatives au suivi des travailleurs réfère à l'appropriation par l'assureur des informations antérieures et nouvelles apparaissant au dossier telles que perçues par les participants.

« Dans certaines choses, je voulais avoir des réponses, je l'ai appelé [assureur] puis à chaque fois, j'ai parlé à un intermédiaire. Je voulais parler à [prénom] puis ils m'ont dit "ça sert à rien, elle va vous rappeler" [...]. Elle ne m'a jamais rappelé. » (Travailleur 05, RAAR)

Les autres travailleurs ont tous perçu que l'assureur maîtrisait bien les informations et demeurait à l'affût des éléments nouveaux pertinents en regard de l'évolution de leur réadaptation. Les ergothérapeutes se sont quant à eux prononcés sur la stabilité et la disponibilité de l'assureur qui ont été perçus bonnes par tous. Les ergothérapeutes ont affirmé avoir une personne ressource chez l'assureur avec qui ils pouvaient communiquer et qui était jugée facile à rejoindre au besoin. Cette stabilité du personnel, de leur point de

vue, a permis de faciliter les échanges avec l'assureur puisque ce dernier maîtrisait les informations relatives au suivi des travailleurs.

« C'est facilitant parce qu'on n'a pas besoin de refaire l'histoire à chaque fois. [...] Elle [conseillère en réadaptation chez l'assureur] a mis la table, elle était disponible. Elle m'a même dit qu'elle était disponible à venir à la rencontre avec l'employeur au besoin. » (Ergothérapeute 02)

Règles, fonctionnement et procédures du système d'assurance

Cette troisième sous-dimension, appartenant au cadre d'interactions en présence d'un assureur, fait référence à la compréhension par les travailleurs des règles, fonctionnement et procédures du système d'assurance et inclut les données relatives aux compensations financières reçues.

Les travailleurs n'ayant jamais été indemnisés par un assureur ont tous affirmé avoir éprouvé de la difficulté à comprendre les règles, le fonctionnement et les procédures du système de l'assureur. De plus, les manifestations cliniques découlant du TCCL exacerbèrent cette difficulté de leur point de vue.

« D'habitude, je suis un petit peu plus allumé que ça, je comprends mieux les choses [...] mais quand tu n'as jamais vécu c'est quoi le RAAT, parce que j'avais jamais été en arrêt de travail, c'est clair que ce n'est pas évident de démêler tout ça. » (Travailleur 03, RAAT)

Les deux travailleurs ayant déjà été indemnisés par le RAAT ou le RAAR dans le passé ont indiqué qu'ils comprenaient bien le fonctionnement et connaissaient les règles et procédures et les attentes des assureurs en raison de leur expérience antérieure.

Par rapport aux compensations financières offertes par l'assureur, les huit travailleurs ont rapporté que la présence d'un assureur leur avait permis de recevoir un remplacement de revenu jugé suffisant leur permettant de se concentrer sur leur réadaptation. Seul un ergothérapeute a rapporté que l'équipe de réadaptation avait soupçonné chez un travailleur la présence de gains secondaires liés aux compensations financières.

« Il y a toujours l'autre partie [...], ils ont quand même un gain financier. Lui [travailleur], on a toujours eu un petit doute parce qu'il faisait beaucoup de choses. Il était très fonctionnel chez lui. Quand je le voyais, tout était cohérent [...]. On a eu un petit doute. » (Ergothérapeute 01)

En résumé, concernant les modes de communication, la grande majorité des participants ont fait une appréciation favorable de la fréquence des échanges téléphoniques avec l'assureur, même lorsqu'ils n'avaient pas eu lieu sur base régulière. Pour la plupart des travailleurs, la gestion de la documentation écrite a quant à elle été perçue ardue en raison du nombre élevé de documents exigés et a contribué à augmenter l'intensité des manifestations cliniques. Le mode de communication en personne était perçu comme permettant de clarifier les informations entre les parties selon tous les ergothérapeutes, alors que plusieurs travailleurs n'en voyaient pas toujours la valeur ajoutée et était même parfois rapporté comme intimidant. Concernant les caractéristiques de l'assureur, la stabilité du personnel qui variait entre les dyades n'est pas venue affecter la perception de la grande majorité des travailleurs d'une bonne disponibilité de l'assureur et d'une maîtrise par ce dernier des informations relatives à leur dossier. Les ergothérapeutes ont également été satisfaits de la stabilité et de la disponibilité de l'assureur. Finalement, tous les travailleurs indemnisés pour la première fois par un assureur ont éprouvé de la difficulté à comprendre les règles, fonctionnement et procédures du système d'assureur, difficulté perçue exacerbée en raison des manifestations cliniques liées au TCCL. Les participants ont aussi rapporté que le fonctionnement du système d'assurance avait permis de bénéficier d'une compensation financière suffisante.

4.2.2.2 Comportements et attitudes des acteurs impliqués pendant les interactions

Cette section décrit les comportements et attitudes de l'assureur lors des interactions avec les travailleurs et les ergothérapeutes durant le processus de réadaptation au travail.

Comportements et attitudes de l'assureur envers les travailleurs

La grande majorité des travailleurs ont décrit des comportements et attitudes positives de la part de l'assureur durant leurs interactions. Ces comportements et attitudes contrastaient avec les préconceptions plutôt négatives que ces travailleurs avaient de l'assureur avant leur accident.

« Il [assureur] ne laissait pas de doute, il ne laissait jamais penser qu'il te surveille. Tu sais ce que je veux dire ? "Ah le RAAT, il faut que tu les surveilles, ils te photographient et ils te filment". Je n'ai jamais eu ça [...]. S'il y a un accident à avoir, essayez avec le RAAT, ça va bien [rires]. »
(Travailleur 01, RAAT)

Ce verbatim illustre également l'impression positive générale qu'avait ce travailleur de l'assureur, impression également partagée par la majorité des travailleurs. Ces travailleurs attribuaient en partie cette expérience positive à la présence de comportements et attitudes adoptés par l'assureur tel être ouvert d'esprit, compréhensif, proactif et favoriser une approche personnalisée.

« Il y avait une ouverture à la compréhension, elle [conseillère en réadaptation chez l'assureur] ne se gênait pas pour dire qu'il n'y en a pas de papier qui explique tout ça puisque c'est toujours du cas par cas [...]. Je sentais qu'elle était vraiment ouverte justement à essayer de comprendre tous les impacts, d'essayer de trouver des solutions puis d'essayer de me donner le temps puis les outils que j'avais besoin. » (Travailleur 03, RAAT)

Ces mêmes comportements et attitudes positives ont persisté dans le temps selon la perception de ces travailleurs.

Un seul comportement a été perçu comme négatif par les travailleurs ayant rapporté une difficulté à bien comprendre les règles, le fonctionnement et les procédures du système de l'assureur. Il s'agissait de la présence de lacunes dans les explications fournies par l'assureur sur le fonctionnement du système d'assurance.

« Je ne le sais pas trop c'est quoi le rôle de l'assureur [...]. J'aurais aimé savoir c'est quoi, à quoi on a droit exactement, s'ils ont des équipes d'évaluation spécialisées ou s'ils peuvent faire des références. Là, oui, peut-être c'était une bonne idée de le savoir. » (Travailleur 08, RAAR)

Les travailleurs ne se sentaient pas soutenus et outillés dans les explications fournies par l'assureur pour faire face à la complexité du système d'assurance et auraient souhaité obtenir plus d'accompagnement de la part de l'assureur pour les guider durant leur réadaptation. Pour les travailleurs ayant perçu une difficulté à gérer la documentation écrite, ils ont également rapporté qu'ils auraient souhaité avoir un assureur en mesure de leur expliquer davantage le contenu de cette documentation et d'adapter ce contenu ainsi que la quantité de suivis exigés à leurs manifestations cliniques. Les deux travailleurs qui avaient déjà été indemnisés par un assureur dans le passé ont expliqué qu'ils étaient parvenus à comprendre le fonctionnement du système d'assurance et à bien gérer la documentation écrite en raison de leur expérience antérieure.

Seule une minorité de travailleurs et leur ergothérapeute ont rapporté que l'assureur avait démontré une approche impersonnelle envers le travailleur, ce qui était relié au peu de contacts directs avec l'assureur. Un seul travailleur, celui ayant vécu une expérience particulièrement négative avec l'assureur, a estimé que la conseillère en réadaptation attirée à son dossier avait adopté des comportements et attitudes favorisant des interactions conflictuelles durant leurs interactions telles de l'indifférence, une fermeture d'esprit et une pression pour retourner au travail.

« [La conseillère en réadaptation chez l'assureur me disait :] Au mois de juin, tu vas recommencer à travailler [...]. Elle était complètement indifférente, elle s'en foutait, ça paraissait, elle me regardait puis je le voyais dans son non verbal [...]. Même si je lui parlais de ce qui était arrivé, elle me coupait sec et changeait de sujet. » (Travailleur 05, RAAR)

L'ergothérapeute ne partageait pas cette perspective et a plutôt rapporté des comportements et attitudes de nature positive similaires à ceux décrits par l'ensemble des ergothérapeutes.

« Ils [assureurs] lui ont tout donné, ils n'ont pas menacé de le couper, ils n'ont pas dit que c'était long, ils n'ont pas mis de pression [...]. Les fois qu'il leur avait parlé, ça semblait s'être bien passé [...]. Je ne pense pas qu'il s'est senti "voyons donc, qu'est-ce que c'est ça ?". » (Ergothérapeute 05)

Ce travailleur et cet ergothérapeute constituent la seule dyade avec des points de vue divergents sur les comportements et attitudes adoptés par l'assureur durant les interactions entre les travailleurs et l'assureur.

Comportements et attitudes de l'assureur avec l'ergothérapeute

La grande majorité des ergothérapeutes ont rapporté que les assureurs avaient eu une bonne connaissance des rôles respectifs de chacune des parties, ce qui leur avait permis de travailler en étroite collaboration, particulièrement durant la période de l'exposition au travail.

« Elle [conseillère en réadaptation chez l'assureur] était assise à la table [durant la rencontre en personne]. Les contacts ont été faits dès le début, puis la conseillère faisait mes premiers contacts avec l'employeur pour déterminer un temps propice pour que je puisse aller les rencontrer pour leur expliquer quelle sorte de retour au travail je voulais. Elle m'a même dit

qu'elle était disponible à venir à la rencontre avec moi [...]. »
(Ergothérapeute 02)

La grande majorité des ergothérapeutes ont également expliqué avoir bénéficié d'une grande latitude dans le choix de leurs interventions et se sentaient soutenus par l'assureur.

« Il [assureur] disait au travailleur "tu es entre bonnes mains". Il me laissait carte blanche, il ne s'en mêlait pas trop, mais était là pour m'aider, renchérir avec l'employeur et aurait été là pour me soutenir au besoin. »
(Ergothérapeute 03)

Un seul ergothérapeute a fait mention d'une attitude directive de l'assureur en précisant qu'il avait néanmoins respecté les recommandations émises par les différents professionnels de la santé et avait collaboré lors de l'exposition au retour au travail

En somme, les comportements et attitudes de l'assureur ont été perçus par la grande majorité des participants comme positifs durant le processus de réadaptation au travail. Le seul élément jugé négatif par la majorité des travailleurs était la présence de lacunes dans les explications données sur le fonctionnement du système d'assurance. Seule une minorité de travailleurs et leur ergothérapeute ont fait référence à une approche impersonnelle en lien avec le peu d'échange direct vécu avec l'assureur.

4.2.3 Accessibilité aux professionnels de la santé et aux traitements/évaluations appropriés en présence d'un assureur

Cette dimension du cadre conceptuel réfère à la capacité perçue par les participants à avoir accès aux soins de santé (professionnels, traitements, évaluations médicales) recommandés ou jugés nécessaires par les travailleurs, l'assureur, le médecin ou tout autre professionnel de la santé, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du régime public d'assurance maladie.

Plus de la moitié des travailleurs ont perçu que la présence d'un assureur à leur dossier avait favorisé l'accès aux professionnels de la santé exerçant au sein du régime public d'assurance maladie.

« Mon médecin, tout seul à se débattre, ça aurait pu être difficile. Le fait qu'il y avait le RAAT derrière, peut-être que cela a mis une bonne pression

et une saine pression pour que les services débloquent, débarquent et que je puisse avoir accès à tout ce beau monde. » (Travailleur 04, RAAT)

Selon ces mêmes travailleurs, cette perception d'accès facilité a eu comme résultante d'accélérer et de prioriser leur prise en charge au centre de réadaptation. Ce point de vue était partagé par deux ergothérapeutes qui ont précisé que l'assureur avait permis de faciliter l'accès aux professionnels de la santé du régime public d'assurance maladie en communiquant directement avec le centre en réadaptation.

« Dans ce dossier-là c'est l'agent payeur qui a été la porte d'entrée, il a dit "on vous demande de la prendre". » (Ergothérapeute 03)

Les participants ont perçu que la présence d'un assureur avait permis d'avoir accès à des professionnels exerçant dans des cliniques de réadaptation privée au besoin en permettant principalement de couvrir les coûts monétaires liés aux honoraires. Les travailleurs ont également associé l'accès aux professionnels en clinique de réadaptation privée à l'opportunité d'avoir des professionnels à leur dossier spécialisés avec la clientèle TCCL.

« J'avais fait le tour avec eux [centre de réadaptation]. Ils m'ont donné congé. [...]. J'ai vu ensuite une physiothérapeute au privé qui avait beaucoup plus d'expérience et d'instructions là-dedans [connaissances sur le TCCL]. » (Travailleur 01, RAAT)

Un seul travailleur a nécessité le recours à un test médical hors du régime public d'assurance maladie et a affirmé que la présence d'un assureur avait facilité l'accès en couvrant les frais associés. Ce point de vue était partagé par son ergothérapeute. Deux autres travailleurs ont également mentionné que la présence d'un assureur aurait permis d'avoir recours aux professionnels et tests médicaux hors du régime de santé public advenant la demande de tests médicaux ou d'évaluations médicales par leur médecin. Tous les autres ergothérapeutes ont rapporté qu'il aurait été aidant advenant la nécessité d'avoir accès rapidement à des tests et évaluations jugés nécessaires par les professionnels de la santé d'avoir un assureur au dossier pour défrayer et accélérer l'accès.

En somme, selon les travailleurs, la présence d'un assureur a permis un accès facilité aux professionnels de la santé au sein du régime public d'assurance maladie en raison d'une priorisation de leur dossier et une diminution du délai d'attente. Les communications

directes entre l'assureur et le centre de réadaptation ont aussi, selon certains ergothérapeutes, accéléré l'accès aux services. Du point de vue de tous, l'assureur a permis de faciliter l'accès aux soins dispensés à l'extérieur du système public d'assurance maladie en défrayant les coûts en plus d'offrir selon les travailleurs l'opportunité d'avoir accès à des professionnels spécialisés avec le TCCL.

4.3 Facteurs perçus influencer le processus de réadaptation au travail en présence d'un assureur

Cette section décrit dans un premier temps les facteurs du contexte d'interactions en présence d'un assureur rapportés par les participants comme ayant exercé une influence favorable sur le processus de réadaptation au travail, puis dans un second temps, les facteurs perçus comme défavorables. Un facteur dont l'influence a été perçue variable selon les participants est également présenté.

4.3.1 Influences favorables sur le processus de réadaptation au travail

Plusieurs facteurs sont ressortis du point de vue des participants comme ayant contribué favorablement au processus de réadaptation au travail. Ces facteurs sont présentés au tableau 2.

Un premier facteur favorable est, pour les travailleurs, de sentir que leur incapacité au travail suite au TCCL est perçue légitime par l'assureur. Cette reconnaissance a joué un rôle déterminant à l'évolution favorable du processus de réadaptation au travail de leur point de vue. Certaines caractéristiques du cadre d'interactions de l'assureur ont également été rapportées comme favorables au processus. Selon les participants, autant durant les interactions de l'assureur avec les travailleurs qu'avec les ergothérapeutes, ce qui a été considéré favorable était que l'assureur soit disponible, stable et qu'il maîtrise les informations au dossier des travailleurs. La présence d'attitudes et de comportements positifs de l'assureur (par ex. ouverture, écoute active, approche personnalisée) a également permis l'établissement d'une relation de confiance entre les acteurs exerçant ainsi une influence favorable tout au long du processus de réadaptation. À l'exception d'un seul ergothérapeute, la présence de compensations financières a elle aussi été perçue par les participants comme facilitant le processus de réadaptation. Selon eux, les compensations ont permis aux travailleurs de diminuer le stress financier et de favoriser un retour au travail en fonction des capacités physiques et cognitives des travailleurs.

« Le côté monétaire était un stress en moins. J'avais juste à m'occuper de moi [...], si je n'avais pas eu d'assureur, ça aurait pu être un incitatif à dire “ Je n'ai plus d'argent, je ne suis pas capable de travailler ” J'avais des idées suicidaires, ça aurait ajouté un élément de plus. » (Travailleur 06, RAAR)

Selon les ergothérapeutes, trois éléments clés propres à leurs interactions avec l'assureur ont permis de faciliter le processus de réadaptation au travail, soit la connaissance des rôles de chacun, la collaboration étroite durant la période d'exposition au travail et la latitude laissée par l'assureur dans le choix d'interventions tout en demeurant présent au besoin. Un dernier facteur favorable perçu par les participants était l'accès facilité aux professionnels de la santé du régime de santé publique d'assurance maladie et hors de ce régime en diminuant les délais d'attente. Du point de vue des travailleurs, l'assureur a également été un agent facilitateur au processus de réadaptation au travail en les réorientant vers les professionnels de la santé spécialisés avec les TCCL.

Tableau 2

Résumé des facteurs perçus exercer une influence favorable sur le processus de réadaptation au travail en présence d'un assureur

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonne connaissance du TCCL et des symptômes associés ▪ Bonne reconnaissance du lien entre le TCCL, les symptômes et l'incapacité au travail ▪ Bonne disponibilité des effectifs de l'assureur ▪ Bonne stabilité des effectifs de l'assureur ▪ Bonne maîtrise des informations du dossier du travailleur par l'assureur ▪ Comportements et attitudes de l'assureur envers le travailleur de nature positive (réponse claire aux questions, ouverture, écoute et approche personnalisée, absence de pression pour le RAT) ▪ Compensations financières suffisantes ▪ Connaissance des ergothérapeutes et de l'assureur de leurs rôles respectifs ▪ Latitude donnée par l'assureur aux ergothérapeutes dans le choix des interventions ▪ Collaboration étroite entre l'assureur et les ergothérapeutes durant la période d'exposition au travail ▪ Accès facilité aux professionnels de la santé et évaluations appropriées dans le régime public d'assurance maladie et hors de ce régime |
|--|

4.3.2 Influences défavorables sur le processus de réadaptation au travail

Du point de vue des travailleurs, deux facteurs ont contribué à une évolution défavorable du processus de réadaptation au travail, lesquels sont présentés dans le tableau 3.

Le premier facteur rapporté par une majorité de travailleurs était en lien avec la difficulté à gérer la documentation écrite. La compréhension limitée des termes utilisés et la fréquence élevée des suivis exigés par l'assureur étaient perçues comme les deux obstacles principaux à la gestion de la documentation écrite. Selon les travailleurs, plus les manifestations cliniques du TCCL étaient importantes, plus ils percevaient des difficultés à gérer la documentation écrite.

Le deuxième facteur, étroitement en lien avec le précédent, faisait référence à la présence de lacunes perçues par la majorité des travailleurs dans les explications fournies par l'assureur sur son fonctionnement étant donné la complexité du système d'assurance. La difficulté à comprendre les procédures, à les suivre et à savoir quels sont les services auxquels ils avaient droit constituait des conséquences de ces lacunes selon les travailleurs. Ce facteur a alimenté le niveau d'inquiétudes et de stress face à l'incertitude des travailleurs envers l'évolution de leur condition en présence d'un assureur.

« Si je demande à fermer mon dossier, qu'est-ce qui arrive? Si je rechute ou que ça ne marche pas? C'était comme une panique que j'avais. »
(Travailleur 04, RAAT)

Certains travailleurs ont également perçu que ces lacunes ont prolongé la durée du processus de réadaptation au travail, puisqu'ils n'ont pas bénéficié des informations pertinentes en temps opportun.

« [...] Pourquoi avoir tout le temps besoin de demander davantage d'explications [à l'assureur]? C'est peut-être parce que ce n'est pas tout à fait bien expliqué quand tu l'as jamais vécu, TCC pas TCC, ce n'est pas clair [...]. À partir du moment où j'ai refusé d'être arrêté, c'était ma première erreur [...]. Est-ce qu'il aurait dû y avoir quelqu'un qui m'explique que j'étais en train de prolonger tout ça ? J'aurais peut-être eu besoin qu'on m'explique tout ça de la bonne façon. » (Travailleur 03, RAAT)

Ce travailleur avait la particularité d'avoir été transféré tard au centre de réadaptation et bénéficiait donc uniquement d'un suivi avec son médecin et l'assureur au début de la période de l'exposition au travail. L'ergothérapeute n'a donc pu soutenir le travailleur dans cette étape du processus de réadaptation au travail.

Tableau 3

Résumé des facteurs perçus exercer une influence défavorable sur le processus de réadaptation au travail en présence d'un assureur

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion de la documentation écrite perçue difficile ▪ Lacunes dans les explications fournies par l'assureur sur le système d'assurance |
|---|

4.3.3 *Influences variables sur le processus de réadaptation au travail*

Le mode de communication en personne a été perçu comme exerçant une influence variable sur le processus de réadaptation au travail selon les participants. Pour une minorité de travailleurs et l'ensemble des ergothérapeutes, le mode de communication en personne a été perçu favorable au processus en permettant la mise en place d'objectifs communs et en facilitant la communication entre les acteurs. Cependant, pour la majorité des travailleurs, ce mode de communication n'était pas perçu aidant et a entraîné pour certains un impact défavorable sur leur réadaptation en raison du stress associé et du caractère intimidant de ce type de rencontre.

A la lumière de ces résultats, la présence d'un assureur a exercé des influences majoritairement favorables sur le processus de réadaptation au travail du point de vue des participants. Une résultante de cette perception favorable dans le contexte d'interactions avec l'assureur a été la présence d'une participation active de la grande majorité des travailleurs durant les échanges avec l'assureur et avec les ergothérapeutes. À l'exception d'un seul, les travailleurs ont été proactifs dans leurs démarches avec l'assureur en répondant à l'ensemble des demandes de ce dernier et l'assureur et en collaborant avec lui. Tous les travailleurs ont également participé activement aux rencontres avec les professionnels de la santé en demeurant impliqués et ont rapporté avoir eu une expérience positive de leurs démarches avec eux.

4.4 **Patrons émergents d'influences exercées par l'assureur durant le processus de réadaptation au travail**

Les analyses ont permis de dégager trois patrons d'influences en présence d'un assureur. Un premier patron décrit des influences majoritairement favorables exercées par l'assureur sur le processus de réadaptation et capte l'expérience de cinq travailleurs. Un deuxième patron fait référence à des influences globalement défavorables retrouvées chez

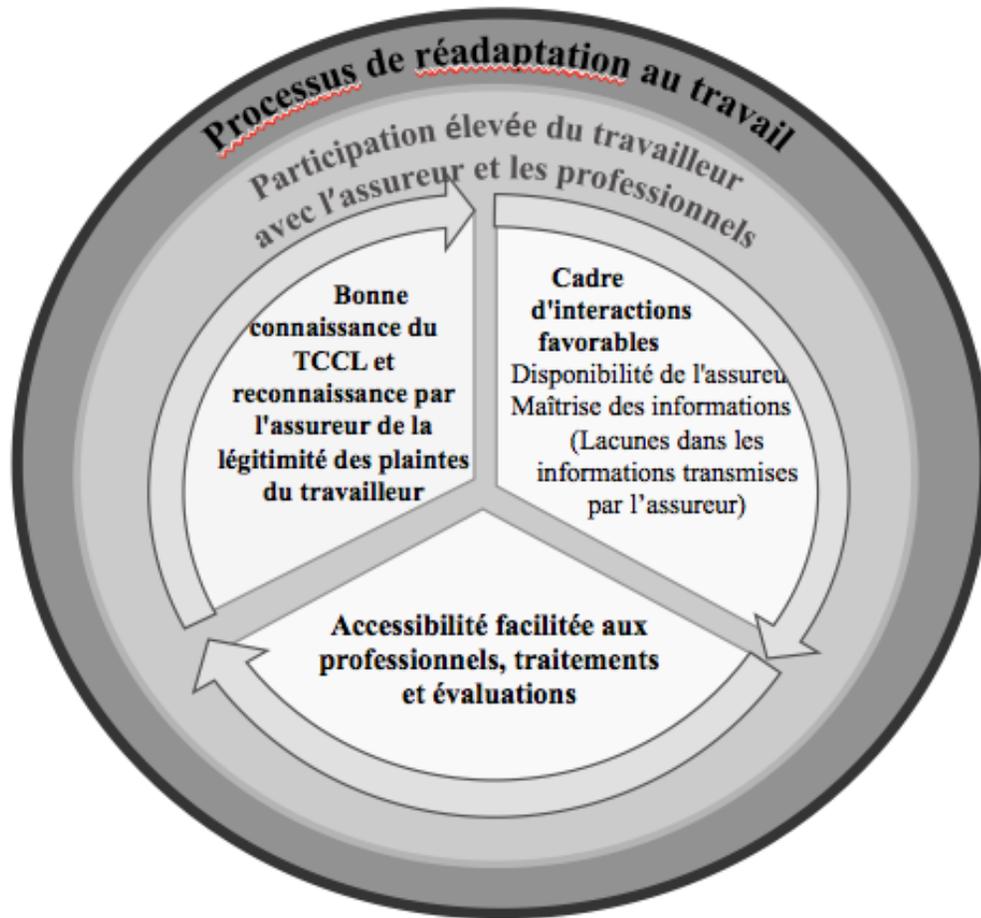
un seul travailleur. Un troisième patron capte l'expérience de deux travailleurs chez qui les influences exercées par l'assureur ont été perçues négligeables.

4.4.1 Patron d'influences majoritairement favorables

L'expérience vécue par les participants des cinq dyades correspondant à ce patron a été particulièrement positive. Concernant la première dimension du cadre d'interactions avec l'assureur, ce qui a été observé était la présence d'un assureur connaissant bien le TCCL et reconnaissant la légitimité du lien entre le diagnostic, les manifestations cliniques et l'incapacité au travail. Pour la deuxième dimension, durant les interactions avec les travailleurs, l'assureur était disponible, maîtrisait les informations au dossier des travailleurs et adoptait des comportements positifs. Seule la présence de lacunes dans les explications fournies sur le fonctionnement du système d'assurance et les procédures attendues est ressortie comme facteur ayant nui au processus de réadaptation au travail. Durant les interactions avec les ergothérapeutes, les données de ces dyades montrent un assureur qui respectait les recommandations proposées par les ergothérapeutes, leur donnait de la latitude et favorisait une collaboration entre les deux parties. Pour la dernière dimension, l'assureur a facilité l'accès aux soins de santé de ces travailleurs en diminuant les délais d'attente, en défrayant les coûts associés aux honoraires et en offrant l'accès à des professionnels spécialisés.

Les travailleurs correspondant à ce patron ont eu en commun une participation active avec l'assureur tout au long du processus en répondant à ses attentes. Cette participation active était également présente durant les interactions avec les différents professionnels de la santé (par ex. les travailleurs se décrivaient comme étant ouverts aux recommandations, mettaient en place les moyens proposés, faisaient les suivis exigés, étaient présents et investis, etc.). Ces travailleurs avaient tous la particularité d'être indemnisés par le même assureur, soit le RAAT. La figure 2 propose une représentation graphique de ce patron d'influences majoritairement favorables. Les flèches illustrent que les différentes influences sont reliées les unes aux autres, et lorsque combinées, elles favorisent une participation active du travailleur avec l'assureur et avec les professionnels de la santé durant le processus de réadaptation au travail.

Patron d'influences favorables sur le processus de réadaptation au travail documentées chez cinq travailleurs et leur ergothérapeute en présence d'un assureur



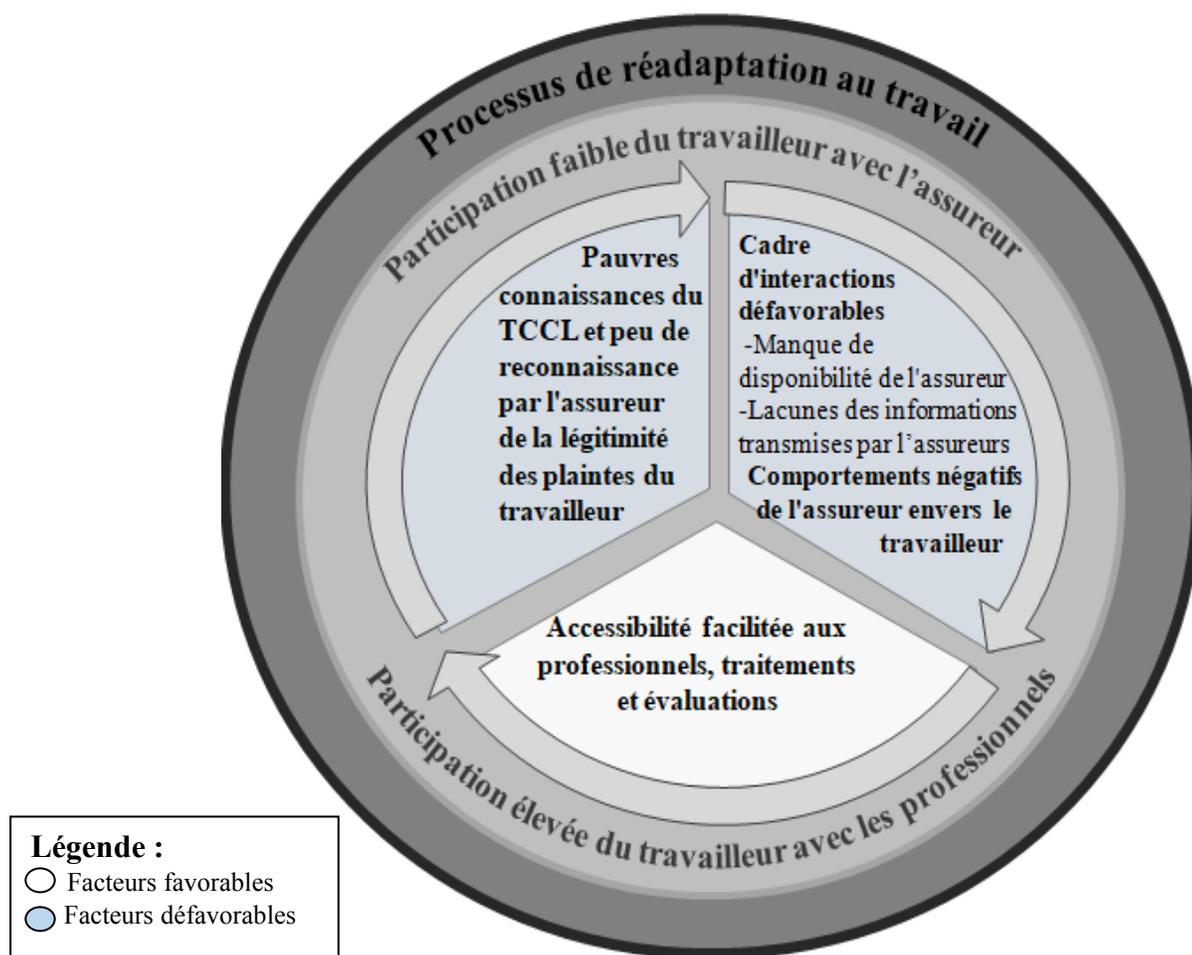
4.4.2 Patron d'influences majoritairement défavorables

Ce patron d'influences, illustré à la figure 3, représente un seul travailleur ayant vécu une expérience particulièrement négative associée à la présence d'un assureur. Ce qui a été observé pour la première dimension était un assureur qui avait une pauvre connaissance des manifestations cliniques du TCCL associée à un manque de reconnaissance de la légitimité du lien entre le diagnostic, les manifestations cliniques et l'incapacité au travail. Le cadre d'interactions se caractérisait chez ce travailleur par un manque de disponibilité de l'assureur, par la présence de lacunes dans les explications données sur le fonctionnement du système d'assurance ainsi que par l'adoption de comportements de nature négative de l'assureur se manifestant par de l'indifférence et de la pression pour retourner au travail. Ces facteurs ont tous contribué aux interactions négatives entre le travailleur et l'assureur. Seul l'accès aux professionnels, traitements et évaluations au sein et hors du régime public d'assurance maladie a été considéré comme

une influence favorable au processus. Ce travailleur se décrivait comme ayant un faible niveau de participation et d'implication durant les interactions avec l'assureur (par ex. ignorer les appels de l'assureur, ne pas initier de contact avec l'assureur malgré les besoins). Il participait néanmoins activement durant les interactions avec les professionnels de la santé.

La figure 3 présente ce patron d'influences observées chez un travailleur ayant la particularité d'avoir été indemnisé par le RAAR.

Figure 3
Patron d'influences majoritairement défavorables documentées chez un travailleur en présence d'un assureur



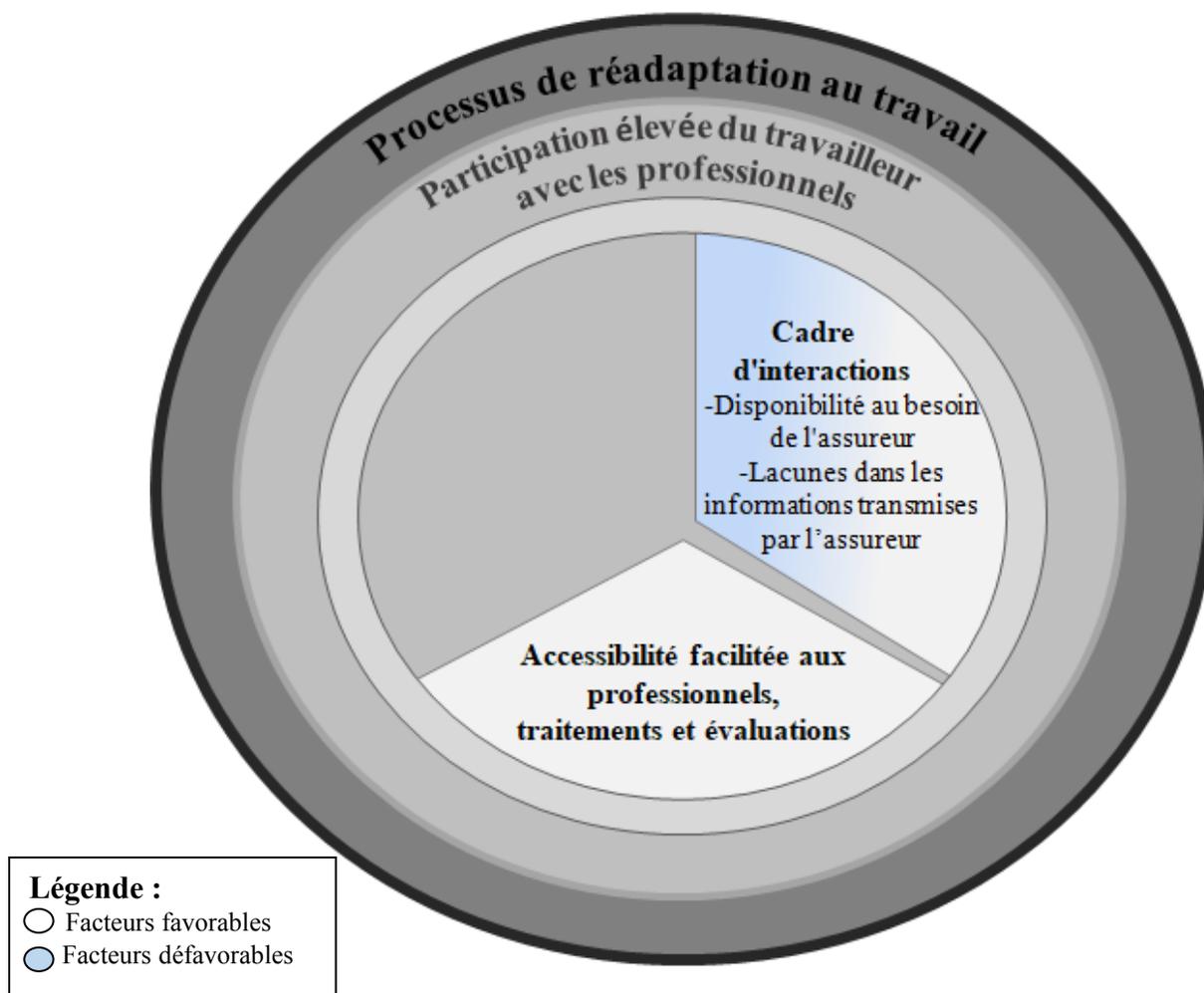
4.4.3 Patron d'influences négligeables

L'expérience vécue par deux des travailleurs de l'étude correspond au patron d'influences négligeables de l'assureur, lequel est présenté à la figure 4. Le terme négligeable est en lien avec la présence de facteurs ayant eu peu ou pas d'impact sur le

processus de réadaptation au travail selon les participants. Durant les interactions avec l'assureur, la fréquence peu élevée des échanges a limité l'appréciation possible des différents facteurs des trois dimensions. Seule la présence de compensations financières, la perception d'une disponibilité de l'assureur au besoin bien que peu présent et la possibilité d'un accès facilité aux soins de santé ont été observés comme des facteurs ayant joué un impact favorable sur le processus de réadaptation au travail. La présence de lacunes dans les explications fournies sur le fonctionnement du système de l'assureur était également un facteur commun à ces dyades. Ces travailleurs ont répondu aux attentes minimales de l'assureur tel répondre aux questions téléphoniques, se rendre aux rendez-vous, etc. Ils participaient néanmoins activement durant les interactions avec les professionnels de la santé. Ces deux travailleurs avaient en commun d'être indemnisés par le RAAR.,

La figure 4 propose une représentation graphique de ce patron d'influences négligeables. L'absence de flèche et de la première dimension, en comparaison aux deux autres figures, témoigne du peu de facteurs associés à la présence de l'assureur, lesquels n'ont pas semblé pour autant affecter la participation des travailleurs avec les professionnels de la santé.

Figure 4
 Patron d'influences négligeables documentées chez deux travailleurs en présence d'un assureur



En somme, trois patrons d'influences sur le processus de réadaptation au travail ont été dégagés. Le premier patron est en lien avec des influences favorables, le second avec des influences défavorables et le dernier fait référence à des influences négligeables. Un élément de contraste ressorti lors de l'analyse transversale des trois patrons d'influences est le type d'assureur. Les travailleurs associés au patron d'influences favorables avaient en commun de percevoir des indemnités de revenus du RAAT alors que les travailleurs du patron d'influences négatives ou négligeables étaient tous indemnisés par le RAAR.

CHAPITRE 5 - DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre l'influence exercée par l'assureur sur le processus de réadaptation au travail suite à un TCCL selon la perception des travailleurs et de leur ergothérapeute. Ce chapitre se divise en quatre sections. Quatre grands constats sont d'abord présentés en regard des résultats de l'étude, les forces et limites sont ensuite discutées, pour finalement terminer avec les contributions de l'étude et les pistes de recherche futures.

5.1 Principaux constats de l'étude

Un premier constat de cette étude est la mise en lumière de trois grandes dimensions, obtenues à partir des perspectives des travailleurs accidentés et de leur ergothérapeute, ayant permis de bien documenter le contexte d'interactions entre l'assureur et les travailleurs et entre l'assureur et les ergothérapeutes lors de la réadaptation au travail suite à un TCCL. Il s'agit de la reconnaissance par l'assureur de la légitimité des plaintes des travailleurs en lien avec le TCCL, de la qualité des interactions entre les acteurs et de l'accessibilité aux services de santé. Ces dimensions faisaient partie du cadre conceptuel initial et les résultats de l'étude ont permis de confirmer leur pertinence pour décrire le contexte d'interactions et leur influence sur le processus de réadaptation au travail en présence d'un assureur pour la population TCCL. À notre connaissance, il n'existe aucun cadre conceptuel similaire dans la littérature pour cette population précise. Kilgour *et al.*, (2015a, 2015b), dans une revue systématique d'articles qualitatifs, ont cependant décrit la présence d'un « cercle vicieux » d'influences interagissant sur le processus de réadaptation au travail entre l'assureur et les travailleurs présentant majoritairement un trouble musculosquelettique et entre l'assureur et les professionnels de la santé. Les dimensions décrites par ces auteurs ont entre autres la particularité d'être énoncées de façon négative. Le cadre conceptuel de notre étude fait lui aussi référence à ces dimensions, mais sans en qualifier leur nature. En comparaison à ces auteurs, notre cadre conceptuel adapté spécifiquement à la clientèle TCCL ne décrit pas de « cercle vicieux ou vertueux », mais

propose plutôt les grandes dimensions à considérer durant les interactions en présence d'un assureur et qui sont susceptibles d'influencer la réadaptation au travail.

Un deuxième constat de cette étude est la grande majorité d'interactions positives documentées en présence d'un assureur perçues avoir influencé favorablement le processus de réadaptation au travail. Les résultats ont montré que l'assureur connaît le diagnostic de TCCL et reconnaît le lien entre le TCCL, les manifestations cliniques et l'incapacité au travail. De plus, une appréciation favorable a été faite par les participants à propos des caractéristiques des ressources de l'assureur et des comportements adoptés par ce dernier envers les participants. La présence de ces éléments exercerait ainsi une influence favorable sur le processus de réadaptation selon les participants.

Ces résultats contrastent avec ceux retrouvés dans la littérature où les interactions des travailleurs et des professionnels de la santé avec un assureur sont majoritairement négatives. C'est le cas de l'étude de Mansfield *et al.* (2015) qui porte sur les interactions avec l'assureur lors de la réadaptation au travail selon la perspective d'accidentés du travail indemnisés pour un TCCL en Ontario. Dans cette étude, les connaissances de l'assureur sur le TCCL étaient perçues insuffisantes et s'accompagnaient de doutes quant à la légitimité des manifestations cliniques des travailleurs liés à la difficulté d'objectiver médicalement ces dernières, ce qui a favorisé des interactions négatives entre l'assureur et les travailleurs. Aussi, Mansfield *et al.* (2015) ont trouvé que les caractéristiques des ressources de l'assureur et les comportements négatifs adoptés avaient un impact défavorable sur le processus de réadaptation au travail. Ils ont soulevé que l'assureur ne respectait pas les recommandations faites par les professionnels de la santé, ce qui contraste encore une fois avec les résultats de notre étude où tous les ergothérapeutes ont perçu que l'assureur suivait les recommandations et collaborait avec les professionnels.

Des contrastes similaires sont notés entre nos résultats et ceux de Kilgour *et al.* (2015a, 2015b) s'intéressant principalement à la population présentant un trouble musculosquelettique. Ces auteurs ont eux aussi qualifié les connaissances de l'assureur sur les différents diagnostics de pauvres ou d'erronées en plus de rapporter un manque de reconnaissance de la légitimité des plaintes des travailleurs favorisant l'établissement de relations conflictuelles entre les acteurs. Ils ont soulevé la présence de problèmes

organisationnels expliquant notamment le manque de formation de certains conseillers en réadaptation et la difficulté à avoir accès à un personnel stable chez les assureurs. La comparaison avec ces résultats devrait toutefois être faite avec prudence en raison du biais de sélection de ces études.

De plus, les écarts notés quant à la nature des interactions avec l'assureur par rapport à d'autres écrits pourraient s'expliquer par de possibles différences existant entre les modes de fonctionnement des régimes d'assurance, mais il est difficile d'établir précisément quelles sont ces distinctions, d'autant plus que l'objectif de recherche ne visait pas une telle description. Concernant les résultats de notre étude, il est possible de soulever quelques éléments susceptibles d'expliquer, du moins en partie, la présence d'interactions majoritairement positives avec l'assureur perçues par les participants. Notamment, la tendance actuelle semble s'orienter résolument vers la transformation du modèle de gestion médico-administrative conventionnel des assureurs vers un mode de gestion basé sur les données probantes. Déjà en 2006, Lecomte et Savard (2006) proposaient que le rôle de l'assureur serait amené à évoluer avec le temps pour devenir de plus en plus proactif dans la coordination de la prise en charge entre les travailleurs, professionnels de la santé et employeurs. D'ailleurs, selon d'autres auteurs, la qualité du travail de l'assureur ne semblerait pas être en lien direct avec l'étendue de ses connaissances médicales (Shaw *et al.*, 2008 ; Pransky *et al.*, 2008). Il est en effet de plus en plus reconnu que les habiletés de communication de l'assureur, sa capacité d'écoute, la prise de décisions réfléchies et l'approche par résolution de problème seraient essentielles à l'établissement d'interactions positives entre les différents acteurs (Sabourin, 2010 ; Pransky *et al.*, 2010 ; James *et al.*, 2011). L'assureur, coordonnant les différentes étapes du processus de réadaptation au travail, détiendrait ainsi un rôle clé au processus de réadaptation au travail et l'adoption de tels comportements et attitudes aurait pour résultante de faciliter le processus de réadaptation (Pransky *et al.*, 2010). Une étude récente va dans le même sens en mettant de l'avant l'importance d'une bonne collaboration et communication autant entre les différents professionnels de la santé qu'entre l'ensemble des acteurs impliqués. Elle appuie également la nécessité de clarifier les rôles de chacun des acteurs afin de faciliter la coordination et le succès du retour au travail (Russell et Kosny, 2018). Ainsi, l'approche et le mode de gestion des assureurs observés dans notre étude semblent davantage refléter ces

écrits où le mode de gestion des absences serait différent du modèle conventionnel, ce qui peut avoir contribué à la présence d'interactions perçues majoritairement favorables en présence d'un assureur.

Selon des informations recueillies durant des conversations informelles, un autre élément qui peut expliquer de tels résultats est en lien avec l'enseignement effectué depuis les dernières années aux assureurs dans cette région par l'équipe du centre de réadaptation de l'étude. L'amélioration des connaissances des assureurs peut ainsi avoir contribué à diminuer les préjugés éventuels sur la présence de difficultés persistantes et sur les bonnes pratiques à adopter avec cette population. Cette hypothèse concorde avec une étude de Pransky *et al.* (2010) qui soulève l'importance pour les assureurs de bénéficier d'une formation de base et continue sur les aspects légaux, médicaux, administratifs et procéduraux à maîtriser, lesquels seraient essentiels à l'adoption d'une bonne pratique de gestion des absences.

Toujours en lien avec le deuxième constat, un autre élément qui ressort comme contribuant favorablement au processus de réadaptation au travail est la perception d'accès facilité aux services de santé, qu'ils soient publics ou privés, en présence d'un assureur. Cet élément favorable a lui aussi été rapporté par Kilgour *et al.*, (2015a, 2015b) et Mansfield *et al.* (2015), notamment en raison des coûts des services de réadaptation défrayés par les assureurs. C'est au plan de l'accès au sens d'« autorisation de l'accès », soit la décision de l'assureur de couvrir ou non les frais des services recommandés par les professionnels de la santé, que les résultats de ces auteurs divergent des nôtres. Alors que l'assureur respectait les recommandations émises par les ergothérapeutes tout au long du processus de réadaptation dans notre étude, ces auteurs ont fait référence à un accès restreint en raison du refus fréquent de l'assureur de suivre les recommandations des professionnels de la santé. Il est possible que cet écart puisse s'expliquer par les particularités du mode de financement de l'organisation responsable d'offrir les services de réadaptation au travail des travailleurs dans notre étude. Il s'agissait d'un centre de réadaptation financé par le régime public d'assurance maladie. Dans ce contexte, l'offre de services est déterminée par les besoins des travailleurs tels que définis par les professionnels de la santé et non en fonction d'un contexte où les services sont tributaires de la couverture d'assurance comme dans les études retenues par Kilgour *et al.*, (2015a, 2015b) et dans celle de Mansfield *et al.*

(2015). Il est donc possible que le tableau soit différent dans un autre contexte tel qu'en clinique de réadaptation privée où les services de réadaptation offerts résultent davantage des décisions des assureurs, mais notre étude ne permet pas d'en être sûr, étant donné le type d'établissement retenu.

Un troisième constat de cette étude concerne les quelques facteurs négatifs qui ont été répertoriés malgré l'expérience majoritairement positive vécue par les participants de l'étude. Deux facteurs se démarquent comme exerçant une influence défavorable sur le processus de réadaptation au travail. Premièrement, il y a la gestion difficile de la documentation écrite perçue exacerbée en raison des manifestations cliniques sur le plan cognitif du TCCL. Mansfield *et al.* (2015) ont eux aussi trouvé cette même difficulté dans leur étude et l'ont qualifié de « fardeau administratif élevé » en précisant que les travailleurs, en raison des manifestations liées au TCCL, avaient de la difficulté à compléter adéquatement les différents formulaires et les suivis exigés par l'assureur. Deuxièmement, la présence de lacunes dans les explications fournies par l'assureur sur le système d'assurance et sur la documentation écrite a été rapportée. La présence de lacunes dans les explications transmises en raison de la complexité du fonctionnement du système d'assurance a été également largement documentée dans la littérature comme étant un facteur défavorable au processus de réadaptation (Chang *et al.*, 2011 ; Kilgour *et al.*, 2015b ; Mansfield *et al.*, 2015). Nos résultats convergent ainsi avec ceux de la littérature, et ce, malgré l'expérience majoritairement positive perçue par les participants. Seuls deux travailleurs n'ont pas évoqué de difficulté avec la gestion de la documentation écrite et avec la compréhension des explications fournies par l'assureur sur le fonctionnement du système. Ces travailleurs avaient la particularité commune d'avoir déjà été indemnisés par le même assureur dans le passé. Il s'avère qu'ils ont affirmé bien connaître les mesures, les droits et interventions mis à leur disposition. Sur la base de ces résultats, on peut se demander s'il ne conviendrait pas de porter une attention particulière à ceux qui en sont à une première expérience d'indemnisation dans l'enseignement qui est fait sur le fonctionnement et le rôle de l'assureur durant le processus de réadaptation au travail.

Un quatrième et dernier constat est en lien avec la caractéristique même de l'assureur qui semble être l'élément central ayant permis de distinguer les différents patrons d'influences entre les travailleurs. Ainsi, tous les travailleurs associés au patron d'influences favorables étaient indemnisés par le RAAT alors que les travailleurs du patron d'influences négatives ou négligeables étaient indemnisés par le RAAR. Alors que l'assureur était impliqué de près durant toutes les étapes du processus de réadaptation dans le patron d'influences favorables, il était davantage présent comme soutien au besoin et adoptait une approche impersonnelle dans les deux autres patrons. Comme ces résultats sont exploratoires et reposent sur un petit nombre de participants, ils doivent être considérés avec beaucoup de prudence. On peut néanmoins se questionner sur les différences existant au sein de ces deux régimes d'indemnisation pouvant expliquer le contraste observé.

A notre connaissance, seuls Lippel et Lotters (2013) se sont intéressés aux protections et bénéfices distinguant ces deux systèmes d'assurance au Québec, principalement en lien avec le retour au travail. A cet effet, la nature et le nombre de services et supports offerts durant le processus de retour au travail varieraient entre ces deux systèmes. La principale différence, selon ces auteurs, réside dans les incitatifs distincts entre les deux régimes en raison des obligations légales de leur mandat. En comparaison au RAAR, le RAAT inciterait davantage l'assureur à collaborer avec les différents acteurs, à demeurer impliqué et à mettre en place les actions nécessaires à la réadaptation au travail par des incitatifs financiers légaux et règlementaires (Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail, 2016 ; Société de l'assurance automobile du Québec, 2017). Ceci pourrait expliquer la plus grande collaboration et participation de l'assureur rapportées dans notre étude par les travailleurs indemnisés par le RAAT lors de la réadaptation au travail en comparaison au RAAR. En effet, dans le cas de travailleurs indemnisés par le RAAR, les enjeux financiers pour l'employeur sont moins importants et il possède un pouvoir discrétionnaire quant aux mesures à mettre en place pour faciliter la réadaptation au travail (Lippel et Lotters, 2013 ; Société de l'assurance automobile du Québec, 2017). Durand *et al.* (2017) ont eux aussi soulevé dans une étude sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant une composante en milieu de travail que la présence d'incitations financières, légales et humaines représentait

des conditions nécessaires pour soutenir la collaboration des entreprises. Ainsi, avec les obligations légales et les incitatifs multiples, il est probable que les conseillers en réadaptation du RAAT interagissent plus couramment que ceux du RAAR avec l'employeur et les professionnels de la santé lors de l'exposition au travail, et ce, afin de coordonner le processus de réadaptation et de favoriser un retour au travail précoce. Ces conseillers sont donc plus susceptibles d'être impliqués également auprès des travailleurs.

En dépit de cette différence notée entre les patrons d'influences, la relation entre les travailleurs et les ergothérapeutes n'a pas semblé être affectée, même chez le travailleur ayant vécu une expérience plus négative avec l'assureur, ce qui témoigne d'une alliance thérapeutique bien établie entre les travailleurs et les ergothérapeutes. L'alliance thérapeutique implique un processus de collaboration entre les travailleurs et les professionnels de la santé (Lecompte *et al.*, 2011). Ces auteurs soulèvent que la réussite de l'établissement et du maintien d'une alliance thérapeutique se trouve dans la participation active du client et de l'intervenant. Dans notre étude, malgré des expériences différenciées en présence d'un assureur, notamment par rapport aux comportements adoptés par les assureurs, les travailleurs étaient tous engagés et participaient activement au processus de réadaptation durant les interactions avec les ergothérapeutes. Le contexte de l'assureur, dans cette étude, ne semble pas avoir interféré avec l'engagement des travailleurs auprès des ergothérapeutes durant la réadaptation au travail. Ceci est une observation favorable à la santé des travailleurs et appuie l'importance pour le succès de la réadaptation au travail d'établir une bonne alliance thérapeutique entre les travailleurs et professionnels de la santé.

5.2 Forces et limites de l'étude

Étant donné la nature qualitative de l'étude, cette section présente dans un premier temps les notions portant sur la rigueur scientifique, plus précisément la crédibilité, la fiabilité et la transférabilité. Ensuite, les différents biais potentiels de l'étude et les stratégies mises en place pour pallier aux limites de l'étude sont discutés.

5.2.1 *La rigueur scientifique*

Crédibilité

La crédibilité correspond à la capacité d'établir avec confiance le caractère véridique des résultats de recherche et fait référence à la congruence entre les données de l'étude et l'interprétation des résultats par l'équipe de recherche (Miles *et al.*, 2014). Plusieurs choix méthodologiques ont permis d'assurer la crédibilité de cette étude.

D'abord, la collecte des données a été guidée par un cadre conceptuel préliminaire issu des connaissances les plus récentes sur le sujet. Ce cadre a permis de bâtir rigoureusement le guide d'entrevue et a servi de point de repère durant l'analyse. Ensuite, un processus de triangulation des sources a été utilisé en recueillant le point de vue de deux groupes d'acteurs, soit les travailleurs et les ergothérapeutes (Patton, 1990). Aussi, une triangulation des chercheurs était également présente, puisque les points de vue des membres de l'équipe de direction et de l'étudiante ont été considérés et validés tout au long de l'étude. L'application rigoureuse de la méthode de collecte et d'analyse de données proposée par Miles *et al.* (2014) a permis de vérifier la congruence entre le sens retrouvé dans le discours des différents participants et entre celui résultant de la compréhension des chercheurs au travers de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation des données. Finalement, les résultats de recherche ont fait l'objet de validations auprès des ergothérapeutes de l'étude lors d'une présentation des résultats qui visait à échanger avec l'équipe de recherche sur les données de l'étude et à s'assurer de la justesse des conclusions (Miles *et al.*, 2014). Il aurait également été intéressant de valider les résultats auprès des travailleurs, mais pour des enjeux de faisabilité, ce moyen n'a pas été retenu.

Fiabilité

La fiabilité des résultats fait référence aux moyens mis en place par l'équipe de recherche afin de s'assurer que les différentes phases de la recherche puissent être répétées par d'autres au fil du temps et aboutir aux mêmes résultats (Miles *et al.*, 2014). Un moyen a été celui de fournir une description détaillée des procédures de collecte et d'analyse des données dans le mémoire. Aussi, durant la collecte des données, des procédures ont été rigoureusement réalisées afin de s'assurer de la fidélité inter-juge pour les premières

entrevues. Lorsque le processus d'analyse était révisé, pour s'assurer de la richesse et la fiabilité des résultats (Miles *et al.*, 2014), des traces écrites sous forme de comptes rendus étaient privilégiées dans le journal réflexif. Ce journal a été utilisé tout au long de la collecte et de l'analyse des données (Miles *et al.*, 2014). Aussi, plusieurs outils (grilles d'entrevue, grilles de codification, matrices pour l'analyse des données), dont un certain nombre apparaît en annexe, ont été utilisés et conservés.

Transférabilité

La transférabilité vise à déterminer si les résultats de recherche sont applicables ou non à un autre contexte et à d'autres participants (Miles *et al.*, 2014). Pour faciliter la transférabilité, une description détaillée du contexte choisi, de l'échantillonnage ciblé, du phénomène à l'étude et des étapes du processus de recherche a été réalisée. Le contexte particulièrement favorable de cette étude n'est probablement pas présent dans toutes les régions du Québec, ce qui impose d'être très prudent avant d'extrapoler les conclusions à d'autres régions.

5.2.2 Limites de l'étude

Étant donné qu'il s'agit d'un projet réalisé dans le cadre d'une maîtrise, des contraintes liées à la faisabilité, au temps limité pour la réalisation de l'étude par exemple, sont présentes. Aussi, seule la perspective des travailleurs et des ergothérapeutes a été documentée. Ce choix méthodologique exclut ainsi la perspective d'autres acteurs clés pouvant aider à comprendre l'influence de l'assureur sur le processus de réadaptation au travail. Par conséquent, les conclusions de l'étude portent sur le point de vue des travailleurs et de leur ergothérapeute qui sont néanmoins deux acteurs au cœur du processus de réadaptation. De plus, seuls les travailleurs indemnisés par le RAAT et le RAAR, assureurs parapublics, ont été retenus. Il aurait pu être intéressant de documenter le même phénomène lorsqu'un assureur privé est impliqué lors d'un processus de réadaptation au travail suite à un TCCL.

Un biais de mémoire a également pu être présent. Les manifestations cliniques liées au TCCL sont susceptibles de générer des problématiques d'ordre cognitif, notamment sur le plan mnésique, ce qui a pu affecter la capacité des travailleurs à répondre aux questions

durant les entrevues. Le choix méthodologique de réaliser une entrevue de manière rétrospective a pu venir exacerber la présence de ce biais potentiel. Les données recueillies ne nous permettaient pas de documenter en détail l'évolution du processus de réadaptation dans le temps.

La possibilité d'un biais de sélection a également pu être générée. La grande majorité des participants retenus ont exprimé avoir vécu une expérience particulièrement positive durant leurs interactions avec les assureurs. La perspective de participants ayant vécu une expérience plus négative peut ainsi ne pas avoir été considérée en raison du refus de ces travailleurs de partager leur expérience. Le point de vue de ces personnes aurait pu venir teinter les résultats. Il est possible que la sélection des participants ayant vécu une telle expérience positive ait été le fruit du hasard ou qu'une proportion importante de travailleurs ait eu de façon générale une appréciation positive des services reçus dans ce centre de réadaptation. Il est probable que la deuxième hypothèse soit celle à retenir puisqu'un seul travailleur a refusé de participer à l'étude selon les informations transmises par les coordonnateurs cliniques responsables du recrutement.

Un biais de désirabilité sociale a également pu être généré. Les participants ayant accepté de participer à la recherche pouvaient vouloir nuancer leur réponse selon l'interviewer qui était aussi ergothérapeute de profession. Lors du premier contact téléphonique et avant l'entrevue, l'étudiante a précisé que le projet de recherche était indépendant des services des services reçus au centre de réadaptation et a rappelé le caractère confidentiel des données. Les travailleurs ont également été informés qu'il n'existait pas de réponses bonnes ou mauvaises et les questions étaient formulées de façon neutre afin de s'assurer de ne pas orienter les réponses des participants.

5.3 Contributions théoriques et pratiques de l'étude

À la lumière des résultats de l'étude, plusieurs pistes de réflexion sont proposées dans cette section sous forme de contributions sur le plan théorique et sur le plan de la pratique.

Au plan théorique, très peu d'études se sont intéressées à l'influence perçue exercée par un assureur sur le processus de réadaptation suite à un TCCL du point de vue d'acteurs

directement touchés par le phénomène, soit en premier lieu les travailleurs et les ergothérapeutes, ce qui justifie la pertinence d'avoir réalisé cette étude. Il s'agit donc d'une contribution significative venant enrichir l'état des connaissances actuelles, en plus de constituer, à notre connaissance, la première étude réalisée sur le phénomène dans un contexte québécois. La considération conjointe de deux sources d'acteurs n'avait également jamais été réalisée dans la littérature. Ceci a permis d'apporter une richesse additionnelle en proposant une perspective complémentaire et une compréhension en profondeur du phénomène alimentant ainsi le caractère innovant de l'étude (Thorne, 2016). Une autre contribution théorique importante de l'étude est celle de proposer un cadre conceptuel novateur décrivant les dimensions du contexte d'interactions à considérer durant le processus de réadaptation en présence d'un assureur pour la population TCCL, ce qui, à notre connaissance, n'avait également jamais été effectué.

Sur le plan de la pratique, ce projet est issu de préoccupations de cliniciens sur la prise en charge parfois difficile de la population TCCL en présence d'un assureur. Les résultats de l'étude permettent ainsi d'enrichir le niveau de connaissances actuelles sur la question de la réadaptation au travail chez cette population reconnue comme difficile par ces-derniers. Ils permettent d'éclairer et d'informer les cliniciens sur les facteurs en présence d'un assureur perçus comme exerçant une influence favorable ou défavorable et d'ajuster leurs interventions en conséquence. Par exemple, malgré le contexte particulièrement favorable de notre étude, les travailleurs indemnisés pour la première fois par un assureur ont eu de la difficulté à comprendre les règles et le fonctionnement du système d'assurance en raison de lacunes dans les explications fournies par l'assureur sur le système d'assurance et sur la documentation écrite reçue. De tels résultats permettront de mieux informer les professionnels de la santé et les assureurs afin qu'ils puissent ajuster leurs interventions respectives. Aussi, nos données montrent la présence d'un écart de perception entre les travailleurs et les ergothérapeutes sur le moyen des rencontres en personne entre les acteurs (assureurs, équipe de réadaptation, travailleurs). Les résultats appellent ainsi les professionnels de la santé à faire preuve de vigilance face à la compréhension qu'ont les travailleurs sur les moyens utilisés.

5.4 Pistes de recherche futures

Comme pistes de recherches futures, c'est avec une meilleure compréhension des différents facteurs influençant le processus de réadaptation au travail dans le cas de TCCL qu'il sera possible de générer des résultats qui permettront ultimement d'expliquer le lien connu entre la durée d'absence au travail prolongée lorsqu'un assureur est impliqué dans le processus de réadaptation. Notre étude montre la complexité des facteurs qui entrent en jeu durant le processus de réadaptation au travail. Il appert ainsi qu'il est inapproprié de regarder cette association de façon dichotomique. La durée d'absence au travail semble davantage faire partie d'un processus complexe avec des niveaux variés (humains, administratifs et légaux). Il serait intéressant dans une recherche future d'approfondir davantage certains aspects de ce processus en documentant par exemple les influences légales et administratives liées au fonctionnement de chacun des systèmes d'assurance. Cette piste de recherche est également appuyée par les résultats de notre étude qui ont permis de soulever que l'une des caractéristiques qui semblent avoir influencé l'expérience des travailleurs est la nature même de l'assureur.

Une autre piste de recherche future serait de reproduire cette étude dans un contexte différent. Une prochaine recherche pourrait par exemple décrire dans quelle mesure le tableau dépeint serait différent dans une clinique de réadaptation privée où les services de réadaptation sont tributaires des décisions des assureurs ou encore dans un contexte régional différent adoptant un leadership moins grand dans la prise en charge de la clientèle TCCL.

De plus, cette étude était de nature rétrospective et étant donné les manifestations cliniques liées au TCCL tels les troubles mnésiques, il serait intéressant de privilégier une étude longitudinale dans une recherche future. Ce type de devis permettrait de réaliser plus d'une entrevue, et ce, à des moments charnières du processus, tel au début, en cours de réadaptation au travail et à la fin de celle-ci, ce qui permettrait de détailler plus finement les expériences des participants de l'étude.

Finalement, il serait pertinent de mener une prochaine recherche sur l'influence exercée par l'assureur sur le processus de réadaptation au travail basée sur le cadre conceptuel de notre étude qui inclurait d'autres acteurs du paradigme d'incapacité au

travail (Loisel *et al*, 2001), soit les perspectives des assureurs, des représentants syndicaux et des employeurs. Cet ajout pourrait permettre d'obtenir une compréhension des différentes perspectives selon les acteurs impliqués, permettant ultimement de mieux encadrer le processus de réadaptation suite à un TCCL et d'outiller les différents acteurs impliqués. Par exemple, une étude de cas s'intéressant au processus de réadaptation au travail pour cette population serait indiquée afin d'inclure la perspective de multiples sources de données sur un même phénomène (Yin, 2003). Ce dispositif de recherche permettrait également d'utiliser plusieurs méthodes de collectes de données, tels des entrevues individuelles, des groupes de discussion, du matériel écrit comme le journal de bord, et les documents légaux afin d'obtenir une description plus fine du phénomène.

CONCLUSION

Cette étude visait à mieux comprendre l'influence de l'assureur perçue par les travailleurs et les ergothérapeutes sur le processus de réadaptation au travail suite à un TCCL. L'étude a utilisé un dispositif qualitatif descriptif interprétatif afin de répondre à cet objectif. Elle a ainsi permis de documenter au travers d'entrevues individuelles semi-structurées l'expérience de travailleurs recevant des services de réadaptation au travail dans un centre de réadaptation au Québec et indemnisés par un assureur suite à un TCCL et celle des ergothérapeutes impliqués dans le processus de réadaptation de ces travailleurs.

L'analyse des résultats a permis de décrire le contexte d'interactions entre les travailleurs, les ergothérapeutes et l'assureur durant le processus de réadaptation pour la population TCCL. Il a été possible de mettre en lumière les différentes dimensions et facteurs d'intérêts à considérer durant les interactions en présence d'un assureur. Une telle description détaillée n'avait, à notre connaissance, jamais été effectuée dans la littérature, ce qui constitue une contribution majeure au plan théorique. Une autre contribution est celle d'avoir validé et bonifié un cadre conceptuel créé pour cette étude à partir de la littérature, ce qui permettra de servir de base pour des recherches futures.

Par ailleurs, cette étude a permis de soulever les facteurs perçus par les participants comme exerçant une influence favorable ou défavorable sur le processus de réadaptation. La grande majorité des facteurs perçus comme favorables au processus, contrastent avec les interactions en présence d'un assureur majoritairement négatives répertoriées dans la littérature. Malgré le contexte favorable de l'étude, certains facteurs ont néanmoins été rapportés comme influençant négativement le processus. Sur le plan des contributions pour la pratique, ces résultats permettent d'éclairer et d'informer les cliniciens sur les facteurs à considérer afin d'ajuster et d'améliorer leurs interventions et leur collaboration en présence d'un assureur en fonction des facteurs reconnus par les participants comme ayant une influence favorable ou défavorable sur le processus de réadaptation au travail.

Ainsi, cette étude a permis d'améliorer les connaissances actuelles concernant l'influence exercée par l'assureur sur le processus de réadaptation au travail pour la population TCCL. Il s'agit de la première étude au Québec qui s'est intéressée à cette relation. Elle a mis en lumière l'importance pour la pratique de s'intéresser aux interactions entre les acteurs, dont l'assureur, qui demeurent encore peu étudiées en comparaison aux

interactions entre les travailleurs et les différents acteurs médicaux. Elle a montré que les interactions en présence d'un assureur peuvent avoir une influence favorable sur le processus de réadaptation et constitue ainsi un sujet d'intérêt méritant de continuer à être investigué.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2013). *Comité sur l'analyse de l'intensité des services en traumatologie - Analyse des résultats et recommandations*. Québec.
- Binder, L. M., et Rohling, M. L. (1996). Money matters: a meta-analytic review of the effects of financial incentives on recovery after closed-head injury. *The American Journal Of Psychiatry*, 153(1), 7-10.
- Busque, M.-A. (2015). *Valeurs calculées par le Groupe de Connaissance et Surveillance Statistiques (GCSS) de la Direction scientifique de l'IRSSST (2007-2012)*. Demande #2015-06200. Commission des normes, de la santé et de la sécurité au travail (SST). Montréal.
- Cancelliere, C., Donovan, J., et Cassidy, J. (2015). Is sex an indicator of prognosis after mild traumatic brain injury: A systematic analysis of the findings of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury and the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*. doi:10.1016/j.apmr.2014.11.028
- Cancelliere, C., Kristman, V., Cassidy, J., Hincapié, C., Côté, P., Boyle, E., et al. (2014). Systematic review of return to work after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(3 Suppl), S201-S209. doi:10.1016/j.apmr.2013.10.010
- Carroll, L., Cassidy, J., Cancelliere, C., Côté, P., Hincapié, C., Kristman, V., et al. (2014). Systematic review of the prognosis after mild traumatic brain injury in adults: cognitive, psychiatric, and mortality outcomes: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(3 Suppl), S152-S173. doi:10.1016/j.apmr.2013.08.300
- Carroll, L. J., Cassidy, J. D., Peloso, P., Borg, J., von Holst, H., Holm, L., et al. (2004). Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine* (43 Suppl), 84-105.
- Cassidy, J., Cancelliere, C., Carroll, L., Côté, P., Hincapié, C., Holm, L., et al. (2014). Systematic review of self-reported prognosis in adults after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(3 Suppl), S132-S151. doi:10.1016/j.apmr.2013.08.299
- Cassidy, J. D. (2004). Best Evidence Synthesis of Mild traumatic Brain Injury: Results of the Who Collaborating Center for Neurotrauma, Prevention, Management and Rehabilitation Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43 (supplement).
- Chang, V. H., Lombard, L. A., et Greher, M. R. (2011). Mild traumatic brain injury in the occupational setting. *PM & R: The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 3(10 Suppl 2), S387-S395. doi:10.1016/j.pmrj.2011.08.007

- Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). *Perception et expérience de la population : le Québec Comparé, résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016* (ISBN 978-2-550-77398-6). Repéré à Montréal http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf
- Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail. (2016). *Rapport annuel de gestion* (ISBN 978-2-550-77165-4). Repéré à Montréal: <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/400/Pages/DC-400-2032-10.aspx>
- Doctor, J. N., Castro, J., Temkin, N. R., Machamer, J. E., et Dikmen, S. S. (2005). Workers' risk of unemployment after traumatic brain injury: a normed comparison. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(6), 747-752. doi:10.1017/s1355617705050836
- Durand, M., Sylvain, C., Fassier, J., Tremblay, D., Shaw, W., Anema, J., et al. (2017). *Troubles musculosquelettiques, Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail*. Repéré à Montréal: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-942.pdf>
- Fayol, P., Carrière, H., Habonimana, D., et Dumond, J. J. (2009). Preliminary questions before studying mild traumatic brain injury outcome. *Annals Of Physical And Rehabilitation Medicine*, 52(6), 497-509.
- Guérin, F., Kennepohl, S., Léveillé, G., Dominique, A., et McKerral, M. (2006). Vocational outcome indicators in atypically recovering mild TBI: a post-intervention study. *Neurorehabilitation*, 21(4), 295-303.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2011). *Algorithme décisionnel pour la gestion du risque de complications neurologiques graves à la suite d'un TCCL, clientèle adulte*. : INESSS.
- James, C., Southgate, E., Kable, A., Rivett, D. A., Guest, M. & Bohatko-Naismith, J. (2011). The return-to-work coordinator role: qualitative insights for nursing. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 220-227.
- Kielhofner, G. (1995). *A Model of Human Occupation: Theory and Application*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D., et Collie, A. (2015a). Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 220-239. doi:10.1007/s10926-014-9521-x
- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D., et Collie, A. (2015b). Interactions between injured workers and insurers in workers' compensation systems: a systematic review of qualitative research literature. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 160-181. doi:10.1007/s10926-014-9513-x
- Kristman, V. L., Borg, J., Godbolt, A. K., Salmi, L. R., Cancelliere, C., Carroll, L. J., et al. (2014). Methodological issues and research recommendations for prognosis after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(3 Suppl), S265-S277. doi:10.1016/j.apmr.2013.04.026
- Laker, S. R. (2011). Epidemiology of concussion and mild traumatic brain injury. *PM & R: The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*, 3(10 Suppl 2), S354-S358. doi:10.1016/j.pmrj.2011.07.017

- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In G. M. Éditeur (Ed.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-388). Montréal: Chenelière Éducation.
- Lecomte, C., Savard, R. (2006). *Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation des travailleurs accidentés à risque de chronicité (R-448)*. Montréal : Institut de recherche RobertSauvé en santé et en sécurité du travail. Répéré à: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-448.pdf>.
- Lecomte, C., Savard, R., et Guillon, V. (2011). Alliance thérapeutique : Élément pivot de la réadaptation au travail, dans Corbière et Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (pp. 279-306). Montréal: Presse de l'Université du Québec.
- Lippel, K., et Lotters, F. (2013). Public insurance systems: A comparison of cause-based and disability-based income support systems, dans Loisel et Anema (dir.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (pp. 183-201). New-York: Springer Sciences.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., et Gagnon, D. (2001). Disability prevention : new paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Mansfield, E., Stergiou-Kita, M., Cassidy, J. D., Bayley, M., Mantis, S., Kristman, V., et al. (2015). Return-to-work challenges following a work-related mild TBI: The injured worker perspective. *Brain Injury*, 1-8.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldaña, J. (2014a). *Qualitative data analysis: a methods sourcebook* (Vol. 3.). Los Angeles: Sage.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2005). *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Paniak, C., Reynolds, S., Toller-Lobe, G., Melnyk, A., Nagy, J., et Schmidt, D. (2002). A longitudinal study of the relationship between financial compensation and symptoms after treated mild traumatic brain injury. *Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology*, 24(2), 187-193.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (Sage Ed. 2e Éd. ed.). Newbury Park: Sage.
- Pransky, G., Gatchel, R., Linton, S., Loisel, P. (2005). Improving Return to Work Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 453-457.
- Pransky, G., Shaw, W. S., Loisel, P., Hong, Q. N. & Désorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 41-48.
- Reynolds, S., Paniak, C., Toller-Lobe, G., et Nagy, J. (2003). A longitudinal study of compensation-seeking and return to work in a treated mild traumatic brain injury sample. *The Journal Of Head Trauma Rehabilitation*, 18(2), 139-147.
- Russell E, Kosny A, *Disability and Rehabilitation*, p. 1-10, 2018 May.
- Sabourin, G. (2010). D'abord un bon communicateur. *Prévention au travail*, 23(1), 12.
- Shaw, W., Hong, Q.-N., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal occupational rehabilitation*, 18, 2-15.

- Société de l'assurance automobile du Québec. (2014). *Les contributions d'assurance proposées pour 2016-2018*. Repéré à <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/contribution-assurance-2016-2018.pdf>
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2017). *Manuel des directives - Indemnisation des dommages corporels - Réadaptation services professionnels*. Repéré à Québec: <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/acces-information/manuel-readaptation-services.pdf>
- Thorne, S. (2016). *Interpretive Description* (L. C. Press Ed. 2e Éd. ed.). Routledge: Left Coast Press.
- Yin, R. (2003). *Case Study Research: Design and Methods* (Sage Ed.). California: Thousand Oaks.

Feuillelet d'information - Travailleur

Numéro de projet :

(Réservé à l'administration)

ANNEXE 1

Annexe 1 : Formulaire de consentement

I. Titre du projet :

L'expérience des travailleurs ayant subi un traumatisme craniocérébral léger et de leur ergothérapeute en regard de l'influence d'un assureur sur le processus de réadaptation au travail

II. Responsable et collaborateurs :

Responsable du projet : Chantal Sylvain Ph.D
École de réadaptation, FMSS
Campus Longueuil, Université de Sherbrooke
Centre de recherche- Hôpital Charles-Le Moyne

Collaborateurs : Marie-José Durand Ph.D
École de réadaptation, FMSS
Campus Longueuil, Université de Sherbrooke
Centre de recherche- Hôpital Charles-Le Moyne

Milène Bélanger-Douet, erg.,
Étudiante à la maîtrise recherche sciences de la santé
Campus Longueuil, Université de Sherbrooke
Centre de recherche- Hôpital Charles-Le Moyne

III. Organisme de subvention :

Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondations J.Armand Bombardier, Pratt et Whitney Canada)

IV. Introduction :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce feuillelet d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Feuillet d'information - Travailleur

Numéro de projet :

(Réservé à l'administration)

autre personne dûment mandatée pour vérifier la gestion ou le bon déroulement de la recherche.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez identifié par un code. La liste des codes reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée dans le bureau du chercheur responsable à l'intérieur d'un classeur sous clé. L'ensemble des autres données seront conservées dans un classeur distinct sous clé et seront conservées pendant cinq ans suivant la fin du projet, puis détruites. Les enregistrements audio seront détruits directement après leur transcription verbatim.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou partagés avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

XIII. Questions sur le projet et personnes-ressources :

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante à la maîtrise qui mènera le présent projet, Milène Bélanger-Douet, au (450) 463-1835, poste 61881 ou Milene.Belanger-Douet@Usherbrooke.ca ainsi qu'avec la responsable du projet, Chantal Sylvain, au (450) 463-1835, poste 61470 ou Chantal.Sylvain@usherbrooke.ca. Pour toute question d'ordre éthique en lien avec ce projet, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche de l'IRD PQ au 418 529-9141, poste 2888 ou coordonnatrice.cer@irdpq.qc.ca. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant au projet ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'IRD PQ à l'adresse courriel suivante : plaintes@irdpq.qc.ca ou par téléphone au 418 529-9141, poste 6247 (téléscripteur ATS : 418 649-3734). Veuillez noter que les frais d'interurbain vous seront remboursés sur présentation d'une pièce justificative, le cas échéant.

Feuillet d'information-Ergothérapeute

Numéro de projet :

_____ (Réservé à l'administration)

Le feuillet d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

V. Nature et objectifs du projet :

Le traumatisme craniocérébral léger (TCCL) se définit comme une atteinte cérébrale aigüe, résultant d'un transfert d'énergie d'une source externe à la tête. Suivant un TCCL, 5 à 20% des personnes vont présenter des symptômes persistants et des déficits fonctionnels à plus long terme. Dans le cas du TCCL, les facteurs expliquant l'absence prolongée au travail ne font pas consensus, mais plusieurs écrits scientifiques reconnaissent un lien entre la présence d'un assureur et une durée plus longue d'absence au travail. Toutefois, peu d'entre eux se sont attardés à comprendre les raisons expliquant cette association.

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre l'influence de l'assureur sur le processus de réadaptation au travail selon l'expérience des travailleurs indemnisés suivant un TCCL et de leur ergothérapeute.

Pour réaliser ce projet, nous souhaitons rencontrer en entrevue individuelle dix à douze travailleurs qui ont terminé ou qui sont en voie de terminer leur réadaptation au travail et les ergothérapeutes impliqués dans leur prise en charge.

VI. Déroulement du projet :

Votre participation est sollicitée pour une seule entrevue individuelle d'une durée d'environ une heure dans laquelle nous recueillerons votre point de vue sur les éléments suivants : votre implication et celle de l'assureur durant le processus de réadaptation au travail, la nature des échanges avec l'assureur, et les points positifs et à améliorer de votre relation avec l'assureur. La rencontre aura lieu au moment qui vous conviendra le mieux, dans un local situé sur votre lieu de travail. Nous vous demanderons la permission de réaliser un enregistrement audio de l'entrevue. Vous serez libre d'accepter ou de refuser. L'objectif de cet enregistrement audio est de refléter le plus exactement possible vos propos à l'étape d'analyse. Il est à noter que le travailleur a également été invité à participer au même type d'entrevue que vous.

Feuille d'information-Ergothérapeute

Numéro de projet :

_____ (Réservé à l'administration)

VII. Risques potentiels et inconvénients personnels :

Excluant le temps que nous vous demandons d'accorder à l'intervieweur, la participation à cette étude ne suscite ni risque, ni inconfort.

VIII. Avantages possibles :

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Les bénéfices potentiels sont d'ordre professionnel, soit une occasion de réfléchir sur votre pratique, de faire de nouveaux apprentissages et de vous améliorer professionnellement. De plus, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

IX. Participation volontaire et retrait de la participation :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affectés au projet.

X. Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

XI. Indemnité compensatoire :

Si vous acceptez de participer à l'entrevue durant votre temps de travail, votre employeur recevra une somme de 60\$ pour compenser le temps que vous aurez consacré à ce projet de recherche.

XII. Confidentialité, conservation et utilisation des résultats :

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de l'IRD PQ, ou par toute autre personne dument mandatée pour vérifier la gestion ou le bon déroulement de la recherche.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements,

Feuillet d'information-Ergothérapeute

Numéro de projet : _____

(Réservé à l'administration)

vous serez identifié par un code. La liste des codes reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée dans le bureau du chercheur responsable à l'intérieur d'un classeur sous clé. L'ensemble des autres données seront conservées dans un classeur distinct sous clé et seront conservées pendant cinq ans suivant la fin du projet, puis détruites. Les enregistrements audio seront détruits directement après leur transcription verbatim.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou partagés avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

XIII. Questions sur le projet et personnes-ressources :

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante à la maîtrise qui mènera le présent projet, Milène Bélanger-Douet, au (450) 463-1835, poste 61881 ou Milene.Belanger-Douet@Usherbrooke.ca ainsi qu'avec la responsable du projet, Chantal Sylvain, au (450) 463-1835, poste 61470 ou Chantal.Sylvain@usherbrooke.ca. Pour toute question d'ordre éthique en lien avec ce projet, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche de l'IRD PQ au 418 529-9141, poste 2888 ou coordonnatrice.cer@irdpq.qc.ca. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant au projet ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'IRD PQ à l'adresse courriel suivante : plaintes@irdpq.qc.ca ou par téléphone au 418 529-9141, poste 6247 (téléscripteur ATS : 418 649-3734). Veuillez noter que les frais d'interurbain vous seront remboursés sur présentation d'une pièce justificative, le cas échéant.

Feuillet d'information-Ergothérapeute

Numéro de projet : _____

(Réservé à l'administration)

Titre du projet : L'expérience des travailleurs ayant subi un traumatisme craniocérébral léger et de leur ergothérapeute en regard de l'influence d'un assureur sur le processus de réadaptation au travail

Chercheur responsable du projet : Chantal Sylvain, Ph.D

- 11) Le(la) responsable m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement;
- 12) Le(la) responsable m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à ma participation;
- 13) Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps sans préjudice;
- 14) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
- 15) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- 16) Ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
- 17) Je sais qu'aucune rémunération n'est rattachée à ma participation;
- 18) Le(la) responsable m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement;
- 19) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude;
- 20) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude oui non

_____ Nom du participant	_____ Date de naissance	_____ Numéro de téléphone
_____ Signature du participant	_____ Date	
_____ Nom du chercheur	_____ Date	_____ Signature

Annexe 2 : Guides d'entrevue

GUIDE D'ENTREVUE POUR LES TRAVAILLEURS

- Salutations et remerciements pour se rendre disponible à une entrevue individuelle
Nous vous rencontrons aujourd'hui parce que nous cherchons à mieux comprendre l'influence de l'assureur sur le processus de réadaptation au travail à la suite d'un TCCL selon votre expérience personnelle
- Présentation du projet de recherche et des règles d'éthique :
 - o Assurance quant à la confidentialité des données
 - o Possibilité d'arrêter l'entrevue sans donner explication
 - o Proposition d'enregistrer l'entrevue et rappel de la possibilité d'arrêter l'enregistrement en tout temps
- Questions avant de commencer ?
- Signature du formulaire de consentement
- Prise des coordonnées si le participant désire obtenir les résultats de l'étude.

SECTION 1 : Données sociodémographiques

J'aimerais avant tout recueillir quelques données sociodémographiques :

- Âge du travailleur/date de naissance :
- Date du début de la prise en charge au centre/clinique de réadaptation :
- Dernier niveau de scolarité complété :
- État civil :
- Emploi :
- Ancienneté dans l'entreprise :
- Statut du travailleur (Questions à partir de la grille du travailleur) :

SECTION 2 : Mise en contexte

Maintenant que les questions plus techniques sont derrière nous, nous allons débiter l'entrevue.

1. Pouvez-vous me décrire les circonstances de la survenue de votre accident ?
 - Qui est (était) votre assureur ?
2. À quel moment le diagnostic de TCCL a-t-il été émis et par quel professionnel ?
3. Qui ont été les autres professionnels rencontrés depuis votre accident ?
 - Quand dans votre prise en charge ?
 - Actuellement, qui est encore impliqué dans votre prise en charge ?

4. Dans les premiers temps suivant l'accident, quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées ?
 - Est-ce que ces difficultés ont persistés dans le temps ?
 - Avez-vous rencontré de nouvelles difficultés toujours en lien avec votre TCCL au fil du temps ? Lesquelles ?
 - Si le travailleur ne sait pas quoi répondre, lui donner des exemples
 - o Ressentiez-vous dans les premiers temps certains symptômes en lien avec votre TCCL (ex : maux de tête, fatigue...) ? Lesquels ? (Puis enchaîner avec la même logique de questions)
 - o Selon vous, dans les premiers temps, le TCCL a-t-il eu des impacts sur votre fonctionnement au quotidien ? Lesquels ? (Puis enchaîner avec la même logique de questions)

SECTION 3 : Communications et échanges avec l'assureur

Nous allons maintenant aborder les communications et les échanges avec l'assureur et les différents professionnels de la santé en considérant les points positifs et moins positifs.

1. Quelle est votre impression spontanée et générale face à la relation avec votre assureur ?
2. Dans les premiers temps suivant l'accident, à quel moment étiez-vous en contact avec votre assureur ?
 - Comment cela se passait-il ? Quel était le but de ces échanges/suivis ?
 - Aviez-vous une entente sur la fréquence de vos échanges ? Cette fréquence a-t-elle changée dans le temps ?
 - Si pas répondu : Qui contactait l'autre ? Cela a-t-il changé dans le temps ?
3. Pouvez-vous me donner votre impression sur la disponibilité de l'assureur ?
 - Quelle était votre satisfaction face à cette disponibilité ?
4. Receviez-vous de la documentation papier de l'assureur à la maison ? Que pensez-vous de ces documents papiers envoyés?
 - Étaient-ils utiles ?
 - Étaient-ils difficiles à comprendre ?
5. Est-ce que ce sont les mêmes représentants de l'assureur qui ont communiqué avec vous tout au long du processus de réadaptation ?
 - Quel impact cela avait-il sur vous?
 - Quels sont les comportements de ces représentants de l'assureur qui vous ont marqué favorablement ? moins favorablement dans les premiers temps ?
 - Ces comportements ont-ils évolué ? Si oui, comment ?

6. Plus tôt dans l'entrevue, nous parlions de vos difficultés suite au traumatisme crânien, qu'est-ce que l'assureur semblait bien comprendre dans les débuts ? Moins bien comprendre ?
- Est-ce qu'il y a eu des changements dans le temps ?
 - Si pas répondu : Parlez-moi de la compréhension qu'avait l'assureur de l'impact de vos difficultés sur votre travail ? Sur votre vie à la maison ?
7. *Maintenant, j'aimerais vous entendre non pas sur l'assureur, mais sur les différents professionnels de la santé que vous avez rencontrés.*
Toujours par rapport à vos difficultés, qu'est-ce que votre ergothérapeute semblait bien comprendre dans les débuts ? Moins bien comprendre ?
- Est-ce qu'il y a eu des changements dans le temps ?
8. Vous m'avez aussi nommé au début de l'entrevue avoir rencontré XXX (nommer les professionnels). Qu'est-ce que ces professionnels semblaient bien comprendre ? Quel professionnel ? Moins bien comprendre ?
- Si applicable : Est-ce qu'il y a eu des changements dans le temps ?

SECTION 4 : Application par l'assureur des recommandations des professionnels de la santé et accessibilité aux traitements et évaluations appropriées

J'aimerais maintenant vous entendre sur les différentes recommandations faites par vos professionnels de la santé.

1. Est-ce que l'assureur considérait les recommandations de votre ergothérapeute ?
 - Suivait-il les recommandations ? Imposait-il certaines décisions ? Exemples ?
 - Est-ce que l'assureur considérait les recommandations des autres professionnels ? Quel professionnel ? Suivait-il les recommandations ? Imposait-il certaines décisions ? Exemple ?
2. Existe-il d'autres modalités/traitements que vous jugez souhaitables, mais qui n'ont pas été acceptées/reconnues par l'assureur ?
3. Selon vous, est-ce que l'assureur a eu un rôle à jouer pour que vous ayez accès à :
 - Certains tests médicaux ? Lesquels (Ex : IRM, EMG) ?
 - Certains professionnels ? Lesquels (médecins spécialistes et autres professionnels) ?
 - Certains services spécialisés ? Lesquels (ex : services de réadaptation, visite de poste) ?
 - Autres éléments ?
 - Si pas répondu : Croyez-vous au contraire que l'assureur a pu retarder ou empêcher votre accès à l'un de ces services ?

SECTION 5 : Régime d'assurance

J'aimerais maintenant que nous abordions un sujet différent, soit les remplacements de salaire payés par l'assureur.

1. À quelle fréquence recevez-vous votre remplacement de salaire par votre assureur ?
 - Quelle est votre perception sur les aspects financiers ?
 - o Pourcentage du salaire suffisant?
 - o Présence ou non de délais de paiements?
 - o Présence ou non d'impacts sur votre vie quotidienne ?

SECTION 6 : Retour sur les différents points abordés et pistes d'amélioration

Nous arrivons maintenant vers la fin de l'entrevue.

1. Est-ce que c'est votre premier accident du travail ou de la route ?
 - Si non : quel était le ou les diagnostics ?
 - Voyez-vous des différences dans votre prise en charge par l'assureur pour cet accident ? Si oui, lesquelles ?
2. Il a-t-il eu d'autres éléments concernant l'assureur qui ont aidé votre réadaptation au travail ? qui ont été nuisibles pour votre réadaptation au travail ?
 - Avez-vous certains éléments qui vous restent en tête et qui n'ont pas été abordés aujourd'hui ?
3. Auriez-vous des suggestions de changements à apporter pour améliorer votre réadaptation au travail en présence d'un assureur. Si oui, quels sont les points à modifier en priorité ?

-Fin de l'entrevue-

GUIDE D'ENTREVUE DES ERGOTHÉRAPEUTES

- Salutations et remerciements pour se rendre disponible à une entrevue individuelle
Nous vous rencontrons aujourd'hui parce que nous cherchons à mieux comprendre l'influence de l'assureur sur le processus de réadaptation au travail à la suite d'un TCCL selon votre expérience personnelle.
- Présentation du projet de recherche et des règles d'éthique :
 - o Assurance quant à la confidentialité des données
 - o Possibilité d'arrêter l'entrevue sans donner explication
 - o Proposition d'enregistrer l'entrevue et rappel de la possibilité d'arrêter l'enregistrement en tout temps
- Questions avant de commencer ?
- Signature du formulaire de consentement
- Prise des coordonnées si le participant désire obtenir les résultats de l'étude.

SECTION 1 : Données sociodémographiques

J'aimerais avant tout recueillir quelques données sociodémographiques :

- Âge de l'ergothérapeute :
- Année d'expérience comme ergothérapeute :
- Année d'expérience avec la clientèle TCCL :
- Ancienneté dans la clinique/centre :
- Date du début de la prise en charge du travailleur en ergothérapie au centre/clinique de réadaptation :

SECTION 2 : Mise en contexte

Maintenant que les questions plus techniques sont derrière nous, nous allons débiter l'entrevue.

1. Pouvez-vous m'indiquer à quel moment dans le processus de réadaptation de M. Mme X avez-vous débuté votre prise en charge ?
 - Pouvez-vous me nommer les services de réadaptation que le travailleur a reçus avant de débiter à votre clinique ?
 - Si pas répondu : Au meilleur de votre connaissance, qui ont été les autres professionnels impliqués depuis l'accident?
 - A quel moment dans le processus ?
 - Actuellement, qui est encore impliqué dans la prise en charge ?

2. Au début de votre prise en charge, quels étaient vos objectifs de traitements ?
 - Actuellement, vos objectifs ont-ils évolués ? Quels sont-ils ?
 - Dans quels contextes avez-vous réalisé vos interventions (ex : milieu clinique, milieu de travail ?
 - Êtes-vous familier avec la prise en charge de la clientèle TCCL ?

- Au besoin : Vous sentez-vous outillé à offrir ce type de services de réadaptation ?

SECTION 3 : Communications et échanges avec l'assureur

Nous allons maintenant aborder les communications et les échanges avec l'assureur.

1. Au début de votre prise en charge, quels étaient les modes de communication privilégiés entre vous et l'assureur ?
 - Comment les échanges se passaient-ils ?
 - Aviez-vous une entente sur la fréquence de vos échanges ?
 - Si pas répondu :
 - a. Aviez-vous une entente sur les modes de communication avec l'assureur ?
 - b. Quel était le niveau de formalisation de cette entente ?
 - c. Qui était l'initiateur de cette entente ? Respectiez-vous cette entente?
 - Les modes de communication et leurs fréquences ont-ils changés avec le temps, si oui comment ?
 - Quelles étaient les attentes de l'assureur face au type et à votre niveau d'implication en tant qu'ergothérapeute ?

2. Quels étaient les titres d'emploi des représentants d'assurance avec qui vous avez été en contact ?
 - Il y a-t-il eu une rotation du personnel ? Quel impact cela a-t-il eu sur vous? Sur le travailleur ?
 - Quels sont les comportements des conseillers/agents qui vous ont marqué favorablement ? Moins favorablement dans les premiers temps ?
 - Ces comportements ont-ils évolués ? Si oui, comment ?
 - Connaissiez-vous le conseiller de réadaptation/agent d'indemnisation avant de débiter votre implication avec M/Mme X ? Avantages/inconvénients ?

(Pour les questions à venir, j'emploierai les termes assureur/agent/conseiller appropriés au discours du participant)

3. Pouvez-vous me donner votre impression sur la disponibilité de l'assureur avec vous ? Avec le travailleur ?
 - Quel était votre niveau de satisfaction face à cette disponibilité?

4. Au meilleur de votre connaissance, l'assureur ou le travailleur vous ont-ils rapporté des commentaires ou impressions concernant leurs échanges mutuels ?
 - Si pertinent :
 - Quels étaient les sujets abordés?
 - Quelle était l'impression des travailleurs ou de l'assureur sur leurs échanges ?

- Quel était le niveau de compréhension du travailleur de la documentation papier reçue de l'assureur ?
5. Selon vous, dans le début de votre prise en charge, quelles étaient les principales difficultés de M/Mme X découlant du TCCL,
 - Qu'est-ce que l'assureur semblait bien comprendre dans les débuts ? Moins bien comprendre?
 - Qu'est-ce qui peut expliquer cette opinion/propos de l'assureur ?
 - Est-ce qu'il y a eu des changements dans le temps ?
 - Si pas répondu : Parlez-moi de la compréhension qu'avait l'assureur de l'impact des difficultés sur le travail ? Sur activités de la vie quotidienne/domestiques et loisirs ?
 - Si pertinent : Quel est selon vous le niveau de connaissance de l'assureur du TCCL?
 6. Toujours par rapport aux difficultés découlant du TCCL, qu'est-ce les autres professionnels de la santé semblaient bien comprendre/reconnaitre dans les débuts ? Moins bien comprendre/reconnaitre ?
 - Quels professionnels ?
 - Qu'est-ce qui peut expliquer cette opinion/ces propos du/des professionnel(s) ?
 - Est-ce qu'il y a eu des changements dans le temps ?

SECTION 4 : Application par l'assureur des recommandations des professionnels de la santé et accessibilité aux traitements et évaluations appropriées

J'aimerais maintenant vous entendre sur les recommandations faites par les différents professionnels de la santé.

4. Est-ce que l'assureur considérait vos recommandations en tant qu'ergothérapeute ?
 - Suivait-il les recommandations ? Imposait-il certaines décisions ? Exemples ?
 - Est-ce que l'assureur considérait les recommandations des autres professionnels ? Quel professionnel ? Suivait-il les recommandations ? Imposait-il certaines décisions ? Exemple ?
5. Selon vous, est-ce que l'assureur a eu un rôle à jouer dans l'accès aux :
 - Tests médicaux (Ex : IRM, EMG) ?
 - Professionnels (médecins spécialistes et autres professionnels) ?
 - Services spécialisés ?
 - Y a-t-il des services/professionnels auxquels M/Mme X a eu accès par l'assureur, mais qui ne vous sont apparus plus ou moins pertinents?
 - Si pas répondu : Croyez-vous au contraire que l'assureur a pu retarder ou empêcher l'accès à l'un de ces services ?

SECTION 5 : Retour sur les différents points abordés et pistes d'amélioration

1. Considérez-vous que le fait qu'il s'agissait d'un TCCL plutôt que d'un autre diagnostic a fait une différence pour l'assureur ?

2. Voyez-vous d'autres éléments en lien avec l'assureur qui ont contribué de manière favorable ou non au processus de réadaptation au travail ? Si oui, pouvez-vous m'en parler davantage ?
 - Au besoin donner des exemples : Présence lors des rencontres pour le plan d'intervention ? Relai d'information avec l'employeur ?
 - Avez-vous certains éléments qui vous restent en tête et qui n'ont pas été abordés aujourd'hui ?

3. Auriez-vous des suggestions de changements à apporter pour améliorer la réadaptation au travail suivant un TCCL en présence d'un assureur. Si oui, quels sont les points à modifier en priorité ?

-Fin de l'entrevue-

Annexe 3 : Grille de codification

0. Contexte		
<p>Cette catégorie comprend les unités de sens contextuelles et descriptives. Ces unités de sens ne permettent pas de répondre aux objectifs de l'étude, mais il appert pertinent de les coder afin de les répertorier pour des besoins futurs. Ces données seront utiles à l'étape de la formulation des hypothèses.</p>		
Codes	Définitions	Commentaires
0. Diagnostic TCCL/Trajectoire	Éléments descriptifs allant de la survenue de l'accident à l'émission du dx TCCL	
0. Autres dx	Diagnostics émis autres que le TCCL	
0. Données sociodémographiques		
0. Billet/suivi médical	Éléments en lien avec les recommandations du md p/r au retour au travail (ex : Billet d'arrêt de travail, tâches selon tolérance, etc.)	
0. Professionnels impliqués	Professionnels impliqués depuis l'accident dont le suivi est terminé	
0. Professionnels encore impliqués	Éléments en lien avec la présence (ou non) de professionnels encore impliqués au dossier au moment de l'entrevue	
0. Prof- Modalités traitements	Éléments en lien avec les modalités ou traitements, mais le participant ne spécifie pas si celles-ci ont aidé ou non le processus de réadaptation. Le travailleur nomme certaines modalités/traitements sans en aborder leur efficacité.	
0. Symptômes/capacités initiaux	Symptômes dans les premiers jours suivant l'accident	
0.Évolution des symptômes/capacités	Évolution des symptômes tout au long du processus de réadaptation au travail	
0. Symptômes/capacités actuels	Symptômes encore présents chez le travailleur au moment de l'entrevue	
0. Situation de travail actuelle	Éléments en lien avec le statut du travailleur actuel	
0. Impact des capacités du travailleur sur SM	Les capacités limitées nommées par le travailleur ont des répercussions sur sa santé mentale (stress, moral, anxiété)	

1. Reconnaissance de la légitimité de la blessure du travailleur		
Le fait que l'assureur tienne pour vrai et admette la validité des plaintes du travailleur en lien avec le TCCL tel que perçu par le travailleur et son ergothérapeute. Étroitement influencé par les connaissances de l'assureur en lien avec le TCCL, lesquelles font références aux savoirs que possède l'assureur sur les particularités du TCCL.		
Codes	Définitions	Commentaires
1.A (assureur)		
1.A Dx TCCL reconnu	L'assureur a accepté le dx de TCCL suivant l'accident. Regroupe les éléments en lien avec la reconnaissance du diagnostic par l'assureur.	
1.A Autres dx TCCL reconnus	L'assureur a accepté le ou les autres diagnostics émis par un médecin (ex : dépression).	
1.A Autres dx TCCL non-reconnus	L'assureur n'a pas accepté le ou les autres diagnostics émis par un médecin (ex : dépression), ce qui implique qu'aucune indemnité ni service ne sont offerts.	
1.A Représentation TCCL	Explications données par l'assureur pour décrire ce qu'est un TCCL au travailleur, cette explication est liée aux connaissances que possèdent l'assureur.	
1.A Connaissances perçues suffisamment bonnes par le travailleur	Les savoirs que possède l'assureur sur le TCCL sont perçus par le travailleur comme suffisants pour assurer un suivi adéquat et prendre les décisions en découle.	
1.A Manque de connaissance TCCL	Les savoirs que possède l'assureur sur le TCCL sont perçus par le participant comme insuffisants pour assurer un suivi jugé adéquat et prendre les décisions qui en découlent.	
1.P (professionnel)		
<i>*Pour cette section (et les prochaines), section Codes : lorsqu'applicable, le « prof » devra être remplacé par le professionnel dont il est question dans le verbatim (ex : md-symptômes/TCCL reconnus)</i>		
1. P Prof-Incapacité au travail reconnue	Le « prof » reconnaît que le travailleur ne présente pas les capacités physiques pour répondre aux exigences physiques et cognitives de son emploi	
1.P Prof-Symptôme	Le « prof » reconnaît que les symptômes	

reconnus	rapportés découlent du TCCL, et non d'une autre condition de santé.	
1.P Prof-Symptôme non reconnus	Le « prof » associe les symptômes rapportés à une autre condition de santé ou est ne prend pas en considération les symptômes rapportés par le travailleur dans ses recommandations/interventions/évaluations.	
1.P Prof-Connaissances perçues suffisamment bonnes par le travailleur	Les savoirs que possède le « prof » sur le TCCL sont perçus par le travailleur comme suffisants pour assurer un suivi adéquat.	
1.P Message/attitude véhiculé par prof	Le médecin ou tout autre professionnel a donné le l'information sur le TCCL et les choses à faire ou ne pas faire (ex : tu dois rester au lit en arrêt de travail)	
1.T (travailleur)		
1.T Connaissance du TCCL	Savoirs et compréhension du travailleur du TCCL et symptômes-impacts associés. Les éléments ne font pas référence aux symptômes/impacts qui lui sont spécifiques.	
1.T TCC associé à symptômes invisibles	Compréhension du travailleur des particularités liées à la subjectivité des sx du TCCL	
1.T Remise en doute de ses propres symptômes	Le manque de reconnaissance d'une autre personne amène le travailleur à se questionner sur la présence véritable de ses symptômes ressentis	
1.T Impacts non-reconnaissance sx/dx	Impact à moyen, court et long terme de la non-reconnaissance des symptômes et/ou dx par une tierce personne (ex : « abandonner le combat »)	
1.E (employeur)		
1.E Remise en doute accident	L'employeur questionne et remet en doute l'accident du travailleur	
1.E Employeur manque de connaissance TCCL	Lacune de connaissance chez l'employeur pour comprendre les signes et symptômes, ainsi que les impacts possibles d'un TCCL	

	sur le fonctionnement.	
1.E Collègue manque connaissance TCCL	Lacune de connaissance chez les collègues pour comprendre les signes et symptômes, ainsi que les impacts possibles d'un TCCL sur le fonctionnement.	
1.E Collègues – jugement travailleur	Jugement des collègues envers le travailleur par rapport à la présence d'amplification, de persistance ou de simulation des symptômes.	
1.Autres		
1.Autres Entourage peu de connaissance TCCL	L'entourage est non familier avec le terme « TCC, TCCL » et n'a pas ou peu de connaissance sur le TCCL. Il nécessite de l'enseignement, et des explications.	

2. Qualité des relations

Jugement porté sur les interactions entre ces acteurs en coprésence d'un assureur. Se distingue en deux grandes dimensions, soient :

Dimension structurelle (cadre d'interaction) : regroupe les modes de communication, les caractéristiques de l'assureur, règles de fonctionnement du système de l'assureur ;

Dimension interpersonnelle : regroupe les attitudes et comportements de chacun des acteurs pendant les interactions.

Codes	Définitions	Commentaires
2.A-T		
2.A-T Prise de contact initial-circonstances	Éléments en lien avec les premiers échanges entre l'assureur et le travailleur. Les premiers échanges font référence au 2-3 premiers contacts avec l'assureur.	
2.A-T Assureur compréhensif	Le travailleur sent que l'assureur est à l'écoute et comprend bien les difficultés vécues par le travailleur	
2.A-T Impression générale positive	Le travailleur garde une expérience positive de ses échanges avec son assureur	
2.A-T Belle collaboration	Le travailleur perçoit que la collaboration avec son assureur était favorable à sa réadaptation.	
2.A-T Modalités de communication	Éléments liés aux communications téléphoniques ou écrites subséquentes entre le travailleur et l'assureur (mode de communication, fréquence des échanges, contenu des échanges)	

2.A-T Communications - rencontre en personne	Présence d'une rencontre en personne. Inclus les avantages et inconvénients d'une rencontre en personne avec le représentant du RAAT	
2.A-T Changement fréquent de personnel – pas d'impact	Il y a présence de changement fréquent de personnel, mais le travailleur ne perçoit pas d'impact défavorable à cette alternance du personnel chez l'assureur	
2.A-T Ouï-dire sur le RAAT	« Mythes » et histoire entendus par le travailleur sur l'organisme payeur	
2.A-T Assureur est facile à rejoindre	Facilité à entrer en contact avec l'assureur lorsque désiré.	
2.A-T Documentation écrit	Éléments liés à la documentation écrite envoyée par l'assureur (peut être positif ou négatif)	
2.A-T Lacune informations transmises par le RAAT	L'assureur a omis de transmettre certaines informations/conseils jugés nécessaires par le travailleur	
2. A-T Réponses claires aux questions	Les réponses aux questions sont jugées satisfaisantes par le travailleur.	
2.A-T Dépôts rapides indemnités	Les indemnités par l'assureur sont payées sur base quotidienne, sans oublis de paiements	
2.A-T Indemnités suffisantes	Le travailleur perçoit que le pourcentage de ses indemnités est suffisant.	
2.A-T Compréhension du travailleur du système d'assurance	Compréhension qu'a le travailleur du fonctionnement du système d'assurance. Inclus les éléments allant de la période de l'accident à la consolidation (ex : accident doit être fait sur le lieu du travail, l'assureur a avantage à déclarer à son assureur privé vs parapublic, etc.)	
2.A-T T est transparent	Le travailleur évoque avoir été transparent avec le RAAT (ex : a été franc, n'a pas essayé de profiter de la situation)	

2.T-P		
2.T-P Md n'a pas arrêté assez tôt travailleur	Le médecin aurait dû signer un billet d'arrêt de travail plus tôt afin d'aider la réadaptation au travail. Éléments en lien avec les regrets du « prof » quant aux décisions qu'il a émises et à la situation actuelle du travailleur.	
2.T-P Reproches au médecin	Regroupe les actions faites (ou qui auraient dû être faites) par le médecin qui ont été nuisibles au processus de réadaptation au travail (ex : le médecin aurait dû poser plus de questions)	
2.T-P Prof -Modalité tx aidantes	Ensemble des modalités, interventions faites par un « prof » qui sont perçues aidantes par le travailleur	
2.T-P Prof- Modalité tx pas aidantes	Ensemble des modalités, interventions faites par un « prof » qui sont perçues comme inefficaces ou inutiles	
2.T-P Prof - Comportements appréciés	Le « prof » adopte certains comportements (ex : écoute active, réponse rapide aux questions) qui sont perçus comme aidant par le travailleur	
2.T-P Prof - Comportements nuisibles	Le « prof » adopte certains comportements (ex : manque d'écoute du « prof ») qui sont perçus comme nuisible par le travailleur	
2.T-P Prof - Lien antérieur	Le travailleur connaissait son médecin (ou tout autre professionnel) avant la survenue de l'accident. Comprends les éléments liés à la présence d'un lien de confiance établi avant l'accident entre « prof » travailleur.	
2.T-P T est transparent	Le travailleur évoque avoir été transparent avec son md ou tout autre professionnel (ex : a été franc, n'a pas essayé de profiter de la situation)	
2.T-E		
2.T-E Craintes de perdre son emploi	Le travailleur exprime des inquiétudes par rapport à la perte de son emploi en lien avec la survenue de son accident	
2.T-E Pression employeur reprise	L'employeur désire que le travailleur reprenne ses tâches régulières rapidement	

des tâches antérieures		
2.T-E Employeur compréhensif	L'employeur cherche à comprendre les difficultés du travailleur et met en place les moyens nécessaires pour faciliter le retour au travail	
2.T-E Employeur ne tient pas compte des demandes du travailleur	L'employeur ne respecte pas les demandes du travailleur pour faciliter sa réadaptation au travail	
2.T-E Employeur ne respecte pas les restrictions	L'employeur ne respecte pas les restrictions apparaissant sur les rapports médicaux du médecin du travailleur ou de tout autre md/md spécialiste/autre professionnel	
2.T-E Employeur comportement nuisible	L'employeur adopte certains comportements nuisibles selon la perception du travailleur (ex : employeur pas compréhensif, manque d'écoute...)	
2.T-E Employeur – pas d'accommodement	L'employeur ne fait pas d'effort pour accommoder le travailleur afin de faciliter son processus de retour au travail	
2.T-E Propos blessants des collègues	Éléments reliés aux phrases et mots blessants à l'égard du travailleur par ses collègues depuis son accident. Comprends aussi les répercussions/impacts qu'ont ces phrases sur le travailleur.	
2.T-E Condition de travail – Impact défavorable à la réadaptation	Ensemble des éléments liés au contexte et aux conditions de travail (ex : travail sur des heures variables de nuit et jour).	
2.T-E Raisons du travailleur pour quitter son emploi	Si le travailleur a quitté son emploi, raisons nommées par le travailleur	
2.T-E Attitude du travailleur RAT	Attitude du travailleur durant son retour au travail (ex : un travailleur essaie d'en faire plus, ne veut plus retourner au travail pour une raison X)	
2.T-E Mise à pied + conséquence	L'employeur met un terme à l'emploi du travailleur durant son processus de retour au travail. Inclus aussi les conséquences sur les avantages sociaux/assurances	

	privées.	
2.Autres		
2.Autres Entourage-Soutien	Aide, actions posées par l'entourage pour venir en aide au travailleur	
2.Autres Entourage-Pas soutenant	Les membres de l'entourage du travailleur posent des actions, verbalises des propos peu ou pas soutenant dans la démarche de retour au travail et sur le TCCL de manière générale	

3. Accessibilité aux traitements et évaluations appropriés

Capacité perçue par le travailleur à avoir accès aux professionnels et traitements/évaluations médicales du régime d'assurance maladie public ainsi qu'aux professionnels et traitements/évaluations médicales hors de ce régime d'assurance maladie qui sont recommandés ou jugés nécessaires par le travailleur, l'assureur, le médecin ou tout autre professionnel de la santé.

Codes	Définitions	Commentaires
3.A		
3.1.A Assureur favorise accès tx	Le travailleur perçoit l'assureur comme favorisant l'accès à certains services ou traitements. L'assureur accepte les demandes du médecin pour une référence à un programme, services, traitements ou autre.	
3.1.A Assureur n'a pas d'impact sur accessibilité	Le travailleur perçoit l'assureur comme ayant peu ou pas d'impact sur l'accès à un certains services ou traitements	
3.P		
3.1.P Prof favorise accès tx	Les professionnels posent des actions dans le but de permettre au travailleur d'avoir accès à des services/traitements spécifiques	
3.T		
3.1.T Conséquence décision assureur sur T	Les conséquences verbalisées par le travailleur d'un refus de l'assureur par rapport à un diagnostic, tx, services, etc.	
3.1 T Modalités tx impossible	Le travailleur exprime que certaines contraintes l'ont empêché d'avoir accès à un service, tx	

Annexe 4 : Matrice de l'objectif spécifique 1

Matrice objectif spécifique 1
Regroupement par dyades des différents facteurs appartenant aux trois dimensions
du cadre conceptuel

I. Reconnaissance par l'assureur de la légitimité des plaintes du travailleur en lien avec le TCCL			
	Sous groupe 1 D3-D4-D5-D8-D9	Sous groupe 2 D2-D7	Sous groupe 3 D6
1. Appréciation des connaissances de l'assureur en lien avec le TCCL	Travailleurs		
	Ergothérapeutes		
2. Reconnaissance du lien entre les symptômes, le TCCL et l'incapacité	Travailleurs		
	Ergothérapeutes		
3.			

I. Reconnaissance par l'assureur de la légitimité des plaintes du travailleur en lien avec le TCCL			
	Sous groupe 1 D3-D4-D5-D8-D9	Sous groupe 2 D2-D7	Sous groupe 3 D6
1. Appréciation des connaissances de l'assureur en lien avec le TCCL	Travailleurs		
	Ergothérapeutes		
2. Reconnaissance du lien entre les symptômes, le TCCL et l'incapacité	Travailleurs		
	Ergothérapeutes		
3.			

II. Qualité des interactions entre l'assureur, le travailleur et l'ergothérapeute				
1. Cadre d'interaction	Sous-groupe 1 D2-D3-D4-D8	Sous-groupe 2 D5	Sous-groupe 3 D6	Sous-groupe 4 D7-D9
1.1 Mode de communication				
- Fréquence des échanges téléphoniques entre l'assureur et le travailleur	Travailleurs			
- Fréquence des échanges téléphoniques entre l'assureur et l'ergothérapeute	Sous-groupe 1 D3-D8	Sous-groupe 2 D2-D4-D6-D7	Sous-groupe 3 D5-D9	
	Ergothérapeutes			
- Fréquence des rencontres en personne	Sous-groupe 1 D3-D4-D8	Sous-groupe 2 D2-D6	Sous-groupe 3 D5-D7-D9	
	Travailleurs			
	Ergothérapeutes			
- Gestion de la documentation écrite	Sous-groupe 1 D2-D3-D4-D7-D8		Sous-groupe 2 D5-D6-D9	
	Travailleurs			
1.2 Caractéristique de l'assureur	Sous-groupe 1 D2-D4-D8	Sous-groupe 2 D3-D5-D7	Sous-groupe 3 D6-D9	
- Stabilité de l'effectif	Travailleurs			
Ergothérapeutes				
- Disponibilité des effectifs pour le travailleur	Sous-groupe 1 D2-D3-D4-D5-D7-D8-D9		Sous-groupe 2 D6	
	Travailleurs			
	Ergothérapeutes			

- Disponibilité des effectifs pour l'ergothérapeute	Ergothérapeutes		
	Sous-groupe 1 D2-D3-D4-D6-D8-D9	Sous-groupe 2 D7	
- Maîtrise des informations du dossier du travailleur	Sous-groupe 1 D2-D3-D4-D5-D8	Sous-groupe 2 D6-D7-D9	
	Travailleurs		
	Ergothérapeutes		
1.3 Fonctionnement du système de l'assureur	Sous-groupe 1 D3-D4-D5-D6-D9	Sous-groupe 2 D2-D7-D8	
- Explications fournies sur le fonctionnement	Travailleurs		
- Compensations financières	Travailleurs (toutes les dyades)		
	Ergothérapeutes		
2. Comportements/attitudes pendant les interactions	Sous-groupe 1 D2-D3-D4-D5-D8	Sous-groupe 2 D7-D9	Sous-groupe 3 D6
2.1 Comportements/attitudes de l'assureur avec le travailleur	Travailleurs		
	Ergothérapeutes		
2.2 Comportements/attitudes de l'assureur avec l'ergothérapeute	Sous-groupe 1 D2-D3-D4	Sous-groupe 2 D5-D6-D7-D9	Sous-groupe 2 D8
	Ergothérapeutes		
2.3 Comportements/attitudes	Sous-groupe 1 D3-D4-D5-D9	Sous-groupe 2 D2-D7-D8	Sous-groupe 3 D6
	Travailleurs		

<i>titudes du travailleur avec l'assureur</i>			
<i>2.4 Lien antérieur entre l'assureur et l'ergothérapeute</i>	Ergothérapeutes		
	Sous-groupe 1 D3-D4-D6-D7-D8	Sous-groupe 2 D2-D5-D9	

III. Accessibilité aux professionnels de la santé et aux traitements/évaluations appropriés			
1. Accès aux soins de santé du régime d'assurance maladie public québécois	Sous-Groupe 1 D3-D4-D5-D6-D8-D9		Sous-Groupe 2 D2-D3-D7
<i>1.1 Actions faites par l'assureur pour faciliter l'accès aux professionnels de la santé</i>	Travailleurs		
	Ergothérapeutes		
2. Accès aux soins de santé hors du régime d'assurance maladie public québécois	Sous-Groupe 1 D2-D4-D5-D6-D8-D9	Sous-Groupe 2 D3	Sous-Groupe 2 D7
<i>2.1 Actions faites par l'assureur pour faciliter l'accès aux professionnels hors du système de santé québécois (réf. exerçant en pratique privée)</i>	Travailleurs		
	Ergothérapeutes		
<i>2.2 Actions faites par l'assureur pour faciliter traitements/évaluations médicales</i>	Travailleurs		
	Sous-Groupe 1 D2-D5-D8		Sous-Groupe 2 autres dyades
	Ergothérapeutes		