

Université de Sherbrooke

**Étude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke  
dans le système de santé français**

par

Jean-Baptiste Fassier

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph. D.) en sciences cliniques  
(mention santé communautaire)

Le 24 avril 2009

**Membres du Jury**

Membres internes à l'Université de Sherbrooke :

Denise Saint-Cyr-Tribble

Présidente du Jury ; Directrice du programme de sciences cliniques ;  
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Marie-José Durand

Codirectrice de thèse ; École de réadaptation  
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Patrick Loisel

Codirecteur de thèse ; École de réadaptation  
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Membre externe au programme de sciences cliniques :

Paul Prévost

Professeur associé ; Directeur scientifique du CEFRIO  
Faculté d'administration ; Université de Sherbrooke

Membre externe à l'Université de Sherbrooke :

Michèle Rivard

Professeure titulaire ; Département de Médecine sociale et préventive ;  
Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé ; Université de Montréal



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*  
ISBN: 978-0-494-64189-7  
*Our file* *Notre référence*  
ISBN: 978-0-494-64189-7

**NOTICE:**

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

**AVIS:**

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

  
**Canada**

## RESUME

### Étude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français

Jean-Baptiste Fassier

**Introduction :** Les lombalgies non spécifiques entraînent des situations d'exclusion chez une minorité des travailleurs avec des coûts importants pour les individus et la société. Le modèle de Sherbrooke (MS) a démontré au Québec son efficacité avec une prise en charge précoce des travailleurs lombalgiques dans leur milieu de travail. En France, il n'existe pas de programme de réadaptation en milieu de travail malgré des besoins avérés. Le MS est susceptible de répondre aux besoins identifiés en France mais la littérature mentionne l'existence de barrières susceptibles d'entraver son implantation. **Buts :** L'objectif principal de l'étude est d'élaborer et tester empiriquement un modèle pour étudier la faisabilité d'un programme de santé complexe dans un nouveau contexte. L'objectif secondaire est d'identifier et décrire les barrières et les facilitateurs à la faisabilité du MS en France.

**Méthodes :** Une étude de cas multiples à niveaux d'analyse imbriqués a été utilisée dans une approche de recherche qualitative. Les cas étudiés étaient deux régions sanitaires françaises. Un cadre conceptuel éclectique a été élaboré à partir de la littérature sur l'adoption des données probantes, la diffusion des innovations et l'implantation des programmes de santé. Des guides d'entrevues et de discussion ont été élaborés pour recueillir les données au moyen d'entrevues individuelles semi structurées (22) et de groupes de discussion (7) auprès d'informateurs clés (63) choisis par échantillonnage théorique. Les retranscriptions ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu au moyen du logiciel Atlas.ti v5.2. **Résultats et discussion :** Le cadre conceptuel initial a été adapté pour intégrer l'ensemble des données et aboutir au cadre conceptuel révisé. Des barrières et facilitateurs ont été identifiés au niveau individuel, organisationnel et contextuel parmi les trois catégories d'acteurs concernés par l'implantation du MS soit les professionnels de santé, les gestionnaires de l'assurance maladie et les acteurs des entreprises. Il n'a pas été identifié de divergence importante entre les deux régions. Les barrières individuelles portent sur les risques perçus par les répondants, des valeurs discordantes avec le MS et des pratiques professionnelles non conformes aux recommandations. Les barrières organisationnelles portent sur le manque de ressources et des écarts importants entre le MS et la prise en charge des lombalgies en France. Des barrières spécifiques aux entreprises et à la réglementation française ont été identifiées. Les facilitateurs au niveau individuel portent sur les besoins et les bénéfices perçus, des valeurs concordantes et des pratiques en pluridisciplinarité. Au niveau organisationnel, il s'agit de la concordance du MS avec la culture et les missions de certaines organisations, des ressources mobilisables et des éléments de conformité avec le MS s'agissant des pratiques en centres de réadaptation. Sur le plan réglementaire, on note le rôle potentiel des différents médecins au premier rang desquels les médecins du travail. Les différents services de l'assurance maladie sont également susceptibles d'assumer un rôle important dans une adaptation française du MS. **Conclusion :** Le modèle de Sherbrooke est faisable en France moyennant les ressources nécessaires à son adaptation dans ce nouveau contexte pour tenir compte des barrières et des facilitateurs identifiés. Le cas échéant, sa mise en œuvre nécessiterait de développer une stratégie d'implantation associant étroitement tous les acteurs concernés aux différents niveaux décisionnels. Le modèle théorique élaboré dans cette étude peut être utilisé pour évaluer la faisabilité d'autres programmes de santé complexes afin de favoriser leur adaptation et leur implantation dans de nouveaux contextes. **Mots-clés :** Lombalgie ; Retour au travail ; Programme de santé ; Implantation ; Innovation

# Table des matières

LISTE DES TABLEAUX .....	VII
LISTE DES FIGURES.....	VII
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....	VIII
LISTE DES ANNEXES .....	IX
<b>CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 LOMBALGIES ET INCAPACITE AU TRAVAIL.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 LE MODELE DE SHERBROOKE.....</b>	<b>5</b>
1.2.1 UN CHANGEMENT DE PARADIGME.....	6
1.2.2 DESCRIPTION DU MODELE.....	8
1.2.3 RESUME DES CARACTERISTIQUES.....	11
<b>1.3 LA SITUATION EN FRANCE.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 LOMBALGIES ET AUTRES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES.....	12
1.3.2 ACTEURS ET SYSTEMES IMPLIQUES DANS LE RETOUR AU TRAVAIL.....	14
1.3.2.1 Le système de santé au travail.....	15
1.3.2.2 Le système de soins de santé.....	16
1.3.2.3 Le système de protection sociale.....	17
1.3.2.4 Le monde du travail.....	18
1.3.2.5 Dispersion et cloisonnement des acteurs.....	19
1.3.3 SYNTHESE.....	20
<b>1.4 QUESTION, PROBLEME ET OBJECTIFS DE RECHERCHE .....</b>	<b>21</b>
1.4.1 QUESTION DE RECHERCHE.....	21
1.4.2 PROBLEME DE RECHERCHE.....	21
1.4.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	23
<b>CHAPITRE 2 : RECENSION DES ECRITS .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 L'ADOPTION DES DONNEES PROBANTES .....</b>	<b>27</b>
2.1.1 BARRIERES ET FACILITATEURS A L'UTILISATION DES CONNAISSANCES .....	27
2.1.2 LES INTERVENTIONS VISANT L'UTILISATION DES CONNAISSANCES .....	31
2.1.3 L'ADOPTION DES GUIDES DE PRATIQUE SUR LES LOMBALGIES .....	35
2.1.3.1 Barrières et facilitateurs à l'utilisation des guides de pratique .....	35
2.1.3.2 Interventions d'implantation des guides de pratique.....	39
2.1.3.3 Campagnes de communication de masse.....	41
<b>2.2 LA DIFFUSION DES INNOVATIONS .....</b>	<b>43</b>
2.2.1 CONCEPTUALISATIONS DU CHANGEMENT .....	44
2.2.2 DETERMINANTS DE LA DIFFUSION DES INNOVATIONS.....	47
2.2.3 LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL .....	49
<b>2.3 L'IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE SANTE.....</b>	<b>51</b>
2.3.1 L'ANALYSE D'IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE SANTE .....	51
2.3.2 L'IMPLANTATION DES INTERVENTIONS DE SANTE AU TRAVAIL.....	54
2.3.3 IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE RETOUR AU TRAVAIL.....	57
2.3.4 SYNTHESE SUR L'IMPLANTATION.....	60
<b>2.4 SYNTHESE DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>62</b>
<b>CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>64</b>
<b>3.1 CARACTERISTIQUES DU CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>65</b>
<b>3.2 COMPOSANTES DU CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>67</b>
<b>3.3 DIMENSIONS DE LA FAISABILITE .....</b>	<b>68</b>

<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE .....</b>	<b>74</b>
<b>4.1 STRATEGIE DE RECHERCHE .....</b>	<b>75</b>
<b>4.2 DEFINITION DES CAS.....</b>	<b>76</b>
<b>4.3 SELECTION DES CAS.....</b>	<b>77</b>
<b>4.4 COLLECTE DES DONNEES.....</b>	<b>81</b>
<b>4.5 ECHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS.....</b>	<b>83</b>
<b>4.6 DEROULEMENT DE L'ETUDE.....</b>	<b>86</b>
<b>4.7 ANALYSE DES DONNEES.....</b>	<b>87</b>
<b>4.7.1 ANALYSES INTRA-CAS.....</b>	<b>88</b>
4.7.1.1 Stratégie d'analyse principale.....	88
4.7.1.2 Stratégies d'analyse complémentaires.....	91
<b>4.7.2 ANALYSES INTER-CAS.....</b>	<b>95</b>
<b>4.8 CRITERES DE SCIENTIFICITE.....</b>	<b>96</b>
<b>4.9 CONSIDERATIONS ETHIQUES.....</b>	<b>99</b>
<b>CHAPITRE 5 : RESULTATS.....</b>	<b>101</b>
<b>5.1 CADRE CONCEPTUEL REVISE.....</b>	<b>102</b>
<b>5.1.1 DU CADRE CONCEPTUEL INITIAL AU CADRE CONCEPTUEL REVISE.....</b>	<b>102</b>
<b>5.1.2 MODIFICATION DES CATEGORIES PENDANT LES ANALYSES.....</b>	<b>103</b>
5.1.2.1 Catégories non retenues.....	103
5.1.2.2 Catégories divisées en sous-catégories.....	105
5.1.2.3 Catégories redéfinies.....	106
5.1.2.4 Nouvelles catégories.....	108
<b>5.1.3 CADRE CONCEPTUEL REVISE.....</b>	<b>109</b>
5.1.3.1 Dimensions du modèle.....	109
5.1.3.2 Représentation alternative.....	114
<b>5.2 BARRIERES ET FACILITATEURS.....</b>	<b>116</b>
<b>5.2.1 DIMENSIONS DE LA FAISABILITE.....</b>	<b>118</b>
5.2.1.1 Besoins exprimés.....	118
5.2.1.2 Bénéfices perçus.....	122
5.2.1.3 Risques perçus.....	124
5.2.1.4 Complexité perçue.....	127
5.2.1.5 Réglementation.....	128
5.2.1.6 Pratiques professionnelles.....	130
5.2.1.7 Ressources.....	135
5.2.1.8 Valeurs.....	138
<b>5.2.2 ÉCARTS ET CONFORMITE DES PRATIQUES AVEC LE MODELE DE SHERBROOKE.....</b>	<b>145</b>
5.2.2.1 Prise en charge des lombalgies dans la région A.....	146
5.2.2.2 Prise en charge des lombalgies dans la région B.....	149
5.2.2.3 Comparaison entre les deux régions.....	151
<b>5.2.3 ENTREPRISES.....</b>	<b>153</b>
5.2.3.1 Entreprise E-A1.....	154
5.2.3.2 Entreprise E-A2.....	156
5.2.3.3 Entreprise E-B1.....	158
5.2.3.4 Entreprise E-B2.....	160
5.2.3.5 Comparaison des entreprises.....	162
<b>5.3 SYNTHESE DE L'ETUDE DE CAS.....</b>	<b>165</b>
<b>5.3.1 CONVERGENCE DES REGIONS ETUDIEES.....</b>	<b>165</b>
<b>5.3.2 BARRIERES.....</b>	<b>167</b>
<b>5.3.3 FACILITATEURS.....</b>	<b>171</b>

<b>CHAPITRE 6 : DISCUSSION .....</b>	<b>175</b>
<b>6.1 MODELE THEORIQUE .....</b>	<b>176</b>
<b>6.1.1 DIMENSIONS NON RETENUES .....</b>	<b>177</b>
6.1.1.1 L'intégration des soins .....	177
6.1.1.2 Le leadership collectif .....	178
<b>6.1.2 COHERENCE DU MODELE AVEC LA LITTERATURE.....</b>	<b>183</b>
6.1.2.1 Barrières identifiées dans l'étude .....	184
6.1.2.2 Facilitateurs identifiés dans l'étude.....	187
<b>6.1.3 APPORTS DU MODELE THEORIQUE A L'ETAT DES CONNAISSANCES.....</b>	<b>191</b>
<b>6.2 PERSPECTIVE SYSTEMIQUE SUR LE CONTEXTE FRANÇAIS .....</b>	<b>194</b>
<b>6.2.1 LE SYSTEME DE SANTE AU TRAVAIL .....</b>	<b>195</b>
6.2.1.1 Les médecins du travail.....	195
6.2.1.2 Les services de santé au travail .....	197
6.2.1.3 La législation en santé au travail .....	198
<b>6.2.2 LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE.....</b>	<b>200</b>
6.2.2.1 Le secteur libéral .....	200
6.2.2.2 Centres de réadaptation et structures « Comète ».....	203
6.2.2.3 Les réseaux de soins. . . . .	207
<b>6.2.3 LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE.....</b>	<b>209</b>
6.2.3.1 Les facilitateurs et les barrières au niveau juridique.....	209
6.2.3.2 Le service médical de l'assurance maladie.....	211
6.2.3.3 Le service social de l'assurance maladie.....	213
6.2.3.4 Le service prévention de l'assurance maladie .....	215
<b>6.2.4 LE MONDE DU TRAVAIL.....</b>	<b>216</b>
6.2.4.1 L'entreprise comme contexte d'adoption .....	216
6.2.4.2 Le rôle particulier des CHSCT en France .....	217
<b>6.2.5 RECHERCHE D'UNE COHERENCE ENTRE LES SYSTEMES.....</b>	<b>219</b>
6.2.5.1 Les partenaires sociaux .....	219
6.2.5.2 L'assurance maladie.....	220
6.2.5.3 L'Etat.....	221
6.2.5.4 Les professionnels de santé .....	222
<b>6.2.6 SYNTHESE.....</b>	<b>223</b>
<b>6.3 RETOMBEES.....</b>	<b>224</b>
<b>6.3.1 RETOMBEES SCIENTIFIQUES .....</b>	<b>224</b>
<b>6.3.2 RETOMBEES PRATIQUES .....</b>	<b>225</b>
<b>6.4 FORCES .....</b>	<b>227</b>
<b>6.4.1 VALIDITE DE CONSTRUIT .....</b>	<b>228</b>
<b>6.4.2 FIABILITE .....</b>	<b>230</b>
<b>6.4.3 VALIDITE EXTERNE .....</b>	<b>231</b>
<b>6.5 LIMITES .....</b>	<b>233</b>
<b>6.5.1 LIMITES LIEES AUX MODIFICATIONS DES ANALYSES.....</b>	<b>233</b>
<b>6.5.2 LIMITES LIEES A L'ECHANTILLONNAGE.....</b>	<b>233</b>
<b>6.5.3 LIMITES LIEES A LA DUREE DE LA COLLECTE DES DONNEES .....</b>	<b>236</b>
 <b>CONCLUSION .....</b>	 <b>237</b>
 <b>RÉFÉRENCES .....</b>	 <b>240</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>263</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des deux paradigmes de prise en charge des lombalgies .....	7
Tableau 2 : Barrières et facilitateurs d'après les dimensions de la faisabilité du cadre conceptuel initial .....	73
Tableau 3 : Critères de choix des régions sélectionnées initialement .....	79
Tableau 4 : Système de cotation des thèmes .....	90
Tableau 5 : Critères de rigueur des études de cas .....	97
Tableau 6 : Barrières et facilitateurs d'après les dimensions du cadre conceptuel révisé .....	113
Tableau 7 : Modalités de collecte de données parmi les trois catégories de répondants .....	117
Tableau 8 : Comparaison de la prise en charge des lombalgies avec le modèle de Sherbrooke .....	152
Tableau 9 : Barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-A1 .....	155
Tableau 10 : Barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-A2 .....	157
Tableau 11 : Barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-B1 .....	159
Tableau 12 : Barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-B2 .....	161
Tableau 13 : Barrières identifiées au niveau des entreprises .....	163
Tableau 14 : Facilitateurs identifiés au niveau des entreprises .....	164
Tableau 15 : Barrières identifiées parmi les trois catégories d'acteurs .....	168
Tableau 16 : Barrières les plus saillantes .....	170
Tableau 17 : Facilitateurs identifiés parmi les trois catégories d'acteurs .....	172
Tableau 18 : Facilitateurs les plus saillants .....	174
Tableau 19 : Les deux grandes approches du leadership d'opinion en santé .....	180

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Interventions successives du modèle de Sherbrooke .....	8
Figure 2 : Evolution des TMS indemnisés en maladies professionnelles en France .....	13
Figure 3 : Systèmes impliqués en France dans la prévention d'incapacité au travail .....	14
Figure 4 : Niveaux des barrières et facilitateurs à l'utilisation des guides de pratique .....	28
Figure 5 : Conceptualisations du changement dans la littérature .....	45
Figure 6 : Modèle conceptuel de la diffusion des innovations .....	46
Figure 7 : Les types d'analyse d'implantation .....	52
Figure 8 : Modèle théorique des déterminants organisationnels de l'implantation des interventions de maintien du lien d'emploi .....	57
Figure 9 : Cadre conceptuel de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français .....	66
Figure 10 : Déroulement chronologique de l'étude .....	87
Figure 11 : Exemple de carte cognitive avec la cotation des thèmes .....	91
Figure 12 : Évolution des catégories d'analyse dérivées de la dimension initiale de la compatibilité .....	107
Figure 13 : Cadre conceptuel révisé .....	109
Figure 14 : Représentation alternative du cadre conceptuel révisé .....	115
Figure 15 : Prise en charge des lombalgies dans la région A comparativement au modèle de Sherbrooke .....	147
Figure 16 : Prise en charge des lombalgies dans la région B comparativement au modèle de Sherbrooke .....	150
Figure 17 : La circularité des étapes du processus de planification de la santé .....	193

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARACT	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CDAPH	Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHG	Centre Hospitalier Général
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
CPAM	Caisse Primaire de l'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale de l'Assurance Maladie
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DRTEFP	Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaire et Sociale
IC	Informateur clé
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MS	Modèle de Sherbrooke
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PRST	Plan Régional de Santé au Travail
SIST	Services Inter-entreprises de Santé au Travail
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TMS	Troubles musculosquelettiques



## LISTE DES ANNEXES

<i>Annexe 1 : Principales sources d'informations explorées pour la recherche bibliographique</i> .....	264
<i>Annexe 2 : Guide d'entrevue avec les professionnels de santé</i> .....	265
<i>Annexe 3 : Guide de discussion</i> .....	269
<i>Annexe 4 : Littérature grise consultée</i> .....	270
<i>Annexe 5 : Formulaire de consentement éclairé</i> .....	271
<i>Annexe 6 : Modalités de l'échantillonnage dans les deux régions</i> .....	275
<i>Annexe 7 : Questionnaire d'évaluation de la formation</i> .....	277
<i>Annexe 8 : Origine professionnelle et codage des répondants</i> .....	278
<i>Annexe 9 : Matrices conceptuelles hiérarchiques des dimensions de la faisabilité (A)</i> .....	280
<i>Annexe 10 : Cartes cognitives des dimensions de la faisabilité (A)</i> .....	286
<i>Annexe 11 : Matrices synthétiques comparatives intra-cas des barrières et facilitateurs (A)</i> .....	292
<i>Annexe 12 : Matrices conceptuelles hiérarchiques des dimensions de la faisabilité (B)</i> .....	294
<i>Annexe 13 : Cartes cognitives des dimensions de la faisabilité (B)</i> .....	300
<i>Annexe 14 : Matrices synthétiques comparatives intra-cas des barrières et facilitateurs (B)</i> .....	305
<i>Annexe 15 : Cartes cognitives comparatives inter-cas des dimensions de la faisabilité</i> ... ..	307
<i>Annexe 16 : Matrices synthétiques comparatives inter-cas des barrières et facilitateurs</i> .....	316
<i>Annexe 17 : Comparaison des caractéristiques des entreprises étudiées</i> .....	318

## « Je me souviens »

Pour mes directeurs de recherche, Marie-José Durand et Patrick Loisel. Merci d'avoir cru en moi. Vous m'avez transmis ce que vous êtes et ce que vous savez. Patiemment, généreusement, rigoureusement. Sans cesse, vous m'avez invité à devenir meilleur que moi-même.

Pour toute ma famille qui a contribué à porter ce travail avec moi. Merci particulièrement à Bonne-Maman qui a partagé et permis cette folie par son dévouement au service de nos enfants et de notre foyer.

Pour toute la famille Fassier du Québec. Merci de nous avoir invité à traverser l'océan pour nous adopter pendant notre séjour. Du Courbelon à Montréal et du Veurdre au Saint Laurent, combien de souvenirs. Nos enfants maintiendront nos liens après nous et plus particulièrement Capucine et Angélique, petite Québécoise toute déboussolée qui réclame chaque jour après sa marraine. Seb, quand est-ce qu'on repart en canot-camping ? Et quand est-ce que les Canadiens gagneront la coupe Stanley ?

Merci à toute l'équipe de Prévicap devenu le CAPRIT. Les deux années que j'ai passées auprès de vous m'ont donné une joie et une paix dont je vis encore. Quan Nha, je n'aurais pas assez d'une thèse pour te remercier de ton soutien. Marie-Christine, tu resteras à jamais ma collègue de bureau préférée. Geneviève, ta compassion de mère de famille m'a profondément aidé. Binta, je garde en mémoire le 1<sup>er</sup> juillet 2003 où tu as été la première à m'accueillir au seuil de cette aventure. Nicole, je rends grâce à Dieu avec toi.

Merci à la terre et aux gens du Québec. Lorsque je suis revenu en France, j'ai connu pour la première fois de ma vie le mal du pays : le vôtre.

Merci à mes parents qui m'ont fait voir le jour, et à mes enfants Diane, Angélique et Virgile qui me gardent les pieds sur terre.

Merci à mon épouse.  
Alice, je t'aime.

Cette thèse est dédiée à la mémoire de François Boureau.

# CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE

## **1.1 LOMBALGIES ET INCAPACITÉ AU TRAVAIL**

La lombalgie est définie comme « une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier » (Anaes, 2000). Dans près de 95 % des cas, la cause des lombalgies n'est pas attribuable à une maladie sous-jacente : on parle alors de lombalgies communes, par opposition aux lombalgies symptomatiques révélatrices d'autres affections (tumeur, infection, fracture, maladie rhumatismale, etc.) qui ne concernent qu'une minorité de cas dans la pratique clinique (Anaes, 2000; van Tulder et al., 2006). Les lombalgies communes, encore appelées non spécifiques, sont caractérisées par une histoire naturelle particulière : alors qu'une majorité des cas évolue spontanément vers la guérison dans les quatre à six semaines suivant un épisode aigu, près de 10 % de cas demeurent absents du travail après un an d'évolution et se trouvent donc en situation d'incapacité (Frank et al., 1998; Spitzer, 1987; Waddell, 1998b). Cette minorité de cas est par ailleurs responsable de 75 à 90 % des coûts totaux de la lombalgie selon les études (Inserm, 2000; Waddell, Burton, & Main, 2003; Williams, Feuerstein, Durbin, & Pezzullo, 1998). Le fardeau économique que cette problématique fait peser sur la société s'ajoute ainsi aux conséquences néfastes des lombalgies pour la santé des individus en termes de douleur persistante, de perte de qualité de vie et de trajectoires d'exclusion socioprofessionnelle (Baril, Martin, Massicotte, & Lapointe, 1994).

La prise en charge des lombalgies à la phase aiguë est simple et bien codifiée. Elle a été traduite en recommandations pour la pratique clinique dans de nombreux pays qui insistent sur l'importance d'éliminer une lombalgie symptomatique (triage diagnostique), de rassurer les patients et de maintenir l'activité physique (van Tulder et al., 2006). En revanche, les

recommandations de prise en charge à la phase subaiguë (six semaines à trois mois d'évolution) et à la phase chronique (plus de trois mois d'évolution) sont faiblement documentées et la prise en charge moins bien codifiée (Airaksinen et al., 2006). Il a été identifié que la phase subaiguë (entre la sixième et la douzième semaine d'absence du travail) était une fenêtre d'opportunité (*golden hour*) pour intervenir et prévenir l'évolution des travailleurs vers une incapacité prolongée (Frank et al., 1996). Cette recommandation d'intervenir précocement pour prévenir l'évolution vers la chronicité et le handicap au travail est une recommandation forte partagée par la totalité des recommandations pour la pratique clinique (Burton et al., 2006; Koes, van Tulder, Ostelo, Burton, & Waddell, 2001; van Tulder et al., 2006).

La difficulté des systèmes de soins de santé à prendre en charge efficacement les travailleurs atteints de lombalgies est attribuée à différentes causes selon les auteurs. Pour certains, il s'agit d'une faible utilisation des recommandations pour la pratique clinique (Anema, van der Giezen, Buijs, & van Mechelen, 2002; van Tulder et al., 2002). Pour d'autres, il s'agit d'un manque de coordination entre les acteurs et de collaboration entre les institutions (Frank et al., 1998; Loisel et al., 2001). Pour d'autres enfin, il s'agit d'une médicalisation excessive du problème et d'une prise en charge sociale inappropriée (Nachemson, 1999; Waddell, 1998a).

En résumé, le mal de dos est une condition de santé qui engage l'avenir professionnel et social des individus dans la mesure où 5 à 10 % des travailleurs qui en souffrent ne reprennent pas leur travail. C'est également une condition de santé qui engendre une consommation importante de soins médicaux et des prescriptions fréquentes d'arrêts de

travail qui pèsent sur le financement des systèmes de protection sociale (van Tulder, Koes, & Bouter, 1995; Waddell, 1998a). La prise en charge appropriée des lombalgies est donc un enjeu de société pour de multiples acteurs : pour les travailleurs qui en sont atteints, pour les entreprises qui les emploient, pour les professionnels et les systèmes de santé qui les prennent en charge et enfin pour la société qui en assume les coûts.

## **1.2 LE MODÈLE DE SHERBROOKE**

Le rapport Spitzer élaboré au Québec a été le premier à mettre en évidence le risque d'évolution des lombalgies communes vers l'incapacité au travail (Spitzer, 1986, 1987). Ce rapport fondé sur une analyse des dossiers de lombalgies compensées par la CSST et sur une revue systématique de la littérature scientifique disponible à l'époque formulait également une série de recommandations pour la prise en charge des lombalgies. À la suite de ces recommandations et dans le but d'évaluer leur efficacité, une équipe québécoise de réadaptation a élaboré (Loisel et al., 1994) puis testé expérimentalement (Loisel et al., 1997) un modèle innovant de prise en charge des lombalgies d'origine professionnelle à la phase subaiguë : le modèle de Sherbrooke. Ce modèle constitue encore actuellement un changement important de paradigme dans la réadaptation des travailleurs lombalgiques (Durand & Loisel, 2001; Loisel et al., 2001) qui se traduit notamment par l'importance accordée à l'intervention ergonomique en milieu de travail (Loisel et al., 1994).

### 1.2.1 UN CHANGEMENT DE PARADIGME

Dans le domaine de la réadaptation des lombalgies, le paradigme de prévention d'incapacité avancé par Loisel et al. se démarque du paradigme traditionnel de traitement de la lésion (Loisel et al., 2001). Selon le paradigme traditionnel, le problème est constitué par la lésion à l'origine de la lombalgie et la vision du problème est centrée sur l'individu. Le but de la prise en charge est donc d'identifier la cause pour traiter la lésion et obtenir la guérison. Les intervenants sont restreints à la dyade constituée par le patient et le professionnel de santé. Ce paradigme correspond à un modèle biomédical classique de causalité linéaire.

Selon le paradigme de prévention d'incapacité, le problème n'est plus la lésion mais l'incapacité du travailleur à reprendre son travail et la vision de ce problème n'est plus centrée sur l'individu mais de type systémique. Le but de la prise en charge est le retour du travailleur à son emploi pour recouvrer la réalisation de son rôle social de travailleur. Les intervenants sont multiples incluant le travailleur, les professionnels du système de soins de santé, le milieu de travail (employeur, syndicat, collègues de travail) et le système des assurances. Ce paradigme correspond à un modèle biopsychosocial de causalité complexe (Waddell, 1987, 1998c). Dans le **tableau 1** (page suivante), les différentes caractéristiques quant à la vision du problème des lombalgies sont présentées selon les deux paradigmes. Ainsi, l'apposition de ces caractéristiques illustre clairement les contrastes importants et les implications d'un changement de paradigme.

**Tableau 1 : Caractéristiques des deux paradigmes de prise en charge des lombalgies**

	Paradigme	
	Traitement de la lésion	Prévention de l'incapacité
<b>Caractéristiques</b>		
Vision du problème	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centrée sur l'individu</li> <li>- Douleur = lésion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Englobe le système social</li> <li>- Incapacité = problème multifactoriel</li> </ul>
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouver la cause</li> <li>- Traiter la lésion</li> <li>- But : <i>Guérison</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les acteurs impliqués</li> <li>- Adresser les déterminants de l'incapacité</li> <li>- But : <i>Participation sociale</i></li> </ul>
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailleur</li> <li>- Professionnels de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailleur</li> <li>- Système de soins de santé</li> <li>- Milieu de travail</li> <li>- Système de protection sociale</li> </ul>
Modèle explicatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biomédical</li> <li>- Causalité linéaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biopsychosocial, systémique</li> <li>- Causalité complexe</li> </ul>

Le modèle de Sherbrooke représente donc une évolution importante dans les pratiques de réadaptation des travailleurs lombalgiques (Durand & Loisel, 2001). Ces pratiques qui étaient initialement centrées sur la lésion avaient évolué sous l'impulsion des travaux de Mayer (Mayer et al., 1987) vers l'approche de la médecine du sport et les thérapies de restauration fonctionnelle (Mayer et al., 1995).

L'approche de la médecine du sport a été innovatrice en reconnaissant l'importance des facteurs psychologiques dans l'incapacité des travailleurs selon une approche cognitive et comportementale. Néanmoins, elle est restée centrée sur le développement des capacités physiques de l'individu dont la réadaptation et le réentraînement à l'effort (programmes de restauration fonctionnelle du rachis) sont effectués en milieu clinique sur des appareils reproduisant des mouvements standardisés ou encore reproduisant des tâches de travail.



Cette approche n'établit aucun lien formalisé avec le milieu de travail réel. Le modèle de Sherbrooke en revanche conçoit la problématique des lombalgies dans une perspective personne - environnement fondée sur le modèle de processus de production du handicap (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & St-Michel, 1996). Il formalise ainsi le processus de réadaptation des travailleurs lombalgiques en lien étroit et continu avec leur milieu de travail réel, ce qui représente une innovation importante.

## 1.2.2 DESCRIPTION DU MODELE

Le modèle de Sherbrooke est constitué d'une procédure initiale d'identification puis de trois étapes successives qui sont schématisées dans la **figure 1** ci-dessous.

**Figure 1 : Interventions successives du modèle de Sherbrooke**

D'après (Loisel et al., 1997; Loisel et al., 1994)

		Durée de l'arrêt de travail (en semaines)																
		Phase aiguë				Phase subaiguë								Phase chronique				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	...
		<i>Soins usuels</i>				<i>Modèle de Sherbrooke</i>												
Parcours de soins		Identification																
		Ergonomie Participative *																
		École du dos																
		Retour thérapeutique au travail **																

\* Ergonomie participative : constitution d'un groupe de travail associant un ergonomiste extérieur à l'entreprise, le travailleur lombalgique, son superviseur et le cas échéant un collègue ou représentant syndical

\*\* Retour thérapeutique au travail : intervention mixte de réadaptation initialement en milieu clinique et rapidement décentralisée dans l'entreprise

Les interventions successives ne sont mises en œuvre que si le travailleur n'a pas encore repris son travail.

Le modèle de Sherbrooke a été testé au moyen d'un essai randomisé contrôlé (Loisel et al., 1997) qui a démontré son efficacité avec une vitesse de retour au travail multipliée par 2,4 pour les travailleurs recevant la prise en charge du modèle comparativement à ceux recevant la prise en charge habituelle. Une évaluation économique a établi que ce modèle est également coût-efficace et coût-bénéfique dans la perspective de l'assurance maladie, avec un retour d'investissement de l'ordre de cinq dollars épargnés à cinq ans de recul pour un dollar investi initialement dans le modèle (Loisel et al., 2001). À la suite de l'évaluation favorable de l'expérimentation initiale du modèle de Sherbrooke, ce dernier a inspiré le développement d'un programme de retour thérapeutique au travail qui est actuellement implanté dans quatre centres au Québec et appelé PRÉVICAP (Prévention de l'incapacité au Travail) (Loisel et al., 2003). Ce dernier assure la prise en charge de travailleurs atteints de troubles musculosquelettiques de toutes localisations (dos et membre supérieur) à un stade plus avancé d'incapacité (durée moyenne d'absence du travail de plusieurs mois au moment de la prise en charge).

Le modèle de Sherbrooke est considéré actuellement comme un programme « exemplaire » qui constitue une référence incontestée dans le domaine de la prévention de l'incapacité au travail. La validité interne du modèle de Sherbrooke est attestée par son inclusion dans plusieurs revues Cochrane (Karjalainen et al., 2001; Schonstein, Kenny, Keating, Koes, & Herbert, 2003; van Oostrom et al., 2008). La validité externe du modèle de Sherbrooke est attestée par les résultats obtenus par le modèle lors de son adaptation dans le contexte hollandais (Anema et al., 2007; Steenstra, Anema, Bongers, de Vet, & van Mechelen, 2003). Enfin, les interventions mises en œuvre dans le modèle de Sherbrooke correspondent aux recommandations actuelles pour la prise en charge des lombalgies au

stade subaigu (Burton et al., 2006). Pour ces différentes raisons, le modèle de Sherbrooke est considéré actuellement comme un programme de référence (*gold standard*) dans le domaine de la réadaptation des travailleurs lombalgiques (IASP, 2005).

Enfin, le modèle de Sherbrooke a été adapté (Steenstra et al., 2003) et testé (Anema et al., 2007) en Hollande (modèle d'Amsterdam-Sherbrooke). Cette adaptation a été motivée par les coûts importants provoqués en Hollande par les lombalgies (Hutubessy, van Tulder, Vondeling, & Bouter, 1999; van Tulder et al., 1995). L'objectif était à la fois d'évaluer l'efficacité du modèle de Sherbrooke dans un autre contexte et de vérifier si cette adaptation était coût-efficace et coût-bénéfique. Le modèle de Sherbrooke a été adapté pour tenir compte des différences entre le Québec et la Hollande en matière de législation sociale (financement des arrêts de travail ; obligations respectives des employeurs et des travailleurs) et dans l'organisation des services de santé au travail. Ainsi, l'intervention d'ergonomie participative a été délivrée en Hollande par des membres des services de santé au travail (ergonome ou bien infirmière spécialisée) sous la supervision du médecin du travail responsable de l'entreprise à laquelle appartenait le travailleur pris en charge. L'intervention d'ergonomie participative était identique à celle conduite initialement au Québec ; l'intervention clinique comportait des exercices physiques de reconditionnement progressif à l'effort; il n'y avait pas d'intervention de réadaptation mixte à la phase chronique de la lombalgie. Les résultats de l'essai randomisé contrôlé ont été similaires à ceux du modèle de Sherbrooke s'agissant de l'efficacité de l'intervention d'ergonomie participative sur la vitesse du retour au travail, documentant ainsi la validité externe du modèle de Sherbrooke après son adaptation aux particularités juridiques et professionnelles du contexte hollandais (Anema et al., 2007).

### 1.2.3 RESUME DES CARACTERISTIQUES

En résumé, les caractéristiques du modèle de Sherbrooke sont d'être une innovation complexe en santé dont la mise en œuvre introduit plusieurs changements : changement du cadre de référence (paradigme de prévention d'incapacité introduisant une vision systémique des lombalgies en milieu de travail), changement dans les pratiques cliniques (intervention d'ergonomie participative en milieu de travail, collaboration interprofessionnelle en équipe multidisciplinaire) et changement dans les organisations (collaboration inter-organisationnelle entre les professionnels de santé, les intervenants du milieu de travail et les gestionnaires des assurances). En organisant une collaboration intersectorielle entre ces différents acteurs, le modèle de Sherbrooke contraste fortement avec le cloisonnement qui prévaut habituellement entre le système de soins de santé, le système de protection sociale et les entreprises (Franche, Baril, Shaw, Nicholas, & Loisel, 2005; Loisel et al., 2001; Pransky, Shaw, Franche, & Clarke, 2004).

Le modèle de Sherbrooke, lui-même fondé à partir des évidences de la recherche, a donné lieu à son tour à la production de fortes évidences (données probantes) en réadaptation au travail dont la qualité a été soulignée dans plusieurs revues de la littérature (Franche, Cullen et al., 2005; Karjalainen et al., 2004; Schonstein et al., 2003).

## **1.3 LA SITUATION EN FRANCE**

### **1.3.1 LOMBALGIES ET AUTRES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES**

La réduction des lombalgies invalidantes est une priorité de santé publique en France formalisée par l'objectif quantifié n°86 annexé à la loi du 9 août 2004 : « Réduire de 20 % en population générale la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle d'ici 2008 »<sup>1</sup>. Le groupe de travail chargé de préparer cet objectif quantifié avait justifié cette priorité à partir de différents indicateurs de santé :

« La lombalgie est l'une des pathologies les plus fréquemment rencontrées en milieu professionnel : elle représentait 13% des motifs d'accidents de travail avec arrêt de travail, avec une durée moyenne d'arrêt de travail de 33 jours, pour un total de 3,6 millions de jours d'arrêt. Elle se situait au 3ème rang des affections motivant une entrée en invalidité. » (Direction générale de la santé, 2003)

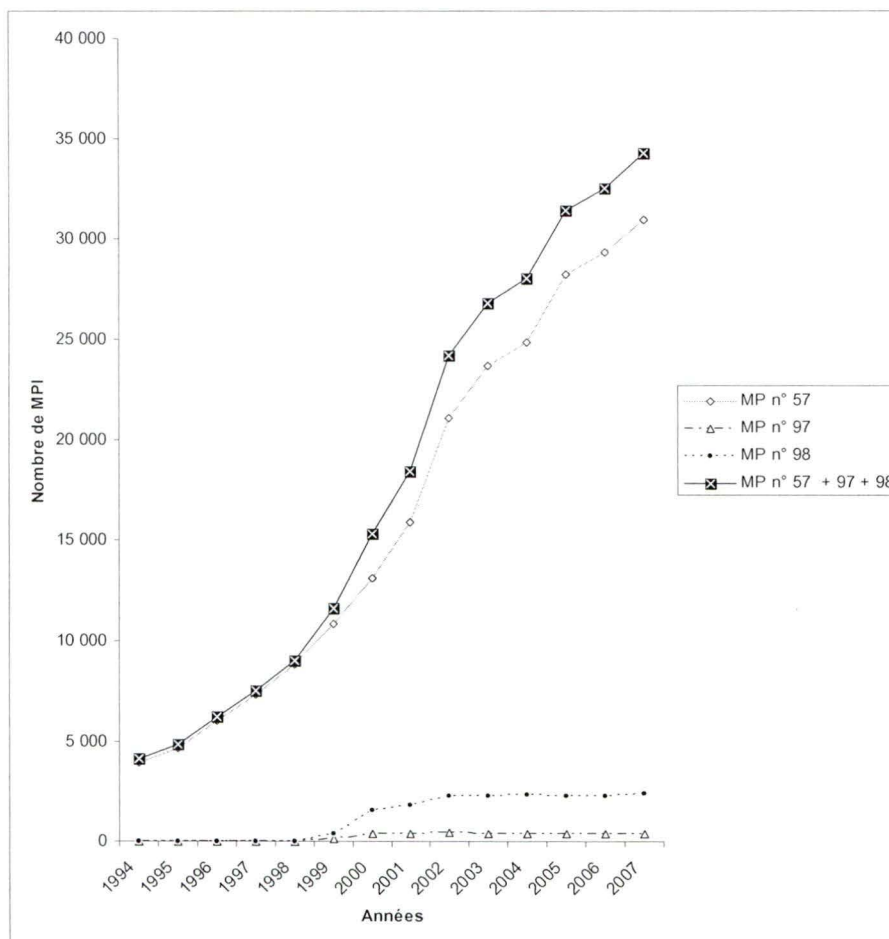
D'autres indicateurs attestent de l'ampleur des lombalgies dans la population française. Certains indicateurs de santé perceptuelle sont issus d'enquêtes en population générale ayant évalué la prévalence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle ou encore la prévalence des lombalgies de plus de 30 jours dans les 12 mois précédents (Gourmelen et al., 2007). D'autres indicateurs médico-administratifs sont issus des études et statistiques de l'assurance maladie ayant documenté le nombre de lombalgies reconnues en maladies professionnelles (CNAMTS, 2008), le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) accordé pour une lombalgie en accident du travail (CNAMTS, 2003) ou encore le nombre de pathologies rachidiennes motivant une reconnaissance en invalidité (CNAMTS, 2001).

---

<sup>1</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique parue au J.O. n° 185 du 11 août 2004.

Dans le domaine de la santé au travail, ce sont les troubles musculosquelettiques (TMS) du membre supérieur qui constituent la priorité la plus importante actuellement (Caillard, 2005; Roquelaure, Ha, & Pélier-Cady, 2004). Cette épidémie de TMS est illustrée par la **figure 2** ci-dessous représentant l'évolution exponentielle des TMS reconnus en maladies professionnelles au titre des trois principaux tableaux concernés <sup>2</sup> (CNAMTS, 2008). La préoccupation des pouvoirs publics pour les TMS liés au travail s'est manifestée par deux campagnes d'information d'ampleur nationale par le Ministère du travail et par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2007 et en 2008.

**Figure 2 : Evolution des TMS indemnisés en maladies professionnelles en France**

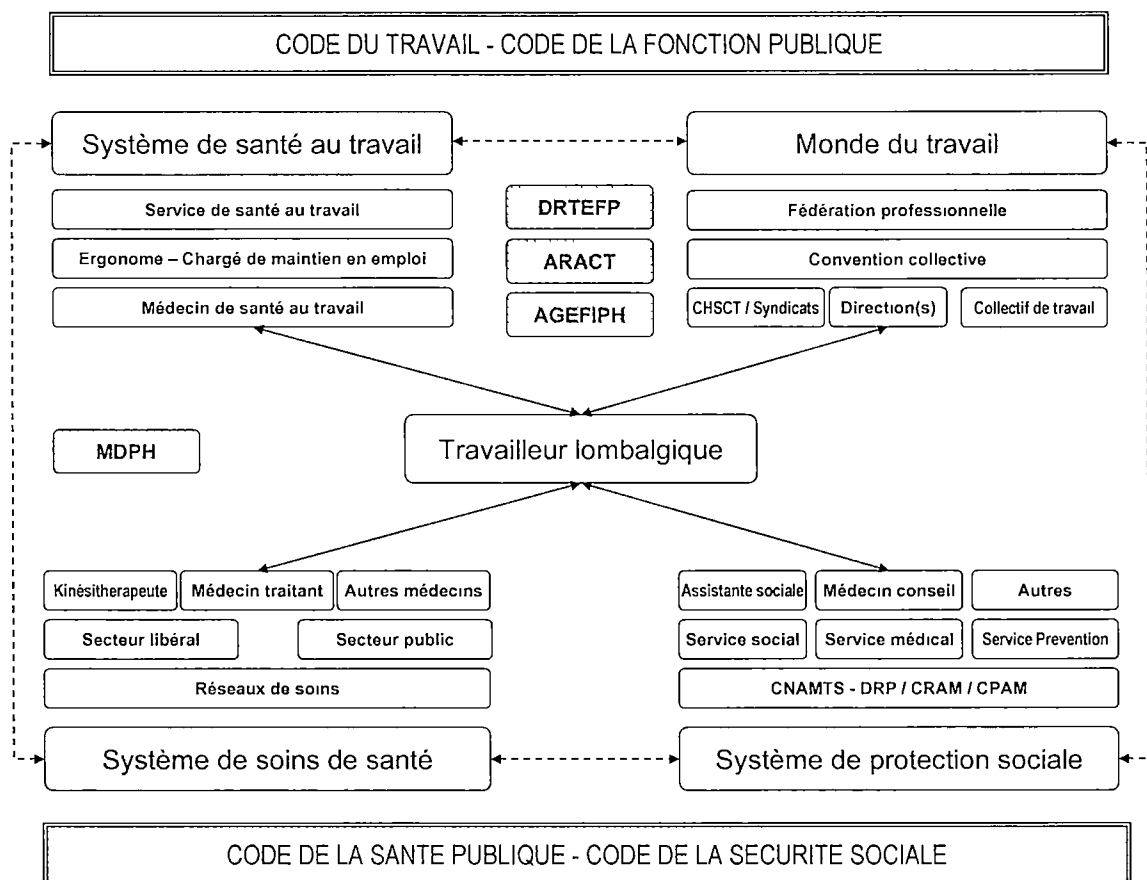


<sup>2</sup> Tableau n° 57 pour les TMS du membre supérieur ; n°97 et n°98 pour les lombosciatiques par hernie discale

### 1.3.2 ACTEURS ET SYSTEMES IMPLIQUES DANS LE RETOUR AU TRAVAIL

Cette section est consacrée à décrire le rôle des différents acteurs impliqués en France dans le retour au travail. Il existe quatre grands systèmes représentés schématiquement dans la **figure 3** ci-dessous et décrits dans les sections suivantes.

**Figure 3 : Systèmes impliqués en France dans la prévention d'incapacité au travail**



### **1.3.2.1 Le système de santé au travail**

En France, l'employeur est légalement responsable d'assurer la protection de la santé et de la sécurité de ses salariés ; il doit financer la prestation des services de santé au travail qui sont internes à l'entreprise pour les plus grosses d'entre elles (services autonomes) ou qui sont partagés entre différentes entreprises pour les petites et moyennes entreprises (services inter-entreprises). Les médecins du travail sont les conseillers de l'employeur et des salariés en termes de prévention et de santé au travail. Ils doivent obligatoirement passer un tiers de leur activité dans les entreprises (« tiers temps » réglementaire) afin d'évaluer les risques professionnels et proposer des mesures de prévention. Le reste de leur activité est consacré aux visites médicales individuelles avec les salariés. Ils peuvent ainsi connaître à la fois l'état de santé des salariés et le mettre en relation le cas échéant avec leur exposition à des risques professionnels.

Les médecins du travail possèdent un rôle particulier dans le retour au travail et le maintien dans l'emploi. En effet, ils doivent se prononcer sur l'aptitude des salariés à occuper sans risque pour leur santé ni leur entourage leur poste de travail habituel. Cet avis s'impose à l'employeur qui est tenu de respecter les limitations mentionnées par le médecin du travail. Le cas échéant, le médecin du travail propose des aménagements de poste rendus nécessaires par la santé du travailleur ou bien un reclassement sur un autre poste dans l'entreprise. L'employeur doit respecter une obligation de moyens pour mettre en œuvre ces préconisations. Si ces aménagements ne sont pas possibles, le salarié peut être licencié pour inaptitude médicale au travail selon une procédure bien codifiée dans le code du travail.



Dans leurs missions de maintien dans l'emploi des salariés, les médecins du travail peuvent bénéficier de différentes ressources à l'intérieur de leurs services de santé au travail (ergonome, chargé de maintien) ou bien auprès d'acteurs extérieurs spécialisés dans le maintien dans l'emploi (cellules maintien de l'AGEFIPH, etc.). Ils sont également appelés à collaborer avec les médecins traitants et les médecins conseils de l'assurance maladie.

### **1.3.2.2 Le système de soins de santé**

La prise en charge des personnes lombalgiques peut être effectuée dans le secteur libéral auprès du médecin traitant et d'un kinésithérapeute en lien éventuellement avec d'autres médecins spécialistes (rhumatologue, médecin de médecine physique et réadaptation, chirurgien orthopédiste). Elle peut également intervenir en hospitalisation dans les centres de réadaptation et de rééducation fonctionnelle du secteur public. Enfin, il existe dans certaines régions de France une troisième voie représentée par les réseaux de soins. Ces derniers ont été créés pour favoriser le développement de la qualité des soins de proximité tout en recherchant une maîtrise de l'évolution des dépenses de santé<sup>3</sup>. Ils ont depuis été intégrés dans la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>4</sup>. Cette nouvelle forme d'organisation des soins est censée permettre le décloisonnement entre le secteur hospitalier et libéral, entre les différentes disciplines médicales, entre le secteur sanitaire et social. Les bénéfices de cette innovation organisationnelle sont attendus en termes d'amélioration de la qualité des soins, de leur accessibilité et de leur continuité (Anaes, 2001; Bourgueil et al., 2001).

---

<sup>3</sup> Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

<sup>4</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

### **1.3.2.3 Le système de protection sociale**

En France, les salariés du secteur privé sont affiliés auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Les prestations sont assurées au niveau local par un réseau de 128 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Il existe un niveau intermédiaire représenté par 22 caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) qui sont chargées de missions particulières dont la prévention des risques professionnels. La législation applicable aux salariés du secteur privé est prévue par le code de la sécurité sociale et le code du travail.

Il existe trois services distincts dans l'assurance maladie. Le service du contrôle médical est représenté par les médecins conseils qui effectuent des missions de contrôle et de conseil auprès des assurés sociaux et des professionnels de santé. Le service social est coordonné au niveau régional. Il possède notamment une mission de prévention de la désinsertion socioprofessionnelle des assurés sociaux en arrêt maladie. Le service prévention est également coordonné au niveau régional. Il est représenté par un réseau d'ingénieurs conseils et de techniciens de prévention qui assurent une mission de conseil et d'expertise auprès des entreprises dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

Les titulaires de la fonction publique (fonction publique d'État, territoriale ou hospitalière) ne sont pas couverts par la CNAMTS mais par d'autres institutions spécifiques. La législation qui leur est applicable est celle du code de la fonction publique.

### **1.3.2.4 Le monde du travail**

Dans les entreprises de plus de 50 salariés, la constitution d'un comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) est obligatoire. Ce comité est une instance paritaire au sein de laquelle sont abordées les questions de santé et de sécurité au travail. Ce comité est appelé à se prononcer notamment sur les mesures de prévention nécessaires en lien avec les accidents du travail et les maladies professionnelles dans l'entreprise. Les services de l'État sont représentés par le corps de l'Inspection du travail qui assure une mission spécifique de contrôle de l'application de la législation relative au travail. Par ailleurs, la Direction régionale de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle (DRTEFP) représente le Ministère du travail au niveau régional. Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) sont chargés d'une mission d'animation et de conseil auprès des médecins du travail exerçant sur le terrain. De façon plus spécifique, les médecins inspecteurs en lien avec les ingénieurs de la DRTEFP sont chargés d'élaborer et d'animer les plans régionaux de santé au travail (PRST) mis en œuvre en déclinaison du plan national santé travail 2005- 2009. Les actions sur les lombalgies et les autres troubles musculosquelettiques liés au travail sont susceptibles d'être considérées et déclinées dans une perspective populationnelle par l'intermédiaire des PRST, en lien avec les autres acteurs de la région (services de santé au travail ; service prévention de l'assurance maladie ; acteurs extérieurs du maintien dans l'emploi ; etc.).

### 1.3.2.5 Dispersion et cloisonnement des acteurs

Il existe en France un nombre important d'acteurs externes aux entreprises impliqués dans la santé au travail et la prévention des risques professionnels (Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, 2008). Cette multiplicité correspond pour une grande part à des raisons historiques. La dispersion des acteurs, des responsabilités et des ressources a été soulignée dans plusieurs rapports comme un facteur contribuant au manque d'efficience voire d'efficacité du système français de prévention des risques professionnels (Aubin et al., 2007; Bevenise & Lopez, 2006; Dab, 2008; Dellacherie, 2008; Gosselin, 2007).

« Aujourd'hui, ce sont trois systèmes qui coexistent sans s'interpénétrer : le réseau technique des services de prévention des CRAM, les compétences organisationnelles existant au sein du réseau ANACT et de l'INRS, les compétences médicales de la médecine du travail. »  
(Bevenise & Lopez, 2006)

« (...) il est nécessaire de clarifier les responsabilités des nombreux intervenants dans le domaine de la santé au travail (...). Ce n'est pas tant la multiplicité des intervenants qui pose problème que l'absence de repères explicites sur les missions et les responsabilités attribuées à chacun. »  
(Dab, 2008)

Il est possible de considérer ces acteurs selon quatre grands pôles : les organisations syndicales, les organisations patronales, l'assurance maladie et l'État. L'influence relative de ces quatre acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé au travail varie dans le temps selon le contexte politique et l'agenda social. À l'heure actuelle, les négociations sur la réforme de la santé au travail illustrent de façon exemplaire les paradoxes et les tensions qui existent en France entre les partenaires sociaux, l'État et l'assurance maladie sur le financement et la régulation du système de santé au travail.

Par ailleurs, le cloisonnement entre le système de soins de santé et le système de santé au travail a été souligné également à plusieurs reprises, contribuant à la faible reconnaissance des enjeux de santé au travail et à la difficulté de mettre en œuvre des démarches structurées de prévention dans ce domaine. Ce cloisonnement s'inscrit dans un contexte plus large dans lequel les médecins du travail en France sont mal connus et mal perçus par leurs confrères. Cet état d'esprit est clairement illustré par la position du Conseil national de l'Ordre des médecins considérant que les médecins du travail ne doivent pas avoir accès au dossier médical personnel des patients :

« Avec l'accord du patient, tous les professionnels de santé [peuvent avoir accès au dossier médical partagé/personnel] (...) à l'exclusion de ceux pouvant intervenir lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire ou une évaluation de santé (...), les médecins conseil, les médecins du travail... »  
(CNOM, 2005)

### **1.3.3 SYNTHÈSE**

En résumé, la situation de la France est caractérisée par les éléments suivants :

- l'importance des problèmes liés aux lombalgies et aux autres troubles musculosquelettiques qui sont reconnus de façon unanime par les professionnels de santé et les pouvoirs publics
- l'absence de programme structuré permettant la prise en charge des travailleurs atteints de lombalgies et d'autres TMS en lien avec les entreprises pour favoriser leur retour au travail
- la dispersion et le cloisonnement des acteurs et des systèmes impliqués dans le domaine de la santé au travail et du maintien dans l'emploi contribuant à la dispersion des ressources et à la faible efficacité des acteurs

## **1.4 QUESTION, PROBLÈME ET OBJECTIFS DE RECHERCHE**

### **1.4.1 QUESTION DE RECHERCHE**

La question de recherche découle de la problématique précédemment posée. Compte tenu de l'ampleur des troubles musculosquelettiques en France et des besoins exprimés en réadaptation au travail, et compte tenu de l'efficacité du modèle de Sherbrooke dans ce domaine, il est licite de penser que ce modèle peut constituer une solution appropriée aux besoins identifiés. La question de recherche qui en découle est la suivante : « Quelle est la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français ? » La faisabilité est définie ici comme « la capacité d'une intervention à s'opérationnaliser dans le contexte qui lui est propre » (Pineault & Daveluy, 1995b). De façon plus concrète, étudier la faisabilité d'une intervention consiste à identifier les barrières et les facilitateurs qui peuvent entraver ou faciliter son implantation.

### **1.4.2 PROBLEME DE RECHERCHE**

Le problème de recherche est triple. Il est associé aux caractéristiques essentielles du modèle de Sherbrooke : être une innovation complexe en santé, introduire des changements organisationnels et nécessiter des changements de pratique clinique. Chacune de ces caractéristiques correspond à des domaines de connaissances dans la littérature scientifique qui soulignent les barrières que le modèle de Sherbrooke est susceptible de rencontrer lors de son implantation.

D'après la typologie établie dans le rapport sur l'évaluation des projets québécois financés par le fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) (Desbiens & Dagenais, 2002), le modèle de Sherbrooke présente toutes les caractéristiques d'une innovation complexe en santé. En effet, il est susceptible d'interpeller l'ensemble des espaces de transformation du système de soins et de services (Contandriopoulos, Denis, & Touati, 2001):

- le système clinique (modalités de prise en charge des patients ; règles de bonnes pratiques)
- le système de gouverne (comportant le système de gestion, le système de financement et le système d'information)
- le système de représentations et de valeurs (ensemble des croyances, des valeurs et des schémas interprétatifs qui permettent aux acteurs de communiquer entre eux et de coordonner leurs actions)

À ce titre, il est susceptible de rencontrer des barrières importantes à son implantation et sa pérennisation. Premièrement, les innovations diffusent de façon imprévisible dans les systèmes de santé (Berwick, 2003) et d'autant plus difficilement qu'elles sont complexes ou présentent des particularités socioculturelles (Denis, Hebert, Langley, Lozeau, & Trottier, 2002; Rogers, 1995b). Le modèle de Sherbrooke qui présente un niveau élevé de complexité et plusieurs caractéristiques socioculturelles (notamment en lien avec le milieu de travail) présente donc tous les attributs d'une innovation dont la diffusion est incertaine. Deuxièmement, les facteurs qui déterminent le succès du changement organisationnel ne sont pas les mêmes en Europe et en Amérique du Nord (Olsson, Elg, & Molfenter, 2003). Il est donc possible que les conditions qui ont permis l'implantation du modèle de Sherbrooke au Québec ne soit pas présentes en France. Enfin, les données probantes de la

recherche ne sont que très peu intégrées dans la pratique des cliniciens et l'organisation des soins de santé (Grol, 2001; Grol & Grimshaw, 2003). Le modèle de Sherbrooke qui introduit plusieurs changements dans l'organisation des soins et dans les pratiques cliniques est donc susceptible de se heurter à plusieurs barrières avant d'être intégré par les cliniciens et les organisations.

Par exemple, l'intervention de retour thérapeutique au travail dans le modèle de Sherbrooke est fondée sur une disposition législative particulière de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) concernant l'assignation temporaire au Québec<sup>5</sup>. Cette disposition n'existe pas en France ce qui peut être une barrière à la faisabilité du modèle de Sherbrooke. À l'inverse, le système français de santé au travail est fortement structuré par le rôle des médecins du travail qui est très différent de celui assumé au Québec par les médecins sur les questions de santé au travail.

### **1.4.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE**

L'objectif principal de recherche est d'élaborer et tester empiriquement un modèle pour étudier la faisabilité d'un programme de santé complexe dans un nouveau contexte.

L'objectif secondaire est d'identifier et décrire les barrières et les facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français. Sur le plan scientifique, les retombées attendues de cette étude sont de faire avancer les connaissances dans le domaine du transfert et de l'utilisation des connaissances au moyen de l'élaboration de ce modèle théorique susceptible d'être utilisé pour l'implantation d'autres innovations

---

<sup>5</sup> L.R.Q., chapitre A-3.001, article 179



complexes en santé. Sur un plan pratique, l'identification des barrières et des facilitateurs à l'implantation du modèle de Sherbrooke est destinée à fournir aux acteurs français qui voudraient implanter ce modèle des informations valides pour formuler des stratégies d'implantation fondées sur ces résultats de recherche. L'élaboration de telles stratégies d'implantation est une recommandation actuelle dans les trois domaines concernés : l'intégration des données probantes (Foy, Walker, & Penney, 2001; Grimshaw et al., 2003; Grol & Grimshaw, 2003; Shojania, McDonald, RM., & Owens, 2004; van Tulder et al., 2002), la diffusion des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004) et l'implantation des programmes de santé (Mannoni, Jacquet, Wandscheer, & Pluye, 2006).

## CHAPITRE 2 : RECENSION DES ECRITS

Le type de littérature à explorer a été dicté par les caractéristiques du modèle de Sherbrooke et la question de recherche. Il s'agissait d'identifier dans trois domaines de connaissances les barrières et les facilitateurs pouvant influencer la faisabilité du modèle de Sherbrooke en France. Ces domaines de connaissances sont l'adoption des données probantes, la diffusion des innovations complexes en santé et l'implantation des programmes de santé. Étant donné la dispersion des connaissances à explorer, il n'a pas été possible de déterminer a priori un protocole unique de recherche bibliographique. Un constat similaire a été rapporté par des chercheurs ayant conduit une revue de la littérature sur la diffusion des innovations dans l'organisation des services de santé. Sur l'ensemble des études incluses dans cette revue, les auteurs ont mentionné que 30 % seulement des articles provenaient de leur protocole de recherche initial, 51 % avaient été identifiés par la méthode de la « boule de neige » (par exemple en recherchant des références issues des références des articles déjà identifiés) et que 24 % des articles provenaient de leurs connaissances ou de leurs contacts personnels (Greenhalgh & Peacock, 2005; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004).

Dans le cadre de la présente étude, la recherche bibliographique a procédé à partir de revues systématiques de la littérature dans plusieurs domaines de connaissance reliés à la question de recherche, de recherche manuelle à partir de revues spécialisées, de recherche manuelle à partir de sites Internet spécialisés et de recherche en boule de neige à partir des références des articles déjà identifiés. Les sources principales d'informations consultées sont récapitulées en **annexe 1**.

## **2.1 L'ADOPTION DES DONNÉES PROBANTES**

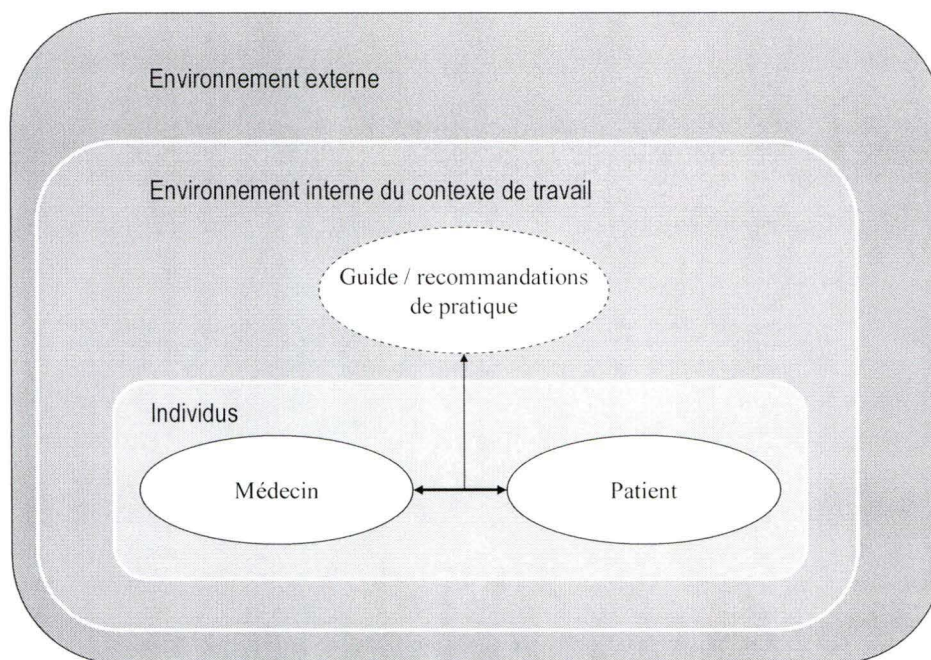
Le développement de l'*evidence-based medicine* au milieu des années 90 (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996) a conduit progressivement au moyen de l'évaluation critique de la littérature scientifique à l'élaboration de guides de pratique et recommandations pour la pratique clinique (*clinical guidelines*). Ces guides et recommandations sont censés à terme améliorer la qualité des soins et l'état de santé de la population (Haynes & Haines, 1998). Alors que le point de départ initial de l'*evidence-based medicine* était centré sur le changement des pratiques individuelles des médecins (Grimshaw et al., 2001), ses concepts ont été étendus progressivement à la pratique des autres professionnels de santé (*evidence-based practice*), aux pratiques de gestion et d'organisation des soins (*evidence-based healthcare*) (Dopson, FitzGerald, & Gabbay, 2005) puis vers le champ des politiques publiques (*evidence-based policy*) (Lavis et al., 2005).

### **2.1.1 BARRIERES ET FACILITATEURS A L'UTILISATION DES CONNAISSANCES**

Malgré le développement de nombreux outils fondés sur la synthèse de la littérature scientifique (revues systématiques, méta-analyses, guides de pratiques et recommandations pour la pratique clinique), un écart persistant entre les données issues de la recherche et la pratique des cliniciens ou l'organisation des soins a été dénoncé à maintes reprises par les chercheurs (Grol, 2001; Haines, Kuruvilla, & Borchert, 2004) et par les institutions

(Organisation Mondiale de la Santé, 2004; Shojanian et al., 2004). Cet écart a été identifié plus particulièrement s'agissant de la faible utilisation des guides de pratique par les cliniciens (Cabana et al., 1999; Foy et al., 2001). En vue de favoriser leur utilisation par les cliniciens, plusieurs auteurs ont essayé d'identifier et de catégoriser les barrières et les facilitateurs à l'utilisation de ces guides de pratique (Cabana et al., 1999; Grol, 1997; Haines et al., 2004; Saillour-Glénisson & Michel, 2003). Bien qu'il existe plusieurs classifications de ces barrières, on retrouve trois niveaux distincts identifiés par les auteurs : les barrières situées au niveau des individus (cliniciens et patients), celles situées au niveau du contexte de travail des cliniciens et celles appartenant à l'environnement externe. Enfin, certaines caractéristiques des guides de pratique peuvent constituer des barrières et des facilitateurs à leur utilisation par les cliniciens. La **figure 4** ci-dessous représente schématiquement ces différents niveaux mentionnés dans la littérature.

**Figure 4 : Niveaux des barrières et facilitateurs à l'utilisation des guides de pratique**



Une revue de la littérature sur les mécanismes d'application des recommandations pour la pratique clinique (RPC) par le corps médical décrit la nature des barrières et des facilitateurs à ces différents niveaux (Saillour-Glénisson & Michel, 2003). Cinquante neuf études publiées entre 1986 et 2001 ont été revues par les auteurs. Les RPC considérées traitaient essentiellement de soins préventifs ou thérapeutiques. Les facteurs influençant l'utilisation des recommandations par les cliniciens ont été regroupés en trois dimensions relatives aux RPC elles-mêmes, aux médecins les recevant et à leur environnement de travail (humain et organisationnel). Ces facteurs sont décrits ci-dessous.

Au niveau des individus tout d'abord, les facilitateurs liés aux cliniciens se rapportent à leur caractéristiques sociodémographiques (âge ; revenu ; spécialité), leurs caractéristiques psychologiques (sentiment d'efficacité personnelle ; propension au changement ; satisfaction et autonomie au travail) et enfin leur niveau de connaissance des recommandations. Les facilitateurs liés aux recommandations se rapportent à leur forme (facilité d'utilisation), leur qualité (facilité de compréhension, concision, précision), leur applicabilité (compatibilité avec les pratiques antérieures des cliniciens, pas d'exigence de nouvelles compétences ni de modifications organisationnelles), leurs bénéfices potentiels perçus ou constatés, leur adaptabilité au contexte local et leur correspondance avec des besoins perçus comme prioritaires par les cliniciens. Toujours au niveau individuel, les barrières liées aux patients se rapportent à leurs attentes de diagnostic, d'examen ou de traitement spécifiques, des interactions négatives avec le médecin, une attitude de revendication et de consumérisme médical.

Ensuite, au niveau de l'environnement interne du contexte de travail, les facilitateurs à l'utilisation des guides pratiques sont la flexibilité, la satisfaction et l'autonomie au travail. On retrouve également la cohésion entre collègues avec un esprit d'équipe, l'existence de champions internes favorisant l'amélioration de la qualité des soins, une culture d'acquisition des connaissances et d'adoption du changement ainsi que l'existence d'un support hiérarchique. Les barrières au niveau du contexte de travail concernent le manque de temps et la surcharge de travail, un esprit de compétition entre cliniciens, l'absence de support de la hiérarchie et l'absence de participation des cliniciens aux procédures d'organisation des soins.

Enfin, les facilitateurs au niveau de l'environnement externe se rapportent à l'existence d'incitations financières, d'objectifs politiques d'amélioration de la qualité, de ressources spécifiques pour financer les programmes d'amélioration de la qualité et un développement important des filières de soins dans la région. Les barrières se rapportent à l'absence de ces mêmes facteurs.

La classification de Saillour-Glénisson et Michel présente l'avantage d'être fondée sur une revue systématique de la littérature. Elle a de plus été confirmée par deux études récentes ayant identifié les barrières et facilitateurs à l'utilisation des guides de pratique pour la lombalgie chez des physiothérapeutes au Québec (Côté, Durand, Tousignant, & Poitras, 2009) et l'utilisation des recommandations professionnelles dans les hôpitaux de la région Aquitaine en France (Saillour-Glénisson, Domecq, Pouchadon, Jacques, & Sibé, 2008).

## 2.1.2 LES INTERVENTIONS VISANT L'UTILISATION DES CONNAISSANCES

Le développement des activités favorisant l'intégration des connaissances a engendré un nouveau champ de recherche et de pratiques avec un foisonnement de dénominations différentes : transfert des connaissances ; courtage des connaissances ; utilisation des connaissances ; etc. La confusion engendrée par cette multiplication a suscité un appel à plus d'homogénéité en vue d'élaborer des définitions communes (Graham et al., 2006; Lenfant, 2003). Une tentative pour structurer ce champ de connaissances extrêmement fragmenté est illustrée par la création d'une revue scientifique dédiée spécifiquement à ce domaine (*Implementation Science*) qui a défini la recherche dans l'implantation des connaissances comme:

« (...) l'étude scientifique des méthodes pour promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et des autres pratiques fondées sur les données probantes dans la pratique quotidienne, et, par là, améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services de santé. Ce champ relativement nouveau inclut l'étude des influences sur les professionnels de santé et sur les comportements organisationnels. »  
(Eccles & Mittman, 2006)

Bien que la nécessité d'améliorer l'utilisation des connaissances dans les pratiques cliniques et l'organisation des soins fasse l'objet d'un large consensus, cette nécessité contraste avec le manque de certitudes sur les meilleures interventions possibles pour y parvenir. Il existe en effet un grand nombre d'interventions différentes destinées à améliorer l'efficacité des pratiques cliniques et l'organisation du système de soins de santé. Cette variété est clairement illustrée par la typologie du Groupe EPOC de la collaboration Cochrane qui distingue les interventions visant à modifier les comportements au niveau des individus (professionnels de santé et patient), au niveau des organisations (environnement



interne de travail) et au niveau plus large du contexte réglementaire (Cochrane EPOC Review Group, 2008). Au total, les auteurs mentionnent l'existence de 21 interventions différentes susceptibles d'être mises en œuvre pour accroître l'utilisation des connaissances dans les pratiques cliniques et l'organisation des soins de santé.

Par ailleurs, plusieurs revues systématiques et méta-analyses ont évalué l'efficacité relative de ces interventions. Les constats effectués sont globalement convergents : il n'existe pas d'intervention particulière qui soit efficace en toutes circonstances et les interventions à plusieurs composantes dites « multi-facettes » sont généralement plus efficaces que les interventions comportant une seule approche (Grimshaw et al., 2003; Grimshaw et al., 2001; Grimshaw et al., 2004). Enfin, certaines interventions sont inefficaces quelles que soient les circonstances lorsqu'elles sont utilisées isolément.

Ces constats rejoignent ceux d'une revue de la littérature sur l'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques (Provost, Cardinal, Moreault, & Pineau, 2007). Selon les auteurs de cette revue, certaines interventions sont davantage efficaces que d'autres, certaines sont peu efficaces lorsqu'elles sont utilisées isolément, certaines sont d'efficacité variable et enfin certaines ne peuvent pas être évaluées par manque d'information. Un élément particulièrement intéressant de cette revue réside dans les conditions d'efficacité des interventions identifiées par les auteurs selon lesquels il existe six conditions particulières qui facilitent l'adoption de la prévention dans les pratiques cliniques. Ces conditions sont les suivantes : la motivation et l'accompagnement des milieux de pratique clinique (environnement interne de travail); la

flexibilité, l'intensité et la continuité de l'intervention ; l'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention (Provost et al., 2007).

Outre l'impossibilité de recommander une intervention particulière pour augmenter l'utilisation des connaissances, une autre limite de ces interventions est associée à leurs fondements théoriques. En effet, selon le niveau des changements visés par les interventions (individus ; équipes ; organisations ; législation), il est possible de recourir à un multitude de disciplines (psychologie, sociologie, gestion, politique, etc.) à l'intérieur desquelles existent également de nombreuses théories différentes (Estabrooks, Thompson, Lovely, & Hofmeyer, 2006; Sudsawad, 2007). Devant cette profusion se pose la question du choix d'une perspective disciplinaire et/ou d'une théorie particulière. Cette question fait l'objet d'un débat dans la communauté scientifique sur la nécessité de choisir et clarifier explicitement les fondements théoriques des interventions. Les avocats de cette approche argumentent que le choix d'une théorie explicite permet une meilleure évaluation des objectifs intermédiaires des interventions, une meilleure compréhension de leurs effets et de leurs possibilités de généralisation (The Improved Clinical Effectiveness through Behavioural Research Group (ICEBeRG), 2006). En réponse à ces arguments, d'autres auteurs ont insisté sur la primauté devant être accordée au caractère pragmatique et à l'efficacité des interventions avant toute considération théorique susceptible de limiter les possibilités des approches (Bhattacharyya, Reeves, Garfinkel, & Zwarenstein, 2006).

Les avantages de recourir à une discipline et une théorie particulières sont habituellement de pouvoir bénéficier d'outils validés (concepts ; questionnaires) permettant d'utiliser une approche quantitative produisant des résultats supposés bénéficier d'une meilleure cohérence et d'une validité plus grande. Cette approche permet également de comparer les résultats obtenus dans différents contextes, auprès de différents professionnels et pour des interventions différentes. Un exemple illustratif en est l'étude de l'influence des caractéristiques psychologiques individuelles des professionnels sur leur intention d'utiliser les nouvelles technologies de l'information et de la communication (Gagnon, Sanchez, & Pons, 2006) ou encore les recommandations issues de l'évaluation des technologies de la santé (Gagnon et al., 2006).

Il existe cependant plusieurs limites à l'utilisation d'une théorie particulière évaluant un seul niveau dans l'adoption des connaissances. La capacité explicative des résultats produits est généralement limitée dans la mesure où la perspective choisie ne tient pas compte des niveaux adjacents à celui qui a été étudié. Autrement dit, l'analyse des facteurs psychologiques mentionnés ci-dessus ne tient pas compte de l'influence des autres déterminants des pratiques individuelles situés par exemple niveau du contexte interne de pratique (influence des collègues, de la concurrence, des relations avec la direction) ou du contexte plus large du système de soins de santé (modalités de rémunération, influence de la réglementation, etc.). Ceci constitue une limite importante quand on connaît l'influence mutuelle de ces différents niveaux de déterminants qui a été mentionnée à maintes reprises dans la littérature (Ferlie & Shortell, 2001; Lomas, 1993; Provost et al., 2007).

### **2.1.3 L'ADOPTION DES GUIDES DE PRATIQUE SUR LES LOMBALGIES**

Étant donné que l'objet de l'étude vise dans un objectif ultime la prise en charge plus efficace des lombalgies, cette section est consacrée à décrire plus précisément les efforts pour implanter les guides de pratique dans ce domaine. En effet, la nécessité d'améliorer l'utilisation des connaissances dans la prise en charge clinique et organisationnelle des lombalgies a été soulignée depuis plusieurs années (Deyo & Phillips, 1996; van Tulder et al., 2002). Ainsi, des guides de pratique ont été élaborés dans de nombreux pays afin d'améliorer leur prise en charge en soins primaires (Koes et al., 2001) ou par les professionnels de santé au travail (Staal et al., 2003). Cependant, compte tenu de leur faible influence sur les pratiques cliniques et l'organisation des soins, plusieurs auteurs ont cherché à identifier des barrières et des facilitateurs spécifiques déterminant l'utilisation de ces guides pour ensuite proposer des interventions d'implantation.

#### **2.1.3.1 Barrières et facilitateurs à l'utilisation des guides de pratique**

D'abord en Hollande, les pratiques des médecins généralistes et leurs motifs pour adhérer ou non au guide de prise en charge des lombalgies ont été explorés au moyen d'un questionnaire (Schers, Braspenning, Drijver, Wensing, & Grol, 2000) et au moyen d'entrevues individuelles (Schers, Wensing, Huijsmans, van Tulder, & Grol, 2001). Les motifs invoqués par les médecins refusant d'adhérer au guide étaient essentiellement leur perception quant aux attentes de leurs patients en termes de diagnostic spécifique pour le mal de dos, de prescriptions d'imagerie ou encore de traitement particulier (notamment en

physiothérapie). Les autres barrières étaient le désaccord de certains médecins avec le contenu du guide (manque de flexibilité) et le décalage entre le contenu de ce guide et leur mode de raisonnement habituel.

Toujours en Hollande, les pratiques des physiothérapeutes et leurs barrières à l'utilisation d'un guide de pratique ont été étudiées par un questionnaire (Bekkering et al., 2003). Les barrières identifiées étaient le manque de connaissances et de compétences chez les physiothérapeutes et les attentes de leurs patients. Des pratiques non conformes aux recommandations ont été identifiées en termes de passivité de la prise en charge et de limitation des traitements par la douleur. Les auteurs concluaient à la nécessité d'une stratégie d'implantation à plusieurs composantes selon les barrières perçues et les écarts identifiés.

Dans une approche similaire en Norvège, les facteurs influençant les médecins généralistes dans leurs prescriptions de radiographie pour les lombalgies ont été étudiés au moyen de groupes de discussion (Espeland & Baerheim, 2003). Les facteurs influençant ces prescriptions étaient la perception par les médecins des attentes de leurs patients, leur incertitude sur la nature ou la gravité du diagnostic, l'accessibilité des services de radiologie et la pression des autres professionnels de santé (chirurgiens, autres spécialistes) ou encore de la sécurité sociale exigeant des résultats d'imagerie pour justifier les arrêts de travail. Les auteurs concluaient qu'une stratégie visant à modifier les prescriptions d'imagerie dans le sens d'une meilleure conformité aux recommandations devrait s'adresser

à la fois aux médecins généralistes individuellement, mais aussi à leurs patients et à leur environnement de travail.

Plus récemment en Israël, un questionnaire auprès de médecins généralistes et médecins de famille a identifié que le manque de connaissances était une barrière à l'utilisation d'un guide de pratique pour les lombalgies, avec des différences significatives entre différents sous-groupes de médecins (Dahan et al., 2008). Les auteurs ont conclu qu'une intervention d'implantation devrait être adaptée à chaque sous-groupe identifié. Les mêmes auteurs ont exploré les barrières et facilitateurs à l'implantation de ce guide de pratique par des médecins de famille au moyen de groupes de discussion (Dahan et al., 2007). Les barrières identifiées étaient les suivantes : les attentes des patients suscitées par leurs expériences antérieures et par l'avis d'autres consultants ; une vision biomédicale de la lombalgie selon un modèle appris à la faculté ; les contraintes de temps et la surcharge de travail des médecins. Les auteurs ont conclu qu'une intervention d'implantation du guide de pratique devrait considérer simultanément tous les niveaux concernés par le processus de soins : médecins, patients et contexte de pratique.

Dans une démarche semblable en Allemagne, l'acceptation et les barrières perçues à l'implantation d'un guide de prise en charge des lombalgies aiguës ont été explorées par un questionnaire auprès de médecins généralistes (Chenot et al., 2008). Les deux barrières perçues principalement par les médecins généralistes se situaient au niveau des patients et au niveau de leurs confrères. Au niveau des patients, les médecins ont identifié des attentes

discordantes avec les recommandations : attente d'une procédure diagnostique complète et rapide ; attente de traitements particuliers (injection ; massage ; « nouveautés ») ; attente d'un diagnostic de certitude. Au niveau des confrères chirurgiens et radiologues, les médecins traitants ont mentionné que les messages contradictoires et la faible collaboration de ces spécialistes constituaient des barrières à l'utilisation des guides de pratique. En conclusion, les auteurs insistaient sur la nécessité d'éduquer les patients et d'élaborer des collaborations interdisciplinaires avec l'ensemble des professionnels concernés.

Enfin, au Québec, les barrières et facilitateurs à l'utilisation d'un guide de pratique interdisciplinaire pour la prise en charge des lombalgies ont été étudiés auprès de physiothérapeutes au moyen d'entrevues individuelles (Côté et al., 2009). Les principales barrières identifiées se rapportaient aux difficultés de compréhension des outils contenus dans le guide, au décalage avec les connaissances et les pratiques habituelles des physiothérapeutes, au manque d'adhésion à la vision biopsychosociale du guide de pratique comparativement à une vision biomécanique de la lombalgie, à l'absence de bénéfices attendus, à la discordance avec leur rôle professionnel perçu par les physiothérapeutes et les attentes spécifiques de leur clientèle.

Les études précédentes concluent de façon concordante à la nécessité de développer des interventions d'implantation adaptées au contexte d'adoption et fondées sur les barrières et facilitateurs identifiés aux différents niveaux. L'efficacité de telles interventions

d'implantation a été évaluée dans plusieurs études qui sont décrites dans la section suivante.

### **2.1.3.2 Interventions d'implantation des guides de pratique**

Plusieurs études ont évalué l'efficacité des méthodes de mise en œuvre des guides de pratique pour la lombalgie (Becker et al., 2008; Bekkering et al., 2005; Dey et al., 2004; Engers et al., 2005; Schectman, Schroth, Verme, & Voss, 2003). Ces études aboutissent à des constats contradictoires dont il est difficile de tirer des conclusions générales compte tenu de la variété des disciplines concernées, des méthodes utilisées, des effets évalués et des contextes étudiés.

Une seule étude conduite en Allemagne a démontré l'efficacité d'une stratégie d'implantation auprès des médecins généralistes pour améliorer l'état de santé des personnes lombalgiques (Becker et al., 2008). L'intervention comportait plusieurs composantes : des séminaires interactifs ; la mise à disposition de matériel pédagogique ; des informations sur les structures locales de prise en charge des patients douloureux et des visites pédagogiques individuelles par des infirmières spécialisées en conseil motivationnel.

Une deuxième étude conduite aux États-Unis dans un contexte différent a démontré un effet positif. Cette étude conduite au sein de l'administration des Anciens Combattants (*Veterans Health Administration*) a montré l'efficacité d'une stratégie d'implantation auprès



des médecins généralistes et des médecins internistes pour modifier leur prise en charge des lombalgies d'une façon plus conforme aux recommandations élaborées par cette administration (Schechtman et al., 2003). Cependant, les auteurs ont mentionné la taille modeste de l'effet obtenu et la faible capacité des résultats à être généralisés à des contextes de pratique moins structurés que celui de l'administration des Anciens Combattants.

A l'opposé, deux autres études n'ont démontré aucun effet sur les comportements de prescriptions ou de conseils aux patients par les médecins généralistes. Tout d'abord en Grande-Bretagne, un essai randomisé contrôlé a évalué l'efficacité d'une stratégie d'implantation (visite individuelle interactive) d'un guide de prise en charge de la lombalgie aiguë (Dey et al., 2004). Cette stratégie n'a pas modifié la prise en charge des lombalgies par les médecins généralistes anglais. D'autre part en Hollande, une étude similaire a démontré l'absence d'efficacité d'une stratégie multi-facettes (distribution d'un guide de pratique et formation à son utilisation) pour modifier la prise en charge des lombalgies par les médecins généralistes (Engers et al., 2005).

Le même constat a été effectué auprès des physiothérapeutes. Ainsi, une autre étude n'a montré aucun effet sur la santé des patients lombalgiques après la mise en œuvre de recommandations auprès des physiothérapeutes hollandais (Bekkering et al., 2005) malgré l'élaboration de cette stratégie d'implantation sur l'exploration préalable des barrières au moyen d'un questionnaire adressé aux physiothérapeutes pour tester l'acceptabilité de ces recommandations (Bekkering et al., 2003).

En revanche, dans la province de l'Ontario au Canada, une étude a démontré l'efficacité d'une intervention multi-facettes pour diminuer les prescriptions de radiographies pour lombalgies aiguës par les chiropracteurs (Ammendolia, Hogg-Johnson, Pennick, Glazier, & Bombardier, 2004). L'intervention comportait une discussion interactive, des visites individuelles et une campagne d'information dans un journal local.

En conclusion, les études ayant évalué l'efficacité des interventions d'implantation des guides de pratique pour la lombalgie mentionnent que les effets obtenus sont aléatoires, de faible amplitude et difficilement généralisables à d'autres contextes. De plus, le rapport coût-efficacité de ces interventions n'est pas établi dans la plupart des cas. Dans quatre pays, ces interventions ont été associées à des campagnes de communication de masse qui sont décrites dans la section ci-dessous.

### **2.1.3.3 Campagnes de communication de masse**

Quatre campagnes de communication de masse (*mass media campaigns*) ont été conduites pour modifier les croyances sur le mal de dos dans la population générale et les pratiques des professionnels de santé. Elles ont été menées en Australie (Buchbinder, Jolley, & Wyatt, 2001a, 2001b), en Écosse (Waddell et al., 2007), en Norvège (Werner, Gross, Lie, & Ihlebaek, 2008; Werner, Ihlebaek, Laerum, Wormgoor, & Indahl, 2008) et en Alberta (Buchbinder et al., 2008). À ce jour, seules les trois premières d'entre elles ont été évaluées en termes d'efficacité ; la campagne de communication en Alberta n'est pas encore terminée ni évaluée. Ces études aboutissent à des constats mitigés.

La première campagne de communication a été conduite en Australie entre 1997 et 1999 ; cette campagne est celle dont les résultats sont les plus probants et durables. Elle a permis de modifier à la fois les croyances sur les lombalgies dans la population générale, mais aussi les connaissances et les attitudes des médecins et enfin à diminuer les coûts, le nombre de dossiers ouverts et le nombre de journées de travail perdues à cause de la lombalgie (Buchbinder et al., 2001a, 2001b). Les modifications des croyances dans la population générale de l'État de Victoria se sont maintenues avec un recul de trois ans comparativement au groupe contrôle dans l'État voisin de New South Wales (Buchbinder, Jolley, Buchbinder, & Jolley, 2004, 2005). Les améliorations des croyances et des comportements déclarés par les médecins généralistes se sont maintenues avec un recul de quatre ans et demi (Buchbinder, Jolley, Buchbinder, & Jolley, 2007).

Les campagnes de communication de masse conduites en Écosse et en Norvège n'ont pas abouti aux mêmes résultats. Ces deux campagnes ont simplement réussi à modifier les croyances sur les lombalgies dans la population générale. S'agissant des effets sur la prise en charge par les professionnels de santé, la campagne conduite en Écosse a simplement réussi à modifier les conseils donnés par les médecins aux personnes lombalgiques avec une augmentation de 11 % sur trois ans de la proportion des médecins conseillant à leurs patients de maintenir leurs activités. En revanche, cette campagne n'a eu aucun effet sur les conseils relatifs aux activités de travail ni sur le nombre d'arrêts de travail pour cause de lombalgies ou le nombre de pensions nouvellement attribuées pour lombalgies (Waddell et al., 2007). Pareillement, la campagne conduite en Norvège a conduit à une amélioration modérée des croyances sur la lombalgie dans la population générale mais elle n'a entraîné

aucune modification de la prise en charge des lombalgies par les professionnels de santé (Werner, Gross et al., 2008; Werner, Ihleback et al., 2008).

En conclusion, il est difficile de retirer des leçons sur la base de ces trois campagnes de communication de masse compte tenu de leurs différences de contenu, d'intensité, de budget et de contexte (Buchbinder et al., 2008). Un consensus d'experts a permis d'établir une série de recommandations pour l'élaboration et l'évaluation future de nouvelles campagnes de communication de masse sur la lombalgie (Buchbinder et al., 2008).

## ***2.2 LA DIFFUSION DES INNOVATIONS***

Cet autre domaine de la littérature a été exploré car le modèle de Sherbrooke peut être considéré comme une innovation complexe introduisant de nombreux changements organisationnels. La diffusion des innovations est associée à l'œuvre de Rogers qui est reconnu comme le fondateur de ce champ de recherche (Rogers, 1995b). Berwick a tenté de réaliser une synthèse de la théorie de Rogers en l'appliquant à l'analyse des systèmes de soins de santé (Berwick, 2003). Plus récemment, une revue systématique de la littérature a été conduite sur la diffusion des innovations dans l'organisation et la prestation des services de santé (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Les innovations organisationnelles sont définies par les auteurs comme :

« un ensemble nouveau de comportements, de procédures et de façons de faire destinés à améliorer les résultats de santé, l'efficacité administrative, la rentabilité ou l'expérience des usagers et qui sont implantés de façon planifiée et coordonnée. »

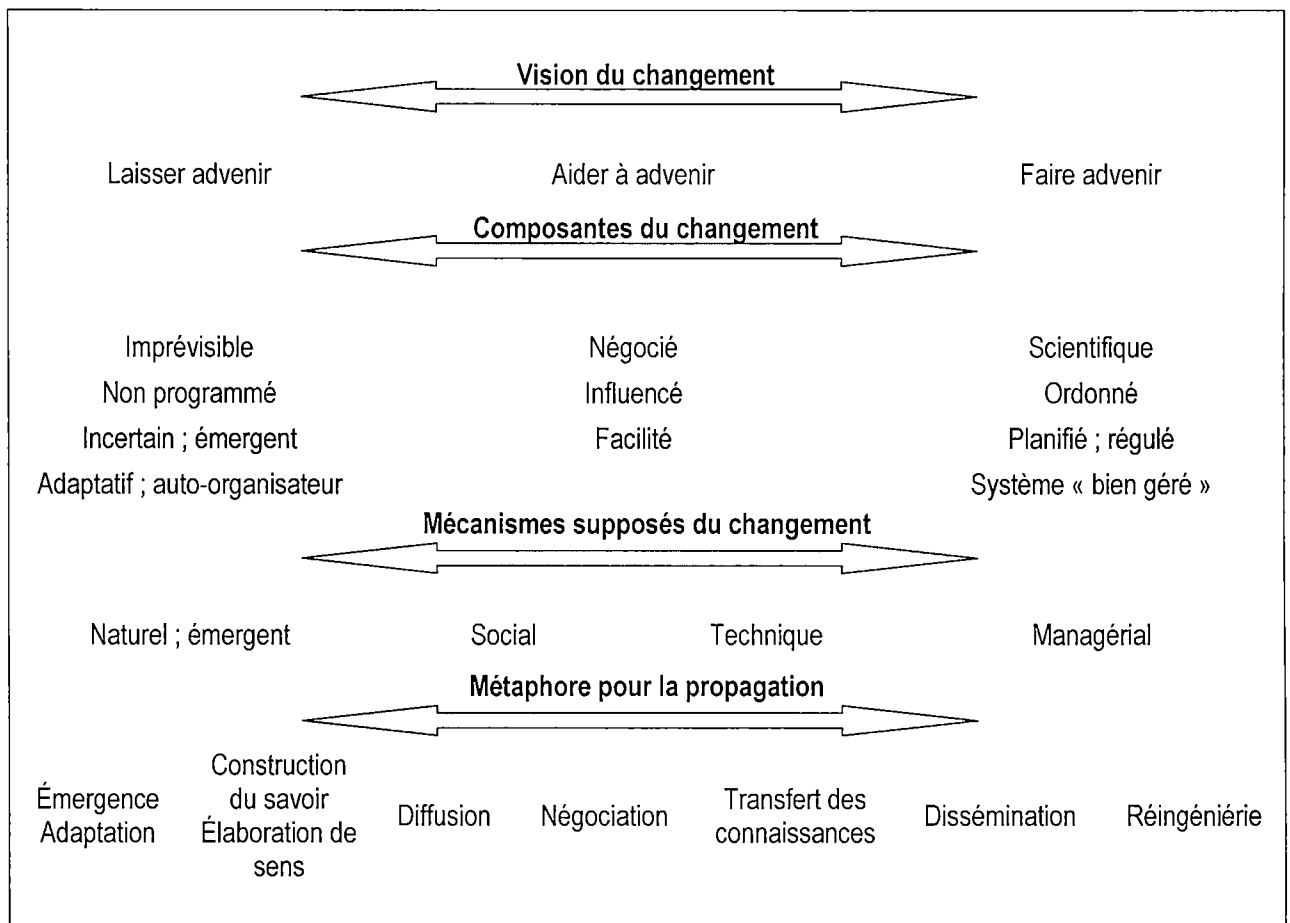
## 2.2.1 CONCEPTUALISATIONS DU CHANGEMENT

Les auteurs distinguent la diffusion des innovations (définie comme leur propagation passive) de leur dissémination (caractérisée par des efforts actifs planifiés pour persuader les acteurs clés d'adopter l'innovation) conduisant éventuellement à leur implantation (caractérisée par des efforts actifs pour intégrer l'innovation dans l'organisation). Il existe ainsi un *continuum* entre la simple diffusion correspondant à des mécanismes de changements spontanés (émergents) et la dissémination correspondant à des mécanismes de changements planifiés (stratégiques). Ce *continuum* est représenté dans la **figure 5** (page suivante) dans laquelle le changement émergent (imprévu) est à l'extrémité gauche et le changement planifié à l'extrémité droite de la figure. Sur ce *continuum* sont distingués les différentes visions, composantes et mécanismes supposés du changement, ainsi que les métaphores pouvant décrire sa propagation.

Les auteurs de cette revue ont souligné le faible nombre d'études portant sur la dissémination planifiée des innovations comparativement aux études portant sur leur simple diffusion. Ils ont aussi élaboré un modèle conceptuel schématisant les déterminants de la diffusion des innovations à partir des 495 études empiriques incluses dans la revue.

## Figure 5 : Conceptualisations du changement dans la littérature

d'après (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004)



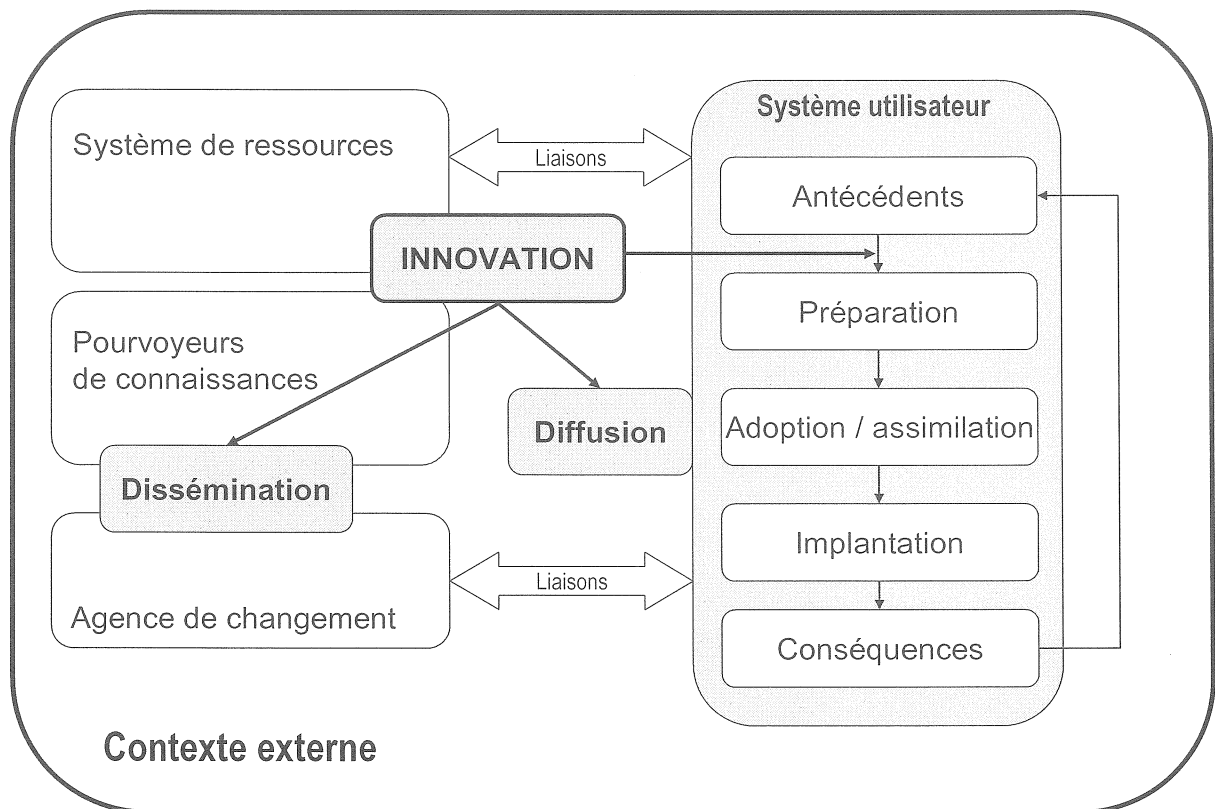
Ce modèle représenté en **figure 6** (page suivante) comprend trois composantes :

l'innovation proprement dite, son contexte d'adoption et les interactions entre l'innovation et son contexte d'adoption qui influencent les étapes et les mécanismes d'adoption de l'innovation (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Il présente l'avantage d'être synthétique et ancré empiriquement : il est censé récapituler la totalité des connaissances disponibles sur les déterminants des innovations à partir des expériences menées sur le terrain et rapportées dans la littérature. En revanche, il présente l'inconvénient d'être

difficilement utilisable pour étudier concrètement la faisabilité d'une innovation dans un contexte particulier. En effet, il présente un niveau élevé de synthèse et d'abstraction qui entraîne des difficultés pour opérationnaliser ses concepts. De plus, il est directement orienté vers le processus et les mécanismes d'implantation des innovations sans chercher au préalable à évaluer leur faisabilité.

**Figure 6 : Modèle conceptuel de la diffusion des innovations**

D'après (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004)



## 2.2.2 DETERMINANTS DE LA DIFFUSION DES INNOVATIONS

Parmi les éléments qui facilitent ou entravent la diffusion des innovations, plusieurs déterminants du modèle théorique de Greenhalgh et al. ont été retenus pour élaborer le cadre conceptuel destiné à étudier la faisabilité du modèle de Sherbrooke. Ces éléments qui seront développés au chapitre 3 sont les suivants :

- pour les déterminants liés à l'innovation proprement dite : la complexité ; la compatibilité ; l'avantage relatif (bénéfices de l'innovation) ; les risques
- pour les déterminants liés au contexte d'adoption : les ressources ; le leadership ; les normes (réglementation) ; le climat sociopolitique
- pour les niveaux du contexte d'adoption : les individus ; les organisations ; le contexte externe (réglementation ; climat sociopolitique)

D'autres déterminants sont identifiés par des auteurs qui ont étudié l'introduction de nouvelles technologies en santé. Ainsi, Denis et al. ont proposé, à partir de l'étude de quatre innovations différentes, un modèle spécifique pour expliquer la diffusion d'innovations complexes dans les systèmes de santé (Denis et al., 2002). Ces auteurs identifient les caractéristiques de l'innovation (nature, type d'évidence, distribution des risques et des bénéfices) et les caractéristiques des acteurs clés du système d'adoption (valeurs, intérêts) comme des déterminants essentiels de la diffusion d'une innovation complexe dans le système de santé.



Dans un autre domaine, les concepts de la diffusion des innovations ont été appliqués pour analyser le développement de nouveaux services en santé mentale ou pédiatrique dans la communauté. En santé mentale, Goodman a souligné l'importance du contexte comme variable déterminant la diffusion d'une innovation. Il insiste particulièrement sur le support institutionnel (des organisations et de la communauté) et sur l'intégration des soins entre ces différents niveaux d'intervention (individus, organisations, communauté, société) (Goodman, 2000). Dans le même domaine, Felton a analysé les barrières et facilitateurs à l'implantation d'un programme innovant de prise en charge d'adultes sans domicile fixe ayant des troubles de santé mentale. Sont apparus comme déterminants importants de l'implantation la collaboration inter organisationnelle et interprofessionnelle et la notion de risques perçus par les adopteurs (perte de légitimité, perte d'emplois) (Felton, 2003).

En soins pédiatriques, Howarth a proposé un modèle théorique pour faciliter l'implantation d'une innovation : il insiste sur la notion du besoin (prise de conscience d'un besoin de changement), la notion de bénéfices perçus et la nécessité d'un soutien institutionnel (formation et compétences) en lien avec la complexité de l'innovation (Howarth, 2001).

Dans une autre étude, Barth et al. ont analysé la diffusion d'une innovation en soins pédiatriques d'après le cadre de Rogers (Rogers, 1995b). Ils insistent sur la notion de support institutionnel (financement, gestion), de leadership, et de collaboration entre professionnels et entre organisations (Barth & Sherlock, 2003).

### 2.2.3 LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Le changement organisationnel est un domaine dont les concepts sont proches de la diffusion des innovations. Le changement dans les organisations de santé peut être analysé selon de multiples perspectives théoriques (Denis & Champagne, 1990; Dufour & Lamothe, 1999). Les changements les plus couramment analysés sont par exemple : la régionalisation du système de santé (Fleury, Denis, & Sicotte, 2003; Fleury, Mercier, & Denis, 2002; Hinings, Casebeer, Reay, Golden-Biddle, & al., 2003), les fusions hospitalières (Comtois, Denis, & Langley, 2004; Denis, Lamothe, & Langley, 2001), l'accréditation des hôpitaux (Pomey, Contandriopoulos, Francois, & Bertrand, 2004), l'implantation de réformes (Denis & Contandriopoulos, 2001; Pettigrew, Ferlie, & McKee, 1992a, 1992b), la réorganisation des services de soins de santé (Elkhuizen, Limburg, Bakker, & Klazinga, 2006; Patwardhan & Patwardhan, 2008) ou encore la pérennisation de programmes de soins (The Change Foundation, 2004; Wong, Gilbert, & Kilburn, 2004). En promotion de la santé, l'adoption d'une perspective de changement organisationnel sur le développement, l'implantation et la pérennisation des programmes a été invoquée comme une nécessité par plusieurs auteurs (Hanni, Mendoza, Snider, & Winkleby, 2007; Heward, Hutchins, & Keleher, 2007; Kegler, Norton, & Aronson, 2008).

Cependant, plusieurs limites associées à la littérature sur le changement organisationnel méritent d'être mentionnées. Certains auteurs ont souligné l'hétérogénéité qui caractérise les théories des organisations (Hinings & Greenwood, 2002) et leur manque fréquent de rigueur a également été souligné comme une lacune importante (Bacharach, 1989).

L'efficacité des approches de changement organisationnel pour implanter le changement

dans les systèmes de santé semble dépendre étroitement du contexte dans lequel ces approches sont implantées, notamment lorsqu'il s'agit de réorganiser les services de santé dans une perspective de réingénierie (*business process re-engineering*) (Elkhuizen et al., 2006; Ensor & Ronoh, 2005; Patwardhan & Patwardhan, 2008; Randall, 2007).

Malgré les limites précédemment soulignées, certains déterminants du changement organisationnel dépassent les clivages théoriques. Trois déterminants ont ainsi été retenus pour être intégrés au cadre conceptuel élaboré pour étudier la faisabilité du modèle de Sherbrooke. Ces déterminants qui seront explicités dans le chapitre 3 consacré au cadre conceptuel sont les suivants :

- La notion de support institutionnel est citée par de nombreux auteurs (Denis, 2002; Olsson, Elg et al., 2003; Olsson, Ovretveit, & Kammerlind, 2003; Pettigrew, 1992; Richard Ivey School of Business, 1997; Walston & Kimberly, 1997; Whelan-Berry, Gordon, & Hinings, 2003; Wong et al., 2004) et se décline sous différentes formes : financements, ressources humaines, temps dédié, formation, etc.

- La notion d'intégration des soins telle que définie par Contandriopoulos et al. (Contandriopoulos et al., 2001) apparaît aussi être un déterminant important pour la réalisation du changement dans les organisations de santé (Denis, 2002; Denis & Contandriopoulos, 2001; Hinings, Casebeer, Reay, & Golden-Biddle, 2003; Pettigrew, 1992; Pettigrew et al., 1992b; Whelan-Berry et al., 2003).

- La notion de leadership collectif développée dans le cadre de l'analyse du changement stratégique dans les organisations de santé (Denis et al., 2001).

## **2.3 L'IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE SANTÉ**

Compte tenu que le modèle de Sherbrooke peut également être considéré comme un programme de santé, le troisième domaine de connaissances exploré est celui de l'implantation des programmes de santé dans de nouveaux contextes. La première partie de cette section est consacrée à définir l'analyse d'implantation des programmes de santé qui appartient au domaine de la recherche évaluative. Ensuite, la seconde partie décrit l'influence du contexte organisationnel des entreprises sur l'implantation des programmes de santé au travail. Enfin, la troisième partie décrit plus spécifiquement l'état des connaissances sur l'implantation des programmes de retour au travail à partir de quelques expériences rapportées dans la littérature.

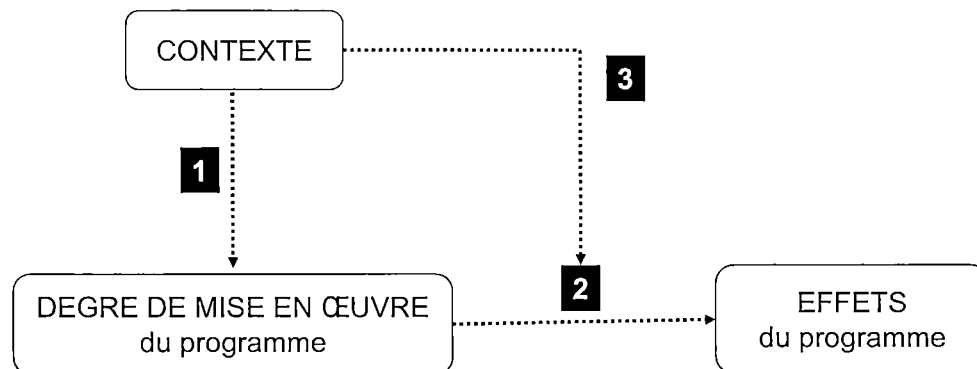
### **2.3.1 L'ANALYSE D'IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE SANTE**

L'analyse de l'implantation des programmes est définie comme : «l'appréciation des interactions entre le processus de l'intervention et le contexte d'implantation dans la production des effets » (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues, 2000). Ce type d'analyse appartient au domaine de la recherche évaluative qui vise à analyser par des méthodes scientifiques valides et reconnues les relations qui existent entre les différentes composantes d'une intervention.

L'influence du contexte dans lequel un nouveau programme est développé sur son niveau d'opérationnalisation et sur ses effets est connue de longue date dans le champ de l'évaluation de programmes (Patton, 1996; Rossi, 2004). Champagne et Denis distinguent trois types d'analyse d'implantation qui sont représentés dans la **figure 7** ci-dessous (Champagne & Denis, 1992). L'analyse de type 1 correspond à l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre d'une intervention. L'analyse de type 2 correspond à l'analyse de l'influence de la variation d'implantation sur les effets observés. L'analyse de type 3 correspond à l'analyse de l'interaction entre le contexte et l'intervention sur les effets observés.

### Figure 7 : Les types d'analyse d'implantation

D'après (Champagne & Denis, 1992)



Or, selon Berthelette et al., l'évaluation des interventions dans le domaine de la santé au travail porte majoritairement sur leurs effets et très rarement sur leur implantation (Berthelette, Bilodeau, & Leduc, 2008). Ce faible développement de la recherche évaluative en santé au travail entraîne plusieurs lacunes quant à l'évaluation des théories sous-jacentes aux interventions mises en œuvre, à leur niveau réel d'opérationnalisation et

à leurs possibilités de généralisation à d'autres contextes que le cadre expérimental dans lequel elles ont été conduites (Berthelette et al., 2008). Il a été souligné à plusieurs reprises que les études originales sur les programmes de retour au travail mentionnent rarement le contenu exact des interventions et leur degré de mise en œuvre (Durand, Vézina et al., 2007; Franche, Cullen et al., 2005; Krause, Dasinger, & Neuhauser, 1998). Ces lacunes ne permettent pas d'éliminer un risque d'erreur de type 3 correspondant au fait de juger une intervention comme étant efficace ou inefficace alors qu'elle n'a pas été implantée conformément au modèle prévu (Dobson & Cook, 1980). Afin de se prémunir contre ce risque d'erreur, Fixsen et al. suggèrent de n'effectuer l'évaluation des effets qu'après avoir évalué l'implantation d'une intervention lorsque cette dernière fonctionne sur une base régulière depuis plusieurs mois (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005).

Pour combler ces lacunes soulignées à plusieurs reprises, certains auteurs se sont attachés à étudier l'influence du contexte organisationnel des entreprises sur l'implantation des interventions en santé au travail (Baril-Gingras, Bellemare, & Brun, 2004, 2006, 2007; Berthelette & Leduc, 2006; Daniellou et al., 2008; Montreuil, Bellemare, Prévost, Marier, & Allard, 2004; Saint Vincent, Toulouse, & Bellemare, 2000). D'autres auteurs ont étudié plus spécifiquement l'influence du contexte sur le développement des stratégies et l'implantation des programmes de retour au travail. (Baril & Berthelette, 2000; Baril et al., 2003; Durand, Berthelette, Loisel, Beaudet, & Imbeau, 2007; Stock, Deguire, Baril, & Durand, 1999). Les constats effectués par ces auteurs sont décrits dans les deux sections suivantes.

### 2.3.2 L'IMPLANTATION DES INTERVENTIONS DE SANTE AU TRAVAIL

Dans le domaine de l'ergonomie participative, Saint Vincent et al. ont dressé un bilan à partir de dix ans d'expérience dans des entreprises au Québec (Saint Vincent et al., 2000). Les interventions avaient pour objectif de réduire les risques de TMS (troubles musculosquelettiques) en faisant appel à la participation des acteurs de l'entreprise et en s'appuyant sur la compréhension des situations de travail par les opérateurs eux-mêmes. Parmi les facteurs facilitant l'implantation des solutions ergonomiques, les auteurs mentionnent les éléments suivants : la participation des travailleurs à la conception et l'organisation des postes de travail ; la qualité du dialogue et des relations dans l'entreprise ; les besoins ressentis par la direction des entreprises ; la correspondance des aménagements ergonomiques proposés avec d'autres projets stratégiques. À l'inverse, les barrières identifiées sont les suivantes : des relations hiérarchiques fortes avec une faible participation des travailleurs ; le manque de confiance ou des relations tendues entre les différentes catégories professionnelles ; le manque de conviction de la direction ; le manque de temps des cadres intermédiaires et de la hiérarchie de proximité.

Dans le même domaine, Montreuil et al. ont étudié le processus et les effets d'une intervention d'ergonomie participative conduite dans deux usines différentes de la même entreprise de métallurgie (Montreuil et al., 2004). Dans une des usines, le nombre et l'ampleur des solutions ergonomiques implantées étaient supérieurs à ceux observés dans l'autre usine. Les facilitateurs identifiés dans la première usine étaient les suivants : l'engagement explicite de la direction au départ du projet ; l'appropriation de la démarche par la hiérarchie de proximité au plus proche des aménagements à implanter ; l'expérience

des représentants des travailleurs en santé au travail. Les barrières identifiées dans la seconde usine étaient les suivantes : l'absence d'engagement explicite de la direction au départ de l'intervention ; la délégation des responsabilités à d'autres intervenants que ceux concernés par l'implantation des solutions; un contexte historique de relations difficiles entre certains intervenants ; des activités de production variées et complexes limitant les possibilités d'aménagement ergonomique. Les auteurs insistent en conclusion sur la nécessité d'un engagement explicite de la direction comme premier facilitateur nécessaire à la mise en œuvre de la démarche.

Toujours au Québec, Baril-Gingras et al. ont conduit une étude de cas multiple à partir de sept interventions en santé au travail pour rendre compte de l'influence du contexte de l'établissement sur l'issue des interventions (Baril-Gingras et al., 2004, 2006, 2007). Les auteurs ont élaboré un modèle théorique décrivant l'ensemble des déterminants des entreprises (contexte intra-organisationnel) et de leur environnement (contexte extra-organisationnel) influençant le processus et les effets des interventions étudiées. À partir des sept cas étudiés, les auteurs soulignent qu'un facilitateur essentiel au succès des interventions réside dans la capacité d'action collective des travailleurs leur permettant de faire valoir les enjeux de santé au travail parmi les priorités de l'entreprise. En conclusion, les auteurs soulignent que la conduite d'interventions en santé au travail dans les entreprises est un processus éminemment social dont les étapes et les effets sont dépendants des relations entre les acteurs, que ces relations soient formelles ou informelles. Selon les auteurs, toute modification des conditions de travail met en jeu des processus sociaux et politiques dans l'entreprise au-delà des simples aspects technologiques.



En France, Daniellou et al. ont conduit une recherche-action pour identifier les déterminants de la prévention durable des TMS dans les entreprises (Daniellou et al., 2008). Les facilitateurs identifiés à la prévention durable des TMS étaient les suivants : l'engagement clair de la direction ; la mise à disposition des ressources nécessaires (temps ; formation ; délégation de pouvoir) ; la coordination entre les différents services de l'entreprise ; des relations suivies avec les acteurs externes de l'entreprise (service prévention de l'assurance maladie ; direction du travail ; etc.). À l'inverse, les barrières identifiées étaient les suivantes : l'absence d'engagement ou l'instabilité de la direction (changements fréquents de directeur) ; le manque de ressources ; les conflits entre différentes catégories professionnelles ; l'absence de communication entre les différents services de l'entreprise ; la faible participation des salariés à l'organisation du travail ; la formation insuffisante en santé au travail de certains correspondants des CHSCT ; l'implication et/ou la formation insuffisante de certains médecins du travail ; le cloisonnement entre la conception et l'exécution du travail ; le manque de coordination de l'entreprise avec les acteurs externes et notamment les professionnels de santé.

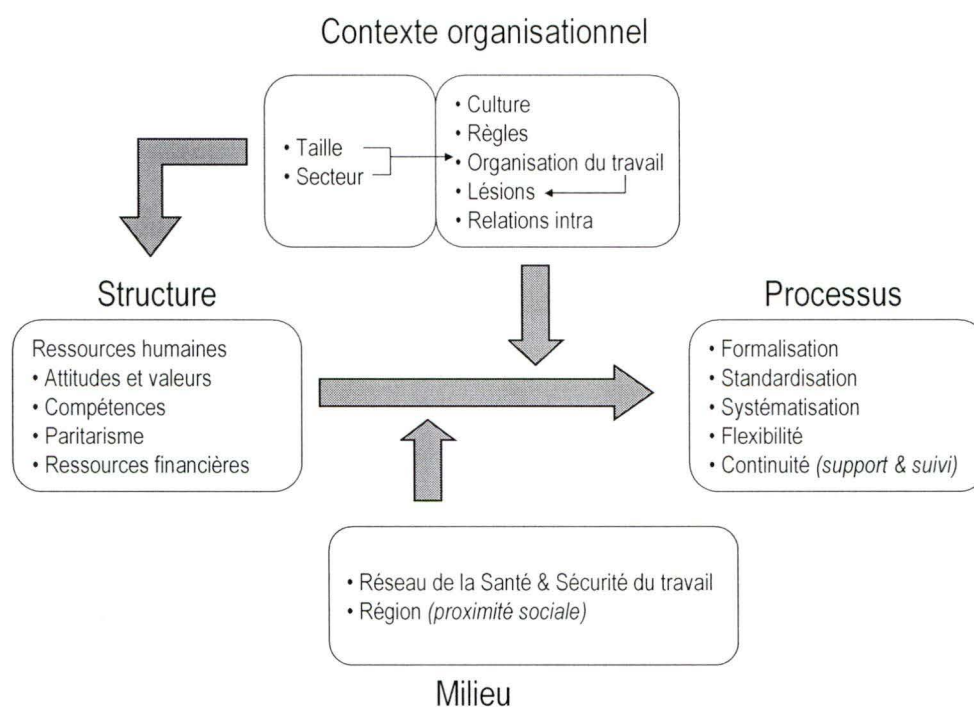
En somme, les études rapportées sur l'implantation des programmes de santé au travail insistent sur l'influence du contexte intra-organisationnel des entreprises qui détermine le degré d'implantation de ces interventions, en lien avec les éléments du contexte externe. Dans toutes les études, la qualité du climat social dans l'entreprise et l'engagement de la direction sont identifiés comme des déterminants essentiels qui influencent l'implantation des programmes de santé au travail.

### 2.3.3 IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE RETOUR AU TRAVAIL

Dans le domaine des programmes de retour au travail, quelques auteurs ont étudié l'influence du contexte des entreprises et de leur environnement sur l'implantation des activités prévues par ces programmes. Au Québec, Baril et Berthelette ont conduit une étude de cas multiple pour analyser en profondeur les pratiques de maintien du lien d'emploi des travailleurs atteints de troubles musculosquelettiques (Baril & Berthelette, 2000; Berthelette & Baril, 2002). À partir de l'analyse des entrevues conduites auprès des acteurs de 16 entreprises appartenant à plusieurs secteurs d'activité, les auteurs ont proposé un modèle théorique qui est représenté dans la **figure 8** ci-dessous.

**Figure 8 : Modèle théorique des déterminants organisationnels de l'implantation des interventions de maintien du lien d'emploi**

D'après (Baril & Berthelette, 2000)



Selon ce modèle, les déterminants peuvent agir à titre de barrières ou de facilitateurs. Certains déterminants sont situés au niveau de l'entreprise (taille et secteur d'activité ; culture en santé et sécurité au travail, règles hiérarchiques ; organisation du travail ; relations entre les acteurs de l'entreprise). Ces caractéristiques déterminent à la fois la structure et les processus mis en œuvre pour le maintien du lien d'emploi des travailleurs. D'autres déterminants sont situés à l'extérieur de l'entreprise : il s'agit des correspondants externes en santé et sécurité au travail (CSST ; organismes conseils tels que les associations sectorielles paritaires ; médecins traitants ; etc.).

Les facilitateurs sont identifiés par les auteurs à différents niveaux. Au niveau de l'employeur, les facilitateurs sont la perception d'un problème faisant rechercher des solutions aux lésions professionnelles, l'implication de la haute direction et l'intérêt financier à diminuer les cotisations à la CSST. Au niveau des travailleurs, les facilitateurs sont le développement d'un comité de pilotage géré de façon paritaire, l'empathie des gestionnaires de dossiers et l'attitude favorable des représentants syndicaux. Au niveau des caractéristiques de l'entreprise, les facilitateurs sont une culture organisationnelle développée en santé et sécurité au travail, le dynamisme et la santé financière de l'entreprise et des relations de collaboration entre les différents acteurs. Au niveau du contexte externe, les facilitateurs sont l'intervention de la CSST et des mesures réglementaires s'imposant aux travailleurs et/ou à la direction.

Les barrières sont également identifiées à différents niveaux. Au niveau de l'employeur, les barrières sont des pratiques de contestation des lésions professionnelles et le recours à des pratiques de sous-traitance. Au niveau des travailleurs, les barrières sont la priorité

accordée dans les conventions collectives aux travailleurs seniors pour l'occupation des postes de travail allégés, l'attitude négative de la hiérarchie de proximité et l'attitude négative des représentants syndicaux. Au niveau des caractéristiques de l'entreprise, les barrières sont une faible taille de l'entreprise réduisant la disponibilité des postes de travail allégés, une faible culture organisationnelle en santé et sécurité au travail et des conflits dans l'entreprise. Au niveau du contexte externe, les barrières sont un secteur d'activité économique fortement concurrentiel et des restructurations fréquentes dans ce secteur.

Ces barrières et facilitateurs qui ont été identifiés dans la province de Québec confirment les résultats d'une étude exploratoire conduite auparavant auprès des entreprises de la construction électrique sur l'île de Montréal (Stock et al., 1999). Ils ont été ensuite corroborés par une étude similaire visant à identifier les barrières et les facilitateurs des programmes de retour au travail dans les provinces de l'Ontario et du Manitoba (Baril et al., 2003).

Une synthèse des évidences scientifiques tirées des études qualitatives sur les programmes de retour au travail a souligné un certain nombre de facilitateurs déterminant le succès de ces programmes (MacEachen, Clarke, Franche, & Irvin, 2006). Les facilitateurs identifiés sont les suivants : des conditions de bonne volonté et de confiance mutuelle ; l'implication active des syndicats et de leurs représentants ; la formation et l'implication de la hiérarchie de proximité sur les questions de santé au travail ; l'implication des professionnels de la santé au travail faisant le lien entre les entreprises et le système de santé. En termes de barrières, les études qualitatives mettent en lumière les nombreuses difficultés que les travailleurs rencontrent face à la complexité des organismes de compensation à un moment

où ils se sentent vulnérables et peu confiants en eux-mêmes (Lippel, 2007; Lippel, Lefebvre, Schmidt, & Caron, 2005; MacEachen et al., 2006; MacEachen, Kosny, & Ferrier, 2007). Ils peuvent également rencontrer des difficultés auprès de leurs collègues de travail dont les tâches sont parfois perturbées par l'assignation d'un travail modifié (MacEachen et al., 2007). Certains travailleurs ont décrit le sentiment de ne pas être écoutés ou d'être culpabilisés dans le cadre de leur consultation auprès des professionnels de santé ce qui constitue pour eux une barrière dans le processus de retour au travail (Lippel et al., 2005; Svensson, Karlsson, Alexanderson, & Nordqvist, 2003).

### **2.3.4 SYNTHÈSE SUR L'IMPLANTATION**

En résumé, l'influence du contexte sur l'implantation et les effets des programmes de santé est soulignée par de nombreux auteurs. Dans le domaine spécifique des programmes de retour au travail, cette influence a été décrite plus récemment et présente plusieurs particularités liées à la complexité de ces programmes.

Ainsi, il a été souligné que la variété des acteurs impliqués dans le processus du retour au travail entraîne un niveau de complexité important nécessitant d'adopter une perspective systémique et fortement coordonnée pour le développement et l'implantation de ces programmes (Frank et al., 1998; Loisel et al., 2005; Loisel et al., 2001). Franche et al. ont décrit que chaque catégorie d'acteurs impliquée poursuit des objectifs divergents selon son propre paradigme (Franche, Baril et al., 2005) : les employeurs ont une vision économique centrée sur la production de biens et de services destinés à générer des profits ; les syndicats ont une vision centrée sur la protection des droits et des intérêts des travailleurs ;

les travailleurs blessés ont une vision centrée sur leur sécurité physique et financière ainsi que la poursuite de leur carrière professionnelle ; les professionnels de santé ont une vision centrée sur la protection et la restauration de la santé de leurs patients ; les organismes d'assurance ont pour objectif d'obtenir un retour rapide au travail à un moindre coût. D'après ces auteurs, les divergences et les frictions entre les acteurs impliqués sont inévitables mais elles peuvent être surmontées moyennant l'élaboration d'un langage commun et la prise en compte des besoins de chaque catégorie d'acteurs. Cette complexité a été décrite sous la métaphore d'un terrain (*arena*) sur lequel ces différents acteurs sont susceptibles de s'affronter ou de collaborer dans le processus du retour au travail (Loisel et al., 2005).

Malgré l'influence déterminante du contexte sur le niveau d'opérationnalisation des programmes de retour au travail, il n'existe pas à notre connaissance d'étude ayant effectué une analyse préalable des barrières et des facilitateurs préalablement à leur implantation. Cette lacune a conduit récemment des auteurs à proposer un processus pour effectuer un diagnostic du contexte (*environmental scan*) en identifiant les principaux détenteurs d'enjeux et leurs besoins afin de les impliquer dans ces programmes (Guzman, Yassi, Baril, & Loisel, 2008). Cependant, le modèle proposé par les auteurs est essentiellement de nature conceptuelle et prescriptive. Il présente peu de liens avec les barrières et facilitateurs mentionnés précédemment et ne peut pas être utilisé concrètement pour guider l'implantation d'un programme de retour au travail dans un nouveau contexte.

## **2.4 SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES**

Les domaines de connaissances explorés pour élaborer le cadre conceptuel de cette étude convergent sur trois points essentiels.

S'agissant de l'efficacité des stratégies d'implantation des guides de pratique clinique ou d'amélioration de la qualité des soins, il n'existe aucune intervention particulière susceptible d'être efficace en toutes circonstances et qui puisse être recommandée par rapport aux autres. Par ailleurs, les interventions « multi-facettes » sont plus efficaces que les interventions se limitant à un seul niveau.

S'agissant des fondements théoriques de ces interventions, il est recommandé d'adopter une perspective théorique éclectique adaptée aux exigences du phénomène étudié et du contexte dans lequel les innovations / changements doivent être implantés. Une approche théorique éclectique est la seule capable d'obtenir une vision globale de l'ensemble des déterminants (barrières et facilitateurs) influençant l'implantation des innovations et du changement au niveau des individus, des organisations et de leur contexte social, politique, économique et législatif.

S'agissant des déterminants qui influencent l'implantation du changement et des innovations, ces derniers sont répartis à différents niveaux qui s'influencent mutuellement

de façon significative : les individus, les organisations et le contexte dans lequel ils interviennent. Au-delà des simples caractéristiques de l'innovation considérée, il est recommandé d'accorder une importance particulière à l'influence du contexte sur les modalités d'organisation des soins et sur les pratiques individuelles des professionnels de santé.

À partir de la recension des écrits effectuée pour identifier dans la littérature les barrières et facilitateurs à l'adoption des données probantes, la diffusion des innovations et l'implantation des programmes de santé, un cadre conceptuel a été élaboré pour définir les dimensions de la faisabilité du modèle de Sherbrooke devant être étudiées dans le contexte français. Ce cadre conceptuel est présenté dans le chapitre suivant.



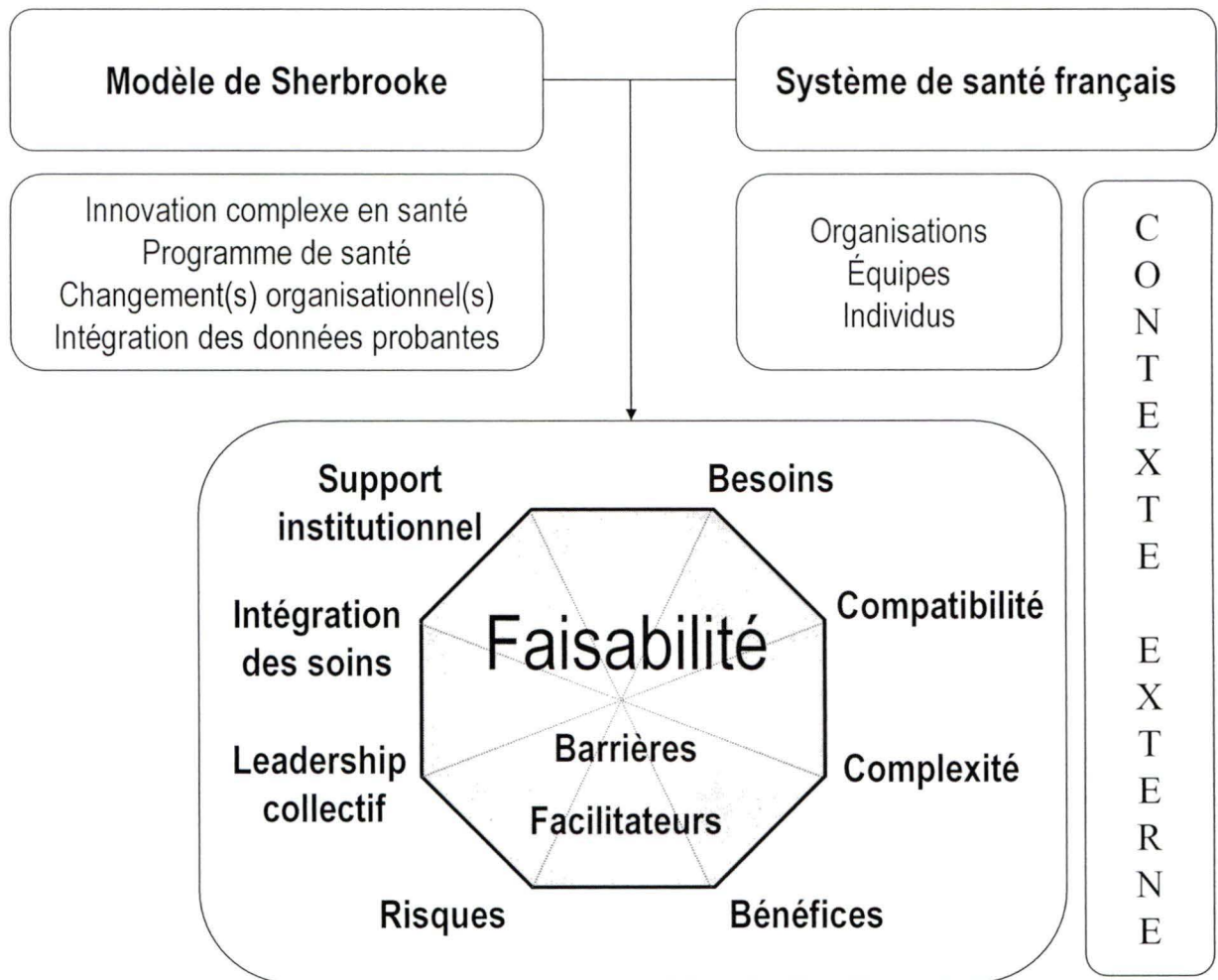
## CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL

### **3.1 CARACTÉRISTIQUES DU CADRE CONCEPTUEL**

Le cadre conceptuel de l'étude représenté dans la **figure 9** (page suivante) intègre différents concepts communs aux trois domaines de connaissances explorés pendant la recension des écrits. Il s'agit de déterminants connus pour influencer l'adoption de données probantes, la diffusion des innovations, l'implantation du changement et l'implantation de programmes. Ces déterminants sont considérés ici comme des dimensions de la faisabilité, c'est-à-dire des barrières ou des facilitateurs potentiels à la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français.

Conformément aux recommandations de plusieurs auteurs, ces dimensions ont été intégrées dans un cadre conceptuel éclectique dit « mosaïque » (de Leeuw, 2001) dans le sens où il retient huit dimensions issues de théories et de perspectives disciplinaires différentes. Cette approche permet de développer une perspective d'analyse pragmatique adaptée aux nécessités du terrain (Ashford, Eccles, Bond, Hall, & Bond, 1999; de Leeuw, 2001; Estabrooks et al., 2006; Shojania et al., 2004). Elle permet également d'identifier les barrières et facilitateurs aux différents niveaux mentionnés dans la littérature au moyen d'un seul cadre théorique.

**Figure 9 : Cadre conceptuel de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français**



### **3.2 COMPOSANTES DU CADRE CONCEPTUEL**

Le cadre conceptuel comprend trois parties : l'innovation proprement dite (le modèle de Sherbrooke), son contexte d'adoption (le système de santé français) et les huit dimensions de la faisabilité (les barrières et les facilitateurs potentiels à l'implantation de l'innovation dans son nouveau contexte). Cette structure tripartite correspond à celle qui a été décrite dans la revue de la littérature sur la diffusion des innovations dans l'organisation des soins de santé (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004) et à celle qui a été utilisée pour décrire la diffusion des innovations complexes en santé (Denis et al., 2002).

Les caractéristiques de l'innovation correspondent aux caractéristiques du modèle de Sherbrooke qui ont été retenues pour effectuer la recension de la littérature : constituer une innovation complexe en santé ; impliquer des changements organisationnels ; nécessiter l'adoption des données probantes dans les pratiques des professionnels de santé et dans l'organisation des soins des travailleurs lombalgiques.

Le contexte d'adoption susceptible d'influencer la faisabilité du modèle de Sherbrooke est considéré à trois niveaux différents susceptibles de s'influencer mutuellement : le niveau des individus ; celui des équipes de travail et enfin celui des organisations (Ferlie & Shortell, 2001; Provost et al., 2007).

En plus de ces trois niveaux est ajouté un quatrième niveau correspondant au contexte externe. Le contexte externe est défini ici comme l'ensemble des éléments pertinents pour comprendre les barrières et les facilitateurs identifiés en les situant dans leur

environnement. Il existe différents niveaux de contexte. Le niveau local et régional correspond ici aux relations entre les personnes, les organisations et les institutions des différentes catégories d'acteurs concernés (Baril & Berthelette, 2000). Il s'agira par exemple des relations particulières établies entre une entreprise et un service de santé au travail. Le niveau de contexte national correspond aux circonstances sociales, économiques et politiques qu'il est nécessaire de considérer pour analyser les barrières et facilitateurs identifiés.

### ***3.3 DIMENSIONS DE LA FAISABILITÉ***

Huit dimensions de la faisabilité ont été retenues dans le cadre conceptuel initial. Cinq de ces dimensions sont issues de la littérature sur la diffusion des innovations et sont situées à un niveau individuel (les besoins ; la compatibilité ; la complexité ; les bénéfices ; les risques). Deux dimensions sont issues de la littérature en administration de la santé et sont reliées au changement à un niveau organisationnel (le leadership collectif ; l'intégration des soins). Enfin, la dernière dimension (le support institutionnel) est commune aux différents courants de la littérature. Le choix de retenir ces huit dimensions a été effectué compte tenu de leur capacité à intégrer la majeure partie des barrières et des facilitateurs mentionnés dans la littérature. Le cadre conceptuel initial a été testé de façon théorique en le confrontant à différentes études originales pour s'assurer que les huit dimensions retenues permettaient bien de recueillir les barrières et les facilitateurs de différente nature mentionnés dans ces études.

**Les besoins** sont définis comme « l'écart entre une réalité et la situation désirée ». Cette dimension de la faisabilité est abondamment décrite dans la littérature sur la diffusion des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 1995b), dans le domaine de la qualité des soins (Gross, Ashkenazi, Tabenkin, Porath, & Aviram, 2008) et dans le domaine du changement organisationnel (Kegler et al., 2008). D'après l'œuvre de Rogers (Rogers, 1995b), la prise de conscience par les acteurs d'une situation insatisfaisante est généralement le premier facteur déclenchant la recherche d'une innovation susceptible de combler ce décalage.

**La compatibilité** est définie comme « le degré selon lequel l'innovation est compatible avec son nouveau contexte ». Cette définition de la compatibilité est également issue de la littérature sur la diffusion des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 1995b). On la retrouve aussi dans la littérature sur la réorganisation des soins (Patwardhan & Patwardhan, 2008), l'implantation des pratiques collaboratives (Ginsburg & Tregunno, 2005) et dans la littérature sur l'adoption des données probantes (Haynes & Haines, 1998). La notion de compatibilité réglementaire a été ajoutée ici compte tenu du caractère trans-national de l'implantation considérée puisque l'innovation à implanter a été élaborée dans un autre pays que le contexte d'adoption étudié.

**La complexité** est définie comme « le degré selon lequel l'innovation est perçue par les adopteurs comme difficile à comprendre et à utiliser ». D'après la littérature sur la diffusion des innovations, un niveau élevé de complexité perçue par les adopteurs constitue une barrière à l'adoption de l'innovation considérée (Rogers, 1995a). Cependant, cette complexité perçue peut être réduite par des interventions visant à expliquer le

fonctionnement de l'innovation considérée (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Ces constats rejoignent ceux effectués dans le cadre de l'adoption des recommandations pour la pratique clinique. Une revue récente de la littérature mentionne que la simplicité de compréhension et d'utilisation des messages contenus dans les recommandations est un déterminant important de leur adoption par les cliniciens (Francke, Smit, de Veer, & Mistiaen, 2008).

**Les bénéfices** sont définis comme « la perception par les adopteurs des gains que l'innovation peut apporter ». Les bénéfices perçus sont considérés comme des facilitateurs à la diffusion des innovations (Denis et al., 2002; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 1995b), au changement organisationnel (Buchanan et al., 2005) et à l'adoption des données probantes (Gold & Taylor, 2007). Ces bénéfices correspondent le plus souvent à la résolution de problèmes rencontrés dans la pratique, à la correspondance avec les valeurs personnelles des adopteurs ou bien avec les priorités d'une institution.

**Les risques** sont définis comme « la perception par les adopteurs des incertitudes que l'innovation peut apporter ». Cette notion constitue en quelque sorte le miroir de la dimension précédente mais la nature des risques et des bénéfices perçus n'est pas identique ce qui justifie de retenir ces deux dimensions distinctes. Les risques perçus peuvent être par exemple une surcharge de travail, une perte de légitimité, une perte d'autorité, un risque financier, un risque pour les patients, etc. La perception des risques par les adopteurs est retrouvée encore une fois dans la littérature sur la diffusion des innovations (Denis et al., 2002; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 1995b), le changement

organisationnel (Buchanan et al., 2005) et l'adoption des données probantes (Foy et al., 2001).

**Le leadership collectif** est défini comme « le regroupement de personnes aux compétences et légitimités différentes capables de conduire le changement dans le sens désiré au sein d'un environnement pluraliste ». Cette définition est issue de la littérature sur le changement stratégique dans les organisations de santé (Denis et al., 2001). Dans les trois domaines de la littérature explorés pendant la recension, la notion de leadership correspond le plus souvent à un leadership individuel pour faciliter la diffusion des innovations (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004), la réorganisation du système de soins de santé (Pettigrew, 1992), le succès et la pérennité du changement organisationnel (Buchanan et al., 2005; Olsson, Ovretveit et al., 2003) et l'adoption des données probantes par les cliniciens (Locock, Dopson, Chambers, & Gabbay, 2001; Provost et al., 2007). Cependant, étant donné le caractère intersectoriel du modèle de Sherbrooke (au carrefour du monde de la santé, du travail et de la protection sociale), la notion de leadership collectif est apparue plus pertinente que la notion de leadership individuel pour répondre à la question de recherche.

**L'intégration des soins** est définie comme « la coopération des acteurs et des organisations à la réalisation d'un but commun ». Cette notion provient de la littérature en administration de la santé (Contandriopoulos et al., 2001). Plus spécifiquement, elle correspond au développement de nouvelles modalités d'organisation des soins sous la forme par exemple de réseaux de santé et de filières de soins (*managed care, integrated pathways, disease management*) comme modalités alternatives à la prise en charge des



patients par les professionnels de santé libéraux ou bien dans les structures classiques d'hospitalisation. Cette notion renvoie donc aussi bien à la diffusion des innovations qu'au changement organisationnel et à l'adoption des données probantes.

**Le support institutionnel** est défini comme « le soutien apporté par une ou plusieurs institutions en faveur de l'adoption de l'innovation ». Ce support peut prendre différentes formes : financements, mise à disposition de ressources humaines, de ressources technologiques, formation des personnels concernés, décentralisation du pouvoir décisionnel, etc. Cette notion apparaît être un déterminant essentiel de la diffusion des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 1995b), du changement dans les organisations (Buchanan et al., 2005; Desbiens & Dagenais, 2002), de la qualité des soins (Ferlie & Shortell, 2001) et de l'adoption des données probantes (Provost et al., 2007).

La correspondance des dimensions de la faisabilité retenues dans le cadre conceptuel initial avec les barrières et les facilitateurs décrits dans la littérature est représentée dans le **tableau 2** (page suivante).

**Tableau 2 : Barrières et facilitateurs d’après les dimensions de la faisabilité du cadre conceptuel initial**

<b>Dimensions de la faisabilité</b>	<b>Barrières</b>	<b>Facilitateurs</b>
Besoins	L'absence de besoins perçus par les adopteurs est une barrière à la faisabilité du modèle de Sherbrooke	Des besoins perçus par les adopteurs sont des facilitateurs à la faisabilité du MS
Compatibilité	L'incompatibilité du modèle de Sherbrooke avec la réglementation et les pratiques françaises est une barrière à la faisabilité du MS	La compatibilité du modèle de Sherbrooke avec la réglementation et les pratiques françaises est un facilitateur à la faisabilité du MS
Complexité	Un niveau élevé de complexité perçue par les adopteurs est une barrière à la faisabilité du MS	L'absence de complexité perçue par les adopteurs est un facilitateur à la faisabilité du MS
Bénéfices	L'absence de bénéfice perçu par les adopteurs est une barrière à la faisabilité du MS	Des bénéfices perçus par les adopteurs sont des facilitateurs à la faisabilité du MS
Risques	Des risques perçus par les adopteurs sont des barrières à la faisabilité du MS	L'absence de risque perçu par les adopteurs est un facilitateur à la faisabilité du MS
Leadership collectif	L'absence de leadership collectif est une barrière à la faisabilité du MS	La présence d'un leadership collectif est un facilitateur à la faisabilité du MS
Intégration des soins	Un faible niveau d'intégration des soins est une barrière la faisabilité du MS	Un niveau élevé d'intégration des soins est un facilitateur à la faisabilité du MS
Support institutionnel	L'absence de support institutionnel est une barrière à la faisabilité du MS	La présence d'un support institutionnel est un facilitateur à la faisabilité du MS

## **CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE**

## **4.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE**

La stratégie de recherche utilisée pour répondre à la question posée a été une étude de cas multiple à niveaux d'analyse imbriqués. Cette méthode appartient aux approches de recherche synthétiques qui visent l'analyse systémique de phénomènes complexes (Collerette, 2004; Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1990). L'étude de cas est définie par Yin comme une méthode d'investigation empirique de phénomènes contemporains dans leur contexte naturel (Yin, 2003b). Cette méthode est particulièrement indiquée lorsque le phénomène étudié présente des limites floues avec son contexte. Elle a été validée spécifiquement pour la recherche sur les systèmes de santé (Dopson, 2003; Yin, 1999) et utilisée dans ce domaine sur des thématiques de recherche variées (Bradley, Webster, Baker, Schlesinger, & Inouye, 2005; Cowley, Bergen, Young, & Kavanagh, 2000; Denis et al., 2002; Denis et al., 2001; Hanney, Davies, & Buxton, 1999; Kegler, Steckler, Malek, & McLeroy, 1998; Kollberg, Elg, & Lindmark, 2005; Leeman & Kilpatrick, 2000; Pare, 2002; Wooding, Hanney, Buxton, & Grant, 2005).

Une caractéristique des études de cas est de pouvoir rendre explicites et compréhensibles des phénomènes sociaux complexes tels qu'ils sont vécus par les acteurs. Cette stratégie de recherche permet donc d'explorer des situations sociales riches et complexes avec de nombreux facteurs en interaction et de pouvoir expliquer des liens qui sont trop complexes pour une stratégie d'enquête ou d'expérimentation (Collerette, 2004). Yin distingue trois types différents d'étude de cas selon le niveau de structuration des connaissances (Yin, 2003c). Les études de cas exploratoires visent à définir la question, les hypothèses ou la faisabilité d'une étude subséquente lorsque le champ des connaissances est faiblement

structuré. Les études de cas descriptives visent à produire la description complète d'un phénomène dans son contexte sans toutefois établir de relations de causalité lorsque le champ des connaissances est moyennement structuré. Les études de cas explicatives visent à documenter les liens de cause à effet entre certaines circonstances et le phénomène observé lorsque le champ des connaissances est fortement structuré. Dans le cas présent, il s'agit d'une étude de cas de type descriptif visant à produire une description détaillée de l'ensemble des dimensions de la faisabilité du modèle de Sherbrooke définies dans le cadre conceptuel initial.

## **4.2 DÉFINITION DES CAS**

Chaque cas à l'étude a été défini comme une région administrative du territoire français. Ce critère géographique a été choisi compte tenu de la concentration à ce niveau du pouvoir de décision dans l'organisation des soins de santé en France<sup>6</sup>. Ce pouvoir décisionnel est structuré par plusieurs dispositions administratives et organismes de tutelle. Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) élaboré par le Conseil Régional détermine les priorités et les objectifs de santé publique de la région sur une période de quatre ans. Le Schéma Régional d'Orientation Sanitaire (SROS) élaboré en concertation par les élus, les administrations régionales du Ministère de la santé et les professionnels de santé fixe pour quatre ans l'organisation des soins. Le Plan Régional de Santé au Travail (PRST) est élaboré en concertation par la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) en déclinaison du plan national de santé au travail (Ministère de

---

<sup>6</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique parue au J.O. n° 185 du 11 août 2004

l'emploi du travail et de la cohésion sociale, 2005). Ce plan détermine les priorités et les objectifs de santé au travail de la région sur une période de trois à cinq ans. Enfin, l'Agence Régionale pour l'Hospitalisation (ARH) détermine annuellement les budgets et les équipements des établissements de santé de la région (Blanc, Verdier, Denechere, & Duhamel, 2007). La multiplicité de ces structures décisionnaires au niveau régional devrait être réduite par la création des agences régionales de santé (ARS) visant à diminuer la dispersion des ressources et à augmenter la cohérence de leur mise en œuvre (Ritter, 2008).

### **4.3 SÉLECTION DES CAS**

Il a été choisi d'étudier deux régions sanitaires françaises. Le choix de recourir à plusieurs cas vise à produire des résultats plus riches et plus robustes dans une logique de réplification. Yin distingue deux types de réplification : la réplification littérale et la réplification théorique (Yin, 2003b).

Dans la réplification littérale, on fait le choix d'étudier des cas semblables dans le but de confirmer la théorie initiale (si les résultats sont identiques dans les deux cas) ou bien d'infirmer cette théorie (si les résultats diffèrent entre les deux cas). Ce choix est effectué lorsqu'il existe des théories rivales. Le nombre de cas à étudier dépend du nombre de théories rivales et de leur complexité, ainsi que du degré de certitude requis par l'importance des enjeux décisionnels.

Dans la réplification théorique, on fait volontairement le choix d'étudier des cas différents dans le but de produire des résultats contrastés. Ce choix est effectué lorsqu'il existe un

élément de contraste connu pour influencer les résultats d'après la théorie utilisée. Le nombre de cas à étudier dépend de l'influence de l'élément de contraste initial et de l'influence des autres éléments du contexte. Le résultat attendu est d'enrichir le cadre théorique de départ et d'améliorer la compréhension de l'influence de l'élément de contraste sur les résultats.

Dans le cadre de cette étude, le choix initial des régions à étudier a été opéré dans une logique de réplique théorique. L'élément de contraste entre les deux régions était la présence dans une des deux régions seulement d'un leadership collectif en santé au travail. Cet élément de contraste a été choisi compte tenu de son influence mentionnée dans la recension des écrits effectuée pour élaborer le cadre conceptuel initial. En effet, l'importance du leadership est soulignée aussi bien dans la diffusion des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 2003) que dans le changement organisationnel (Alexander, Zakocs, Earp, & French, 2006; Buchanan et al., 2005; Denis, 2002) et dans l'adoption des données probantes (Dopson et al., 2005; Locock et al., 2001). Le nombre de cas à étudier a été fixé à deux afin de satisfaire à l'objectif de réplique tout en respectant les contraintes de faisabilité de l'étude. Il est d'usage établi dans les études de cas multiples de commencer par un nombre restreint de cas pour augmenter ce nombre si cela est jugé nécessaire après l'analyse des données (Yin, 2003b). Les critères de choix des régions sélectionnées initialement sont détaillés dans le **tableau 3** (page suivante).

**Tableau 3 : Critères de choix des régions sélectionnées initialement**

	Région A	Région B
<b>Critère 1 (commun)</b> <b>Importance des lombalgies</b>	Forte	Forte
Indicateur statistique (proxy) : Taux de déclaration de maladie professionnelle n° 57 (TMS du membre supérieur) en 2003 <u>Source</u> : Base de données SCORE-santé	2 <sup>ème</sup> rang national	4 <sup>ème</sup> rang national
Opinions d'informateurs clés sur l'importance des lombalgies dans la région	Confirme les indicateurs (médecins du travail)	Confirme les indicateurs (médecins du travail)
Réalisations témoignant de l'importance du problème et de l'intérêt potentiel du modèle de Sherbrooke	Programme de prévention des lombalgies en entreprise	Santé au travail inscrite dans le Plan Régional de Santé publique 2004  Programme local de prévention des lombalgies en entreprises - <i>arrêté</i>
<b>Critère 2 (contrastant)</b> <b>Leadership collectif en santé au travail</b>	<b>Présent</b>	<b>Absent</b>
Acteurs et structures identifiés	Implication des acteurs :  - Médecin du travail au CHU - Médecin inspecteur du travail - Service de réadaptation du CHU - Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail impliquée (Aract)	- Aucune activité universitaire en médecine du travail au CHU  - Absence ( <i>a priori</i> ) de volonté politique au niveau de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM)
Réalisations témoignant de l'activité du leadership	- Réseau de surveillance épidémiologique des TMS en entreprise - Essai randomisé contrôlé d'un programme de réadaptation	- Aucune

TMS : troubles musculosquelettiques

CHU : centre hospitalo-universitaire



Le choix de la région possédant un leadership collectif en santé au travail (région A) a été dicté par l'existence présumée de ce leadership d'après la publication de plusieurs études réalisées conjointement entre l'Université, la Direction régionale du travail et le réseau des médecins du travail sur le terrain. La pertinence de choisir cette région a été vérifiée d'après le taux annuel de nouvelles déclarations en maladie professionnelle pour des douleurs de l'appareil musculosquelettique (base de données SCORE-santé). Le choix initial de la deuxième région (région B) au moment de la rédaction du protocole de l'étude avait été dicté par l'importance des troubles musculosquelettiques dans cette région mesurée d'après le même critère. Toutefois, le choix initial de la région B s'est heurté à des difficultés méthodologiques durant l'identification des informateurs-clés préalable à la collecte des données. En effet, il a été impossible d'identifier au niveau régional un répondant suffisamment impliqué et disponible pour constituer l'échantillonnage des répondants et la conduite de l'étude dans cette région. C'est la raison pour laquelle le choix de la deuxième région a dû être modifié par rapport à ce qui avait été prévu dans le protocole de l'étude.

Ultimement, le choix de la deuxième région a été dicté par la connaissance sur le terrain d'un informateur clé au niveau régional permettant de faciliter la conduite de l'étude (réseautage du chercheur permettant d'identifier et recruter les participants). La pertinence de choisir cette région, outre le besoin déclaré par l'informateur clé initial, a été vérifiée d'après le taux annuel de nouvelles déclarations en maladie professionnelle pour des douleurs de l'appareil musculosquelettique. L'absence de leadership collectif dans la deuxième région a été présumée du fait de l'absence de collaboration visible entre les

différentes institutions concernées (Université, centres de réadaptation, Direction régionale du travail, assurance maladie).

#### **4.4 COLLECTE DES DONNÉES**

Plusieurs méthodes de collecte des données ont été utilisées dans une logique de triangulation des méthodes conformément aux recommandations pour accroître la validité des résultats en recherche qualitative et dans les études de cas (Stake, 1994; Yin, 1999, 2003b). Les méthodes utilisées pour la collecte ont recouru à des entrevues individuelles semi structurées, des groupes de discussion, des observations participantes et à la recherche de littérature grise pertinente.

Les entrevues individuelles semi structurées (Savoie-Zajc, 1997) ont été conduites d'après un guide élaboré à cet effet. Trois guides différents ont été élaborés : pour les répondants du groupe des professionnels de santé; pour les répondants du groupe de l'assurance maladie; pour les répondants du groupe des entreprises. Les questions contenues dans ces guides ont été dérivées du cadre conceptuel initial définissant les dimensions de la faisabilité à explorer. Un de ces guides d'entrevue est joint en **annexe 2**.

Les groupes de discussion (Geoffrion, 1997; Krueger; Krueger & Casey, 2001) ont été utilisés quand il a été possible de recruter sur le terrain un nombre plus important de répondants dans la même catégorie (médecins du travail ; médecins-conseils de l'assurance maladie). L'avantage de recourir aux groupes de discussion comparativement aux entrevues est de pouvoir stimuler la participation des différents participants en favorisant

les interactions entre ces derniers dans le but de recueillir un matériel plus varié (Grudens-Schuck, Allen, & Larson, 2004). Un guide de discussion a été élaboré d'après le cadre conceptuel initial et les objectifs de recherche en adoptant des questions plus ouvertes que dans les entrevues individuelles et un rythme de progression moins directif (Krueger). Le guide de discussion est joint en **annexe 3**.

Les observations participantes ont été utilisées dans deux circonstances. Dans le cadre du programme régional de réadaptation pour les travailleurs lombalgiques de la région A, le chercheur a participé à l'entretien d'inclusion avec plusieurs travailleurs et assisté à l'évaluation globale semi-structurée de ces travailleurs. Dans une entreprise de la région B, le chercheur a participé aux discussions pluridisciplinaires de dossiers de travailleurs durant une réunion de la commission de maintien dans l'emploi de cette entreprise.

La recherche de la littérature grise pertinente a procédé à partir des sites Internet de différentes institutions concernées : Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), caisse régionale d'assurance-maladie de chaque région à l'étude, ministère de la santé, ministère du travail, bibliothèque des rapports publics, banque de données de la documentation française, Cour des Comptes. Une liste non exhaustive de la littérature grise consultée est jointe en **annexe 4**. Ce type de littérature a été utilisé pour contextualiser les barrières et facilitateurs identifiés au niveau régional en les situant dans leur contexte plus large au niveau national, ou encore pour trianguler certaines informations rapportées par certains répondants dans le but de les confirmer.

Toutes les entrevues et les groupes de discussion ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone numérique après le recueil du consentement écrit de chaque répondant ou du responsable hiérarchique du groupe de discussion (le formulaire d'information et de consentement est joint en **annexe 4**). Les enregistrements ont été retranscrits puis ont été relus par le chercheur principal pour rendre anonymes les noms de personnes, d'entreprises et de lieux au moyen d'un système de codage. Une banque de données a été constituée sous la forme d'un fichier informatique au format Excel<sup>TM</sup> colligeant l'ensemble des enregistrements et des retranscriptions conformément aux recommandations de Yin (Yin, 1999, 2003b) pour satisfaire au critère de fiabilité dans les études de cas.

#### ***4.5 ECHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS***

Les entrevues individuelles et les groupes de discussion ont été conduits auprès d'informateurs-clés dans chaque région participant à l'étude. Un informateur-clé (IC) est défini comme un témoin privilégié du phénomène étudié sur la foi de qui le chercheur peut tenter de voir et de reconstituer la réalité (Poupart, 1997).

L'échantillonnage utilisé dans le cadre de cette étude pour choisir les IC est de nature théorique (Glaser & Strauss, 1967). Par opposition aux considérations qui président à l'échantillonnage probabiliste, l'échantillonnage théorique n'est pas aléatoire mais le plus souvent intentionnel; il est déterminé par les objectifs de l'étude ainsi que les concepts du cadre théorique utilisé pour atteindre ces objectifs. Également, l'échantillonnage théorique dépend de considérations relatives à la disponibilité et l'accessibilité des cas et des IC

considérés qui vont déterminer leur potentiel à produire les informations recherchées (Sadler, 1985; Yin, 2003b).

Les caractéristiques de l'échantillonnage théorique réalisé dans le cadre de cette étude d'après la typologie établie par Patton (Denzin & Lincoln, 1994) sont les suivantes :

- Un échantillonnage intentionnel des individus basé sur la théorie initiale nécessitant de sélectionner des IC parmi les trois catégories d'acteurs impliqués dans le processus du retour au travail: les professionnels de santé ; l'assurance maladie ; les milieux de travail.
  
- Un échantillonnage en boule de neige des individus permettant un accès plus facile et plus rapide aux IC dans chaque région étudiée.
  
- Un échantillonnage intentionnel des entreprises (deux dans chaque région) destiné à augmenter la variation du phénomène observé, c'est-à-dire les conditions de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans les entreprises étudiées. Les quatre entreprises ont été sélectionnées sur des critères de taille et de secteur d'activité qui sont connus pour influencer l'implantation des mesures de maintien du lien d'emploi et des interventions de prévention dans les entreprises (Baril-Gingras et al., 2006, 2007; Baril & Berthelette, 2000). Dans chaque région, un centre hospitalier a été sélectionné compte tenu de la prévalence des lombalgies et autres troubles musculosquelettiques dans ce secteur d'activité. Le choix de la deuxième entreprise dans chaque région s'est fondé sur des critères de taille et sur des critères d'activité, dans le but de choisir une entreprise de type

différent entre les deux régions. Les caractéristiques de ces entreprises sont décrites dans la section des résultats.

La taille des échantillons a été déterminée *a priori* de façon théorique et prévoyait dans chaque région 4 groupes de discussion (2 équipes de réadaptation et 2 équipes de santé au travail au sein des entreprises) et 16 entrevues (6 entrevues avec des cliniciens, 7 entrevues avec les intervenants en milieu de travail, 4 à 6 entrevues avec les informateurs-clés des différentes organisations de niveau régional). En pratique, l'échantillonnage des IC a été modifié durant la collecte des données pour s'adapter aux découvertes faites sur le terrain et à la disponibilité des IC (Sadler, 1985). Les caractéristiques de l'échantillonnage et des modalités de collecte des données (entrevues et groupes de discussion parmi les trois catégories d'acteurs) sont décrites dans la section des résultats. La progression et les modalités de l'échantillonnage dans chaque région ont été reconstituées et sont représentées en **annexe 6** afin de satisfaire au critère de fiabilité des études de cas.

## **4.6 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE**

L'information des répondants sur le modèle de Sherbrooke a été effectuée au moyen d'une activité de transfert et d'utilisation des connaissances dont le contenu et le processus ont été élaborés à cet effet. Le contenu délivré a été élaboré autour des deux caractéristiques principales du modèle de Sherbrooke : le paradigme de prévention d'incapacité (fondements théoriques du modèle) (Loisel et al., 2001) et le plan d'utilisation du modèle (étapes successives de l'identification et de la prise en charge des travailleurs (Loisel et al., 1997; Loisel et al., 1994). Les messages délivrés ont été structurés d'après le modèle de transfert et d'utilisation des connaissances de l'Institute for Work & Health (Reardon, Lavis, & Gibson, 2006), lui-même fondé sur les recommandations de Lavis (Lavis, Robertson, Woodside, McLeod, & Abelson, 2003). Un support visuel commun aux trois catégories d'acteurs (présentation PowerPoint™) a été élaboré et accompagné oralement de messages spécifiques selon les différentes audiences auxquelles ils étaient destinés : professionnels de santé, intervenants du milieu de travail, gestionnaires de l'assurance maladie.

Un questionnaire d'évaluation de l'activité de transfert et d'utilisation des connaissances a été élaboré pour identifier les besoins d'informations complémentaires perçus par les répondants et le niveau de complexité perçue par les répondants s'agissant de la compréhension du modèle de Sherbrooke. Ce questionnaire est joint en **annexe 7**. Un document écrit récapitulant les caractéristiques essentielles du modèle de Sherbrooke et ses modalités d'utilisation a été remis à chaque participant à l'issue de l'activité de transfert et d'utilisation des connaissances. Les informateurs clés ont été invités à relire ce document

avant de participer aux entretiens ou aux groupes de discussion. La collecte des données s'est échelonnée sur une période allant de mars 2006 à mai 2007. Le déroulement chronologique de l'étude est représenté en **figure 10** ci-dessous.

**Figure 10 : Déroulement chronologique de l'étude**

	2006												2007								2008						
	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	1-3	4-6	7-9	10-12	
Choix des IC	x	x					x	x	x			x	x														
Contact des IC	x	x					x	x	x			x	x														
Activité de TUC	x	x					x	x	x			x	x														
Entrevues		1	2						7	3			3		6												
Focus groups							1			1				4	1												
Codage																				x	x	x	x	x			
Analyse intra-cas																									x	x	
Analyses inter-cas																										x	x
Rédaction																										x	

IC: Informateur-clé ; TUC : Transfert et utilisation des connaissances

Les croix correspondent aux périodes durant lesquelles les activités mentionnées ont été conduites.

Les chiffres correspondent au nombre d'entrevues ou de groupes de discussion réalisés dans la région A (cases grisées) et dans la région B (cases blanches).

## 4.7 ANALYSE DES DONNÉES

Les retranscriptions des entretiens individuelles et des groupes de discussion ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu définie comme une méthode capable d'effectuer l'exploration totale et objective des données informationnelles de façon objective, exhaustive et méthodique (Mucchielli, 2006). L'ensemble des analyses a été conduit au moyen du logiciel d'analyse qualitative ATLAS.ti<sup>TM</sup> version 5.2. Les retranscriptions des groupes de discussion ont fait l'objet d'une analyse séparée pour contextualiser la



participation de chaque répondant à l'intérieur de la dynamique du groupe de discussion. Cette contextualisation a procédé à partir des notes de terrain prises par le chercheur pendant la discussion et du journal de bord rédigé pendant la collecte des données.

#### **4.7.1 ANALYSES INTRA-CAS**

##### **4.7.1.1 Stratégie d'analyse principale**

La stratégie d'analyse principale a été utilisée pour répondre à la fois à l'objectif principal de l'étude de tester empiriquement le cadre conceptuel initial visant à étudier la faisabilité d'un programme de santé complexe dans un nouveau contexte et à son objectif secondaire soit identifier les barrières et les facilitateurs à l'implantation du modèle de Sherbrooke en France.

Dans une démarche mixte déductive et inductive, les huit dimensions de la faisabilité du cadre conceptuel initial ont été utilisées comme catégories d'analyse (Miles & Huberman, 2003a; Yin, 2003c). Ces catégories ont été transformées durant le processus d'analyse pour intégrer l'ensemble des données recueillies. Aussi certaines catégories ne trouvant pas d'ancrage empirique parmi les données ont été écartées en cours d'analyse. Certaines catégories comportant un matériel hétérogène et abondant ont été divisées en sous-catégories de contenu plus spécifique. Lorsque le matériel recueilli ne correspondait à aucune catégorie d'analyse préexistante, de nouvelles catégories ont été créées dans une démarche inductive. L'évolution des catégories d'analyse à partir du cadre conceptuel

initial a conduit ultimement à la définition d'un cadre conceptuel révisé ancré empiriquement dans les données recueillies sur le terrain et permettant de rendre compte de l'ensemble du matériel recueilli. Ce cadre conceptuel révisé présenté dans la section des résultats correspond à l'objectif principal de l'étude.

Le processus de codage s'est déroulé en deux étapes successives. Le codage de premier niveau a consisté à catégoriser les données à l'intérieur des catégories d'analyse et de leurs sous-catégories. Cette première étape du codage a correspondu aux opérations suivantes évoquées par Miles & Huberman : catégoriser ; subdiviser les variables (Miles & Huberman, 2003d). Le codage de deuxième niveau (codage thématique) a consisté à identifier à l'intérieur de chaque catégorie et sous catégorie d'analyse les *patterns*, c'est-à-dire les thèmes évoqués de façon régulière par les informateurs-clés. Cette identification des thèmes a permis de les regrouper secondairement. Cette seconde étape du codage a correspondu aux opérations suivantes évoquées par Miles & Huberman : repérer les patterns ; regrouper ; subsumer le particulier sous le général (Miles & Huberman, 2003d).

Des matrices conceptuelles hiérarchiques (Miles & Huberman, 2003c) ont été construites à l'issue du processus du codage. Une matrice a été construite pour chaque catégorie d'analyse. Chaque matrice permet d'identifier le ou les informateurs clés (IC) à l'origine du thème évoqué, d'identifier le nombre total d'IC ayant évoqué un thème particulier et enfin de comparer le nombre d'IC ayant mentionné un thème donné à l'intérieur de chaque catégorie de répondant (professionnels de santé, assurance maladie, entreprises). Le comptage et la comparaison des IC entre les trois catégories ont permis d'évaluer la triangulation pour chaque thème évoqué par les IC (triangulation des données) (Savoie-

Zajc, 2004). Cette triangulation a permis de mettre en relief la concordance ou au contraire la spécificité des barrières et des facilitateurs perçus par les différentes catégories d'acteurs. La construction des matrices a correspondu aux opérations suivantes évoquées par Miles & Huberman : regrouper ; compter ; comparer ; pondérer (Miles & Huberman, 2003d). Les matrices sont jointes en **annexe 9 et 11** (région A), en **annexe 12 et 14** (région B) et en **annexe 16** (comparaison inter-cas).

Un système de cotation des thèmes a été établi permettant de représenter visuellement la triangulation des données pour chaque thème évoqué. L'interprétation de cette cotation s'effectue d'après le **tableau 4** ci-dessous.

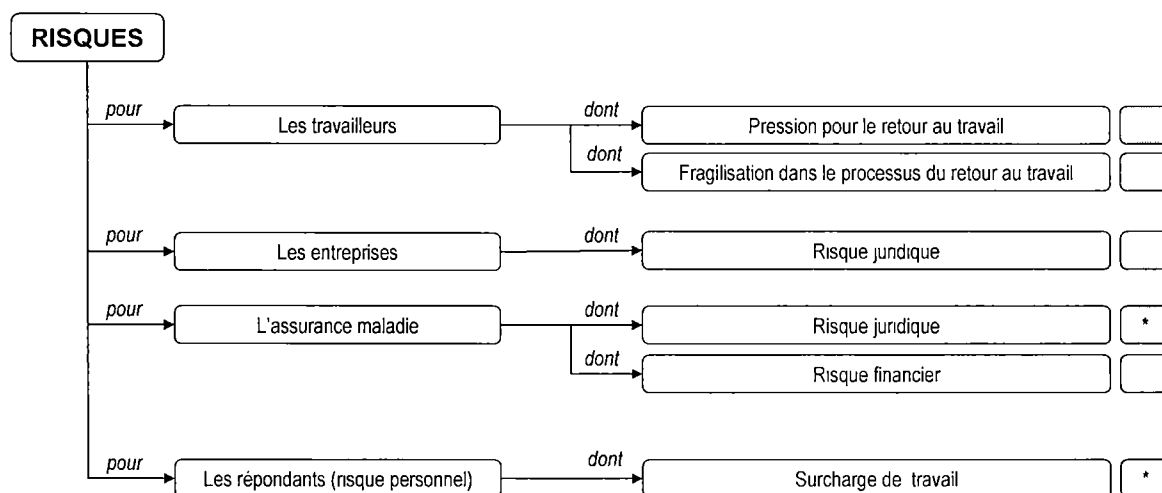
**Tableau 4 : Système de cotation des thèmes**

<b>Interprétation des astérisques</b>	
***	Thème mentionné par au moins un répondant dans chacune des trois catégories
**	Thème mentionné par au moins un répondant dans deux catégories
*	Thème mentionné par au moins deux répondants de la même catégorie
	Thème mentionné par un seul répondant

**Des cartes cognitives** ont été élaborées pour chaque catégorie d'analyse. Une carte cognitive est définie comme un modèle conçu pour représenter la façon dont une personne définit un domaine particulier. Elle se compose des concepts et des relations pour comprendre ce domaine (Miles & Huberman, 2003b). Ce mode de présentation visuelle des données permet de représenter de façon synthétique le réseau conceptuel hiérarchisé reliant chaque catégorie d'analyse à ses différentes sous catégories et aux thèmes inclus

dans les sous catégories (Novak & Cañas, 2008). Le système de cotation des thèmes a également été intégré à ce mode de présentation des résultats. Ces cartes cognitives ont été utilisées dans un second temps pour les analyses inter-cas (Miles & Huberman, 2003b). Un exemple de carte cognitive est représenté dans la **figure 11** ci-dessous. Les cartes cognitives sont jointes en **annexe 10** (région A), en **annexe 13** (région B) et en **annexe 15** (comparaisons inter-cas).

**Figure 11 : Exemple de carte cognitive avec la cotation des thèmes**



#### 4.7.1.2 Stratégies d'analyse complémentaires

Des constats inattendus dans deux domaines particuliers ont été faits durant la collecte des données et le processus d'analyse. Ces constats ont imposé de recourir à deux stratégies d'analyse complémentaires pour atteindre l'objectif secondaire de l'étude d'identifier et décrire les barrières et les facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke en France.

## **Stratégie complémentaire d'analyse n°1 : Comparaison des modèles opérationnels de prise en charge des lombalgies**

Pendant la collecte des données, il a été noté la tendance spontanée de nombreux répondants à se référer à leurs pratiques habituelles de prise en charge des lombalgies. D'autre part, des écarts importants entre ces pratiques et le modèle de Sherbrooke ont été identifiés comme des barrières potentielles à sa faisabilité. En conséquence, il est apparu nécessaire de procéder à une comparaison systématique entre les pratiques des répondants français et le modèle de Sherbrooke pour identifier les écarts et la conformité susceptibles de constituer des barrières ou des facilitateurs. Cette stratégie complémentaire d'analyse est dérivée du domaine de l'évaluation de programmes et plus précisément du domaine de l'évaluation normative définie comme l'activité qui consiste à porter un jugement sur une intervention en la comparant à des critères et des normes (Contandriopoulos et al., 2000). Dans le cadre de cette étude, la comparaison a porté uniquement sur le modèle opérationnel de chaque type de prise en charge. Le modèle opérationnel est défini comme un modèle systémique, processuel entre événements, qui relie les ressources, les activités et les objectifs de production de l'intervention (Contandriopoulos et al., 2000). Il peut être décomposé en modèle organisationnel (algorithme du processus) et en modèle d'utilisation des activités (processus d'interaction des acteurs avec le système de production).

La reconstitution des modèles opérationnels a procédé de deux façons différentes. Le modèle opérationnel du modèle de Sherbrooke a été reconstitué à partir des études originales publiées lors de son développement et de son évaluation (Loisel et al., 1997; Loisel et al., 1994). Le modèle opérationnel de la prise en charge des lombalgies dans

chaque région étudiée a été reconstitué à partir de trois sources de données: les retranscriptions des entrevues et groupes de discussion ; la littérature grise collectée sur le terrain (fiches de consultation, plans de financement et rapport d'activité du centre de réadaptation, brochures d'information pour les clients et les professionnels de santé) ; des séances d'observation participante durant l'inclusion de travailleurs lombalgiques dans le centre de réadaptation de la région A.

### **Stratégie complémentaire d'analyse n°2 : Utilisation d'un modèle théorique spécifique aux entreprises**

Le matériel recueilli auprès des répondants des entreprises a présenté plusieurs spécificités portant notamment sur les relations de travail dans l'entreprise, l'organisation et les conditions de travail, les enjeux de santé et de sécurité au travail. Ces catégories n'existaient pas dans le cadre conceptuel initial dont les huit dimensions provenaient de la littérature dans le domaine de la santé. En conséquence, un modèle théorique spécifique aux entreprises a été utilisé pour analyser les données recueillies dans les quatre entreprises étudiées. Le modèle théorique de l'implantation des interventions de maintien de lien d'emploi représenté en **figure 8** (page 56) correspondait précisément aux nécessités de l'analyse (Baril & Berthelette, 2000). De nouvelles catégories d'analyse ont été créées dans le logiciel ATLAS.ti<sup>TM</sup> pour catégoriser les données conformément à ce modèle théorique. Le mode de présentation des résultats à partir de cette stratégie d'analyse procède à partir de deux formats différents :

- Une vignette narrative décrivant les jeux d'acteurs à l'intérieur des entreprises autour de la thématique centrale du maintien du lien d'emploi, en relation avec les autres dimensions du modèle. Ce mode de présentation permet une description vivante et contextualisée des barrières et des facilitateurs identifiés à l'intérieur des entreprises
- Un tableau récapitulatif décrivant de façon décontextualisée les barrières et les facilitateurs identifiés au niveau de chaque entreprise. Ce tableau correspond aux objectifs secondaires de la recherche.

En résumé, les résultats peuvent apparaître sous deux formes différentes : une forme contextualisée et une forme décontextualisée. Les résultats qui sont contextualisés apparaissent sous la forme de six vignettes narratives s'agissant des modèles opérationnels de prise en charge des lombalgies dans les deux centres de réadaptation étudiés ainsi que des modalités de maintien dans l'emploi dans les quatre entreprises étudiées. Ce mode de présentation des résultats présente l'intérêt d'une description riche et vivante en permettant en quelque sorte une compréhension « de l'intérieur ». Le niveau de contexte considéré ici est celui du contexte local et régional correspondant au profil des relations entre les individus et les organisations des différentes catégories d'acteurs (Baril & Berthelette, 2000). Ces éléments du contexte ont été documentés en créant dans le logiciel Atlas.ti les catégories d'analyse destinées spécifiquement à recueillir ces informations. Les résultats qui sont décontextualisés apparaissent sous la forme de tableaux récapitulant les barrières et les facilitateurs aux différents niveaux et parmi les différentes catégories d'acteurs. Ce mode de présentation présente l'intérêt d'une description synthétique en permettant une vision d'ensemble pour s'extraire des situations locales. Cela permet ainsi d'obtenir une

perspective plus générale sur la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français.

#### **4.7.2 ANALYSES INTER-CAS**

Les analyses inter-cas ont été conduites dans le but d'identifier et interpréter les convergences et les divergences des résultats observés entre les deux régions. Cette identification a été effectuée à partir de la comparaison des cartes cognitives de chaque dimension de la faisabilité entre la région A et la région B. Cette comparaison a permis de confronter les sous catégories et les thèmes évoqués par les répondants et de mettre en évidence les thèmes évoqués spécifiquement dans une des deux régions (divergences) ou évoqués de façon similaire dans les deux régions (convergences). L'interprétation des divergences observées visait entre autres à évaluer si ces divergences correspondaient à des spécificités réelles des cas étudiés ou bien si elles pouvaient être attribuées à une différence d'échantillonnage et/ou de collecte des données entre les deux régions. Une procédure en quatre étapes a été établie pour répondre à cette question :

1) Une étape de hiérarchisation, visant à établir l'importance théorique et/ou pratique de la divergence observée. Cette étape a été conduite par le retour aux matrices conceptuelles hiérarchiques établies pendant l'analyse intra-cas permettant de retrouver le nombre total de répondants ayant évoqué chaque thème, ainsi que le nombre de répondants dans chaque catégorie d'acteurs. Pour faciliter la comparaison entre les deux régions durant cette première étape, deux nouvelles matrices synthétiques comparatives ont été établies pour comparer visuellement le nombre de répondants à l'origine de chacun des thèmes dans les



deux régions : une matrice synthétique comparant les facilitateurs; une autre comparant les barrières. Ces matrices sont jointes en **annexe 16**.

2) Une étape de contextualisation, visant à replacer le thème évoqué dans son contexte d'évocation. Cette étape a été assurée par le retour aux retranscriptions et aux notes de terrain prises pendant la collecte des données.

3) Une étape d'interprétation visant à établir la signification de la divergence observée, à partir des résultats de l'étape précédente et de l'expérience personnelle du chercheur.

4) Une étape de confirmation visant à confirmer ou contredire l'interprétation précédente. Cette étape a été assurée au moyen d'un processus de triangulation avec la littérature ou par le recours à une tierce personne.

#### **4.8 CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ**

La définition et l'opérationnalisation des critères de scientificité retenus pour cette étude sont ceux spécifiquement proposés par Yin pour les études de cas (Yin, 1999, 2003b). Ils sont résumés dans le **tableau 5** (page suivante) . Ces critères correspondent à une position épistémologique de nature pragmatique partagée par les auteurs qui utilisent l'approche des études de cas dans les sciences de la gestion, l'évaluation de programmes et dans l'analyse des organisations (Balbach, 1999; Davey, 1991; Denis et al., 2002; Denis et al., 2001; GAO, 1990; Hanney et al., 1999; Hanney, Grant, Wooding, & Buxton, 2004).

## Tableau 5 : Critères de rigueur des études de cas

d'après (Yin, 2003b)

Critère et définition	Procédures recommandées
<b>Validité de construit :</b> <i>Établissement de mesures opérationnelles correctes pour mesurer les concepts à l'étude</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Établir une chaîne de l'évidence</li><li>- Utiliser des sources d'évidence multiples</li><li>- Faire relire le projet de rapport par un informateur-clé</li></ul>
<b>Validité externe :</b> <i>Établissement du domaine auquel les résultats de l'étude de cas pourront être généralisés</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Spécifier précisément le cas étudié</li><li>- Utiliser une logique de réplication dans les études de cas multiples</li></ul>
<b>Fiabilité :</b> <i>Démonstration que les procédures de l'étude de cas peuvent être répétées et conduire aux mêmes résultats.</i> <i>(par ex. la collecte des données)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utiliser un protocole pour l'étude de cas</li><li>- Construire une base de données de l'étude de cas</li></ul>

L'approche de Yin se distingue d'une autre tradition de recherche qui considère l'approche des études de cas comme étant fondamentalement de nature qualitative et selon laquelle l'accent doit être mis sur la compréhension riche et contextualisée du cas (phénomène) étudié en privilégiant son caractère unique (Flyvbjerg, 2006; Stake, 1994).

**La validité de construit** répond à la question : « Est-ce que je mesure (observe) bien ce que je suis censé mesurer (observer) ? ». Ce critère est défini comme l'établissement de mesures opérationnelles adéquates aux concepts à l'étude, ce qui impose de spécifier a priori le phénomène (cas) à l'étude aussi précisément que possible. Cette définition propre aux études de cas rejoint une définition plus générale de la validité interne en recherche qualitative considérée comme « la justesse et la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation. » (Laperrière, 1997). Les procédures recommandées pour garantir la validité de construit sont les suivantes : utiliser des sources

d'évidences multiples (entrevues, observations, analyse documentaire, etc.), établir une chaîne de l'évidence (lien logique entre la question de recherche, la collecte des données, leur analyse et les résultats produits), puis faire relire le projet de rapport de l'étude de cas par un informateur-clé.

**La validité interne** ne concerne que les études de cas de type explicatif qui sont les plus structurées et font appel à des stratégies d'analyses particulières. Ce critère n'est pas appliqué dans le cadre de cette étude de cas qui est de type descriptif et non pas explicatif.

**La validité externe** répond à la question : « Dans quelle mesure les résultats de l'étude sont-ils généralisables au-delà du cas étudié ? ». La généralisation dont il est question dans les études de cas est dénommée généralisation analytique par opposition à la généralisation statistique. La généralisation analytique concerne un autre niveau d'inférence qui consiste à confronter les résultats obtenus par l'analyse des données empiriques (le cas à l'étude) avec la théorie initialement proposée (issue de la littérature) et utilisée pour structurer la collecte des données. La théorie proposée au départ est donc testée empiriquement par l'étude de cas. Si les résultats produits sont cohérents avec ceux attendus par la théorie initiale, ceux-ci viennent conforter cette théorie qu'ils peuvent éventuellement enrichir ou raffiner. La généralisation analytique signifie que l'ensemble particulier des résultats produits par l'étude de cas est généralisé à une théorie plus large qui décrit adéquatement le phénomène observé (Eisenhardt, 1989; Yin, 2003c).

**La fiabilité** répond à la question : « Est-ce que les différentes phases du processus de la recherche peuvent être répétées et aboutir aux mêmes résultats ? » Yin définit ce critère

comme la possibilité pour un investigateur ultérieur de suivre exactement les mêmes procédures et conduire la même étude de cas que l'investigateur initial pour arriver aux mêmes résultats et conclusions (Yin, 1999). Ce critère impose d'élaborer et de suivre un protocole de recherche afin de documenter toutes les étapes et assurer la traçabilité des procédures. Il est recommandé d'autre part de constituer une banque de données rassemblant tout le matériel collecté sur le terrain afin de le rendre accessible pour une éventuelle investigation ultérieure du processus de la recherche.

#### **4.9 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Le protocole de l'étude a été soumis pour approbation au Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'hôpital Charles LeMoyne. Trois enjeux éthiques principaux ont été identifiés.

Le premier enjeu concerne l'information des participants à la recherche et le recueil de leur consentement, correspondant au principe éthique d'autonomie (Doucet, 2002; Richards & Schwartz, 2002). Un formulaire d'information et de consentement écrit a été rédigé et accompagné d'explications orales au moment des premières rencontres avec les participants. Le consentement écrit des participants a été recueilli et consigné sur ce formulaire qui est joint en **annexe 5**.

Le deuxième enjeu éthique est la confidentialité des données, correspondant au principe éthique de bienfaisance (et dans ce cas précis de non- malfaisance). Le risque pour les participants à la recherche était celui d'être identifié par autrui ou par eux-mêmes au moment de la divulgation des résultats (Richards & Schwartz, 2002). Plusieurs mesures ont été prises pour assurer la confidentialité des données. Les données recueillies pendant la

collecte ont été rendues anonymes lors de la transcription : les noms de personnes, de lieux et de structures (entreprises, structures de soins, structures de l'assurance maladie) ont été remplacés par des codes avant les analyses. Cet anonymat sera maintenu lors de la restitution des résultats, que ce soit sous la forme de communications orales ou écrites. La protection des supports matériels contenant les données recueillies a été assurée par le chercheur principal durant les périodes de collecte sur le terrain. Ces supports seront stockés ultérieurement dans les conditions de sécurité habituelles pour l'archivage des données personnelles au centre de recherche clinique organisant la recherche (CAPRIT, Centre d'Action et de Prévention d'Incapacités au Travail de l'Université de Sherbrooke).

Le troisième enjeu éthique correspond au respect de l'intégrité du point de vue et des expériences exprimées par les répondants au moment de l'interprétation des données et de la restitution des résultats. Dans le but de prévenir le risque d'une déformation importante des expériences rapportées par les répondants, les sections pertinentes du rapport final de recherche ont été adressées pour relecture et commentaires éventuels aux informateurs-clés concernés dans chaque catégorie de répondants dans les deux régions étudiées.

## CHAPITRE 5 : RESULTATS

La présentation des résultats de l'étude comporte deux parties distinctes. La première partie est consacrée à la présentation du cadre conceptuel révisé qui correspond à l'objectif principal de recherche, soit élaborer et tester empiriquement un modèle pour étudier la faisabilité d'un programme de santé complexe dans un nouveau contexte. Cette partie décrit les modifications apportées au cadre conceptuel initial élaboré à partir de la recension des écrits pour aboutir au cadre conceptuel révisé élaboré à travers le processus de codage des données recueillies sur le terrain.

La seconde partie des résultats correspond à l'objectif secondaire de recherche : identifier et décrire les barrières et les facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français. Il s'agit des résultats obtenus dans les deux régions du système de santé français qui avaient été définies initialement comme les cas à l'étude.

## ***5.1 CADRE CONCEPTUEL RÉVISÉ***

### **5.1.1 DU CADRE CONCEPTUEL INITIAL AU CADRE CONCEPTUEL REVISE**

**Le cadre conceptuel initial (CCI)** qui a été élaboré préalablement à la collecte et à l'analyse des données peut être défini comme un cadre théorique éclectique et descriptif.

Un cadre éclectique parce que les huit dimensions de la faisabilité qui le composent correspondent à des concepts issus de perspectives théoriques et disciplinaires différentes.

Un cadre descriptif parce que ces dimensions ne sont pas reliées entre elles par des relations de causalité. Il a été élaboré dans le but de guider la collecte des données

(rédaction des guides d'entrevues semi structurées et du guide des groupes de discussion) puis de faire l'analyse thématique du contenu des données recueillies.

**Le cadre conceptuel révisé (MTF)** est celui qui a émergé progressivement de l'analyse des données. Les huit dimensions du CCI ont été utilisées comme catégories d'analyse (initialement très larges puis secondairement divisées en sous-catégories d'analyse) pour faire l'analyse thématique du contenu des données dans une démarche déductive (Miles & Huberman, 2003a; Yin, 2003c). Au fil des analyses, certaines catégories d'analyse n'ont pas été retenues, d'autres ont été divisées en plusieurs sous-catégories dans le but d'analyser plus finement le matériel recueilli. Enfin, de nouvelles catégories d'analyse ont émergé des données et ont été ajoutées dans une démarche inductive pour tenir compte de l'ensemble du contenu des données. Le cadre conceptuel révisé peut être caractérisé de la façon suivante : un modèle intégrateur capable d'articuler l'ensemble du contenu des données et un modèle empiriquement ancré dans les données recueillies sur le terrain.

## **5.1.2 MODIFICATION DES CATEGORIES PENDANT LES ANALYSES**

### **5.1.2.1 Catégories non retenues**

Deux dimensions du cadre conceptuel initial n'ont pas été utilisées comme catégories d'analyse et n'ont pas été retenues dans le cadre conceptuel révisé : l'intégration des soins et le leadership collectif.



**L'intégration des soins** est définie comme « la coopération des acteurs et des organisations à la réalisation d'un but commun » (Contandriopoulos et al., 2001). Cette notion avait été retenue dans le cadre conceptuel initial car elle est mentionnée par différents auteurs comme un déterminant important de l'implantation du changement organisationnel dans les systèmes de santé. Une dizaine de questions dans les guides d'entrevues étaient destinées à explorer cette dimension de la faisabilité. Cependant, la plupart des informateurs clés ont éprouvé des difficultés à comprendre ces questions et à leur apporter des réponses. C'est pourquoi cette dimension n'a recueilli qu'une faible quantité de matériel lorsqu'elle a été utilisée ultérieurement comme catégorie d'analyse. En raison de son faible ancrage empirique dans les données du terrain, l'intégration des soins n'a pas été retenue dans le cadre conceptuel révisé. Un retour à la littérature sur cette dimension a permis d'apporter quelques éléments de compréhension qui sont évoqués dans le chapitre 6 consacré à la discussion.

**Le leadership collectif** est défini comme « le regroupement de personnes aux compétences et légitimités différentes capables de conduire le changement dans le sens désiré au sein d'un environnement pluraliste » (Denis et al., 2001). Cette dimension du cadre conceptuel initial avait été retenue pour faire contraster les deux cas étudiés dans la mesure où cette notion de leadership collectif était susceptible d'influencer les autres dimensions du CCI et donc d'accentuer le contraste entre les deux régions étudiées. Cependant, cette dimension a été confrontée à plusieurs difficultés lors de la collecte et de l'analyse des données.

Les indicateurs qui avaient été retenus en première approche pour appréhender l'existence du leadership collectif dans la région A se sont avérés être insuffisants. Ces indicateurs

étaient l'existence de collaborations régulières entre l'Université, la Direction régionale du travail et le réseau des médecins du travail ayant permis la réalisation et la publication de plusieurs études épidémiologiques sur les TMS dans la région depuis une quinzaine d'années. Au moment de la collecte, il est apparu que ce leadership collectif était incomplet dans la mesure où il s'articulait faiblement avec le réseau des professionnels de la réadaptation et que son efficacité était par ailleurs limitée par des difficultés relationnelles avec d'autres détenteurs d'enjeux de la région. Les données recueillies dans l'autre région étudiée (région B) supposée ne pas disposer d'un leadership collectif ont également été surprenantes. En effet, il est apparu dès le début de la collecte des données qu'il existait sur le terrain un leadership collectif informel entre des représentants de l'Université, la Direction régionale du travail, le centre régional de réadaptation et la Caisse régionale d'assurance maladie. Cependant, moins d'une année après le début de la collecte, ce leadership collectif avait disparu compte tenu du départ en retraite de l'un de ses membres et de la démission d'un autre membre.

Il a été effectué un retour à la littérature pour tenter de mieux comprendre ce résultat inattendu. Cet aspect est discuté dans la première partie de la discussion au chapitre 6. Les limitations provoquées par cette suppression sont discutées dans une autre section du chapitre 6 consacrée aux limites de l'étude.

### **5.1.2.2 Catégories divisées en sous-catégories**

Lorsque le matériel contenu dans les catégories d'analyse était abondant et semblait correspondre à des concepts distincts, ces catégories ont été divisées en sous-catégories de

contenu spécifique pour permettre un codage plus fin. Les catégories concernées par cette opération sont les suivantes : les **besoins** ; les **bénéfices** ; les **risques** ; la **complexité**.

### 5.1.2.3 Catégories redéfinies

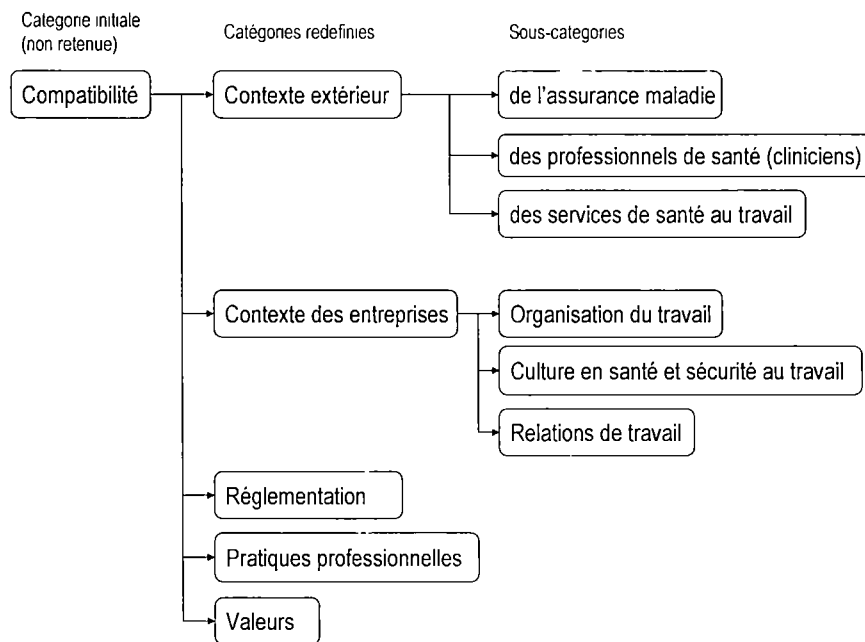
La catégorie du **support institutionnel** du cadre conceptuel initial était définie comme « le soutien apporté par une ou plusieurs institutions en faveur de l'adoption de l'innovation ». Cette catégorie n'a pas trouvé un ancrage important dans les données pendant les analyses. Cependant, plusieurs informations apportées par les répondants ont semblé correspondre à des notions proches du support institutionnel. Il s'agissait essentiellement de la mention faite quant à la disponibilité ou au manque de différentes ressources : ressources humaines, financières ou symboliques (notion similaire à celle du support institutionnel défini initialement). En cours d'analyse, la catégorie initiale du **support institutionnel** a donc été redéfinie avec un libellé plus large correspondant aux différents types de ressources mentionnées par les répondants. La catégorie des **ressources** a été définie comme

« Les ressources financières, humaines ou symboliques ayant une influence sur l'organisation et la pratique des répondants et pouvant influencer la faisabilité du modèle de Sherbrooke. »

La catégorie de la **compatibilité** est celle qui a subi le nombre le plus important de transformations. En effet, il est apparu rapidement pendant les analyses que cette notion définie comme « le degré selon lequel l'innovation est compatible avec son nouveau contexte » était un concept générique accueillant un volume important de données hétérogènes. Le concept de compatibilité a été clarifié à la suite d'un retour à la littérature sur la question (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et

al., 2004). En conséquence, ce concept a été redéfini et divisé en différentes catégories et sous-catégories de contenu plus spécifique représentées dans la **figure 12** ci-dessous.

**Figure 12 : Évolution des catégories d'analyse dérivées de la dimension initiale de la compatibilité**



Les définitions des catégories et des sous-catégories du **contexte extérieur** et du **contexte des entreprises** ont été choisies pour permettre la correspondance avec le modèle théorique d'implantation des interventions de lien d'emploi (Baril & Berthelette, 2000) utilisé durant la stratégie complémentaire d'analyse. Les définitions des catégories de la **réglementation** (notion de compatibilité normative), des **pratiques professionnelles** (notion de compatibilité professionnelle) et des **valeurs** (notions de compatibilité cognitive et de compatibilité culturelle) ont été choisies d'après la revue de la littérature mentionnée précédemment (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Les clarifications conceptuelles et opérationnelles de ces catégories ont permis

de classer de façon satisfaisante le contenu volumineux et hétérogène des données rassemblées dans la catégorie initiale de la **compatibilité** qui n'a pas été retenue en tant que telle dans le cadre conceptuel révisé.

#### **5.1.2.4 Nouvelles catégories**

Une nouvelle catégorie d'analyse intitulée **pratiques organisationnelles** a été créée pour regrouper et analyser tous les éléments se rapportant aux pratiques organisationnelles décrites par les répondants au sein de leur institution d'appartenance. Cette catégorie s'est révélée essentielle par la suite pour reconstituer l'organisation du travail dans le contexte français parmi les différentes catégories de répondants et pour comparer cette organisation avec celle du modèle de Sherbrooke. Selon les catégories de répondants, le contenu de la catégorie d'analyse **pratiques organisationnelles** correspond à des éléments différents.

Pour les professionnels de santé (en réadaptation), cette catégorie correspond aux modalités de prise en charge des lombalgies dans le centre de réadaptation de la région étudiée. C'est le matériel recueilli au sein de cette catégorie qui a permis de reconstituer le modèle opérationnel de la prise en charge de lombalgies dans chaque région étudiée puis de le comparer au modèle opérationnel du modèle de Sherbrooke. Pour les médecins du travail, cette catégorie correspond aux pratiques de maintien dans l'emploi et de prévention du licenciement pour inaptitude. Pour les répondants des entreprises, cette catégorie correspond aux pratiques plus ou moins formalisées de maintien du lien d'emploi dans l'entreprise pour les travailleurs atteints de lésions menaçant leur capacité de travail et leur maintien dans l'entreprise. Pour l'assurance maladie, cette catégorie correspond aux

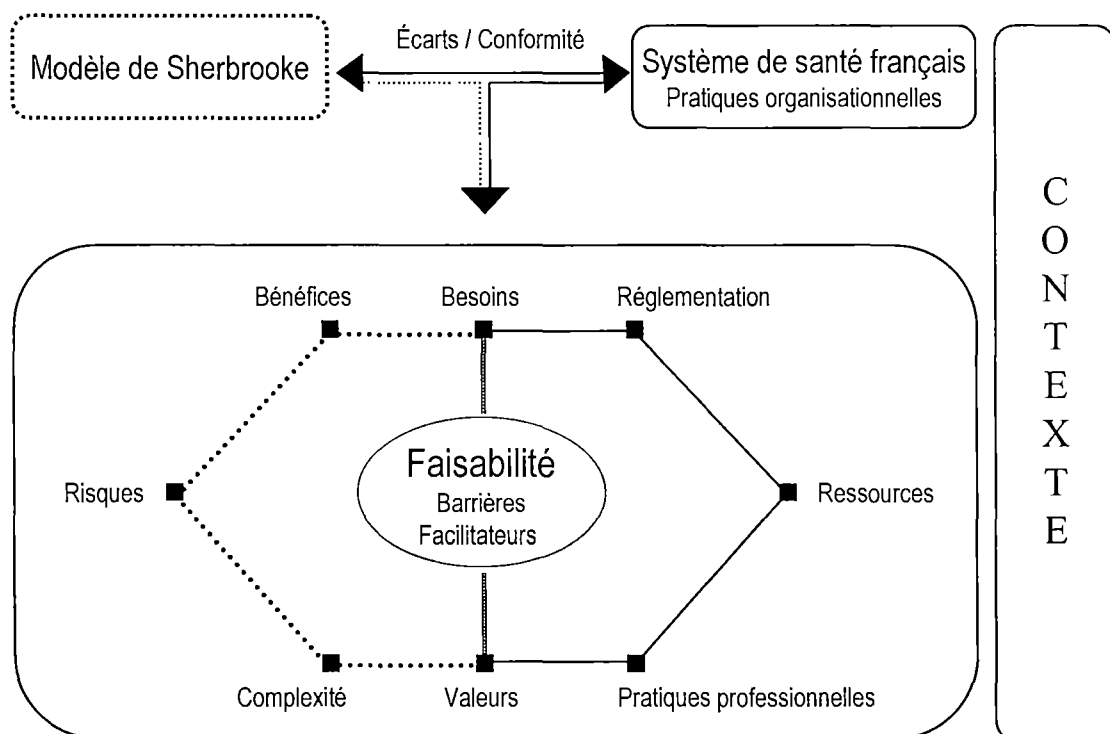
pratiques de prévention de l'incapacité au sein du service social, du service médical ou du service prévention de l'assurance maladie.

## 5.1.3 CADRE CONCEPTUEL REVISE

### 5.1.3.1 Dimensions du modèle

Le cadre conceptuel révisé représenté en **figure 13** ci-dessous intègre et relie l'ensemble des catégories d'analyse issues du cadre conceptuel initial et celles ayant été modifiées ou créées pendant le processus d'analyse.

**Figure 13 : Cadre conceptuel révisé**



Le modèle de Sherbrooke représente l'innovation dont la faisabilité est étudiée dans son éventuel contexte d'adoption. Le système de santé français correspond au contexte d'adoption considéré ; il inclut les pratiques organisationnelles des institutions d'appartenance des répondants. Les écarts et la conformité correspondent aux résultats de l'évaluation normative comparant le modèle opérationnel du modèle de Sherbrooke et les modalités de prise en charge de lombalgies dans chaque région étudiée.

La figure hexagonale représente les huit dimensions de la faisabilité qui ont été analysées dans le but d'identifier les barrières et les facilitateurs à l'implantation du modèle de Sherbrooke. Les dimensions figurant sur la partie en trait pointillé de la figure sont reliées aux caractéristiques de l'innovation : les **bénéfices** ; les **risques** ; la **complexité** perçus. Les dimensions figurant sur la partie en trait plein sont reliées au contexte d'adoption : la **réglementation** ; les **pratiques professionnelles** des répondants; les **ressources**. Les dimensions figurant à l'intersection des traits pleins et pointillés se rapportent à la fois aux caractéristiques de l'innovation et aux caractéristiques de son contexte d'adoption : les **besoins** perçus ; les **valeurs** des répondants.

Le **contexte** regroupe différentes informations selon qu'il s'agit par exemple du contexte des entreprises (contexte local) ou bien du contexte extérieur de l'assurance maladie, des professionnels de santé, des services de santé au travail (auquel cas il s'agit d'un contexte de niveau intermédiaire local-régional). Enfin, le contexte peut correspondre à des informations de portée supra-régionale (auquel cas il s'agit d'un niveau de contexte national).

D'après la recension des écrits effectués initialement, certaines dimensions de la faisabilité correspondent automatiquement à des barrières :

- un niveau élevé de **complexité** perçue par les adopteurs constitue une barrière à l'adoption de l'innovation considérée (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 1995a) et à l'adoption des recommandations pour la pratique clinique (Francke et al., 2008).
  
- La perception des **risques** et leur répartition inégale chez les adopteurs constituent des barrières à l'adoption des innovations (Denis et al., 2002), à la conduite du changement organisationnel (Buchanan et al., 2005) et à l'adoption des données probantes (Foy et al., 2001).
  
- La **discordance des valeurs** des adopteurs avec celles véhiculées par l'innovation constitue une barrière à son adoption (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004), à la conduite du changement dans les organisations (Buchanan et al., 2005) et à l'adoption des recommandations pour la pratique clinique (Foy et al., 2002; Locock et al., 2001).
  
- L'importance des **écarts** entre les pratiques organisationnelles des adopteurs et celles requises par l'innovation considérée détermine l'ampleur des changements à apporter. La nécessité d'apporter des changements importants est considérée comme une barrière à l'adoption des innovations et à l'implantation du changement car les adopteurs ont spontanément tendance à maintenir le *statu quo* (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004).



- Le **manque de ressources** est fréquemment cité comme une barrière importante à l'implantation du changement et l'adoption des innovations, qu'il s'agisse de ressources humaines, financières, symboliques ou autres (Buchanan et al., 2005; Desbiens & Dagenais, 2002; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004).

D'autres dimensions de la faisabilité constituent à l'inverse des facilitateurs d'après la littérature :

- La perception des **besoins** par les adopteurs facilite l'adoption des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 1995b), l'amélioration de la qualité des soins (Gross et al., 2008) et le changement organisationnel (Kegler et al., 2008).

- Les **bénéfices** perçus par les adopteurs sont également des facilitateurs à l'adoption des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 1995a) et à la conduite du changement dans les organisations (Gross et al., 2008).

- La **concordance des valeurs** des adopteurs avec celles véhiculées par l'innovation facilite son adoption (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004), favorise la conduite du changement (Buchanan et al., 2005) et l'adoption des recommandations pour la pratique clinique (Michie et al., 2007).

- La **conformité** entre les pratiques organisationnelles des adopteurs et celles requises par l'innovation est considérée comme un facilitateur dans la mesure où elle minimise l'ampleur des changements nécessaires (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004).

Deux dimensions de la faisabilité du cadre conceptuel révisé nécessitent d'être analysées dans leur contexte pour déterminer si elles sont susceptibles de constituer des barrières ou des facilitateurs. Il s'agit de la réglementation qui détermine dans une certaine mesure les pratiques organisationnelles et les pratiques individuelles. Il s'agit encore des pratiques individuelles des professionnels de santé, des gestionnaires de l'assurance maladie et des acteurs du monde du travail. En résumé, les composantes du cadre conceptuel révisé permettent d'identifier les barrières et les facilitateurs à l'implantation du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français selon la correspondance établie dans le **tableau 6** ci-dessous.

**Tableau 6 : Barrières et facilitateurs d'après les dimensions du cadre conceptuel révisé**

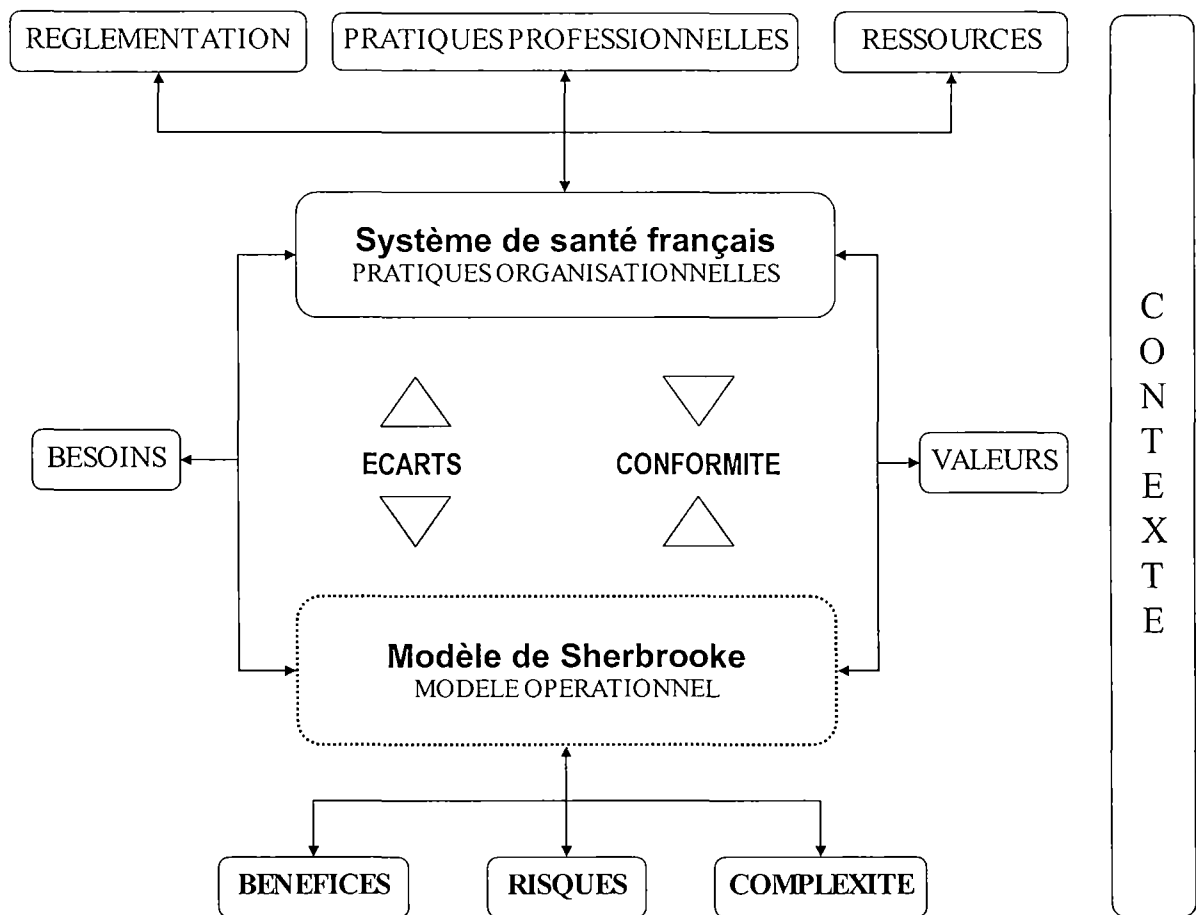
<b>Dimensions de la faisabilité</b>	<b>Barrières</b>	<b>Faciliteurs</b>
Besoins	Pas de besoins perçus	Besoins perçus
Bénéfices	Pas de bénéfices perçus	Bénéfices perçus
Risques	Risques perçus	Pas de risques perçus
Complexité	Complexité perçue	Pas de complexité perçue
Valeurs	Valeurs discordantes	Valeurs concordantes
Pratiques professionnelles	Ecart avec le MS	Conformité avec le MS
Pratiques organisationnelles	Ecart avec le MS	Conformité avec le MS
Réglementation	Incompatibilité avec le MS	Compatibilité avec le MS
Ressources	Absentes	Disponibles

### 5.1.3.2 Représentation alternative

La **figure 14** (page suivante) est une représentation alternative du cadre conceptuel révisé qui mentionne les relations possibles entre les dimensions du modèle susceptibles de générer des hypothèses causales quant à l'origine des barrières et des facilitateurs identifiés. Au centre de la figure sont représentés le contexte d'adoption (système de santé français) et l'innovation dont la faisabilité est évaluée (modèle de Sherbrooke). Les écarts entre le modèle de Sherbrooke et les modalités de prise en charge des lombalgies en France sont des barrières à la faisabilité du modèle de Sherbrooke. L'importance de ces écarts détermine l'ampleur des changements à apporter pour implanter le modèle. Au contraire, une organisation des soins conforme au modèle de Sherbrooke est un facilitateur à sa faisabilité dans la mesure où cette conformité diminue l'ampleur des changements à apporter.

L'organisation de la prise en charge des lombalgies en France (pratiques organisationnelles) est déterminée par différents facteurs dont la réglementation, les ressources disponibles et les pratiques individuelles des différents acteurs. Au-delà de la simple observation des écarts et de la conformité entre le modèle de Sherbrooke et l'organisation des soins en France, ces relations permettent d'identifier les déterminants à l'origine des écarts et de la conformité observés. On retrouve ici les différents niveaux des barrières et facilitateurs à l'utilisation des connaissances mentionnés dans la recension des écrits, soit le niveau des individus, le niveau de leur contexte interne de travail (organisation des soins) et le contexte externe (la réglementation et les ressources).

**Figure 14 : Représentation alternative du cadre conceptuel révisé**



Dans la perspective de formuler une intervention d'implantation du modèle de Sherbrooke, cette représentation alternative du cadre conceptuel révisé permet de formuler des hypothèses sur les déterminants des écarts observés. La réduction de ces écarts passerait alors par des interventions visant à corriger leurs déterminants situés par exemple au niveau des pratiques individuelles, des ressources ou de la réglementation.

Dans la partie inférieure de la figure, on retrouve les caractéristiques de l'innovation qui déterminent habituellement sa faisabilité à savoir les bénéfices, les risques et la complexité perçus du modèle de Sherbrooke par les adopteurs potentiels.

De chaque côté de la figure sont représentées deux dimensions qui sont liées à la fois au contexte d'adoption et à l'innovation. Les besoins perçus par les adopteurs sont déterminés en partie par l'appréciation de leur propre situation (prise en charge des lombalgies en France). Ces besoins sont également déterminés par leur perception de l'innovation considérée (bénéfices, risques et complexité du modèle de Sherbrooke).

Les valeurs des adopteurs sont également liées au contexte d'adoption et à l'innovation considérée. Les valeurs des adopteurs déterminent d'une part les pratiques professionnelles et organisationnelles de prise en charge des lombalgies en France. D'autre part, ces valeurs vont déterminer la vision du modèle de Sherbrooke par les adopteurs et vont influencer leur perception des bénéfices et des risques associés à cette innovation.

## **5.2 BARRIÈRES ET FACILITATEURS**

Les résultats présentés ici correspondent à l'objectif secondaire de l'étude, soit identifier et décrire les barrières et les facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français. Le devis initial de recherche était celui d'une étude de cas multiples dans une logique de réplique théorique avec la dimension du leadership collectif comme élément de contraste entre les deux régions. Cette dimension n'ayant pas été retenue dans le cadre conceptuel révisé, le plan d'analyse a été modifié pour finalement

être celui d'une étude de cas multiples dans une logique de réplique littérale. Les conséquences de cette modification sont discutées dans la section du chapitre 6 sur les limites de l'étude.

Après la description de l'échantillonnage, des répondants et des modes de collecte de données, la présentation des résultats procède en trois parties. La première partie est consacrée à décrire les barrières et les facilitateurs d'après les dimensions de la faisabilité du cadre conceptuel révisé. Ensuite, la seconde partie est consacrée à décrire les écarts et la conformité de la prise en charge des travailleurs lombalgiques en France comparativement au modèle de Sherbrooke. Enfin, la troisième partie est consacrée à décrire les barrières et facilitateurs identifiés dans les quatre entreprises étudiées.

L'origine professionnelle et le codage des répondants sont représentés en **annexe 8**. Les modalités de collecte des données sont représentées dans le **tableau 7** ci-dessous.

**Tableau 7 : Modalités de collecte de données parmi les trois catégories de répondants**

	Professionnels de santé	Assurance maladie	Entreprises	TOTAL
<b>Région A</b>				
Entrevues	7	0	2	9
Groupes de discussion	0	2 [6+4]	2 [3 + 3]	4
Nombre de participants	8*	10	6**	24
<b>Région B</b>				
Entrevues	4	4	5	13
Groupes de discussion	3 [5+10+11]	0	0	3
Nombre de participants	30	4	5	39

Les chiffres entre crochets correspondent au nombre de participants aux groupes de discussion

\* Une entrevue a été réalisée avec deux répondants

\*\* Les deux répondants des entrevues ont participé également aux groupes de discussion

Les analyses intra-cas pour identifier et décrire les barrières et les facilitateurs à l'intérieur de chaque région et les analyses inter-cas pour les comparer ont procédé à partir des documents construits à cette intention et joints en annexe :

Région A	
Matrices conceptuelles hiérarchiques des dimensions de la faisabilité (A)	Annexe 9
Cartes cognitives des dimensions de la faisabilité (A)	Annexe 10
Matrices synthétiques comparatives intra-cas des barrières et facilitateurs (A)	Annexe 11
Région B	
Matrices conceptuelles hiérarchiques des dimensions de la faisabilité (B)	Annexe 12
Cartes cognitives des dimensions de la faisabilité (B)	Annexe 13
Matrices synthétiques comparatives intra-cas des barrières et facilitateurs (B)	Annexe 14
Comparaison des régions A et B	
Cartes cognitives comparatives inter-cas des dimensions de la faisabilité	Annexe 15
Matrices synthétiques comparatives inter-cas des barrières et facilitateurs	Annexe 16

## 5.2.1 DIMENSIONS DE LA FAISABILITÉ

### 5.2.1.1 Besoins exprimés

La catégorisation décrite par Pineault et Daveluy a été retenue pour classer les besoins car elle correspond à une perspective d'évaluation des besoins dans le domaine de la planification de la santé (Pineault & Daveluy, 1995a). Les problèmes mentionnés par les répondants peuvent se rapporter non seulement à un problème de santé, mais aussi à ses déterminants en amont, ou encore en aval s'agissant de ses conséquences et de sa prise en charge par le système de santé.

Les déterminants des lombalgies sont évoqués de façon convergente entre les deux régions. Ces besoins portent sur les conditions de travail et les facteurs de risque professionnels de lombalgies. Dans la région A, cette thématique est abordée essentiellement par des répondants des milieux de travail (AA3-R1; AA3-R2; AA3-R3; AA4-R1; AA4-R4) et par un seul répondant professionnel de santé (A1). Dans l'autre région, cette thématique est abordée aussi bien par les professionnels de santé (B1 ; B4 ; BB1-R1 ; BB3-R3 ; B12 ; BB2-R1) que par les répondants des milieux de travail (BB3-R5 ; B5; B6; BB3-R3) et un répondant de l'assurance maladie (B13).

« (...) on sait bien de quoi on cause puisque le dos, c'est un capital vital pour nous, qui est sollicité tous les jours, tous les jours, tous les jours. (...) C'est que des petites positions vicieuses comme ça, (...) c'est des tensions qui arrivent dans le dos ».

(AA3-R2) Salariée, entreprise E-A1

« (...) qu'est-ce qui donne le mal au dos? (...) C'est les conditions de travail. (...) et la productivité aussi. Plus ça va, plus faut produire. (...) Ah oui, tous les ans il faut de la productivité.»

(B5) Salarié, représentant syndical et du CHSCT, entreprise E-B1

Les caractéristiques des lombalgies sont également évoquées de façon convergente entre les deux régions. Elles concernent la composante psychologique évoquée dans la région A (A1 ; A3; A6; AA2-R1; AA3-R2) autant que dans la région B (B1; B2; B3; B4; B9; B11; BB3-R4). Plus spécifiquement, la peur du retour au travail est mentionnée dans les deux régions (A1 ; A6 ; AA1-R3 et B11). Les problématiques sociales associées aux lombalgies sont évoquées dans les deux régions (A7; AA3-R2; AA3-R3 et B1; B4; B9; B11).

« Revenir dans l'entreprise, exposé aux autres en étant soi même fragilisé, etc., (...) ça demande un effort, parce que ce n'est pas simple pour le salarié fragilisé. Donc, il faut qu'il reprenne confiance en lui, (...) c'est pas évident. »

(AA1-R3) Assistante sociale de l'Assurance maladie

« L'importance pour eux, c'est de reprendre confiance en eux, de se rendre compte aussi qu'ils peuvent faire des choses. »

(B2) Ergonome, en équipe interdisciplinaire de réadaptation



L'importance des relations collectives de travail n'a été soulignée que dans la région B (B1; B6; B9; B11). L'analyse des verbatims et des conditions d'évocation de cette thématique par les répondants renvoie aux caractéristiques individuelles des répondants en termes de sensibilité et d'expérience. La triangulation effectuée auprès de médecins du travail de la région A permet d'affirmer que les relations collectives de travail sont également importantes dans cette région. Enfin, la triangulation avec la littérature scientifique permet de souligner le caractère général de l'importance des relations collectives de travail (MacEachen et al., 2006). Cette ligne d'arguments permet de dire que la divergence d'évocation entre les deux régions n'est pas attribuable à une caractéristique de la région B dans laquelle cette thématique a été évoquée.

« Et quand il va revenir dans l'entreprise, il a à travailler, effectivement, le regard de ses collègues. Voilà, dans les représentations aussi de l'arrêt (...). Tandis que eux, ils ont dû mettre les bouchées doubles, quoi.»

(B11) Assistante sociale de l'Assurance maladie

Les conséquences des lombalgies sont évoquées de façon globalement concordante entre les deux régions. L'importance des arrêts de travail est mentionnée dans les deux régions (AA1-R3; AA4-R1 et B7; B8; BB2-R1). Il en est de même pour les statistiques d'accidents du travail et de maladies professionnelles (A4; A9; AA1-R2; AA1-R3 et B4; B6; B7; B12). Les enjeux du maintien en emploi sont évoqués par un moindre nombre de répondants dans la région A (A5; AA3-R1) que dans la région B (B4; B5; B7; B9; B11; B13; BB1-R1; BB1-R2; BB3-R3; BB3-R11). Ce décalage est corroboré par la thématique d'une population à risque de désinsertion professionnelle soulignée uniquement dans la région B (B1; B11; BB3-R4; BB3-R7). L'interprétation de cette divergence entre les deux régions en termes de nombre de répondants est difficile. Il est possible que les différences d'échantillonnage et de collecte des données entre les deux régions jouent un rôle dans ce décalage : en effet, il y a

au total un nombre plus important de participants dans la région B que dans la région A compte tenu d'un nombre et d'une taille plus importants des groupes de discussion dans la région B.

« Il y a quand même beaucoup de gens en grande difficulté sociale et beaucoup de gens qui arrivent à 56 ou 57 ans avec des évolutions pour licenciement, voilà, pour inaptitude, et qui vont plutôt aller vers des systèmes de retraite. »  
(B11) Assistante sociale de l'Assurance maladie

Les besoins en termes de prise en charge sont globalement concordants entre les deux régions. La capacité insuffisante des services de réadaptation est soulignée dans les deux régions (A1 ; A8 et B1; B2; B3). Il en est de même pour le caractère tardif de la prise en charge mentionné par un nombre considérable de répondants dans les deux régions (A4 ; A5 ; AA1-R1 ; AA1-R3 et B2; B3; BB1-R1; BB1-R2; BB1-R4 ; BB1-R5; BB2-R1; BB3-R3; BB3-R10). Le caractère excessivement médicalisé de la prise en charge est mentionné dans les deux régions (A2 ; A3 ; A7 et B2; B7; B9; BB1-R2; BB1-R5; BB2-R1). Il en est de même au sujet du manque de lien entre la prise en charge en réadaptation et le milieu de travail (A2; A3; A7; AA1-R4; AA1-R5 et B2; B3; B13; BB3-R3; BB3-R4 ; BB3-R9). Enfin, des problèmes de collaboration intersectorielle entre différentes institutions sont soulignés par un nombre important de répondants dans les deux régions (A4 ; A5 ; A7 ; A9; AA1-R3 ; AA4-R3; AA4-R1 et B1; B2; BB1-R5; BB2-R2 ; BB3-R3).

« (...) dans les sessions RFR [restauration fonctionnelle du rachis] que nous pratiquons ici, il y a très, très peu de liens avec le milieu professionnel.»  
(A2) Ergothérapeute, en centre de réadaptation

« Bien nous, le problème, c'est que les signalements... on les a tard. Donc, on peut pas intervenir beaucoup plus en amont. Les gens qui arrivent en réentraînement à l'effort arrivent souvent en fin de parcours.»  
(B2) Ergonome, en équipe interdisciplinaire de réadaptation

Un seul répondant souligne la limitation des capacités d'adaptation des entreprises dans le processus du retour au travail d'un travailleur blessé. La triangulation auprès de trois médecins du travail extérieurs aux régions étudiées et avec la littérature scientifique (Baril & Berthelette, 2000; Eakin, MacEachen, & Clarke, 2003) a permis de confirmer que cette thématique n'est pas spécifique à la région étudiée.

*D'après l'analyse comparative des besoins mentionnés par les répondants des deux régions, on peut considérer qu'il n'existe pas de divergence attribuable aux caractéristiques d'une région particulière et que ces besoins peuvent être considérés de façon similaire entre les deux régions.*

### **5.2.1.2 Bénéfices perçus**

Les bénéfices perçus pour les travailleurs sont évoqués de façon convergente entre les deux régions. Ils portent sur le maintien en emploi / la participation sociale des travailleurs, leur réassurance, l'amélioration de leurs conditions de travail et la facilitation du retour au travail. Les bénéfices pour les travailleurs sont mentionnés par le plus grand nombre de répondants aussi bien dans la région A (A1 ; A2 ; A3 ; A6 ; A8 ; AA1-R3 ; AA3-R1 ; AA3-R2; AA3-R3) que dans la région B (B1 ; B2 ; B4 ; B5 ; B6 ; B7 ; B9 ; B12 ; BB2-R2; BB2-R3; BB2-R9; BB3-R3).

« On n'attend pas de lui qu'il fasse... qu'il soit tout de suite à 100% de son efficacité. Donc, là, (...) ça serait beaucoup plus confortable pour tout le monde. »  
(AA3-R3) Cadre de proximité, entreprise E-A1

« (...) la victime, elle est accompagnée durant son arrêt, je trouve que c'est une bonne chose, quoi, elle est pas laissée... livrée à elle-même...»  
(B5) Salarié, représentant syndical et du CHSCT, entreprise E-B1

Les bénéfices perçus pour les entreprises sont mentionnés par des répondants dans les deux régions. Le bénéfice financier est évoqué dans la région A (A4; A6; A8) et dans la région B (B6; B7; BB3-R3). D'autres thématiques ne portent pas le même intitulé mais peuvent être considérées comme convergentes : un répondant de la région A parle d'un bénéfice en termes d'amélioration du climat social (AA1-R2), notion proche du bénéfice collectif évoqué par un répondant de la région B (BB1-R5). Le bénéfice pour l'entreprise en termes de facilitation du retour au travail est mentionné par deux répondants de l'entreprise E-A1 : le directeur de l'entreprise (AA3-R1) et une responsable d'équipe (AA3-R3). Ce type de bénéfice a aussi été mentionné par des répondants de la région B s'agissant de l'intérêt pour le travailleur d'être accompagné durant son retour dans l'entreprise (B5; B6).

« (...) la manière dont on traite les plus fragiles est quand même un symbole fort donné à l'ensemble du corps social de l'entreprise (...). »

(AA1-R2) Gestionnaire de l'Assurance maladie (service prévention)

« Enfin, dès lors qu'on peut essayer d'accélérer la reprise du travail et de limiter les arrêts, forcément, je suis intéressé. Sur un plan purement économique. Bon, c'est à peu près logique. »

(B7) Chef d'entreprise, entreprise E-B1

Les bénéfices perçus par les répondants à titre personnel forment un ensemble de thématiques différentes qu'il est difficile de regrouper de façon cohérente. Ces bénéfices perçus à titre personnel semblent provenir de la correspondance entre des caractéristiques du modèle de Sherbrooke (précocité et globalité de la prise en charge, caractère innovant, pluridisciplinarité, caractère pragmatique et consensuel, efficacité et efficience du modèle, amélioration des conditions de travail) avec des valeurs et /ou des intérêts personnels des répondants. Les variations observées des bénéfices perçus à titre personnel à l'intérieur de chaque région et entre les deux régions ne semblent pas devoir être attribuées à des

caractéristiques régionales particulières mais plutôt à des caractéristiques individuelle des répondants et attribuables à l'échantillonnage de ces derniers.

*D'après l'analyse comparative des bénéfices mentionnés par les répondants des deux régions, on peut considérer qu'il n'existe pas de divergence attribuable aux caractéristiques d'une région particulière, et que ces bénéfices peuvent être considérés de façon similaire entre les deux régions.*

### 5.2.1.3 Risques perçus

Les risques perçus pour les travailleurs sont mentionnés dans les deux régions. Bien que les thématiques ne soient pas strictement identiques, il est possible de les regrouper dans un ensemble homogène considéré comme une catégorie de risque moral correspondant aux principes éthiques d'autonomie et de non-malfaisance.

« (...) si, dès la première semaine, on leur dit bon, on va aller en entreprise, on... on peut sentir cette pression à vouloir à tout prix les remettre au boulot... »

(A1) Kinésithérapeute, en centre de réadaptation

« Les brimades peuvent aller des autres opérateurs sur le gars qu'on va être en train d'aider. (...) Se faire casser par ses propres collègues de travail, y a rien de pire. »

(B6) Salarié, représentant syndical et du CHSCT, entreprise E-B1

Les risques perçus pour les entreprises sont évoqués de façon différente entre les deux régions. Seul le risque de nature juridique est évoqué de façon identique entre les deux régions. Il correspond au fait que, réglementairement, un arrêt de travail suspend le contrat de travail entraînant ainsi la suspension de l'assurance pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. À ce titre, le retour dans l'entreprise d'une personne en arrêt de

travail entraîne un risque juridique pour l'employeur. Ce risque est déterminé par une notion législative qui s'applique à l'ensemble du territoire français.

« (...) il y a une responsabilité de l'employeur qui est omniprésente. Avec l'intervention d'avocats etc. Donc, là, si vous voulez, ils hésitent aussi à reprendre parce que ça risque d'être dangereux pour leur dos. »

(AA2-R1) Médecin-conseil de l'Assurance maladie

« Vous avez parlé de la phobie des salariés à reprendre leur ancien emploi, la phobie du médecin, mais il y a aussi la phobie de l'employeur qui a peur d'exposer des gens à des travaux qui pourraient augmenter encore leur handicap et qui pourraient coûter encore beaucoup plus cher. »

(BB2-R2) Médecin du travail, en service inter-entreprise

Le risque financier pour les entreprises n'est mentionné que dans la région B par trois répondants (B1; B7; B9). Ce risque correspond au manque à gagner pour les petites et moyennes entreprises devant libérer du temps pendant le processus du retour au travail ou encore la diminution de productivité des salariés en réadaptation. Ces risques ont été confirmés par la triangulation auprès de trois médecins du travail extérieurs aux régions étudiées. Ils sont susceptibles de s'appliquer à l'ensemble des entreprises et ne peuvent pas être attribués à une particularité de la région B dans laquelle ils ont été évoqués.

« Tout ça est extrêmement consommateur de ressources. Euh... comment on juge les critères de tri... Comment on fait les choix, sur quelles bases, comment on anticipe ? »

(B7) Chef d'entreprise, entreprise E-B1

Le risque social n'est mentionné que dans la région B par un chef d'entreprise (B7) qui évoque le risque de détournement du modèle de Sherbrooke au profit de revendications sociales. Ce risque correspond clairement à une expérience antérieure du répondant qui est de nature à conditionner sa perception du modèle de Sherbrooke. Il ne correspond pas à une particularité de la région dans laquelle il a été mentionné mais correspond à un niveau de contexte historique et local au niveau de l'entreprise. Les répondants interrogés pour

triangler cette information ont été trois médecins du travail impliqués dans le maintien dans l'emploi des salariés atteints de troubles musculosquelettiques. D'après eux, ce risque ne peut pas être considéré comme négligeable mais surviendrait préférentiellement dans des entreprises où la dégradation du climat social est propice à l'utilisation des thématiques de santé au travail comme motifs de conflit.

« Moi, j'ai eu une expérience un peu douloureuse avec un ergonome dans la mesure où... c'est... les conclusions de l'ergonome étaient devenues, en fait, les revendications des représentants du personnel. (...) Il avait servi de caution.»

(B7) Chef d'entreprise, entreprise E-B1

Les risques perçus pour l'assurance maladie n'ont été mentionnés que dans la région A. Il existe d'après deux répondants un risque juridique associé au partage d'informations médicales entre les intervenants dans la prise en charge du modèle de Sherbrooke (AA1-R3 ; AA2-R1). Ce partage d'informations est susceptible de contrevenir à la législation relative au secret médical et à la confidentialité des données de santé. Ici encore, ce risque est déterminé par une notion législative qui s'applique à l'ensemble du territoire français.

« (...) on nous engageait cependant à la plus grande prudence, (...) et (que) si il y a le moindre problème, vous en serez responsables, on vous a avisé. (...) donc, du coup... la mesure de précaution a prévalu (...). »

(AA1-R3) Gestionnaire de l'Assurance maladie (service social)

Un risque financier pour l'assurance maladie est mentionné par un répondant évoquant une augmentation incontrôlée des dépenses de santé si des rémunérations spécifiques devaient être accordées aux professionnels intervenant dans la prise en charge (B8). Ce risque correspond d'après l'expérience du chercheur à une réticence importante et récurrente de l'assurance maladie dans le cadre du financement des réseaux de santé. Cette information a

été triangulée auprès d'un médecin responsable d'un réseau de santé au niveau d'une autre région.

« Je pense plutôt que l'assurance maladie a extrêmement peur d'ouvrir des boîtes de Pandore pour les professionnels libéraux parce que, si elle dit je donne un cas de plus à un médecin ou à un kinésithérapeute, où vais-je aller? »

(A8) Président d'un service de santé au travail

Les risques perçus à titre personnel par les répondants sont identiques entre les deux régions : il s'agit d'un risque de surcharge de travail, mentionné par deux répondants dans la région A (A1 ; AA2-R1) et par trois répondants de la région B (B2; B7; B12). Un seul répondant (B3) évoque un risque juridique perçu à titre personnel.

« Il me semble que dans le cadre de notre travail actuel, actuellement, ce serait une charge de travail considérable (...). Enfin, ça me paraît assez lourd. »

(AA2-R1) Médecin-conseil de l'Assurance maladie

*D'après l'analyse comparative des risques mentionnés par les répondants des deux régions, on peut considérer qu'il n'existe pas de divergence attribuable aux caractéristiques d'une région particulière et que ces risques peuvent être considérés de façon similaire entre les deux régions.*

#### **5.2.1.4 Complexité perçue**

La complexité perçue du modèle de Sherbrooke par les répondants est globalement convergente entre les deux régions. Il s'agit moins d'obstacles à la compréhension que des questions posées pour faire préciser certains aspects du modèle de Sherbrooke, et plus particulièrement les aspects opérationnels en lien avec le milieu de travail. Les questions



sur les composantes (interventions) du modèle de Sherbrooke ont été posées dans les deux régions (A1; A2; AA2-R1 et B1; B2; B3; B8; BB2-R2).

En lien avec cette première thématique, le rôle des différents acteurs dans la prise en charge a fait l'objet de questions de la part de répondants dans la région A (A3 ; AA1-R1 ; AA1-R3 ; AA2-R1). Les questions posées sur la population visée par le modèle de Sherbrooke ont été exprimées dans les deux régions (A3; AA1-R1 et B7; BB3-R4). Enfin, des précisions sur les aspects législatifs liés au modèle de Sherbrooke ou à son adaptation dans le système français ont été demandées dans les deux régions (A1; AA2-R1 et BB1-R1; BB3-R2).

*D'après l'analyse comparative de la complexité perçue par les répondants des deux régions, on peut considérer qu'il n'existe pas de divergence attribuable aux caractéristiques d'une région particulière et que la complexité perçue être considérée de façon similaire entre les deux régions.*

### **5.2.1.5 Réglementation**

Un grand nombre d'éléments relatifs à la réglementation ont été mentionnés dans les deux régions. Compte tenu de la variété des thématiques évoquées, il est difficile de parler de convergence ou de divergence entre les deux régions. Il convient cependant de rappeler que ces règles de droit s'appliquent de façon indifférente à l'ensemble du territoire français quelle que soit la région considérée. Les éléments juridiques mentionnés peuvent être regroupés de la façon suivante :

- l'encadrement des professionnels de santé (médecins conseils, médecins du travail, médecins traitants)
  
- la détermination des missions et des légitimités institutionnelles au niveau de l'assurance maladie (plus particulièrement au niveau du service social et du service prévention de la CRAM), des services de santé au travail ou encore des réseaux de soins
  
- les mesures mobilisables dans le cadre du maintien dans l'emploi : le signalement des assurés sociaux à risque de désinsertion professionnelle ; la visite de pré-reprise et de reprise ; la reprise du travail à temps partiel thérapeutique ; les visites et les aménagements de poste ; le contrat de rééducation chez l'employeur
  
- les notions juridiques applicables aux salariés en arrêt de travail : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ; l'aptitude ou l'inaptitude au travail ; l'invalidité
  
- les particularités juridiques de la fonction publique hospitalière : les salariés statutaires relevant de la fonction publique hospitalière ne sont pas régis par le code du travail et le code de la sécurité sociale comme les salariés du secteur privé mais par le code de la fonction publique avec l'intervention d'instances différentes (dont la commission de réforme)

Deux notions juridiques semblent particulièrement importantes: la suspension du contrat de travail entraînée par l'arrêt de travail et les contraintes afférentes à l'obligation du respect du secret médical et de la confidentialité des données de santé.

L'importance du secret médical a été mentionnée par plusieurs répondants. Un gestionnaire de l'assurance maladie signale plusieurs refus de la CNIL (commission nationale informatique et libertés) à des projets nécessitant le partage d'informations de santé. Ces barrières réglementaires semblent un obstacle particulièrement important à l'identification précoce des travailleurs à risque d'évoluer vers l'incapacité prolongée au travail.

« On sait les uns les autres en la matière, que l'information précoce et la détection précoce, c'est vraiment le nœud d'une intervention efficace sur le maintien dans l'emploi. (...) mais pour des raisons notamment juridiques de grande prudence (...) on a été un peu contrecarrés, un peu mis à mal, et nous n'en sommes pas vraiment sortis. »  
(AA1-R3) Gestionnaire de l'Assurance maladie (service social)

La suspension du contrat de travail pendant l'arrêt de travail est soulignée par plusieurs répondants. Cette barrière réglementaire semble un obstacle important au retour dans l'entreprise d'un travailleur qui reste en arrêt de travail.

« Et bien moi, ce que je vois comme problème, je pense que c'est quel est le statut du salarié pendant le temps de la réadaptation. Est-ce qu'il est en arrêt de travail ou il n'est pas en arrêt de travail?... (...) Il y a des problèmes médico-légaux (...) Parce que on va vous dire s'il y a un accident du travail, qu'est-ce qui se passe? »  
(BB2-R2) Médecin du travail, en service inter-entreprise

*Malgré le caractère hétérogène de l'évocation des différents éléments juridiques par les répondants dans les deux régions, ces éléments possèdent un caractère supra-régional. Ils s'appliquent de façon indifférente dans l'une ou l'autre des régions à l'étude et sur l'ensemble du territoire français.*

### **5.2.1.6 Pratiques professionnelles**

Les éléments relatifs aux pratiques professionnelles ont été évoqués par les répondants dans les deux régions avec un nombre important de thématiques différentes évoquées par

un petit nombre de répondants (un à trois répondants le plus souvent). Quelques thématiques particulières ont été évoquées par un plus grand nombre de répondants et possèdent ainsi un degré de triangulation plus important. Outre cette variété, plusieurs thématiques contradictoires ont été évoquées à l'intérieur de certaines catégories professionnelles.

### **Barrières**

La limitation mentionnée le plus souvent chez les médecins traitants est leur manque de connaissances sur le milieu de travail susceptible d'être une barrière à leur implication dans une démarche comme le modèle de Sherbrooke. Egalement, la faible durée de leurs consultations résultant du système de paiement à l'acte a été évoquée comme une limitation dans la prise en charge des cas complexes. Enfin, la réticence des médecins traitants à effectuer des signalements auprès de leurs confrères médecins du travail a été signalée.

« Et les médecins libéraux, dans notre pays, ont un rythme de vie qui est en fait le rythme économique de leur vie, hein, c'est-à-dire qu'ils reçoivent des gens tous les ¼ d'heures à leur cabinet et ils se font payer des honoraires du ¼ d'heure, puis ils passent au suivant. »  
(A8) Président d'un service de santé au travail

« Formés... formés, non, ils sont bien formés, ils savent ce que c'est qu'une lombalgie, (...) Maintenant, est-ce qu'ils feraient le signalement et à qui feraient-ils ce signalement, parce que, il y a encore le secret médical et tout... Ce sont des écueils, à mon avis. »  
(BB3-R1) Ergonome, en entreprise

Des limitations chez certains médecins du travail ont été soulignées concernant leur manque de connaissances en ergonomie, leur manque de méthode pour travailler collectivement et leur manque de temps.

« Tu as des médecins qui n'ont aucune culture technique, qui ne savent pas du tout ce que c'est que l'ergonomie... (...) et tu en as un certain nombre. »  
(A7) Médecin du travail

« (...) pour faire quelque chose de vraiment structuré, je pense pas que les médecins du travail puissent se substituer à un ergonome. »  
(BB2-R6) Médecin du travail, en service inter-entreprise

Des limitations chez certains kinésithérapeutes sont leur manque de connaissance sur les thématiques de santé au travail (A3 ; A6), l'utilisation de techniques passives ou la faible durée de consultations (A3). Ces informations correspondent à l'expérience personnelle du chercheur. Elles ont été également triangulées auprès d'un kinésithérapeute enseignant-chercheur dans une autre région qui les a confirmées.

« (...) les kinésithérapeutes s'éloignent de plus en plus du mouvement. (...) et dès que, [les patients] ont un petit mal, dès qu'ils ont une sciatique, ah bien surtout, vous ne bougez plus. »  
(A3) Kinésithérapeute, libéral

Les limitations des ergothérapeutes ont trait à leur manque de connaissances du milieu de travail et leur manque d'implication dans ce champ d'activité.

« Un ergothérapeute qui vous parle d'ergonomie, bon, il va vous dire, (...) ce sur quoi il a été formé, hein, ça a été l'adaptation, l'aménagement de la vie... enfin, de l'environnement de la vie quotidienne, c'est-à-dire non professionnelle. »  
(A6) Ergonome

Les limitations de certains ergonomes se rapportent à leur cadre de référence en analyse du travail et leurs habitudes d'intervenir longtemps dans le milieu de travail sur plusieurs semaines voire plusieurs mois.

« Nous, on peut avoir (...) trente heures de travail ou vingt heures de travail sur [une intervention courte]. Très courte. Très ciblée et très courte, où on tient très peu compte de l'organisation du travail (...). »  
(A9) Ergonome, entreprise E-A2

## **Facilitateurs**

Les potentialités des médecins du travail sont leur connaissance des entreprises et des salariés leur permettant d'assumer un rôle de veille et d'alerte sur l'apparition des troubles musculosquelettiques. Ils possèdent une légitimité réglementaire et sociale à intervenir dans les entreprises. Enfin, ils assument habituellement un rôle important dans le retour au travail et le maintien dans l'emploi des travailleurs ayant des troubles de santé.

Les potentialités des médecins traitants seraient d'effectuer l'identification et le signalement des salariés à risque d'évoluer vers le handicap au travail. Les médecins traitants seraient alors une porte d'entrée possible dans le modèle de Sherbrooke.

« En fait, pour la faisabilité de votre modèle, c'est le médecin traitant (...). Il faudrait introduire un protocole de lombalgique pour le médecin traitant.»  
(BB1-R1) Médecin du travail, en service inter-entreprise

Les potentialités des kinésithérapeutes en France se rapportent à leurs connaissances en anatomie et en physiologie et leur implication habituelle dans le reconditionnement à l'effort des patients. D'après ces éléments, ils seraient susceptibles d'assumer un rôle important dans une adaptation du modèle de Sherbrooke.

Une potentialité des ergonomes concerne leur apport privilégié dans la légitimation et la mise en évidence du rôle des facteurs psychosociaux en entreprise.

« Je crois que le rôle de l'ergonomie, c'est peut-être pas tellement le côté technique, scientifique, machin, tout ça, (...) c'est de dire, finalement, (...) on donne droit aux reconnaissances de facteurs humains (...). »  
(A6) Ergonome

Les potentialités des médecins conseils se situent au niveau de leur capacité à effectuer des signalements de travailleurs à risque de désinsertion, soit auprès du médecin traitant, soit auprès du médecin du travail.

Les potentialités des travailleurs sociaux ont été identifiées au niveau de leur connaissance et de leur légitimité à intervenir dans le champ du maintien en emploi.

« (...) elles ont une méthodologie d'accompagnement, (...) c'est justement une évaluation globale qui permet de comprendre la trajectoire de l'individu, donc, son parcours professionnel, mais autant individuel que familial (...). »  
(B11) Assistante sociale de l'Assurance maladie

Les potentialités des cadres de proximité dans les entreprises ont été identifiées au niveau de leur capacité à identifier et signaler les travailleurs en situation de difficulté.

« Et une ressource qui me paraît assez importante, c'est les cadres de proximité dans les services, qui connaissent quand même très bien leurs salariés, et qui peuvent voir des signes avant-coureurs de début d'épuisement.»  
(BB3-R9) Psychologue du personnel, entreprise E-B2

Les potentialités des représentants syndicaux ou membres du CHSCT ont été identifiées au niveau de leur capacité à se porter garants de la démarche ou encore de favoriser sa généralisation à d'autres sites de production.

« Convaincre la direction générale que ce sera un outil efficace. Donc, ça, c'est un « plus » du syndicat. (...) En s'investissant aussi pour mettre un accompagnateur dans la démarche, enfin, en travaillant avec l'ergonome, par exemple... Faire partie prenante du projet. »  
(B6) Salarié, représentant syndical et du CHSCT, entreprise E-B1

*La stratégie de recherche utilisée dans cette étude ne permet pas de faire une évaluation quantitative de la qualité des pratiques professionnelles qui aurait nécessité des méthodologies différentes. Les éléments évoqués par les répondants doivent être considérés comme des éléments qualitatifs pouvant être triangulés auprès d'autres informateurs clés, ou avec des données de la littérature grise ou encore d'enquêtes publiées sur les pratiques professionnelles.*

### **5.2.1.7 Ressources**

Les éléments relatifs aux ressources ont été évoqués de façon globalement convergente par les répondants entre les deux régions.

#### **Barrières**

La limitation des ressources financières de l'Assurance maladie est celle qui a été évoquée par le plus grand nombre de répondants dans les deux régions (A1 ; A3 ; A6 ; A7 ; A8 ; AA1-R3 ; AA2-R5 et B1; B2; B11). C'est également le cas pour la limitation des ressources financières des entreprises (A2; A4; A9; AA4-R1; AA4-R2 et B6; B12; BB1-R1; BB3-R10).

Les difficultés d'obtention des ressources financières auprès de l'AGEFIPH et/ou la fragilité de ces ressources ont été mentionnées par des répondants dans les deux régions (A5; A8 et B1; BB1-R1; BB2-R10).

« La Sécu a dit, nous, on finance la santé, ce qui est travail, c'est aux entreprises de financer. Ce qui est pas aberrant pour un financeur. »

(A7) Médecin du travail



« (...) nous n'avons pas les moyens de faire des propositions de services à l'ensemble des personnes en arrêt de travail. »

(B11) Assistante sociale de l'Assurance maladie

« (...) il faut que vous sachiez qu'on a un trou de 20 millions d'euros dans notre caisse, ce qui explique aussi la difficulté qu'on a à avoir le doublement de certains postes.»

(BB3-R10) Cadre du service des ressources humaines, entreprise E-B2

La limitation des ressources humaines a été mentionnée essentiellement au niveau des professionnels de santé dans les deux régions (A1; A3; A5; A6; A7 et B2; B3; B12; BB1-R1; BB2-R10). Cette limitation a été mentionnée également au niveau de l'assurance maladie dans les deux régions (AA1-R3; AA1-R4 et B9; B11).

« (...) on se heurte à des questions de temps médical. (...) Il faut qu'ils puissent passer 3 jours sur un cas, et pendant ces 3 jours, de voir personne. Tant qu'ils auront... on les obligera à voir tout le monde et tout faire en même temps, on n'y arrivera jamais. »

(A7) Médecin du travail

« Sur la difficulté de trouver des postes adaptés, notre difficulté de fond, (...) c'est qu'on n'a souvent pas le temps d'analyser exactement nos postes de travail.»

(BB3-R3) Assistante sociale du personnel, entreprise E-B2

Le manque de ressources symboliques (autorité, support de la hiérarchie administrative) des médecins du travail a été mentionné par un répondant :

« Pour le moment, elle est un peu seule, la santé au travail. (...) les médecins du travail, c'est ce qu'ils vivent, les mecs... Il faut gérer des cas où on n'a pratiquement pas de moyens, on n'a pas de leviers sur le travail, pratiquement aucun (...). »

(A7) Médecin du travail

## **Facilitateurs**

La possibilité de mobiliser des ressources financières auprès de l'AGEFIPH a été mentionnée par des répondants des deux régions (A4; AA1-R2 et B1; BB1-R1; BB2-R10). La possibilité de mobiliser des financements auprès de la DRTEFP a été évoquée par deux répondants de la région A (A4; AA1-R1) qui ont souligné également le caractère temporaire

et limité de ces financements. La triangulation auprès d'informateurs clés appartenant à une DRTEFP extérieure aux régions étudiées a confirmé que des financements pouvaient être mobilisés au niveau de la DRTEFP de chaque région.

« On peut être amené à intervenir... à faire intervenir l'AGEFIPH, enfin, les fonds de l'AGEFIPH pour les cas de réaménagement de poste, tout à fait. »  
(B3) Médecin de rééducation fonctionnelle, en équipe interdisciplinaire de réadaptation

La possibilité d'accéder à des ressources humaines (intervenants en prévention des risques professionnels) a été mentionnée par un seul médecin du travail dans la région B (BB1-R1). Cependant, cette possibilité fait référence à une disposition législative intervenue récemment dans le cadre de la réforme de la médecine du travail ; elle est donc susceptible de s'appliquer à l'ensemble du territoire français, ce qui a été confirmé par le recours à la triangulation auprès d'autres médecins du travail, auprès de la littérature grise et d'après l'expérience personnelle du chercheur. La possibilité de recourir à l'intervention d'un ergonome dans le cadre d'une prise en charge par une structure « Comète » est une spécificité de la région B. Cependant, cette possibilité est fortement limitée par le manque de temps de cet ergonome pour intervenir sur l'ensemble des travailleurs pris en charge.

« (...) avec l'équipe interdisciplinaire on est en train d'amener beaucoup de choses et beaucoup d'aides de notre côté, que ce soit les ergonomes, les assistantes sociales, etc.»  
(BB1-R1) Médecin du travail, en service inter-entreprise

*D'après l'analyse comparative des ressources mentionnées par les répondants des deux régions, on peut considérer qu'il n'existe pas de divergence importante attribuable aux caractéristiques d'une région particulière, et que le manque ou la disponibilité des ressources doit être considérée de façon similaire entre les deux régions.*

*Une divergence qu'il convient de mentionner concerne la possibilité de faire intervenir un ergonome pour les structures de réadaptation bénéficiant d'un label « Comète ». Ces structures labellisées se répartissent de façon globalement homogène sur le territoire français, mais il n'en existe pas dans la région A.*

### 5.2.1.8 Valeurs

#### Barrières

Des valeurs discordantes chez les professionnels de la réadaptation ne sont évoquées que dans la région A dans laquelle une vision très médicalisée de la pratique au sein de l'équipe de réadaptation est mentionnée par deux répondants (A1 ; A2). Bien que cette thématique n'ait pas été évoquée explicitement dans la région B, elle a été retrouvée lors de la reconstitution du modèle opérationnel de prise en charge de lombalgies dans le centre de réadaptation. Les résultats entre les deux régions sont donc convergents pour cette thématique particulière.

« Nous, on a une attitude plutôt de leur rendre service. De les aider à pouvoir retrouver des capacités fonctionnelles (...) »  
(A1) Kinésithérapeute, en centre de réadaptation

Des valeurs discordantes chez les médecins du travail ont été exprimées sous la forme de thématiques différentes entre les deux régions. Il s'agissait d'un faible investissement dans le retour au travail, de l'adhésion au principe d'éviction du salarié du poste pré-lésionnel, du désaccord avec le critère de la rapidité du retour au travail et d'une attitude monodisciplinaire défavorable à un travail en collaboration. Après triangulation auprès d'autres médecins du travail et d'après l'expérience personnelle du chercheur, ces divergences ne peuvent pas être attribuées à des caractéristiques régionales mais elles reflètent les caractéristiques individuelles des répondants qui les ont exprimées.

« Donc, le médecin, lui, il a son expertise, comme ça, il voit le problème, il diagnostique, et après, il prescrit. Et s'il diagnostique des problèmes de conception du travail, il va prescrire l'ergonomie. Or, l'ergonomie ne se décide pas, hein. »  
(A6) Ergonome

Des valeurs discordantes chez les médecins traitants ont été exprimées uniquement par des répondants de la région A (A4 ; A8; AA2-R5). Elles portent sur le manque de sensibilité sociale, l'attachement à une vision curative, les croyances dans les bénéfices du repos et le manque de motivation financière pour s'impliquer dans une prise en charge médico-sociale. Après triangulation auprès d'autres répondants (un médecin coordinateur d'un Réseau douleur ; un médecin omnipraticien libéral) et avec des données de la littérature (Coudeyre et al., 2006; Goupille, 2004), il s'avère que ces caractéristiques ne sont pas spécifiques à la région dans laquelle elles ont été évoquées mais elles correspondent à des valeurs relativement répandues chez les médecins généralistes quelle que soit leur région d'origine. Ces résultats correspondent également à l'expérience personnelle du chercheur.

« Quand vous avez des médecins traitants qui ont une fibre sociale ou une fibre politique, au sens noble, pas politisé, politique, eh bien là, ça marche, ils comprennent (...). Mais s'ils n'ont pas cette fibre, ils n'y pensent pas, ils sont dans le soin, et ils restent dans le soin. »  
(A4) Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'œuvre

Des valeurs discordantes chez les ergonomes ont été évoquées par des répondants de la région A uniquement (A5 ; A6 ; A9). Après triangulation auprès d'autres répondants (deux ergonomes dans d'autres régions), ces valeurs portant sur la conception de l'intervention ergonomique semblent rattachées à un courant de pensée particulier au sein de la profession qui est susceptible d'être retrouvé quelle que soit la région.

Des valeurs discordantes au niveau de l'entreprise ont été mentionnées différemment dans les deux régions mais certaines peuvent être considérés comme convergentes. Des répondants de la région A évoquent l'absence de collaboration dans le retour au travail au niveau de l'entreprise (A9; AA4-R1; AA4-R3). Des répondants de l'autre région évoquent des attitudes de revendications et de conflit, notions proches de la précédente (B6 ; B7). Le

refus des travailleurs de changer de poste même temporairement est évoqué par des répondants dans les deux régions (A5-R1 et B6). Cette notion a été confirmée par la triangulation auprès de trois médecins du travail extérieurs aux régions étudiées. La remise en cause de l'origine professionnelle des lombalgies par l'employeur est mentionnée par un seul répondant (B7) mais cette notion a été confirmée en recourant à la triangulation auprès des mêmes informateurs clés ; elle correspond aussi à l'expérience personnelle du chercheur.

« Et, bien souvent, les problèmes de lombalgies au boulot, on découvre aussi que le type, ça fait deux ans qu'il refait son garage, son toit. (...) Ça, je tenais quand même à le préciser. »

(B7) Chef d'entreprise, entreprise E-B1

Des valeurs discordantes chez les inspecteurs du travail ont été identifiées en termes de vision légaliste du code du travail interdisant rigoureusement toute reprise d'activité dans l'entreprise pendant la durée de l'arrêt de travail.

« Eh bien eux, leur idéologie, c'est de dire : la personne est malade, en plus, ça cause des maladies professionnelles, il est hors de question de la remettre au travail. »

(B4) Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Œuvre

Des valeurs discordantes chez les médecins-conseils ont été évoquées par des répondants de la région B uniquement (BB1-R1 ; BB1-R2) et portent sur leur réticence à effectuer des signalements d'assurés sociaux vers le médecin traitant, le médecin du travail ou le service social. Après triangulation auprès d'autres informateurs clés et d'après l'expérience personnelle du chercheur, ces valeurs ne correspondent pas à une particularité de la région dans laquelle elles ont été évoquées mais elles correspondent à des variations inter-individuelles des médecins conseils. Néanmoins, des variations ont été mentionnées entre services médicaux des différentes caisses primaires d'assurance maladie (B4 ; B11)

permettant d'identifier un niveau de variation local s'agissant des valeurs et des pratiques des médecins conseils.

Une valeur discordante au niveau du service prévention de l'assurance maladie a été évoquée par deux répondants (B9; B13) concernant le mandat exercé par cette institution dans le domaine quasiment exclusif de la prévention primaire et collective au détriment de la prévention secondaire et de la prévention tertiaire qui sont très peu développées. Il s'agit ici d'une valeur institutionnelle forte déterminant la mission et le positionnement du service prévention de l'assurance maladie quelle que soit la région concernée.

Une valeur discordante au niveau institutionnel du service social de l'assurance maladie a été évoquée par un seul répondant (B11). Il s'agit du désaccord avec l'objectif exclusif du retour au travail au sein de l'entreprise d'origine et/ou au poste d'origine. Cette valeur correspond à un mandat officiel du service social de l'assurance maladie mais elle correspond également à des valeurs individuelles de ses membres consistant à accorder la meilleure écoute possible au projet personnel de la personne prise en charge. Ici encore, il ne s'agit pas d'une particularité régionale mais d'une valeur forte susceptible d'être rencontrée quelle que soit la région.

« Où là, je diverge un peu, c'est là où vous dites c'est un échec quand le reclassement ne peut pas se faire en interne, bon, c'est un échec tout relatif s'il est suivi d'un reclassement à l'externe par le biais d'une formation, etc., »  
(B11) Assistante sociale de l'Assurance maladie

## Facilitateurs

Les valeurs concordantes chez les professionnels de la réadaptation sont globalement convergentes entre les deux régions s'agissant de l'adhésion au principe de reconditionnement à l'effort (A2 et B1 ; B2), la pratique de l'interdisciplinarité (A6 et B1), l'objectif du retour au travail et le retour thérapeutique au travail (A2 ; A6 et B2).

« On est tous ensemble pour travailler sur un objectif, c'est le retour au travail. Hein, c'est ça l'objectif de la rééducation, c'est le retour au travail. »

(A6) Ergonome

« Ce que j'aime bien, c'est le côté pluridisciplinaire du modèle. Pluridisciplinaire et précocité de l'intervention aussi (...). »

(B1) Assistante sociale, en équipe interdisciplinaire de réadaptation

Les valeurs concordantes chez les médecins du travail sont globalement convergentes entre les deux régions. Dans la région A, ces valeurs concernent l'importance du maintien dans l'emploi (A4; A7; A5-R1) qui est proche du rôle social des médecins du travail évoqué par les répondants de la région B (B12; BB1-R4). Plusieurs répondants de la région B ont exprimé leur accord avec la vision participative du modèle de Sherbrooke et le modèle personne - environnement qui le sous-tend (B4; B12; BB3-R3). Après triangulation auprès de trois médecins du travail extérieurs aux régions étudiées et d'après l'expérience personnelle du chercheur, ces valeurs sont couramment répandues chez les médecins du travail quelle que soit leur région d'exercice.

« Le rôle des médecins du travail devrait être de plus en plus de l'aide au maintien en emploi des salariés ou la promotion des capacités de travail. »

(A7) Médecin du travail

« Vous savez, la partie que je trouvais très intéressante, quand vous dites qu'on ne fait pas qu'un diagnostic médical pour le salarié (...). Et ça, en France, le médecin pourrait être un médecin du travail, (...) et non pas le médecin traitant. »

(B12) Médecin du travail de l'entreprise E-B1

Des valeurs concordantes au niveau du service social de l'assurance maladie ont été évoquées par des répondants des deux régions (AA1-R3; AA1-R4 et B11; B13). Il s'agit de l'accord avec le principe d'intervention précoce, d'intervention en partenariat, et d'intervention participative. Ces valeurs exprimées au niveau individuel semblent correspondre également à une certaine culture organisationnelle propre au service social de l'assurance maladie.

« On retrouve d'ailleurs, dans nos pratiques d'aujourd'hui en maintien dans l'emploi, un certain nombre de principes... que vous avez cités comme substantiels de ce projet, notamment les trois principes d'intervenir précocement, graduellement, en partenariat (...). »

(AA1-R3) Gestionnaire de l'Assurance maladie (service social)

« (...) nous, l'idée, c'est que la personne se reconstruise professionnellement, ne s'incrute pas dans une prolongation d'arrêt de travail pour arriver à une dépression (...). »

(B11) Assistante sociale de l'Assurance maladie

Des valeurs concordantes au niveau des médecins conseils de l'assurance maladie ont été évoquées par des répondants de la région B uniquement (B8; B9). Il s'agit de l'importance accordée par certains médecins conseils à leur mission de prévention de la désinsertion socioprofessionnelle. Après triangulation auprès de médecins conseils d'autres régions et d'après l'expérience personnelle du chercheur, ces valeurs correspondent à des valeurs individuelles des médecins conseils qui peuvent être retrouvés chez ces derniers quelle que soit leur région d'exercice.

« C'est-à-dire que... moi, mon approche, c'est que le service médical ne doit pas être uniquement un agent de constatation des dégâts. Mais, il a un rôle plus actif, ou il devrait avoir un rôle plus actif en étant plus incitateur. »

(B8) Médecin-conseil de l'Assurance maladie

Des valeurs concordantes au niveau des entreprises ont été évoquées par des répondants des deux régions. Il s'agit dans la région A de l'importance accordée au fonctionnement



participatif dans l'entreprise et à la proximité de l'encadrement hiérarchique (AA3-R1; AA3-R3). Il s'agit dans la région B de l'attitude favorable des responsables syndicaux pour ce type de projet visant le maintien d'un emploi (B5; B6; B9) et de l'implication personnelle d'un employeur sur les enjeux de santé au travail (B7).

« Bien, je pense qu'avec les syndicats, il va pas y avoir de problèmes. Parce que c'est pour aider le salarié... à se réinsérer dans l'entreprise... »

(B5) Salarié, représentant syndical et du CHSCT, entreprise E-B1

*D'après l'analyse comparative des valeurs mentionnées par les répondants des deux régions, on peut considérer qu'il n'existe pas de divergence importante attribuable aux caractéristiques d'une région particulière.*

*Les variations observées reflètent les caractéristiques individuelles des répondants plutôt que des caractéristiques des cas étudiés. Les barrières et facilitateurs identifiés au niveau des valeurs peuvent être considérés de façon similaire entre les deux régions.*

## 5.2.2 ÉCARTS ET CONFORMITÉ DES PRATIQUES AVEC LE MODÈLE DE SHERBROOKE

Les résultats présentés dans cette section ont été obtenus au moyen de la stratégie d'analyse complémentaire n°1. Le modèle opérationnel de la prise en charge des lombalgies dans le centre de réadaptation de chaque région a été reconstitué à partir du matériel des entrevues (catégories d'analyse : **pratiques organisationnelles** et **pratiques professionnelles**), de documents internes et de notes prises sur le terrain durant des observations participantes à des inclusions de travailleurs (région A).

Pour chaque région, les résultats sont présentés sous trois formes :

- une vignette narrative qui retrace les étapes de la prise en charge dans le centre de réadaptation étudié
- une figure comparant visuellement les modèles opérationnels du modèle de Sherbrooke et du centre de réadaptation
- un texte qui récapitule les écarts et la conformité identifiés considérés respectivement comme des barrières et des facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke

## 5.2.2.1 Prise en charge des lombalgies dans la région A

### Vignette narrative 1

Les objectifs du Réseau régional de prise en charge des lombalgies sont d'« augmenter la qualité de la prise en charge des salariés victimes de lombalgie chronique, prévenir le risque d'exclusion professionnelle, produire des effets de réduction des coûts engendrés par cette pathologie. » L'inclusion peut se faire par l'intermédiaire du médecin traitant, d'un médecin spécialiste ou du médecin du travail.

**La consultation multidisciplinaire d'inclusion** est effectuée dans le service de pathologies professionnelles du centre hospitalo-universitaire par une équipe multidisciplinaire comprenant : un médecin du travail hospitalo-universitaire, un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation (MPR), un psychologue. Le médecin traitant et le médecin du travail du patient sont invités à participer mais sont absents la plupart du temps. La consultation a pour objectif de faire une évaluation globale de la situation du patient au moyen de plusieurs questionnaires, d'un entretien individuel semi structuré et d'un examen clinique standardisé. Elle se déroule sur deux à trois heures et se termine par une mise en commun avec le salarié durant laquelle la décision d'orientation est prise en accord avec ce dernier. Il peut être orienté vers une prise en charge en milieu institutionnel (centre de réadaptation) ou bien en milieu libéral (kinésithérapeute adhérent au Réseau).

**La prise en charge en milieu institutionnel** comprend un programme de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) selon trois modalités possibles : le programme classique (hospitalisation complète de cinq semaines), le programme court (hospitalisation de trois semaines) ou allégé (hospitalisation de jour pendant cinq semaines à temps partiel). Le programme est délivré par une équipe multidisciplinaire comprenant : un médecin, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un éducateur sportif. Les activités portent sur l'amélioration de la condition physique selon un schéma bien formalisé : les deux premières semaines sont orientées vers des exercices de mobilité et d'étirement ; les deux semaines suivantes vers des exercices de renforcement progressif ; la dernière semaine comporte une dominante fonctionnelle dans l'objectif de la reprise du travail.

**La prise en charge en secteur libéral** comprend 15 séances de kinésithérapie sur cinq semaines (1 heure chacune) plus cinq séances supplémentaires de rappel. Le patient a le libre choix de son kinésithérapeute parmi ceux adhérent au Réseau. Le contenu et la progression de la rééducation respectent le même schéma qu'en milieu institutionnel. Le patient s'engage à effectuer des exercices quotidiens au domicile prescrits par le kinésithérapeute.

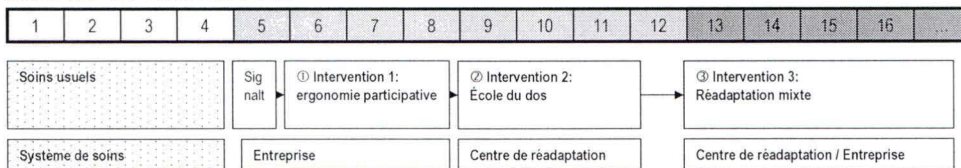
**L'action en milieu de travail** ne possède pas de financement propre dans le cadre du Réseau. En pratique, la composante ergonomique prévue par le Réseau n'est pas mise en œuvre de façon systématique mais semble plutôt constituer une exception. Même si le Réseau possède une vocation régionale, la participation des cinq départements est inégale avec une activité plus importante dans le département d'origine et deux départements limitrophes. Les deux derniers participent peu.

**En résumé**, même si le réseau affiche dans ses statuts l'ambition d'une action conjointe de rééducation fonctionnelle et d'action en milieu de travail, cette dernière composante est beaucoup moins formalisée et très peu mise en œuvre. Ce décalage peut s'expliquer par le refus de financement de l'intervention ergonomique par les financeurs du Réseau qui appartiennent au secteur sanitaire et non pas au monde du travail.

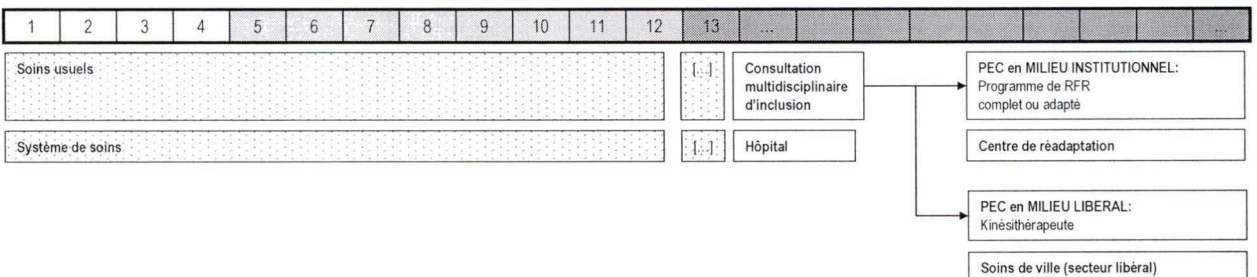
L'analyse des écarts et de la conformité a été effectuée à partir de la comparaison des modèles opérationnels représentée dans la **figure 15** ci-dessous. Le modèle opérationnel se divise en deux parties. Le modèle d'organisation représente le processus des activités successivement mises en œuvre et répond à la question : quelles activités sont mises en œuvre à quel moment ? Le modèle d'utilisation représente le processus d'interaction des acteurs avec le système de production et répond à la question : qui intervient à quel endroit ? (Contandriopoulos et al., 2000).

**Figure 15 : Prise en charge des lombalgies dans la région A comparativement au modèle de Sherbrooke**

**Modèle de Sherbrooke**



**Réseau de prise en charge des lombalgies (Région A)**



Les chiffres dans les cases grisées correspondent aux semaines d'évolution de la lombalgie

Les encadrés au contenu piqueté correspondent au fonctionnement habituel du système de santé avant la prise en charge dans le modèle de Sherbrooke ou dans le Centre de réadaptation

## **Les écarts**

La comparaison de la prise en charge des lombalgies dans la région A avec le modèle de Sherbrooke permet de mettre en évidence un certain nombre d'écarts :

- Il n'y a pas d'identification précoce des salariés absents au stade subaigu de la lombalgie
- Il n'existe pas d'intervention d'ergonomie participative dans l'entreprise
- Il n'existe pas de retour progressif au travail au stade chronique de la lombalgie
- Il n'existe pas de collaboration formalisée entre l'équipe de réadaptation et l'entreprise

## **La conformité**

- Il existe une composante de formation des patients aux techniques d'hygiène posturale et d'économie rachidienne (école du dos) délivrée par les kinésithérapeutes
- Il existe une composante de reconditionnement progressif à l'effort fondée sur les principes de l'école de Tom Mayer (Mayer et al., 1995) qui a été adaptée en France sous le vocable de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) (Poiraudéau, Rannou, Lefevre Colau, Boutron, & Revel, 2004). Le référentiel de prise en charge des kinésithérapeutes dans le centre de réadaptation est fondé sur cette école.
- Le programme de RFR est délivré par une équipe pluridisciplinaire

## 5.2.2.2 Prise en charge des lombalgies dans la région B

### Vignette narrative 2

Le centre de réadaptation de la Région B propose un programme de réentraînement à l'effort, auquel peut être ajouté un module spécifique orienté vers la reprise du travail : le module « Comète ».

**Le programme de restauration fonctionnelle du rachis (RFR)** peut être proposé par le médecin traitant, le médecin du travail ou le médecin-conseil. Le programme s'adresse à des travailleurs lombalgiques chroniques pour lesquels le traitement médical bien conduit a échoué et le traitement chirurgical s'est avéré inefficace ou a été refusé. Les personnes doivent être en âge de travailler. La prise en charge se fait en hospitalisation complète de quatre semaines par groupe de quatre à cinq lombalgiques. Il s'agit d'une prise en charge multidisciplinaire associant un médecin de MPR, des kinésithérapeutes, ergothérapeutes et professeurs d'éducation physique. Les activités sont axées sur l'amélioration de la condition physique selon un protocole bien formalisé. L'évaluation porte sur l'amélioration de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles.

**Le module « Comète »** est proposé aux travailleurs qui sont informés sur ses buts et ses modalités. Il est délivré par une équipe pluridisciplinaire spécifique composée d'un médecin de MPR, d'un ergonome et d'une assistante sociale. Le but du module est d'œuvrer précocement à l'insertion sociale et professionnelle des personnes prises en charge. Les activités sont formalisées par un cahier des charges national spécifiant trois phases de prestations successives. **La phase 1** comporte l'accueil du travailleur, l'évaluation de sa situation médicale, sociale et professionnelle ainsi que l'évaluation de ses attentes personnelles. **La phase 2** correspond à la définition d'un projet personnalisé d'insertion sociale et professionnelle et à l'évaluation de sa faisabilité. **La phase 3** correspond à la mise en œuvre et l'accompagnement du projet défini à la phase précédente. Plusieurs actions peuvent être mises en œuvre : visite en entreprise, rencontres avec l'employeur, consultations conjointes avec le médecin de santé au travail, étude du poste de travail avec propositions d'aménagements, etc.

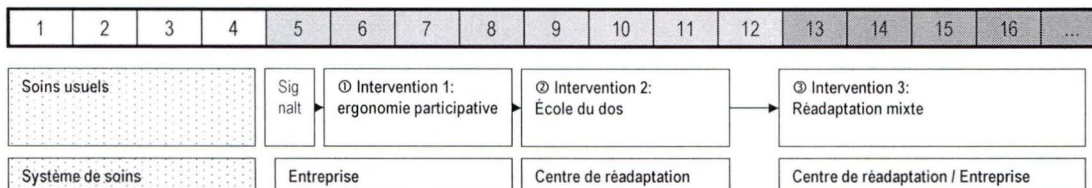
Plusieurs éléments susceptibles de constituer des barrières ont été mentionnés par les répondants.

- La participation reposant sur une base volontaire, un certain nombre de travailleurs lombalgiques décline la participation au module « Comète ».
- En phase 1, l'élaboration du projet professionnel peut s'orienter vers d'autres possibilités que le retour au travail dans l'entreprise initiale.
- En phase 2, la prise de contact avec le médecin du travail se heurte parfois à la difficulté de l'identifier. Le délai entre l'envoi de la lettre d'information et la prise de contact effective peut prendre plusieurs semaines. A ce stade et tant que le salarié est en arrêt de travail, il lui est impossible de se rendre dans son entreprise compte tenu d'obstacles d'ordre médico-légal.
- Pendant la phase 3, les capacités d'intervention de l'ergonome de l'équipe « Comète » pour faciliter le retour dans l'entreprise sont limitées par sa charge de travail. En termes de délais d'intervention, il se déroule habituellement plusieurs semaines entre le début de l'intervention de l'ergonome et la remise du rapport d'étude de poste à l'employeur.

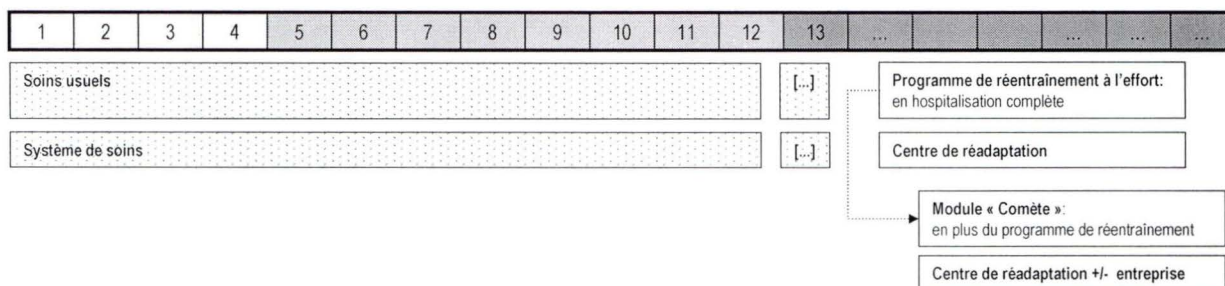
L'analyse des écarts et de la conformité a été effectuée à partir de la comparaison des modèles opérationnels représentée en **figure 16** ci-dessous.

**Figure 16 : Prise en charge des lombalgies dans la région B comparativement au modèle de Sherbrooke**

### Modèle de Sherbrooke



### Prise en charge des lombalgies dans le Centre de réadaptation (région B)



Les chiffres dans les cases grisées correspondent aux semaines d'évolution de la lombalgie

Les encadrés au contenu piqueté correspondent au fonctionnement habituel du système de santé *avant* la prise en charge dans le modèle de Sherbrooke ou dans le Centre de réadaptation

### Les écarts

La comparaison de la prise en charge des lombalgies dans le centre de réadaptation de la région B avec le modèle de Sherbrooke permet de mettre en évidence un certain nombre d'écarts :

- Il n'y a pas d'identification précoce des salariés absents au stade subaigu de la lombalgie
- Il n'existe pas d'intervention d'ergonomie participative dans l'entreprise

- Il n'existe pas de retour progressif au travail au stade chronique de la lombalgie
- Il n'existe pas de collaboration formalisée entre l'équipe de réadaptation et l'entreprise
- Le premier contact avec le médecin du travail est fait tardivement
- L'ergonome de l'équipe « Comète » intervient dans l'entreprise uniquement après la reprise du travail ; il délivre son rapport à l'employeur plusieurs semaines après cette reprise
- Le but de la prise en charge dans le module « Comète » ne vise pas nécessairement le retour au poste pré-lésionnel mais peut viser la reconversion professionnelle, une formation ou encore le retour aux études

#### **La conformité**

- Il existe une composante de reconditionnement physique à l'effort
- Le but de la prise en charge dans le module « Comète » est la reprise de l'activité professionnelle
- Le module « Comète » est délivré par une équipe pluridisciplinaire incluant un ergonome
- Le programme de RFR est délivré par une équipe pluridisciplinaire
- L'ergonome a la possibilité d'intervenir dans l'entreprise (après la reprise du travail) et de suivre le travailleur par la suite (jusqu'à un an après la reprise du travail)

#### **5.2.2.3 Comparaison entre les deux régions**

La comparaison des écarts et de la conformité identifiés dans les deux régions est représentée dans le **tableau 8** (page suivante).



**Tableau 8 : Comparaison de la prise en charge des lombalgies avec le modèle de Sherbrooke**

Modèle de Sherbrooke (référentiel)		Prise en charge des lombalgies	
		Région A	Région B
Signalement précoce	Ecarts	Inclusion des lombalgiques chroniques uniquement	Inclusion des lombalgiques chroniques uniquement
	Conformité		
Intervention d'ergonomie participative (EP) dans l'entreprise – phase subaiguë	Ecarts	Aucune intervention d'EP	Pas d'intervention EP en phase subaiguë
	Conformité		Ergonome appartenant à l'équipe de réadaptation  Possibilité d'intervention de l'ergonome en entreprise au stade chronique
Ecole du dos	Ecarts		
	Conformité	Formation des patients aux techniques d'hygiène posturale et d'économie rachidienne délivré par les kinésithérapeutes	Formation des patients aux techniques d'hygiène posturale et d'économie rachidienne délivré par les kinésithérapeutes
Reconditionnement à l'effort – phase chronique	Ecarts		
	Conformité	Reconditionnement progressif à l'effort par les kinésithérapeutes et les moniteurs d'éducation physique	Reconditionnement progressif à l'effort par les kinésithérapeutes et les moniteurs d'éducation physique
Retour thérapeutique au travail (RTT) – phase chronique	Ecarts	Pas de retour progressif ni accompagné au travail	Pas de retour progressif ni accompagné au travail
	Conformité	Possibilité de reprise à temps partiel thérapeutique	Possibilité de reprise à temps partiel thérapeutique
Collaboration entre l'équipe de réadaptation et le milieu de travail – phase subaiguë (EP) et chronique (RTT)	Ecarts	Pas de collaboration directe avec l'entreprise  L'implication des médecins du travail des salariés pris en charge est variable	L'intervention de l'ergonome en entreprise concerne quelques cas seulement  L'implication de l'ergonome en entreprise dans la démarche de retour au travail est tardive
	Conformité	Possibilité pour le médecin du travail de participer à la consultation pluridisciplinaire au centre de réadaptation	Possibilité pour l'ergonome d'intervenir en entreprise (à la phase chronique) et d'assurer le suivi du salarié dans l'année suivant son retour au travail

Cette comparaison ne met pas en évidence de divergences particulières. Globalement, les écarts sont les mêmes et portent sur le caractère tardif de la prise en charge et l'absence de liens avec le milieu de travail. La conformité est également semblable entre les deux régions et porte sur la prise en charge multidisciplinaire et la composante du réentraînement à l'effort.

### **5.2.3 ENTREPRISES**

Les résultats présentés dans cette section ont été obtenus au moyen de la stratégie d'analyse complémentaire n°2. Dans cette stratégie d'analyse, le contenu des entrevues et des groupes de discussions se rapportant aux entreprises a été analysé de façon plus fine et plus spécifique au moyen de sous-catégories d'analyse créées à cet effet à partir du modèle théorique de Baril et Berthelette sur les déterminants de l'implantation des interventions de maintien du lien d'emploi (Baril & Berthelette, 2000).

Les résultats sont présentés sous deux formes différentes. Tout d'abord, une courte vignette adopte un style narratif permettant de décrire de façon contextualisée les éléments rapportés par les différents informateurs clés. Ensuite, un tableau récapitule de façon synthétique les barrières et les facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke identifiés au niveau de l'entreprise étudiée.

### 5.2.3.1 Entreprise E-A1

#### Vignette narrative 3

**L'entreprise E-A1** est une association d'aide à domicile auprès de personnes âgées en perte de dépendance. L'association emploie 80 salariés qui sont majoritairement des femmes de plus de 40 ans possédant un faible niveau de qualification. Le travail dans l'association est physiquement exigeant mais il est réalisé le plus souvent dans une bonne atmosphère. Il existe parfois des tensions avec les familles des personnes âgées qui refusent l'installation de matériel médical qui pourrait pourtant soulager la pénibilité du travail (dispositifs d'aide à la manutention). En raison des nombreux facteurs de risque de lombalgies, la plupart des salariés de l'association présente des lombalgies plus ou moins longues et invalidantes.

Les mesures mobilisables pour le maintien dans l'emploi des salariés présentant des problèmes de santé sont limitées. Lorsqu'une aide à domicile est confrontée à des pénibilités particulières au domicile d'un bénéficiaire, le responsable de secteur se déplace pour faire l'analyse du poste de travail et propose éventuellement des aménagements. Si les négociations sont difficiles avec les bénéficiaires ou leurs familles pour obtenir les aménagements, le directeur peut être amené à intervenir lui-même ou encore interrompre le service si les conditions de travail ne sont pas suffisamment sécuritaires.

Il n'existe dans l'association qu'une dizaine de postes de travail qui ne sont pas physiquement exigeants. Il s'agit des postes de secrétariat qui nécessitent un niveau de qualification inaccessible à la plupart des salariés. C'est pourquoi il y a très peu de tâches allégées disponibles pour permettre un retour au travail progressif. Lorsque c'est le cas, les tâches allégées sont attribuées sur une base temporaire pour éviter les conflits entre les salariés. Lorsque les problèmes de santé entraînent une inaptitude au travail, l'employeur est amené régulièrement à prononcer un licenciement faute de pouvoir reclasser les salariés sur d'autres postes de travail dans l'association. Le médecin du travail peut proposer aux salariés lombalgiques un programme de restauration fonctionnelle du rachis dans le centre de réadaptation qui est à proximité. Également, le directeur peut proposer des mesures facilitant un reclassement externe par le biais d'une reconversion professionnelle. Cependant, ces dispositions ne concernent qu'une minorité de personnes.

Malgré ces difficultés, les relations de travail dans l'association sont bonnes. Il n'existe que deux paliers hiérarchiques : le directeur et quatre chefs d'équipe responsable d'un secteur géographique. La culture associative qui caractérise l'atmosphère de travail se traduit par des relations de proximité entre les salariés et leur hiérarchie. Il existe une bonne culture de santé et de sécurité au travail qui permet d'aborder librement les problèmes de santé rencontrés par les salariés. La présentation sur le modèle de Sherbrooke est perçue favorablement dans cette entreprise dans laquelle s'est tenu un groupe de discussion associant le directeur, un responsable de secteur et un salarié.

Les barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-A1 sont récapitulés dans le **tableau 9** ci-dessous.

**Tableau 9 : Barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-A1**

<b>BARRIERES</b>	
Écarts	Absence de signalement précoce des salariés absents du travail au stade subaigu de la lombalgie
	Absence d'intervention d'ergonomie participative
	École du dos inadéquate
	Quasi-absence de tâches de travail allégées
	Absence de retour au travail progressif
<b>FACILITATEURS</b>	
Bénéfices perçus	Flexibilité dans le retour au travail d'un salarié après un épisode de maladie (rassure tout le monde : salarié et employeur)
	Gain de confiance du salarié en ses capacités physiques après le stage de RFR
Besoins perçus	Situation de l'entreprise = effectif vieillissant + conditions de travail difficiles + faibles qualifications + absence d'aménagements = morbidité + licenciements
	Besoins portant essentiellement sur l'amélioration des conditions de travail
Valeurs concordantes	Relations internes sur le mode du dialogue, de la participation, de la proximité hiérarchique et du consensus
Conformité	Possibilité d'évaluer les facteurs de risque de lombalgie au poste de travail
	Possibilité d'affectation (temporairement limitée) à des tâches travail allégées
	Possibilité d'effectuer un stage de reconditionnement progressif à l'effort

### 5.2.3.2 Entreprise E-A2

#### Vignette narrative 4

**L'entreprise E-A2** est un centre hospitalier régional (CHR) qui emploie plusieurs milliers de salariés répartis dans des services médicaux, des services techniques et des services administratifs. L'organisation du travail est caractérisée par la présence de multiples facteurs de risque de lombalgies et d'autres troubles musculosquelettiques. Certaines catégories de personnel sont plus concernées par la manutention des patients : les ambulanciers, les aides soignantes, les agents de service hospitalier. Il en résulte un absentéisme important provoqué par les lombalgies qui se répercute sur les conditions de travail des autres salariés. Les besoins sont essentiellement exprimés par les syndicats et par les cadres de proximité. L'attitude de la direction envers cette problématique semble marquée d'une certaine ambivalence.

Les relations à l'intérieur de l'hôpital sont complexes compte tenu de la forte hiérarchisation de l'organigramme (quatre ou cinq paliers hiérarchiques) et de l'existence de multiples instances concernées par les enjeux de santé et de sécurité au travail. Des tensions ou des conflits ont été identifiés entre ces différentes instances ou à l'intérieur de certaines d'entre elles : la direction des ressources humaines, la cellule « conditions de travail » appartenant à cette direction, la direction des soins, la direction qualité-sécurité, le CHSCT (comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail), le service de la MTPH (médecine du travail du personnel hospitalier). La multiplicité des instances et des acteurs ainsi que leurs relations difficiles semblent faire obstacle à l'efficacité de la politique de prévention et de santé au travail à l'intérieur de l'hôpital.

Lorsqu'un salarié est confronté à un risque d'inaptitude en raison de ses lombalgies, il n'existe pas de politique spécifique pour le maintien dans l'emploi en dehors des mesures de droit commun que sont la reprise du travail à temps partiel thérapeutique, les restrictions d'aptitude et l'aménagement des postes de travail. Cependant, l'efficacité de ces différentes mesures pour maintenir dans l'emploi un salarié est fortement limitée par leurs délais de mise en œuvre, la rigidité de leur application et le faible niveau de collaboration entre les instances concernées.

Il semble que le déficit budgétaire de l'hôpital soit à l'origine de certaines lacunes comme l'absence de poste d'ergonome dans l'hôpital malgré l'ampleur des problèmes de TMS et le nombre important de salariés concernés.

La présentation sur le modèle de Sherbrooke est reçue favorablement par une certaine catégorie d'acteurs de l'hôpital, mais elle ne trouve pas d'écho auprès d'autres instances qui déclinent la participation à l'étude.

Les barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-A2 sont récapitulés dans le **tableau 10** ci-dessous.

**Tableau 10 : Barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-A2**

<b>BARRIERES</b>	
Réglementation	Complexité et rigidité du cadre juridique
Valeurs discordantes	Culture de protection de la santé dominée par les restrictions d'aptitude
	Manque de communication entre certaines directions
	Faible qualité du dialogue social
Ressources manquantes	Déficit financier
	Absence d'ergonome
Écarts	Absence de signalement précoce des salariés absents au stade subaigu de la lombalgie
	Absence d'intervention d'ergonomie participative
	Faibles possibilités d'aménagement des conditions de travail
	Faibles possibilités de retour au travail progressif
<b>FACILITATEURS</b>	
Besoins perçus	Conditions de travail difficiles = lombalgies + absentéisme
	Besoins portant essentiellement sur les conditions et les relations de travail exprimés par les syndicats et les cadres de proximité
Conformité	Possibilité de bénéficier d'une évaluation globale de la situation de handicap au travail et d'effectuer un stage de reconditionnement physique à l'effort dans le Réseau régional de prise en charge des lombalgies à proximité
	Possibilités de relations privilégiées entre les médecins du travail du personnel hospitalier et les médecins du centre de réadaptation à proximité

### 5.2.3.3 Entreprise E-B1

#### Vignette narrative 5

**L'entreprise E-B1** est une usine appartenant à un groupe équipementier automobile international. Elle emploie 200 salariés dont une majorité d'hommes. La moitié est en contrat à durée indéterminée avec une moyenne d'âge proche de 45 ans et possédant plusieurs années d'ancienneté. L'autre moitié est composée de salariés en contrat à durée indéterminée ou bien en intérim avec une moyenne d'âge proche de 30 ans.

L'organisation du travail est en 3x8 sur des chaînes spécialisées de production de pièces moulées en matière plastique. En dehors du réglage des machines qui revient aux techniciens spécialisés, il s'agit d'un travail faiblement qualifié et physiquement exigeant. Il y a dans l'entreprise un taux relativement élevé d'accidents du travail et notamment de lombalgies. Il existe par ailleurs des plaintes fréquentes des salariés auprès du médecin du travail pour différents troubles musculosquelettiques (épaule, coude, poignet). L'absentéisme dans l'entreprise est supérieur à celui des autres entreprises du groupe.

Les relations de travail sont marquées par une présence syndicale forte avec un dialogue social empruntant un registre variable allant de la collaboration ponctuelle jusqu'à la confrontation occasionnelle ou la grève. Les représentants syndicaux sont parfois amenés à gérer des conflits entre des salariés et leur encadrement de proximité (chef d'équipe) lorsque ces derniers ignorent délibérément les restrictions d'aptitude des salariés émises par le médecin du travail. La culture en santé et sécurité au travail dans l'entreprise est bien développée. La prévention du risque chimique constitue une priorité de l'entreprise autant pour le médecin du travail que la direction et les travailleurs. Les risques de lombalgies et d'autres troubles musculosquelettiques sont par ailleurs reconnus mais ne bénéficient pas de la même priorité ni des mêmes budgets.

Lorsqu'un salarié est confronté à des problèmes de santé, la première mesure mise en œuvre est la visite auprès du médecin du travail qui a la double possibilité d'examiner le travailleur et de se rendre dans l'entreprise pour étudier son poste de travail. Il peut procéder à des restrictions temporaires d'aptitude en limitant le port manuel de charges lourdes ou certaines postures articulaires particulièrement contraignantes. Il peut également proposer des aménagements matériels du poste de travail. La situation dans l'entreprise est caractérisée par une diminution des postes de production physiquement « allégés ». La totalité de ces postes est déjà occupée de façon permanente par des salariés présentant des restrictions d'aptitude et il n'en existe plus de disponibles. D'après l'employeur, la tendance de l'entreprise est d'évoluer vers l'automatisation progressive des postes. En termes de ressources humaines, la politique de l'entreprise est de ne plus employer de salariés en contrat à durée indéterminée (CDI), de ne pas remplacer les salariés en départ à la retraite et de gérer les variations de production au moyen de la main-d'œuvre intérimaire.

La présentation sur le modèle de Sherbrooke est accueillie favorablement par le directeur de l'entreprise et deux représentants syndicaux ayant tous participé à des entretiens individuelles.

Les barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-B1 sont récapitulés dans le **tableau 11** ci-dessous.

**Tableau 11 : Barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-B1**

<b>BARRIERES</b>	
Écarts	Absence de signalement précoce des salariés en arrêt de travail
	Absence d'intervention ergonomique
	Faible disponibilité des tâches de travail allégées
	Absence de retour au travail progressif
Valeurs discordantes	Attitude négative de l'encadrement de proximité
	Mise en doute de l'origine professionnelle des lombalgies par l'employeur
	Tendance affirmée à l'augmentation constante de la
Risques perçus	Risques perçus par l'employeur de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- susciter une demande incontrôlable</li> <li>- faire le jeu de revendications sociales de la part des travailleurs</li> </ul>
Ressources	Absence de ressources financières pour la prévention des lombalgies
<b>FACILITATEURS</b>	
Besoins perçus	Besoins perçus en termes d'amélioration des conditions de travail : - facteurs de risques biomécaniques de lombalgies
	Besoins perçus en termes de santé et de maintien dans l'emploi des travailleurs vieillissants en contrat à durée indéterminée
Bénéfices perçus	Amélioration des conditions et des postes de travail
	Accompagnement du travailleur dans le processus du retour au travail
	Maintien dans l'emploi des travailleurs vieillissants
	Possibilité d'étendre la démarche aux autres entreprises du même groupe
Valeurs concordantes	Dimension participative du modèle de Sherbrooke
	Importance accordée au retour au travail plutôt que de rester en arrêt
Conformité	Possibilité d'études de poste et restrictions d'aptitude (travail allégé) par le médecin du travail
	Possibilités d'intervention des syndicats auprès de l'encadrement



### 5.2.3.4 Entreprise E-B2

#### Vignette narrative 6

**L'entreprise E-B2** est un centre hospitalier régional (CHR) de la région B qui emploie plusieurs milliers de salariés. Les facteurs de risque de lombalgies et les catégories de personnels affectées sont identiques à ceux qui ont été observés dans le CHR de la région A. La fréquence de ces problèmes est suffisamment importante pour avoir motivé la constitution d'une commission spéciale destinée à faciliter le maintien dans l'emploi des employés présentant des troubles de santé.

Les relations dans l'hôpital sont globalement bonnes. Le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) se réunit sur une base régulière avec des relations entre la direction et les syndicats qui permettent un certain degré de collaboration sur les enjeux de santé et de sécurité au travail. L'absence de communication entre certains départements de la direction a été mentionnée, notamment entre la direction des ressources humaines et le département de la formation du personnel. Cette absence de communication est un obstacle à une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui permettrait de faire évoluer les salariés vers des postes de travail moins exigeants pour leur seconde partie de carrière, et anticiper ainsi les problèmes d'inaptitude au travail.

La culture en santé et sécurité au travail est caractérisée par une forte conscience de la difficulté des conditions de travail par les différents intervenants (direction des ressources humaines, direction des soins, syndicats, médecine du travail du personnel hospitalier). Parallèlement, il existe une conscience tout aussi forte de la difficulté d'apporter des améliorations des conditions de travail compte tenu de l'importance du déficit budgétaire de l'hôpital. Le manque de ressources financières et le manque de temps pour faire de la prévention ont été soulignés par plusieurs répondants.

Pour le maintien en emploi, la première mesure mise en œuvre est la restriction d'aptitude par le médecin du travail du personnel qui impose à l'employeur de soustraire le salarié aux tâches pour lesquelles le médecin du travail a émis les restrictions. D'après les répondants, cette façon de procéder semble incompatible avec la vision du modèle de Sherbrooke qui consiste au contraire à effectuer un retour progressif au poste de travail pré-lésionnel. L'affectation des employés à des postes différents se heurte à la faible disponibilité de ces postes, à la difficulté de les caractériser et à la résistance des employés à changer de poste. Il n'y a pas de véritables études de poste ni d'aménagements ergonomiques faute de temps et de financement. Pour un faible nombre d'employés, la possibilité de participer au programme de reconditionnement physique à l'effort dans le centre voisin de réadaptation a été utilisée. Le manque de communication entre les professionnels de santé et la direction a été évoqué comme un obstacle à la prise en charge précoce des salariés en arrêt de travail.

La présentation sur le modèle de Sherbrooke est accueillie favorablement par les membres de la commission de maintien en emploi. Cependant, des valeurs discordantes chez plusieurs répondants sont identifiées durant le groupe de discussion.

Les barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-B2 sont récapitulés dans le **tableau 12** ci-dessous.

**Tableau 12 : Barrières et facilitateurs identifiés dans l'entreprise E-B2**

<b>BARRIERES</b>	
Risques perçus	Risque pour les travailleurs pris en charge : - sentiment d'obligation à devoir participer - retour et maintien au travail malgré les douleurs
Valeurs discordantes	Désaccord avec l'importance de la rapidité du retour au travail ; la valeur contraire est plutôt mise en avant : « laisser du temps au temps » Désaccord avec la composante de réactivation fonctionnelle lorsque les employés sont « épuisés »
Ressources manquantes	Ressources financières (déficit budgétaire important) Ressources humaines (manque de personnel)
Réglementation	Interprétation selon laquelle la restriction d'aptitude est incompatible avec le retour au poste de travail pré-lésionnel Absence de signalement précoce des salariés en arrêt de travail
Écarts	Absence d'intervention ergonomique Faible disponibilité des tâches de travail allégées Absence de retour au travail progressif
<b>FACILITATEURS</b>	
Besoins perçus	Besoins perçus en termes d'amélioration des conditions de travail : - facteurs de risques biomécaniques et psychosociaux de lombalgies Besoins perçus en termes de santé et de maintien dans l'emploi des employés en seconde partie de carrière Besoins perçus en termes d'absentéisme et de répercussions sur les conditions de travail des collègues
Valeurs concordantes	Importance accordée à la prise en charge précoce Importance accordée à la collaboration inter-organisationnelle Importance accordée à l'analyse des conditions réelles de travail (études de poste) Culture de collaboration entre la direction de l'hôpital et la médecine du travail du personnel au sein de la commission de maintien dans l'emploi
Bénéfices perçus	Amélioration des conditions de travail Pris en charge précoce

### 5.2.3.5 Comparaison des entreprises

L'échantillonnage des entreprises avait pour objectif d'étudier la faisabilité du modèle de Sherbrooke en faisant varier la taille et le secteur d'activité des entreprises. En effet, ces paramètres sont connus pour influencer l'implantation des interventions de maintien du lien d'emploi (Baril & Berthelette, 2000) et les programmes de santé et de sécurité au travail (Baril-Gingras et al., 2004, 2006). Les caractéristiques des entreprises étudiées sont récapitulées en **annexe 17**.

La variation des barrières et des facilitateurs identifiés selon les entreprises correspond donc à l'objectif recherché initialement. Les résultats observés dans les quatre entreprises étudiées ont permis de confirmer la validité du modèle utilisé pour étudier les conditions de la faisabilité du modèle de Sherbrooke au niveau local de chaque entreprise. Ils confirment l'importance du contexte intra-organisationnel des entreprises au niveau duquel sont identifiés un certain nombre de barrières et de facilitateurs. Il confirme également l'importance d'adopter une vision systémique de ces différents facteurs qui s'influencent mutuellement dans les entreprises en termes de taille, de secteur d'activité, de modalités de production et d'organisation du travail, de relations sociales, etc.

Les **tableaux 13 et 14** pages suivantes récapitulent l'ensemble des barrières des facilitateurs identifiés au niveau des entreprises dans cette étude. La cohérence de ces résultats avec ceux déjà décrits dans la littérature est évoquée dans la discussion.

**Tableau 13 : Barrières identifiées au niveau des entreprises**

<b>Risques perçus</b>
Risque moral pour les travailleurs pris en charge Risque juridique pour l'employeur Risque économique pour l'entreprise Risque social de revendications envers l'employeur Risques de débordements de la demande
<b>Valeurs et pratiques de maintien dans l'emploi</b>
Absence de mesure pour maintenir le contact avec les travailleurs absents
<b>Relations sociales</b>
Conflits entre les travailleurs (et leurs représentants) et la direction de l'entreprise Conflits entre différents syndicats à l'intérieur de la même entreprise Conflits entre travailleurs et leur hiérarchie de proximité Conflits entre travailleurs de même niveau hiérarchique Conflits entre différentes directions de la même entreprise
<b>Direction de l'entreprise</b>
Manque de latitude décisionnelle de la direction locale de certains sites de production sur les enjeux de santé et de sécurité au travail Rotation importante du personnel de direction à la source de discontinuité dans les politiques d'entreprise en santé et sécurité au travail
<b>Organisation du travail</b>
Augmentation régulière des cadences de production à la source de l'augmentation des troubles musculosquelettiques Réduction des effectifs à la source de l'intensification du travail et d'une augmentation de la charge de travail pour les travailleurs restants Défaut de considération pour l'ergonomie de conception des nouveaux postes de travail Recours à la main d'œuvre intérimaire
<b>Ressources manquantes</b>
Ressources financières (postes surnuméraires ; aménagements de poste) Ressources humaines (étude de poste ; accompagnement du retour au travail) Ressources symboliques (autorité du médecin du travail) Manque de temps (étude de poste ; accompagnement du retour au travail)

**Tableau 14 : Facilitateurs identifiés au niveau des entreprises**

<b>Besoins perçus</b>
Amélioration des conditions de travail
Enjeux du maintien en emploi des travailleurs
Problèmes provoqués par le retour dans l'entreprise après un arrêt de travail prolongé
<b>Bénéfices perçus</b>
Précocité de la prise en charge
Possibilité de reprendre le travail progressivement selon les capacités résiduelles
Bénéfice en termes de réassurance des travailleurs mais aussi de l'employeur
Réduction de la durée et du coût des arrêts de travail
Bénéfice en terme d'image pour l'employeur
<b>Valeurs et pratiques de maintien dans l'emploi</b>
Présence d'un CHSCT se réunissant sur une base régulière avec un dialogue constructif autour des enjeux de santé et de sécurité au travail
<b>Relations sociales</b>
Relations favorables entre les travailleurs et l'employeur
Relations favorables entre les travailleurs et la hiérarchie de proximité
Relations favorables entre les travailleurs de même niveau
Relations favorables entre les syndicats de la même entreprise
Relations favorables entre les départements de la même entreprise
<b>Direction de l'entreprise</b>
Stabilité de la direction entraînant une continuité dans la prévention
Implication personnelle de la haute direction sur les enjeux de santé au travail
<b>Implication du médecin du travail</b>
Etudes de postes, aménagements des horaires et des tâches de travail (notamment par les restrictions temporaires d'aptitude)
Liaison avec l'employeur et/ou la hiérarchie de proximité pour faciliter le processus de retour au travail
Liaison avec le médecin traitant et/ou le médecin-conseil (notamment dans le cadre d'un retour au travail à temps partiel thérapeutique)
Orientation vers un programme de réadaptation si disponible
<b>Ressources mobilisables</b>
Financement par l'Agefiph de l'aménagement d'un poste de travail (si RQTH)
Possibilité de faire intervenir un ergonome

## **5.3 SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE DE CAS**

### **5.3.1 CONVERGENCE DES REGIONS ETUDIEES**

Étant donné la modification du plan d'analyse de l'étude de cas multiple qui a entraîné le passage d'une logique de répliation contrastante à une logique de répliation littérale, cette synthèse a pour objectif de comparer globalement les résultats obtenus dans les deux régions s'agissant des dimensions de la faisabilité, de la prise en charge des lombalgies dans les centres de réadaptation et des entreprises étudiées.

Les comparaisons inter-cas s'agissant des huit dimensions de la faisabilité n'ont pas mis en évidence de particularités régionales susceptibles de distinguer l'une ou l'autre région. La plupart des divergences observées peuvent être attribués à des caractéristiques individuelles. Cela est particulièrement vrai pour les pratiques professionnelles et les valeurs individuelles. Cependant, plusieurs résultats mentionnent des spécificités à un niveau infra-régional susceptibles de faire varier la faisabilité du modèle de Sherbrooke à l'intérieur de chacune des deux régions étudiées. Ces variations ont été mentionnées par exemple au niveau des services de santé au travail ou encore au niveau de l'échelon local du service médical de l'assurance maladie (caisses primaire d'assurance maladie).

Certains services de santé au travail sont connus pour être particulièrement innovants en termes de pluridisciplinarité, d'actions collectives auprès des entreprises ou de mesures de maintien dans l'emploi. D'autres services de santé au travail sont au contraire caractérisés

par des relations médiocres entre confrères, des relations conflictuelles avec la direction ou encore avec certaines entreprises. Ces caractéristiques sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la faisabilité du modèle de Sherbrooke en termes de couverture géographique des entreprises desservies par les services de santé au travail.

Au niveau de l'échelon local du service médical de l'assurance maladie, le même type de variations peut être observé s'agissant de la qualité des relations entre service médical et service social, ou encore en termes de pratiques des médecins conseils s'agissant de la prévention de la désinsertion des assurés en arrêt de travail prolongé. Ces variations sont également susceptibles d'influencer les conditions de faisabilité du modèle de Sherbrooke selon la zone géographique desservie par les caisses primaires d'assurance maladie.

En termes de prise en charge des lombalgies, la comparaison entre les deux régions ne montre pas de divergences importantes. La spécificité de la région A concerne l'existence d'un réseau régional dédié spécifiquement à la prise en charge des lombalgies. Ce réseau initialement développé sur les principes du modèle de Sherbrooke ne présente plus actuellement d'intervention formalisée en entreprise. La spécificité de la région B concerne l'affiliation du centre de réadaptation à l'association Comète. À ce titre, l'équipe bénéficie de ressources humaines supplémentaires (ergonome et assistante sociale) et d'un cahier des charges orienté spécifiquement vers la démarche précoce d'insertion professionnelle. Ces spécificités constituent des facilitateurs importants pour la faisabilité du modèle de Sherbrooke si toutefois les barrières qui ont été mentionnées peuvent être surmontées.

### 5.3.2 BARRIERES

Les barrières identifiées aux différents niveaux parmi les trois catégories d'acteurs sont récapitulées dans le **tableau 15** (page suivante). Les barrières propres aux professionnels de santé concernent une vision biomédicale de la lombalgie et une vision curative du rôle professionnel. D'autres barrières sont des pratiques professionnelles non conformes aux recommandations et le manque de connaissances sur la législation sociale et les enjeux du handicap au travail. Au niveau organisationnel, la barrière la plus importante concerne les écarts entre la prise en charge des lombalgies et le modèle de Sherbrooke.

Les barrières propres à l'assurance maladie concernent le caractère tardif de l'identification des assurés à risque de désinsertion professionnelle, l'absence de communication entre les différents services (médical, social, prévention) et la priorité accordée à la prévention primaire par le service prévention.

Les barrières propres aux entreprises concernent l'absence de politique pour maintenir le contact et faciliter le retour au travail des salariés absents, les contraintes de la production, l'instabilité de la direction et les difficultés propres au climat social dans les entreprises (relations entre différentes catégories professionnelles ou à l'intérieur de celles-ci).



**Tableau 15 : Barrières identifiées parmi les trois catégories d'acteurs**

Professionnels de santé	Assurance maladie	Entreprises
<b>Individus</b>		
Risques perçus : Surcharge de travail ; risque moral pour le travailleur	Risques perçus : Surcharge de travail ; risque moral pour le travailleur	Risques perçus : augmentation incontrôlable de la demande ; revendications sociales
Manque d'intérêt / d'implication	Manque d'intérêt / d'implication	
Manque de confiance / collaboration	Manque de confiance / collaboration	Manque de confiance / collaboration
Vision biomédicale du rôle professionnel		Déni de l'origine professionnelle des lombalgies
Désaccord avec la vitesse du retour au travail	Désaccord avec la vitesse du retour au travail	
Manque de temps	Manque de temps	Manque de temps
Manque de connaissances		
Pratique professionnelle monodisciplinaire	Pratique professionnelle monodisciplinaire	
Pratique professionnelle non conforme aux recommandations	Pratique professionnelle non conforme aux préconisations	
<b>Equipes / organisations</b>		
Risque juridique (retour au travail ; secret médical)	Risque juridique (retour au travail ; secret médical)	Risque juridique (retour au travail)
	Risque financier (augmentation des dépenses de santé)	Risque financier (perte de productivité ; aménagements)
Manque de ressources humaines Manque de ressources financières	Manque de ressources humaines Manque de ressources financières	Manque de ressources humaines Manque de ressources financières
Manque de ressources symboliques (autorité)		
Ecart dans l'organisation de la prise en charge des lombalgies : tardive ; médicalisée ; sans lien avec l'entreprise ; sans progressivité du retour au travail	Procédure tardive d'identification des salariés en arrêt de travail prolongé	Absence de politique pour maintenir le contact / aménager retour au travail
Communication absente ou conflictuelle entre professionnels	Communication absente ou conflictuelle entre différents services	Communication absente ou conflictuelle
		Intensification des conditions de travail
		Turn-over rapide de la direction de l'entreprise
<b>Institutions / Réglementation</b>		
Priorité accordée à l'éviction du salarié du poste pré-lésionnel	Priorité accordée à la prévention primaire	RQTH obligatoire pour financements de l'AGEFIPH
Absence de couverture pour le risque AT / MP pendant l'arrêt de travail		
Obligation du secret médical et du secret professionnel ; confidentialité des données de santé		
Complexité de la législation relative à la santé et la sécurité au travail et au maintien dans l'emploi		

Le **tableau 16** (page suivante) récapitule les barrières les plus saillantes sans considération pour la catégorie d'acteurs dans lesquelles elles ont été mentionnées. Les deux barrières les plus importantes semblent se situer au niveau de la réglementation. L'absence de couverture pour le risque accident du travail / maladies professionnelles pendant l'arrêt de travail fait obstacle au retour du travailleur dans l'entreprise pendant sa réadaptation. Le secret médical et la confidentialité des données de santé font obstacle à l'identification précoce des travailleurs à risque d'incapacité et à la collaboration entre les acteurs. Ces barrières ont des répercussions sur les risques juridiques perçus par les acteurs. Elles sont aussi à l'origine des écarts importants dans la prise en charge des lombalgies en France comparativement modèle de Sherbrooke.

Le manque de ressources est souligné comme une barrière par tous les acteurs à plusieurs niveaux : le manque de temps est mis en parallèle avec le manque de ressources humaines. Il fait obstacle à l'implication des acteurs dans de nouvelles tâches de travail. Le manque de financement concerne principalement l'intervention d'ergonomie participative en entreprise et les aménagements du poste de travail.

Enfin, il faut souligner que le manque de confiance et de collaboration a été mentionné comme une barrière à un niveau individuel à l'intérieur de chaque catégorie d'acteurs (par exemple entre médecins traitants et médecins du travail ; entre médecins conseils et assistantes sociales ; au sein des entreprises) mais aussi à un niveau organisationnel entre les institutions des différents secteurs concernés.

**Tableau 16 : Barrières les plus saillantes**

Barrières individuelles	
Risques perçus	Risque moral pour le travailleur
	Risque d'une surcharge de travail
Valeurs discordantes	Désaccord avec la vitesse du retour au travail
	Manque d'intérêt et d'implication dans le retour au travail
	Vision biomédicale de la lombalgie et du rôle professionnel
	Manque de confiance dans les autres acteurs
Pratique professionnelle	Manque de connaissances (lombalgies ; législation ; milieu de travail)
	Pratique monodisciplinaire / manque de collaboration
	Pratique non conforme aux recommandations / préconisations
Barrières organisationnelles	
Risques perçus	Risque juridique (secret médical ; retour dans l'entreprise)
	Risque économique (temps passé ; dépenses de santé ; aménagements des postes de travail ; perte de productivité)
Manque de ressources	Manque de temps
	Ressources humaines
	Ressources financières
	Ressources symboliques (autorité ; moyens d'action)
Pratiques organisationnelles	Écart avec le modèle de Sherbrooke : prise en charge tardive ; médicalisée ; sans progressivité ; sans lien avec le milieu de travail
	Manque de communication (interne) et de collaboration (externe)
Barrières propres aux entreprises	Climat social difficile
	Faible culture en santé et sécurité au travail (dont l'ergonomie)
	Contraintes de production ; exigences du marché
	Instabilité et/ou manque d'autonomie de la direction
Barrières institutionnelles ou réglementaires	
	Suspension du contrat de travail par l'arrêt de travail
	Contrainte du secret médical et du secret professionnel ; confidentialité des données de santé
	Complexité de la législation relative à la santé et la sécurité du travail et au maintien dans l'emploi

### 5.3.3 FACILITATEURS

Les facilitateurs identifiés aux différents niveaux parmi les trois catégories d'acteurs sont récapitulées dans le **tableau 17** (page suivante). Les facilitateurs propres aux professionnels de santé concernent le rôle potentiel que les médecins du travail et les médecins traitants sont susceptibles d'assumer dans une adaptation en France du modèle de Sherbrooke, en lien avec la possibilité d'organiser la prise en charge des lombalgies sous la forme de réseaux de soins. Un autre facilitateur concerne le travail en pluridisciplinarité et le réentraînement à l'effort pratiqués par les équipes de réadaptation.

Les facilitateurs propres à l'assurance maladie concernent le rôle potentiel que le service médical, le service social et le service prévention sont susceptibles d'assumer dans une adaptation en France du modèle de Sherbrooke, en lien avec les ressources et les missions qui leur sont propres.

Les facilitateurs propres aux entreprises concernent l'existence de CHSCT susceptibles d'assumer un rôle essentiel dans une adaptation en France du modèle de Sherbrooke lorsque les relations sociales et la culture en santé au travail sont développées dans l'entreprise. Au niveau réglementaire, les plans régionaux de santé au travail constituent un facilitateur important comme outil de planification. La possibilité de mobiliser des ressources financières auprès de l'AGEFIPH constitue également un facilitateur important.

**Tableau 17 : Facilitateurs identifiés parmi les trois catégories d'acteurs**

Professionnels de santé	Assurance maladie	Entreprises
<b>Individus</b>		
Besoins perçus	Besoins perçus	Besoins perçus
Bénéfices perçus	Bénéfices perçus	Bénéfices perçus
Vision sociale du rôle professionnel	Vision sociale du rôle professionnel	Vision sociale du rôle professionnel
Concordance du modèle de Sherbrooke avec les valeurs personnelles	Concordance du modèle de Sherbrooke avec les valeurs personnelles	Concordance du modèle de Sherbrooke avec les valeurs personnelles
Pratiques professionnelles en collaboration	Pratiques professionnelles en collaboration	Pratiques professionnelles en collaboration
Implication personnelle dans le maintien dans l'emploi	Implication personnelle dans le maintien dans l'emploi	Implication personnelle dans le maintien dans l'emploi et les enjeux de santé et sécurité au travail
<b>Equipes / organisations</b>		
Concordance avec les valeurs et les missions de l'association COMETE	Concordance avec les valeurs et les missions du service social de l'assurance-maladie (précocité ; partenariat ; progressivité)	Concordance avec les valeurs et les missions des organisations syndicales représentant les travailleurs
Organisation de la prise en charge des lombalgies (pluridisciplinarité ; reconditionnement à l'effort ; liens avec les entreprises)	Concordance avec les valeurs et les missions du service prévention de l'assurance-maladie	
Dynamique locale favorable (centre de réadaptation ; service de santé au travail)	Dynamique locale favorable (CPAM ; CRAM)	Dynamique locale favorable (fonctionnement du CHSCT et relations sociales dans l'entreprise)
<b>Institutions / Réglementation</b>		
Rôle potentiel des médecins du travail	Rôle potentiel du service social	Rôle potentiel des MIRTMO
Rôle potentiel des médecins traitants	Rôle potentiel du service médical	Financements potentiels de l'AGEFIPH / DRTEFP
Rôle potentiel des IPRP	Rôle potentiel du service prévention	
Possibilité de reprise du travail à temps partiel thérapeutique		
Possibilités d'aménagement des conditions de travail par le médecin du travail		
Possibilité d'organisation de la prise en charge des lombalgies sous la forme de réseaux de soins		

Le **tableau 18** (page suivante) récapitule les facilitateurs les plus saillants sans considération pour la catégorie d'acteurs dans lesquelles ils ont été mentionnés. Au niveau individuel, plusieurs facilitateurs communs aux trois catégories d'acteurs ont été identifiés : l'ampleur des besoins et des bénéfices perçus ; l'existence de pratiques professionnelles collaboratives et la correspondance du modèle de Sherbrooke avec les valeurs personnelles des acteurs.

Au niveau des équipes de travail et des organisations, les facilitateurs identifiés concernent la concordance du modèle de Sherbrooke avec les valeurs et les pratiques de plusieurs d'entre elles : équipe de réadaptation Comète, service médical et service social de l'assurance maladie présentant une dynamique locale favorable, service de santé au travail. Une dynamique favorable du CHSCT dans les entreprises semble un facilitateur particulièrement important.

Au niveau de la réglementation, le facilitateur le plus important est la possibilité de reprise du travail à temps partiel thérapeutique prévue dans le code de la sécurité sociale et pouvant être utilisée pour l'intervention du retour thérapeutique au travail. D'après la réglementation qui encadre leur exercice, plusieurs intervenants pourraient également assumer un rôle important dans une adaptation du modèle de Sherbrooke notamment les médecins du travail, les médecins conseils et les assistantes sociales de l'assurance maladie.

**Tableau 18 : Facilitateurs les plus saillants**

Facilitateurs individuels	
Besoins perçus	Déterminants, prise en charge et conséquences des lombalgies
Bénéfices perçus	Pour le travailleur
	Pour l'entreprise
Valeurs concordantes	Vision sociale du rôle professionnel
	Concordance du modèle de Sherbrooke avec les valeurs personnelles
	Intérêt et implication personnelle dans le maintien dans l'emploi
Pratique professionnelle	Pratique pluridisciplinaire et / ou en collaboration
Facilitateurs organisationnels	
Valeurs concordantes	Concordance du modèle de Sherbrooke avec la culture et / ou les missions organisationnelles
Ressources disponibles	Ressources humaines (IPRP ; assistante sociale)
	Ressources financières (AGEFIPH, autre)
Pratiques organisationnelles	Conformité avec le modèle de Sherbrooke : pluridisciplinarité ; réentraînement à l'effort ; liens avec l'entreprise
	Dynamique locale favorable (relations internes et externes)
Facilitateurs propres aux entreprises	Climat social favorable ; participation des salariés Culture développée en santé et sécurité au travail (dont CHSCT) Stabilité et engagement de la direction
Facilitateurs institutionnels ou réglementaires	
	Possibilité de reprise du travail à temps partiel thérapeutique
	Rôle potentiel des différents médecins : médecin traitant ; médecin du travail ; médecin conseil ; MIRTMO
	Rôle potentiel des différents services de l'assurance maladie : service médical ; service social ; service prévention
	Possibilité d'organiser la prise en charge des lombalgies sous la forme de réseaux de soins pour décloisonner la prise en charge

## **CHAPITRE 6 : DISCUSSION**



La première partie de la discussion est consacrée au modèle théorique élaboré pour étudier la faisabilité des programmes de santé complexes dans un nouveau contexte. L'originalité du caractère éclectique du modèle est soulignée, ainsi que sa validation empirique par les données recueillies sur le terrain. Une section particulière est consacrée aux deux dimensions du cadre conceptuel initial qui n'ont pas été retenues dans le cadre conceptuel révisé : l'intégration des soins et le leadership collectif. Ensuite, les caractéristiques de ce modèle sont comparées avec les données de la littérature sur la nature des barrières et des facilitateurs à l'utilisation des connaissances. Enfin, l'apport du modèle théorique à l'état actuel des connaissances est souligné.

La seconde partie de la discussion est consacrée aux barrières et aux facilitateurs identifiés à la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français. Ces derniers sont situés dans une perspective systémique soulignant les interactions entre les différents acteurs et les différentes logiques d'action.

## **6.1 MODÈLE THÉORIQUE**

La particularité du cadre conceptuel initial (CCI) élaboré à partir de la recension des écrits est son caractère éclectique. C'est le caractère pragmatique de la question de recherche qui a dicté ce choix méthodologique. La particularité du cadre conceptuel révisé est d'être ancré empiriquement dans les données recueillies sur le terrain. Les dimensions du CCI ont été utilisées comme catégories d'analyse pour effectuer l'analyse thématique du contenu des entrevues et des groupes de discussion. Cependant, deux dimensions importantes du

CCI n'ont pas été retenues dans le cadre conceptuel révisé en l'absence d'ancrage empirique suffisant. Un retour à la littérature a été effectué pour analyser ces résultats inattendus.

## **6.1.1 DIMENSIONS NON RETENUES**

### **6.1.1.1 L'intégration des soins**

La notion d'intégration des soins provient de la recherche sur les systèmes de santé ; elle présente un niveau élevé d'abstraction et de complexité (Ahgren & Axelsson, 2005; Contandriopoulos et al., 2001). Elle ne correspond pas nécessairement à l'expérience des professionnels de santé qui exercent sur le terrain mais plutôt à des préoccupations des gestionnaires situés à un niveau décisionnel plus élevé, ce qui n'était pas le cas des informateurs clés interrogés dans cette étude. Ces derniers ont eu spontanément tendance à s'exprimer sur leurs pratiques individuelles et le contexte organisationnel de leur pratique. Le matériel ainsi recueilli ne correspondait pas à la définition retenue pour l'intégration des soins ; il a été codé dans de nouvelles catégories d'analyse qui ont été créés en cours d'analyse et qui sont décrites dans la section ci-dessous. Par ailleurs, les expériences d'évaluation de l'intégration des soins qui sont rapportées dans la littérature correspondent le plus souvent à l'analyse de l'implantation de filières de soins ou de réseaux intégrés qui sont déjà implantés: réseaux de périnatalité (D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie, & Remondin, 2003); thrombolyse précoce des infarctus du myocarde (Ahgren & Axelsson, 2005); réseau intégré de prise en charge des personnes âgées (Hebert, Veil, Hebert, & Veil, 2004) ; etc. Il est possible que les difficultés des personnes interrogées à répondre aux

questions sur l'intégration des soins correspondent précisément à l'absence de cette intégration pour la prise en charge des travailleurs lombalgiques. Cette hypothèse est corroborée par plusieurs informateurs clés qui ont identifié le manque de collaboration entre professionnels de santé comme un obstacle à cette intégration.

Pour ces différentes raisons, il est vraisemblable que la notion d'intégration des soins soit un concept plus approprié pour analyser l'implantation de programmes de santé et de filières de soins dont les activités sont déjà opérationnelles plutôt que leur faisabilité préalablement à leur implantation. Il convient également de souligner l'insuffisance d'une approche purement qualitative explorant la perception des acteurs concernés pour évaluer l'intégration des soins. En effet, cette évaluation relève le plus souvent d'une approche mixte associant une partie quantitative avec des indicateurs permettant de documenter les processus de l'intégration des soins (Ahgren & Axelsson, 2005; Hebert et al., 2004).

### **6.1.1.2 Le leadership collectif**

L'utilisation des leaders d'opinion pour faciliter la diffusion des innovations provient historiquement d'un courant de la littérature centré sur les mécanismes de communication et d'influence sociale dans le domaine de la santé publique (programmes de promotion de la santé), du marketing, de la gestion et du changement dans les organisations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004; Rogers, 2003). Dans le cadre de la recherche sur les services de santé, les médecins leaders d'opinion sont considérés comme une stratégie parmi d'autres pour parvenir à l'amélioration de la qualité des soins, à l'adoption des données probantes et à l'utilisation des recommandations pour la pratique clinique

(Grimshaw et al., 2003). À cet égard, ils sont définis comme « des professionnels de santé désignés par leurs collègues comme étant pédagogiquement influents » (Doumit, Gattellari, Grimshaw, & O'Brien, 2007). Une autre définition des leaders d'opinion est la suivante :

« (...) ceux qui sont perçus comme ayant une influence particulière sur les croyances et les comportements de leurs collègues, dans une direction ou l'autre, qu'elle soit positive (au regard de ceux qui essayent d'apporter le changement) ou bien négative. »  
(Locock et al., 2001)

L'analyse de la littérature révèle ainsi différentes définitions des leaders d'opinion, différentes méthodes pour les identifier et différentes méthodes pour évaluer leurs effets (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004). Ce constat reflète aussi bien la variété des bases théoriques sous-jacentes à la conceptualisation du leadership d'opinion (Avolio, Bass, & Jung, 1999; Valente & Pumpuang, 2007; Vinot, 2008) que la variété des situations concrètes dans lesquelles ce phénomène est rencontré sur le terrain.

Il existe deux grandes approches dans la littérature en santé consacrée au leadership d'opinion qui se distinguent par leur paradigme de recherche, leur conceptualisation du leadership, les méthodes utilisées pour l'étudier et les résultats produits quant à son efficacité. Ces deux grandes approches sont récapitulées dans le **tableau 19** (page suivante).

## Tableau 19 : Les deux grandes approches du leadership d'opinion en santé

d'après (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004)

<b>Approche empirique – quantitative</b>	<b>Approche constructiviste – qualitative</b>
D'après (Doumit et al., 2007; Grimshaw et al., 2006; Grimshaw et al., 2001; Grimshaw et al., 2004)	D'après (Dopson, FitzGerald, Ferlie, Gabbay, & Locock, 2002; Dopson et al., 2005; Dopson, Locock, Chambers, & Gabbay, 2001)
<b>Méthodes de recherche</b>	
Quantitatives Devis expérimentaux et quasi expérimentaux	Qualitatives Etudes de cas
<b>Conceptualisation du leadership d'opinion</b>	
Intervention ponctuelle, manipulable dans le sens désiré (par exemple par une agence de changement) dont l'effet peut être dissocié d'autres influences (dont le contexte organisationnel) par le recours à un groupe contrôlé dans le cadre d'un devis expérimental ou quasi expérimental	Intervention complexe, multi-facettes, changeante selon les circonstances, dont les mécanismes sont spécifiques à des situations particulières et se prêtent mal à la généralisation
Phénomène considéré de façon univoque quels que soient le contexte, l'innovation et la thématique de santé	Reconnaissance des nuances et de la complexité du phénomène : - Ambivalence de certains leaders d'opinion envers l'innovation - Echec à impliquer les « bons » leaders d'opinion - Existence de rivalités entre leaders d'opinion avec phénomènes « d'indifférence active » - Dissonances entre praticiens du terrain et certains leaders d'opinions intervenant comme experts
<b>Évaluation de l'efficacité du leadership d'opinion</b>	
Effet positif mais de faible amplitude, avec la persistance de nombreuses inconnues	Les résultats sont plus fréquemment en faveur de l'efficacité du leadership d'opinion
Le contexte est considéré comme une source de biais potentiels devant être contrôlés pour assurer la validité interne des résultats	La considération du contexte organisationnel, social et politique est déterminante pour expliquer les effets

Plusieurs limitations ont été soulignées quant à l'utilisation potentielle des leaders d'opinion comme stratégie d'implantation du changement à moyenne ou grande échelle dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins (Doumit et al., 2007; Grimshaw et al., 2006) :

- les méthodes utilisées pour identifier les leaders d'opinion sont variables (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004; Valente & Pumpuang, 2007) ; elles n'identifient pas toujours les mêmes personnes ce qui traduit possiblement un problème de validité avec plusieurs types de leader d'opinion possédant des caractéristiques différentes.

- il existe une instabilité dans le temps des leaders d'opinion identifiés ; ce constat décrit dans la littérature correspond à celui qui a été observé sur le terrain pendant la collecte des données dans la région B.

- les leaders d'opinion sont généralement de type « monomorphique » : leur périmètre d'influence est limité à leur spécialité ou leur zone d'exercice ce qui dissuade leur utilisation dans le cadre de stratégies d'implantation à plus grande échelle ou dans le cadre de problématiques complexes de santé faisant intervenir d'autres spécialités. Ce constat correspond également à ce qui a été observé dans le cadre de la collecte des données dans la région A.

- l'efficacité des leaders d'opinion pour implanter le changement est modérée et les conditions de cette efficacité ne sont pas bien connues.

En résumé, le leadership d'opinion apparaît comme un phénomène incontournable dans la conduite du changement et l'implantation des innovations dans les systèmes de santé.

Cependant, la complexité de ce phénomène, son instabilité dans le temps, la difficulté à le mettre en œuvre en faveur de problématiques de santé complexes et le manque de

connaissances sur les conditions de son efficacité semblent dissuader son utilisation planifiée en tant que stratégie d'implantation du modèle de Sherbrooke.

Pour autant, l'influence potentielle des leaders d'opinion au niveau local sur les pratiques de leurs collègues ne devrait pas être négligée, que cette influence soit favorable ou défavorable à l'adoption des activités nécessaires à l'implantation du modèle de Sherbrooke. En pratique, l'existence d'un leadership d'opinion de nature individuelle ou collective devrait être considérée comme une fenêtre d'opportunité à saisir et à sécuriser rapidement sous une forme pérenne et structurée, par exemple sous la forme d'une convention de partenariat entre les institutions d'appartenance de ces leaders d'opinion. L'absence d'un tel leadership individuel ou collectif doit être considérée comme une lacune à combler en investissant dans la formation et l'implication de nouveaux leaders susceptibles d'œuvrer en faveur de l'implantation du modèle. L'existence de rivalités entre différents leaders d'opinion ou encore l'éventualité d'attitudes hostiles ou indifférentes de la part de certains leaders d'opinion ne doit pas être négligée et devrait être recherchée sur le terrain au moment de l'implantation.

La décision de ne pas retenir dans le cadre conceptuel révisé les dimensions n'ayant pas trouvé d'ancrage empirique dans les données recueillies sur le terrain correspond à la position méthodologique de Yin dans la conduite d'études de cas (Yin, 2003b). En cela, ce choix est cohérent avec la finalité du cadre conceptuel élaboré qui est d'être utilisé sur le terrain dans une démarche appliquée de planification de programmes de santé. Cependant, ce choix entraîne certaines limitations qui sont mentionnées dans la section 6.5 consacrée aux limites de l'étude. Il convient de mentionner que d'autres critères tels que l'ancrage

théorique de ces dimensions dans la littérature auraient pu être considérés pour conserver ces dimensions dans le cadre conceptuel révisé. Cependant, le choix de conserver ces dimensions aurait été moins cohérent avec la position pragmatique retenue tout au long de cette étude.

### **6.1.2 COHERENCE DU MODELE AVEC LA LITTERATURE**

Les barrières et facilitateurs identifiés au moyen des dimensions du CCI intégrées ensuite dans le cadre conceptuel révisé sont cohérents avec ceux décrits dans la littérature. Cette cohérence est retrouvée d'une part au sujet de la catégorisation en différents niveaux et d'autre part au sujet de la nature de ces barrières et facilitateurs.

Les résultats de cette étude de cas ont révélé des barrières et des facilitateurs au niveau individuel, organisationnel et institutionnel. Ces différents niveaux sont retrouvés dans plusieurs revues de la littérature sur l'adoption des données probantes par les cliniciens (Grimshaw et al., 1999; Grol & Wensing, 2004; Saillour-Glénisson & Michel, 2003), l'amélioration de la qualité des soins (Ferlie & Shortell, 2001; Shojania & Grimshaw, 2005; Shojania et al., 2004), la dissémination des recommandations pour la pratique clinique (Francke et al., 2008; Grol, 2001), les déterminants de l'innovation dans les services publics (Landry et al., 2007) et les services de santé (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004) ou encore l'incorporation des pratiques préventives par les cliniciens (Provost et al., 2007).



### **6.1.2.1 Barrières identifiées dans l'étude**

Pour la plupart des barrières identifiées dans cette étude, leur nature est cohérente avec celles qui sont décrites dans la littérature. Au niveau individuel, le risque perçu d'une surcharge de travail identifié dans cette étude est classiquement décrit comme une barrière à l'utilisation des données probantes (Saillour-Glénisson & Michel, 2003) et comme un obstacle à l'adoption des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Toujours au niveau individuel, plusieurs répondants ont mentionné la perception d'un risque moral pour les travailleurs pris en charge dans le modèle de Sherbrooke. La perception de ce type de risque est également décrite dans la littérature qualitative sur le programme de retour au travail (Eakin et al., 2003; MacEachen et al., 2006; Svensson et al., 2003). Certains répondants ont mentionné des valeurs discordantes avec le modèle de Sherbrooke : désaccord avec la vitesse du retour au travail ; vision biomédicale de la lombalgie ; vision curative du rôle professionnel ; manque de confiance dans les autres acteurs. Ces résultats sont cohérents avec d'autres études qui mentionnent que la discordance des valeurs est une barrière à l'adoption des guides de pratique (Côté et al., 2009; Saillour-Glénisson & Michel, 2003) et des innovations dans le domaine de la santé (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Au niveau des pratiques professionnelles, le manque de connaissances de certains professionnels de santé (médecins, ergothérapeutes) et des pratiques non conforme aux recommandations (médecins, kinésithérapeutes) ont été identifiés comme des barrières à la faisabilité du modèle de Sherbrooke. Ces barrières sont également décrites dans la littérature sur l'adoption des données probantes sur les lombalgies (Dahan et al., 2007; Dahan et al., 2008) et sur les programmes de retour au travail (Baril et al., 2003).

Au niveau organisationnel, le manque de ressources a été mentionné dans cette étude comme une barrière parmi les trois catégories de répondants. Le manque de temps, de ressources humaines et de ressources financières sont des barrières bien décrites à l'adoption des données probantes (Saillour-Glénisson & Michel, 2003), des innovations et du changement organisationnel (Desbiens & Dagenais, 2002; Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Par ailleurs, Desbiens et Dagenais ont évoqué spécifiquement la nécessité de bénéficier de ressources symboliques sous la forme d'un capital de risque accordé par les gestionnaires pour la mise en œuvre du changement (Desbiens & Dagenais, 2002). Cette nécessité a été soulignée dans cette étude par des médecins du travail pour le développement de pratiques innovantes en santé au travail. S'agissant des modalités de prise en charge des lombalgies, des écarts importants ont été identifiés dans les deux régions entre les pratiques organisationnelles dans les centres de réadaptation et le modèle de Sherbrooke. Ces écarts sont des barrières importantes mentionnées dans la littérature sur l'adoption des données probantes dans la mesure où ils déterminent l'ampleur des changements nécessaires (Saillour-Glénisson & Michel, 2003).

Plusieurs barrières spécifiques aux entreprises ont été identifiées dans cette étude et sont récapitulées dans le **tableau 13** (page 159). Elles portent sur un climat social difficile, une faible participation des salariés, une faible culture en santé au travail, les exigences de la production, l'instabilité de la direction et l'absence de support au niveau du collectif de travail. Toutes ces barrières sont cohérentes avec celles décrites dans la littérature sur l'implantation de programmes de santé et des programmes de retour au travail en

entreprises (Baril-Gingras et al., 2004; Baril & Berthelette, 2000; Baril et al., 2003; Daniellou et al., 2008).

Au niveau institutionnel et réglementaire, la complexité de la législation française relative à la santé au travail et au maintien dans l'emploi a été identifiée dans cette étude comme une barrière à la faisabilité du modèle de Sherbrooke. Cette complexité a déjà été mentionnée comme une barrière dans le processus de retour au travail et l'implantation des programmes de retour au travail (MacEachen et al., 2006; MacEachen et al., 2007).

Contrairement aux barrières mentionnées précédemment qui sont déjà décrites dans la littérature, deux barrières spécifiques au contexte français ont été identifiées au niveau organisationnel et institutionnel. L'identification de ces barrières est un résultat particulièrement important dans la mesure où elles sont susceptibles d'entraver radicalement l'implantation du modèle de Sherbrooke en France si elles ne sont pas anticipées.

Une première barrière au niveau réglementaire concerne la suspension du contrat de travail entraînée par la prescription d'un arrêt de travail et qui entraîne en conséquence la suspension de l'assurance pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cette particularité réglementaire entraîne un risque important pour les entreprises et les professionnels de la réadaptation dans l'hypothèse où un travailleur en arrêt de travail reviendrait dans l'entreprise dans le cadre de l'intervention d'ergonomie participative et/ou de l'intervention de retour au travail du modèle de Sherbrooke. Ce risque juridique a été mentionné par plusieurs répondants comme une barrière importante.

La seconde barrière au niveau réglementaire concerne les contraintes engendrées par les dispositions relatives au secret médical, au secret professionnel et à la confidentialité des données de santé. Ces dispositions législatives font obstacle à l'identification précoce des travailleurs en arrêt de travail prolongé et à leur signalement auprès des acteurs susceptibles d'intervenir en prévention de l'incapacité au travail (médecin traitant, médecin du travail, service social de l'assurance maladie). Cette barrière entraîne également un risque juridique au niveau organisationnel voire au niveau individuel dans la mesure où l'identification et le signalement précoce des travailleurs pourraient contrevenir à ces dispositions législatives. Il existe par ailleurs un enjeu éthique important associé au respect du secret médical qui rejoint la catégorie de risque moral évoqué par plusieurs répondants. Ce résultat apparaît particulièrement important dans le domaine de l'implantation des programmes de retour au travail car la notion du secret médical est susceptible d'être retrouvée dans la majorité des systèmes de santé. Cette barrière importante est donc susceptible d'être retrouvée dans d'autres pays mais elle n'a été pas été explicitement évoquée ni anticipée à notre connaissance dans la littérature sur l'implantation des programmes de retour au travail.

### **6.1.2.2 Facilitateurs identifiés dans l'étude**

Tous les facilitateurs identifiés dans cette étude au niveau individuel sont déjà décrits dans la littérature. Les répondants interrogés ont tous évoqué la perception de besoins importants s'agissant de la prise en charge de lombalgies en France. De la même façon, tous les répondants ont perçu des bénéfices importants apportés par le modèle de Sherbrooke pour les travailleurs lombalgiques et pour les entreprises. Ces deux éléments

sont classiquement décrits comme des facilitateurs à l'adoption des données probantes (Francke et al., 2008; Saillour-Glénisson & Michel, 2003) et à l'adoption des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Les valeurs concordantes avec le modèle de Sherbrooke portent sur la vision sociale de leur rôle professionnel par les répondants et leur intérêt dans le maintien dans l'emploi. Ces facilitateurs rejoignent ceux identifiés dans une étude mentionnant qu'une vision biopsychosociale de la lombalgie et du rôle professionnel était un facilitateur à l'adoption d'un guide de pratique pour la lombalgie (Côté et al., 2009).

Au niveau organisationnel, la disponibilité de certaines ressources humaines et financières a été évoquée par certains répondants. Ces éléments constituent des facilitateurs déjà mentionnés dans la littérature sur l'adoption des données probantes et des innovations. Dans les centres de réadaptation, certains éléments dans la prise en charge des lombalgies sont conformes au modèle de Sherbrooke : la pluridisciplinarité, le reconditionnement à l'effort, les liens parfois établis avec les entreprises. Ces éléments qui réduisent l'ampleur des changements à implanter sont des facilitateurs décrits dans la littérature sur l'adoption des données probantes (Saillour-Glénisson & Michel, 2003) et l'adoption des innovations (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Toujours au niveau des pratiques organisationnelles, il a été mentionné par plusieurs répondants que des dynamiques locales favorables étaient des facilitateurs à l'implantation du modèle de Sherbrooke, par exemple au niveau des services de santé au travail ou des caisses primaires d'assurance maladie. Ces facilitateurs sont conformes à ceux décrits dans la littérature sur l'adoption des pratiques de prévention (Provost et al., 2007) et des données probantes (Francke et al., 2008; Saillour-Glénisson & Michel, 2003) qui insistent sur l'influence du contexte de pratique comme

déterminant important des comportements individuels visant l'adoption des nouvelles procédures.

Certains facilitateurs spécifiques aux entreprises ont été identifiés dans cette étude et sont récapitulés dans le **tableau 14** (page 160). Un climat social favorable avec la participation des salariés, une culture développée en santé en travail, la stabilité et l'engagement de la direction ainsi que l'implication favorable des syndicats sont des facilitateurs classiquement décrits dans l'implantation des programmes de santé et de retour au travail en entreprises (Baril-Gingras et al., 2004; Baril & Berthelette, 2000; Baril et al., 2003; Daniellou et al., 2008; MacEachen et al., 2006).

Contrairement aux facilitateurs précédents qui sont déjà décrits dans la littérature, plusieurs facilitateurs spécifiques au niveau organisationnel et réglementaire du contexte français ont été identifiés dans cette étude. L'identification de ces facilitateurs est cruciale car ils sont susceptibles de déterminer directement l'adaptation du modèle de Sherbrooke en France.

Au niveau législatif, plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale et du code du travail encadrent précisément le rôle des différents médecins dans le processus du retour au travail et du maintien dans l'emploi des personnes avec des troubles de santé. Ces dispositions législatives déterminent le rôle respectif que les médecins traitants, les médecins du travail et les médecins conseils sont susceptibles d'assumer dans une adaptation du modèle de Sherbrooke en France. On retrouve d'autres particularités réglementaires au niveau du code de la fonction publique pour les salariés titulaires dans la fonction publique d'État, territoriale ou hospitalière.

Au niveau institutionnel, les différents services de l'assurance maladie en France possèdent à la fois une mission et une légitimité pour intervenir dans le domaine du retour au travail et du maintien dans l'emploi. Le service médical, le service social et le service prévention disposent ainsi d'outils réglementaires, de ressources humaines, financières et symboliques susceptibles d'être des facilitateurs importants à l'adaptation et l'implantation du modèle de Sherbrooke.

Enfin, la possibilité d'organiser en France la prise en charge des lombalgies sous la forme de réseaux de soins permettant de décloisonner les secteurs impliqués (libéral et hospitalier, curatif et préventif, sanitaire et social) est de nature à faciliter l'adaptation et l'implantation du modèle de Sherbrooke.

En résumé, une grande partie des barrières et facilitateurs identifiés dans cette étude correspond à ceux décrits dans la littérature sur l'adoption des données probantes, la diffusion des innovations et l'implantation des programmes de santé au travail. Cette cohérence concerne autant les barrières et facilitateurs identifiés au niveau des individus que ceux identifiés au niveau des organisations. Cependant, d'autres barrières et facilitateurs appartenant spécifiquement au contexte français ont pu être identifiés. Ils sont situés essentiellement au niveau de la réglementation qui détermine les missions de plusieurs institutions concernées (assurance maladie, services de santé au travail) et le rôle des professionnels pouvant être impliqués dans une adaptation de ce modèle en France (particulièrement les médecins). L'identification de ces barrières et facilitateurs propres à la France permettra le cas échéant d'orienter précisément l'adaptation du modèle de Sherbrooke à ce nouveau contexte d'adoption.

Après avoir mentionné la cohérence des barrières et facilitateurs identifiés dans cette étude, le caractère novateur du modèle théorique élaboré est développé dans la section suivante.

### **6.1.3 APPORTS DU MODELE THEORIQUE A L'ETAT DES CONNAISSANCES**

Bien que l'étude du contexte soit une recommandation commune à l'implantation de nouveaux programmes de santé (Mannoni et al., 2006), des innovations organisationnelles (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004) et des données probantes (Shaw et al., 2007), les modalités pour le faire ne sont pas détaillées dans la littérature. La conduite structurée d'études de faisabilité préalablement à l'implantation des programmes est une pratique relativement récente dans la planification des programmes de santé, même s'il s'agit d'une préoccupation ancienne dans le domaine particulier de la promotion de la santé dans la communauté et dans les pays en voie de développement (Merzel & D'Afflitti, 2003). Le modèle élaboré et validé empiriquement dans cette étude permet d'étudier la faisabilité d'un programme de santé complexe considéré comme une innovation induisant de nombreux changements organisationnels. Ce modèle constitue ainsi un progrès des connaissances dans le domaine de la planification en santé qui est définie comme :

« (...) le processus continu de prévision de ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives. »  
(Pineault & Daveluy, 1995b)

D'après Pineault et Daveluy, il existe quatre types de planification selon leur portée et leurs échéances dans le temps : la planification normative et stratégique (à échéance de 5 à 10 ans) puis tactique (3 à 5 ans) et enfin opérationnelle (1 an) (Pineault & Daveluy, 1995b). Bien que la distinction entre les différents types de planification ne soit pas

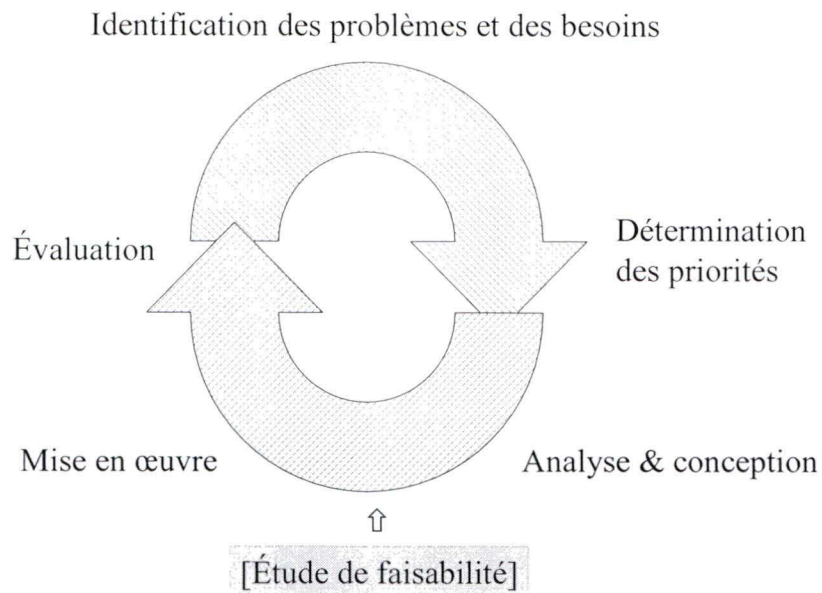


absolue, les étapes du processus de planification peuvent être distinguées de façon séquentielle. L'étude de faisabilité d'un programme de santé (ici, le modèle de Shebrooke) est située comme une étape charnière entre la planification tactique et la planification opérationnelle. En effet, l'étude de faisabilité est susceptible d'influencer autant la prévision des ressources requises (appartenant à l'étape de planification tactique) que la fixation des objectifs opérationnels et les stratégies de mise en œuvre du programme (appartenant à l'étape suivante de planification opérationnelle).

Une autre façon de décrire le processus de planification en santé consiste à représenter les étapes de la planification selon un processus circulaire tel que représenté dans la **figure 17** (page suivante). L'étude de faisabilité y est située comme une étape charnière entre la conception du programme et sa mise en œuvre.

## Figure 17 : La circularité des étapes du processus de planification de la santé

d'après (Pineault & Daveluy, 1995b)



Le choix de procéder directement à l'étude de faisabilité du modèle de Sherbrooke sans conduire les étapes préalables du processus de planification peut sembler surprenant. Comme il a été mentionné précédemment, le processus de planification n'est pas un processus linéaire mais le plus souvent un processus circulaire dans lequel on peut entrer à différentes étapes selon le niveau des connaissances disponibles sur les besoins de santé de la population, sur l'existence de solutions appropriées et selon l'agenda politique (Pineault & Breton, 2006; Pineault & Daveluy, 1995b). Dans le cas présent, le choix d'étudier la faisabilité du modèle de Sherbrooke a été motivé par la connaissance de besoins importants dans le contexte français d'après l'avis d'informateurs clés contactés préalablement à l'étude et compte tenu de la validité interne et externe du modèle de Sherbrooke le faisant considérer comme une réponse appropriée à ces besoins (Abenhaim et al., 2000; Poiraudau, 2004). La pertinence d'étudier la faisabilité du modèle de Sherbrooke a été

confirmée par les résultats de l'étude s'agissant des besoins exprimés par l'ensemble des répondants.

La première partie de cette discussion a développé une perspective d'analyse synthétique sur les barrières et facilitateurs identifiés en les distinguant selon différents niveaux et catégories d'acteurs. La seconde partie de la discussion est maintenant consacrée à les situer dans une perspective systémique à l'intérieur des relations complexes caractérisant le contexte d'adoption français.

## **6.2 PERSPECTIVE SYSTÉMIQUE SUR LE CONTEXTE FRANÇAIS**

Les expériences d'implantation des programmes de retour au travail dans plusieurs pays ont montré que le cloisonnement entre les différents secteurs (système de soins de santé, système de protection sociale, monde du travail) était un obstacle à l'implantation et la pérennisation de ces programmes dans une perspective populationnelle (Loisel et al., 2005). La complexité de la problématique du retour au travail et la nécessité de développer une collaboration intersectorielle entre les organisations impliquées plaident pour une analyse systémique des barrières et des facilitateurs identifiés. La perspective systémique développée ici s'attache à situer les barrières et les facilitateurs identifiés dans les différents systèmes qui constituent le contexte d'adoption : le système de soins de santé, le système de santé au travail, le système de protection sociale et le monde du travail. Ces systèmes ne sont pas considérés isolément mais globalement, en tant que parties intégrantes d'un ensemble à l'intérieur duquel ils sont dans une relation de dépendance réciproque. Les relations entre les quatre systèmes considérés ont été représentées dans la **figure 3** (page

13) décrivant les institutions impliquées en France dans la prévention de l'incapacité au travail.

## **6.2.1 LE SYSTEME DE SANTE AU TRAVAIL**

### **6.2.1.1 Les médecins du travail**

D'après le nombre de facilitateurs identifiés auprès des médecins du travail, ces derniers pourraient assumer un rôle important dans une adaptation du modèle de Sherbrooke en France. Ce modèle répond chez eux à des besoins importants rencontrés quotidiennement pour la prise en charge de situations complexes de travailleurs lombalgiques. Les bénéfices perçus sont précisément de bénéficier d'une solution nouvelle et précoce à ces cas difficiles devant lesquels ils sont fréquemment dépourvus. Enfin, le modèle de Sherbrooke est concordant avec certaines valeurs des médecins du travail se rapportant à la vision personne - environnement et la prise en charge globale selon un modèle biopsychosocial. Le fonctionnement participatif du modèle de Sherbrooke associant le travailleur, l'employeur et les professionnels de santé trouve un écho favorable auprès des médecins du travail. S'agissant de leurs pratiques professionnelles, ces derniers ont l'avantage de connaître à la fois la santé individuelle des travailleurs et leurs conditions de travail dans l'entreprise. Ils ont un accès facilité à l'employeur et aux différents échelons hiérarchiques de l'entreprise. Dans le cadre d'une adaptation en France du modèle de Sherbrooke, les médecins du travail pourraient donc assumer les rôles mentionnés dans l'**encadré** ci-dessous.

## **Encadré : Rôles potentiels des médecins du travail dans le modèle de Sherbrooke**

---

Rôle de veille et d'alerte auprès de l'employeur ou d'autres instances de l'entreprise sur les enjeux associés aux lombalgies et autres troubles musculosquelettiques

Rôle d'inclusion dans le modèle lorsqu'un travailleur est vu en visite de pré reprise à l'occasion d'un arrêt de travail

Rôle d'étude du poste de travail (seul ou bien en partenariat avec un ergonomiste ou un autre IPRP) et de préconisations d'adaptation de ce poste selon les capacités résiduelles du travailleur

Rôle d'adaptation des tâches de travail par l'intermédiaire de restrictions temporaires d'aptitude dans le cadre du processus de retour au travail

Rôle dans la préconisation et la mise en œuvre d'une reprise du travail à temps partiel thérapeutique

Rôle dans le suivi du retour au travail auprès du travailleur (visites individuelles) en lien avec les autres intervenants médicaux et non médicaux impliqués dans le processus (employeur, hiérarchie de proximité, collectif de travail, médecin traitant, médecin conseil)

---

A l'opposé, plusieurs barrières ont été identifiées auprès des médecins du travail. Certains ont perçu un risque moral encouru par le travailleur pris en charge. S'agissant des pratiques professionnelles, il a été mentionné que certains médecins du travail accordent peu d'importance et de temps au maintien dans l'emploi. La pluridisciplinarité qui est une valeur fortement reconnue et pratiquée chez certains semble poser des difficultés importantes chez d'autres. Cette barrière est corroborée dans un récent rapport qui mentionne que :

« (...) Les craintes sont encore importantes (...) de la part d'une partie du corps médical qui craint une perte d'influence et qui voit ses méthodes traditionnelles mises en question par un nouvel acteur (...). »

(Direction Générale du Travail, 2007)

Pour autant, cette barrière à la pluridisciplinarité n'est pas le fait des seuls médecins. Elle trouve un écho similaire du côté du monde du travail:

« Dans l'esprit de la plupart des employeurs, l'image de la santé au travail reste assimilée au passage de la visite médicale obligatoire et l'offre d'une prestation pluridisciplinaire recueille chez eux peu d'écho. »

(Aubin et al., 2007)

Dans cette étude, les barrières mentionnées le plus fréquemment chez les médecins du travail concernent leur manque de ressources. Le manque de temps pour s'impliquer dans des activités « connexes » à celles qui leur sont imposées par la réglementation est souligné par plusieurs répondants. Ce manque de temps médical est corroboré dans différents rapports (Aubin et al., 2007; Dellacherie, 2008; Gosselin, 2007). Il est susceptible de limiter la possibilité pour les médecins du travail d'assumer les rôles décrits ci-dessus dans une adaptation française du modèle de Sherbrooke.

« (...) les figures imposées - l'application de la réglementation - exercent déjà une ponction a priori importante sur le tiers temps, qui limite la marge de manœuvre du médecin du travail pour mener des actions de prévention en fonction de l'appréciation des risques professionnels et des besoins des entreprises. »  
(Aubin et al., 2007)

Enfin, la démographie actuelle des médecins du travail est susceptible de constituer une barrière importante dans la mesure où trois médecins sur quatre avaient plus de 50 ans en 2007 (Aubin et al., 2007) laissant la profession dans l'incertitude quant à son renouvellement en l'absence de mesure gouvernementale destinée à renverser cette pyramide des âges.

### **6.2.1.2 Les services de santé au travail**

Les résultats de l'étude de cas ont montré qu'il existe des variations importantes entre les services de santé au travail à l'intérieur de chaque région étudiée. Ces variations sont corroborées par des rapports du Ministère du travail (Aubin, Duhamel, & Lejeune, 2005; Aubin et al., 2007; Direction Générale du Travail, 2007) qui soulignent des variations en termes de ressources humaines, de dynamique collective entre médecins ou avec leur

directeur, de relations entre les médecins et les entreprises dont ils ont la charge ou encore de l'implication des services de santé au travail dans des démarches collectives telles que le plan régional de santé au travail (PRST). Les barrières et facilitateur des services de santé au travail au niveau organisationnel sont liés étroitement à ceux identifiés au niveau individuel, mais aussi à ceux identifiés dans les autres secteurs notamment celui du monde du travail. La qualité de la relation entre la direction du service de santé au travail et les médecins qui y exercent a été mentionnée à plusieurs reprises comme un déterminant important de la qualité des pratiques professionnelles. Cet élément est à rapprocher de la qualité des relations entre les services de santé au travail et les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'oeuvre (MIRTMO) qui facilite le développement de pratiques innovantes et l'implication des services de santé au travail dans les actions du plan régional de santé au travail.

### **6.2.1.3 La législation en santé au travail**

Les réformes du dispositif français de santé au travail ont fait l'objet de plusieurs rapports (Aubin et al., 2005; Aubin et al., 2007; Bevenise & Lopez, 2006; Dellacherie, 2008; Direction Générale du Travail, 2007) qui soulignent les progrès apportés mais aussi la pénétration inégale des réformes selon les régions et les dispositions réglementaires. Parmi les évolutions mentionnées, quatre d'entre elles ont été soulignées par plusieurs répondants comme des facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke. Elles concernent l'augmentation de l'effectivité du tiers-temps médical dans les entreprises, la remise en cause de la visite médicale systématique, le développement de la pluridisciplinarité dans

les services de santé au travail et le développement d'une démarche de planification avec les plans régionaux de santé au travail (PRST).

La réglementation prévoit que les médecins du travail doivent passer un tiers de leur activité (dénommée « tiers-temps ») au sein des entreprises dont ils ont la charge. Cette obligation ancienne semble avoir été longtemps ignorée, mais les mesures réglementaires adoptées depuis les années 2000 ont eu pour effet une augmentation du tiers-temps passé effectivement dans les entreprises par les médecins du travail (Aubin et al., 2007). Cette évolution constitue un facilitateur en favorisant l'implication des médecins du travail dans les entreprises.

La remise en cause de la visite médicale systématique et de la notion d'aptitude / inaptitude au travail a été développée de façon extensive dans le récent « rapport Gosselin » qui prône le développement de l'action du médecin du travail dans le domaine de l'adaptation des postes de travail et du reclassement (Gosselin, 2007). Ce rapport insiste sur l'amélioration nécessaire du dispositif de maintien en emploi en terme d'ampleur, d'efficacité et de financement compte tenu de l'enjeu majeur de la sécurisation des parcours professionnels. Ces éléments ont été mentionnés comme des facilitateurs par plusieurs médecins du travail. Le développement de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail a été signalé plusieurs fois comme un facilitateur, avec notamment la possibilité d'embaucher des ergonomes. Cependant, un rapport du Ministère du travail mentionne que les entreprises ne sont pas suffisamment impliquées et que des craintes importantes subsistent à différents niveaux du corps médical, des syndicats et des employeurs (Direction Générale du Travail, 2007). Ces éléments ont également été signalés comme des barrières à la faisabilité du



modèle de Sherbrooke. Nonobstant ces limitations, les dispositions réglementaires prévoyant la mise en œuvre de la pluridisciplinarité constituent un facilitateur réglementaire important.

Enfin, le développement d'une démarche de planification par l'intermédiaire du Plan santé travail 2005-2009 et sa déclinaison en Plans régionaux de santé au travail a été mentionnée par plusieurs répondants comme un facilitateur réglementaire favorisant le développement d'actions structurées et pérennes dans le domaine de la prévention d'incapacité au travail.

## **6.2.2 LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE**

Le modèle de Sherbrooke qui développe une démarche intégrée du parcours de réadaptation est susceptible de se heurter aux cloisonnements entre le secteur libéral et le secteur hospitalier. Cependant, le développement d'un réseau de soins dans la région A est supposé dépasser ce type de clivage.

### **6.2.2.1 Le secteur libéral**

Dans le cadre de cette étude, il n'a pas été possible de recruter des informateurs clés parmi les médecins généralistes exerçant en secteur libéral. La démarche initiale qui avait été entreprise dans ce sens s'est heurtée au manque de temps invoqué par les médecins contactés. L'argument invoqué a été le manque de disponibilité pour participer à une activité ne faisant pas partie d'une formation médicale continue (FMC) délivrée par un

organisme agréé délivrant aux médecins participants les crédits qu'ils doivent valider pour leur FMC. Étant donné que cette étude était conduite de façon indépendante par l'Université de Sherbrooke, cet obstacle n'a pas pu être surmonté. Il doit néanmoins être considéré comme une barrière importante chez les médecins généralistes : le manque de temps.

En conséquence, il n'a pas été possible d'analyser la perception du modèle de Sherbrooke chez les médecins généralistes libéraux. Cependant, certaines dimensions de sa faisabilité ont pu être analysées par l'intermédiaire du discours d'autres informateurs clés portant sur les médecins généralistes libéraux.

Deux facilitateurs réglementaires ont été évoqués à plusieurs reprises pour les médecins généralistes. Depuis la loi du 13 août 2004, les assurés sociaux ont l'obligation de désigner un médecin traitant (généraliste ou spécialiste) comme responsable de leur parcours de soins coordonné. À ce titre, ils constituent un passage obligé à deux reprises : avant d'accéder à un médecin spécialiste sous peine d'être moins bien remboursés ; ensuite pour le renouvellement d'un arrêt de travail. À ce double titre, le médecin traitant est théoriquement le mieux placé pour identifier les travailleurs à risque d'incapacité prolongée. Le deuxième facilitateur réglementaire qui a été mentionné réside dans la prérogative des médecins traitants de prescrire une reprise du travail à temps partiel thérapeutique, en accord avec le médecin conseil, le médecin du travail du patient et son employeur. En résumé, les médecins traitants en France pourraient assumer les rôles suivants dans une adaptation du modèle de Sherbrooke décrits dans l'encadré ci-dessous.

## **Encadré : Rôles potentiels des médecins traitants dans le modèle de Sherbrooke**

---

Identification et signalement des travailleurs à risque d'incapacité prolongée au-delà de la quatrième semaine d'arrêt de travail pour lombalgie

---

Coordination du parcours de soins auprès des autres professionnels de santé

---

Anticipation du retour au travail avec le médecin du travail (orientation du travailleur vers une visite de pré reprise)

---

Prescription de la reprise du travail à temps partiel thérapeutique

---

À l'opposé de ces facilitateurs réglementaires, plusieurs barrières ont été identifiées chez les médecins généralistes par d'autres informateurs clés. Leur prise en charge des lombalgies a parfois été décrite comme non conforme aux recommandations. Ces informations sont corroborées par des résultats d'enquêtes sur les pratiques des médecins généralistes (Goupille, 2004; Rozenberg, Allaert, Savarieau, Perahia, & Valat, 2004).

En plus du manque de temps, le manque de connaissances de certains médecins généralistes a été évoqué à plusieurs reprises : manque de connaissances sur les conditions de travail dans les entreprises ; sur la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ou encore à la prescription du temps partiel thérapeutique ; manque de connaissances sur les enjeux de la prise en charge précoce pour le maintien dans l'emploi. Ces barrières sont corroborées par le résultat d'études récentes (Arnaud et al., 2008; Saliba et al., 2007; Verger et al., 2007).

Le manque de collaboration voire la défiance entre médecins traitants et médecins du travail ont été évoqués à plusieurs reprises comme des barrières importantes de la

faisabilité du modèle de Sherbrooke. Ces relations tendues s'inscrivent dans un contexte historique propre à la France dans lequel les médecins du travail sont mal connus et parfois mal perçus par leurs confrères.

En résumé, il apparaît que les médecins traitants sont susceptibles d'assumer théoriquement un rôle important dans l'adaptation du modèle de Sherbrooke en France. Cependant, les barrières qui ont été identifiées devraient être considérées avec attention en amont d'une éventuelle expérimentation.

### **6.2.2.2 Centres de réadaptation et structures « Comète »**

#### Centres de réadaptation

L'échantillonnage des répondants n'a pas permis de distinguer clairement le niveau individuel (professionnels de réadaptation) ou collectif (équipe de réadaptation) des barrières et des facilitateurs compte tenu du nombre insuffisant d'entrevues individuelles.

Plusieurs facilitateurs ont été identifiés au niveau des centres de réadaptation. Les besoins perçus concernent certaines limites dans la prise en charge des lombalgies considérée comme trop tardive et possédant des liens insuffisants avec le milieu de travail. Un besoin mentionné dans les deux régions concerne la capacité insuffisante des services de réadaptation à prendre en charge en temps voulu les personnes lombalgiques induisant ainsi un retard à leur prise en charge (listes d'attente). Les bénéfices perçus du modèle de Sherbrooke portent sur la précocité de la prise en charge et l'articulation de la réadaptation avec le milieu de travail. Les valeurs concordantes et les pratiques conformes au modèle de

Sherbrooke portent sur le travail en équipe pluridisciplinaire (observé dans les deux régions), à l'objectif du retour au travail (mentionné de façon inégale par différents répondants) et à l'approche de réactivation physique (restauration fonctionnelle du rachis).

Les barrières identifiées se rapportent essentiellement aux écarts entre les pratiques professionnelles/organisationnelles de prise en charge des lombalgies comparativement au modèle de Sherbrooke. Ces écarts semblent être déterminés par l'interaction de différentes barrières évoquées dans l'**encadré** page suivante.

Un élément important à la source des écarts observés semble être la prééminence d'une certaine approche des lombalgies en France inspirée de la restauration fonctionnelle du rachis (Mayer et al., 1987; Mayer et al., 1995; Mayer, Polatin, & Gatchel, 1998). Cette approche accorde une importance prépondérante aux paramètres fonctionnels de la rééducation (souplesse, amplitude de mouvement, endurance, résistance) sans liens particuliers avec le milieu de travail.

## **Encadré : Déterminants des écarts dans la prise en charge des lombalgies**

---

### **Le caractère tardif de la prise en charge :**

Il peut être relié à la fois à des choix explicites (prise en charge des lombalgies chroniques), à l'existence de délais d'attente et à l'absence de procédures d'identification précoce des travailleurs lombalgiques à la phase subaiguë (par le médecin traitant ou le médecin conseil)

---

### **L'absence de signalement précoce :**

Elle est liée à des barrières juridiques (secret médical et confidentialité des données de santé), des valeurs discordantes (défiance de certains médecins traitants envers les médecins du travail), des pratiques professionnelles non conformes aux recommandations (défaut d'implication de certains médecins conseils dans la prévention de la désinsertion professionnelle ; prescriptions inappropriées d'arrêts de travail prolongés), un manque de connaissances (médecins traitants peu formés aux enjeux de la prévention de l'incapacité au travail)

---

### **Le caractère médicalisé de la prise en charge :**

L'hospitalisation semble liée à des habitudes historiques, à des motifs d'éloignement géographique des patients pris en charge ou à la volonté d'instaurer une dynamique de groupe

---

### **L'absence de liens avec le milieu de travail :**

Elle semble liée également à des habitudes historiques, à des résistances culturelles, à des valeurs discordantes (privilégiant les aspects de rééducation fonctionnelle au détriment des aspects sociaux et professionnels de la prise en charge), à l'absence de ressources pour financer l'intervention d'ergonomie en entreprise, à l'absence d'implication de certains médecins du travail, à des barrières juridiques (suspension de l'assurance AT/MP par l'arrêt de travail) et à la résistance de certains employeurs à réintégrer des travailleurs de façon progressive et adaptée

---

Bien que l'approche de la médecine du sport semble actuellement majoritaire en France, des articles récents mentionnent la possibilité ou la nécessité d'associer des mesures facilitant la reprise du travail en lien avec l'entreprise (Poiraudéau, 2004; Poiraudéau, Rannou, & Revel, 2007) évoquant une possible évolution dans l'approche française des lombalgies.

En résumé, les centres de réadaptation présentent certains facilitateurs (travail en équipe pluridisciplinaire, approche active du reconditionnement l'effort) mais également certaines barrières à la faisabilité du modèle de Sherbrooke qui devraient être considérées dans l'adaptation du modèle de Sherbrooke en France.

## Structures « Comète »

L'association Comète-France regroupe une trentaine de structures de réadaptation sur le territoire français avec pour objectif de faciliter l'élaboration de stratégies d'insertion sociale et professionnelle précoce des patients pris en charge. Le centre de réadaptation de la région B qui possède le label «Comète » présente plusieurs facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke. Les valeurs inscrites dans la charte nationale «Comète France » sont concordantes avec le modèle de Sherbrooke :

« Conjuguer étroitement dès la phase initiale de soins la rééducation fonctionnelle et la réadaptation sociale et professionnelle » (...) « développer une approche globale des personnes favorisant la réintégration sociale et professionnelle dans son milieu de vie (en milieu ordinaire de travail) »

Ces facilitateurs sont également présents en termes de ressources humaines puisque la labellisation permet d'obtenir des moyens humains et financiers spécifiques. Une équipe de Comète France est ainsi constituée par un médecin, un chargé d'insertion, une assistante sociale, une secrétaire et une personne du monde paramédical (ergothérapeute, psychologue, éducateur spécialisé, ergonomiste etc.). Ces éléments caractéristiques des structures « Comète » constituent des facilitateurs importants.

Toutefois, plusieurs barrières potentielles doivent être mentionnées. L'hospitalisation est une condition indispensable à l'inclusion dans un module « Comète » alors que le modèle de Sherbrooke préconise de médicaliser au minimum. Egalement, la clientèle visée est constituée historiquement de pathologies lourdes et non pas de lombalgies. Enfin, l'intervention en milieu de travail semble intervenir de façon retardée et l'objectif de la prise en charge dans « Comète » ne se limite pas au retour dans l'entreprise initiale mais considère d'autres possibilités. Le cas échéant où les structures « Comète » seraient

associées à une adaptation du modèle de Sherbrooke en France, ces barrières devraient faire l'objet d'une discussion préalable avec les responsables de l'association.

### 6.2.2.3 Les réseaux de soins

Dans la région A, le centre de réadaptation collabore avec un réseau destiné spécifiquement à la prise en charge des lombalgies. Les bénéfices de cette innovation organisationnelle sont attendus en termes d'amélioration de la qualité des soins, de leur accessibilité et de leur continuité (Anaes, 2001; Bourgueil et al., 2001). L'organisation des soins de santé sous la forme d'un réseau de soins présente plusieurs facilitateurs théoriques à la faisabilité du modèle de Sherbrooke qui sont représentés dans l'**encadré** ci-dessous.

#### **Encadré : Facilitateurs théoriques au niveau des réseaux de soins**

---

**Des valeurs et des objectifs partagés** par les adhérents au réseau (médecins généralistes, médecin du travail, kinésithérapeutes, rhumatologue, etc.) : ces valeurs et objectifs doivent figurer réglementairement dans la charte du réseau

---

**Des pratiques professionnelles harmonisées** : par l'intermédiaire de réunions communes de formation continue, les adhérents du réseau sont supposés bénéficier d'une mise à jour de leurs connaissances et adopter des pratiques professionnelles conformes à l'état actuel des connaissances et des recommandations pour la pratique clinique

---

**Une meilleure accessibilité géographique** pour les patients dans le cadre des réseaux ville – hôpital qui permettent un meilleur maillage du territoire par l'intermédiaire des professionnels de santé libéraux adhérents au réseau

---

**Un décloisonnement et une meilleure continuité** de la prise en charge entre le secteur hospitalier/libéral et contre les soins de réadaptation/le retour au travail

---

**Un partage facilité des informations de santé** entre les adhérents au réseau qui prennent en charge un même patient compte tenu de la reconnaissance juridique des réseaux dans la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 autorisant ce partage d'informations

---



Cependant, des informations rapportées par plusieurs répondants ont permis d'identifier des barrières potentielles associées à l'organisation en réseau, situées essentiellement au niveau des ressources. En effet, les financeurs du réseau dans la région A qui sont l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et l'agence régionale pour l'hospitalisation (ARH) n'ont pas souhaité financer le poste budgétaire correspondant à l'intervention d'ergonomie en entreprise, estimant que ce financement devait échoir aux entreprises elles-mêmes. Par ailleurs, les financements des réseaux de soins sont de nature pluriannuelle (1, 2 ou trois ans) ; ils sont donc temporaires et parfois instables avec un manque de visibilité qui est régulièrement déploré par les opérateurs de ces réseaux de soins. Enfin, il existe des limites dans les bénéfices attendus des réseaux de soins en termes de décroisement entre la ville et l'hôpital (adhésion et implication inégales des professionnels de santé) et d'amélioration des pratiques professionnelles (dont l'effectivité est difficile à évaluer).

En résumé, les réseaux de soins semblent être une forme privilégiée pour adapter le modèle de Sherbrooke en France compte tenu des facilitateurs évoqués. Cependant, les barrières quant aux limites de leur financement devraient être abordées préalablement à toute expérimentation.

## **6.2.3 LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE**

### **6.2.3.1 Les facilitateurs et les barrières au niveau juridique**

Plusieurs facilitateurs juridiques ont été évoqués par des informateurs clés dans cette étude. Il s'agit essentiellement des outils juridiques mobilisables pour le maintien dans l'emploi des travailleurs ayant des problèmes de santé. Certains outils propres aux médecins du travail ont été évoqués précédemment : ce sont la visite de pré reprise, la visite de reprise, les études et aménagements de poste, les restrictions d'aptitude. Les deux autres mesures qui sont mobilisées le plus fréquemment sont la reprise du travail à temps partiel thérapeutique et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui ont été évoquées à maintes reprises comme des facilitateurs importants par les médecins du travail.

La reprise du travail à temps partiel thérapeutique est prévue par l'article L323-3 du code de la sécurité sociale et doit nécessairement succéder à une période d'arrêt de travail à temps complet. Il s'agit d'une prescription faite par le médecin traitant qui doit obtenir l'accord du médecin conseil, du médecin du travail et de l'employeur. Cette disposition réglementaire est un facilitateur important dans la mesure où elle est susceptible d'être utilisée pour la mise en œuvre de l'intervention de retour thérapeutique au travail du modèle de Sherbrooke.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) présente un avantage principal pour l'adaptation du modèle de Sherbrooke : la possibilité de mobiliser des

financements spécifiques auprès de l'AGEFIPH pour l'aménagement du poste de travail. Malgré ces bénéfices théoriques, plusieurs répondants ont souligné que les délais d'obtention de la RQTH n'étaient pas compatibles avec la réactivité nécessaire au modèle de Sherbrooke en termes de précocité. En pratique, il semble que ces délais soient très variables d'un département à l'autre selon les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et selon la qualité des interactions entre les médecins du travail, les opérateurs du maintien dans l'emploi et les MDPH. Le caractère aléatoire des financements de l'AGEFIPH a également été souligné par plusieurs médecins du travail comme une barrière à sa mobilisation à titre systématique.

La barrière juridique la plus importante a été mentionnée dans la première partie de la discussion : il s'agit de la suspension du contrat de travail par l'arrêt de travail qui entraîne ainsi un risque juridique si un travailleur se blesse dans l'entreprise alors qu'il est encore en arrêt de travail. Cependant, il semble que cette barrière puisse être surmontée puisque des aménagements juridiques ont été obtenus pour deux expériences pilotes visant le retour dans leur entreprise de travailleurs en réadaptation ou réinsertion. La première de ces expériences intervient dans la région de Basse-Normandie dans laquelle le module PRESIJ (protocole de retour à l'emploi de salariés en indemnités journalières) est mis en œuvre sur une base régulière depuis une dizaine d'années. La seconde expérience concerne un programme pilote de retour thérapeutique au poste de travail développé par quatre services inter-entreprises de santé au travail dans le département du Nord-Isère. Dans les deux cas, des conventions ont pu être signées entre les institutions concernées pour permettre le retour dans leur entreprise des travailleurs en réadaptation.

### 6.2.3.2 Le service médical de l'assurance maladie

Les médecins conseils de l'échelon local du service médical de l'assurance maladie sont susceptibles d'assumer des rôles importants dans une adaptation du modèle de Sherbrooke en France. Ces rôles sont résumés dans l'**encadré** ci-dessous :

**Encadré** : Rôles potentiels des médecins conseils dans le modèle de Sherbrooke

---

**Rôle d'indentification** des travailleurs à risque d'évoluer vers l'incapacité au-delà de quatre semaines d'arrêt de travail pour lombalgie

---

**Rôle de signalement** de ces travailleurs auprès de leur médecin traitant et/ou de leur médecin du travail et/ou du service social de l'assurance maladie

---

Rôle dans la mise en œuvre du **temps partiel thérapeutique**

---

**Rôle de conseil** auprès du travailleur et de son médecin traitant sur les risques d'un arrêt de travail prolongé, les risques d'une prise en charge inappropriée et les bénéfices d'un retour au travail progressif, adapté et accompagné

---

Plusieurs facilitateurs ont été identifiés auprès des médecins conseils. Les bénéfices perçus ont trait à la réduction des dépenses d'indemnités journalières et à la prévention de la désinsertion professionnelle. Les valeurs concordantes concernent l'importance accordée à la prévention de la désinsertion professionnelle avec des pratiques de signalements auprès du service social de l'assurance maladie ou encore les convocations personnelles des assurés sociaux pour évaluer leur situation. Sur le plan réglementaire, le programme d'amélioration de la qualité sur le suivi des arrêts de travail de longue durée développé par l'assurance maladie est un facilitateur important dans la mesure où il encourage l'identification précoce des assurés à risque de désinsertion professionnelle (CNAMTS, 2004).

A l'opposé, plusieurs barrières ont été mentionnées au niveau des médecins conseils. Le manque de temps pour le suivi des travailleurs a été évoqué par deux médecins conseils avec un risque de surcharge de travail. D'autres barrières concernent des valeurs discordantes et certaines pratiques passives révélant un manque d'implication dans la prévention de la désinsertion, à l'opposé de l'attitude proactive mentionnée précédemment. Il existe à cet égard des variations inter-individuelles dans la pratique des médecins conseils qui ont été également décrites dans leur attitude envers le temps partiel thérapeutique accordé plus ou moins facilement. Au-delà de ces variations inter-individuelles, des variations géographiques entre caisses primaires ont été mentionnées par plusieurs répondants. Elles sont confirmées par l'expérience personnelle du chercheur et dans un rapport d'activité de la branche accidents du travail /maladies professionnelles de la CNAMTS qui mentionne la nécessité d'harmoniser les pratiques entre les caisses (Assurance maladie, 2008).

En résumé, les médecins conseils à l'échelon local du service médical de l'assurance maladie sont susceptibles d'assumer un rôle important dans une adaptation du modèle de Sherbrooke dont ils pourraient être une des « portes d'entrée ». Cependant, les variations dans les valeurs et dans les pratiques identifiées à la fois au niveau individuel et au niveau des CPAM sont de nature à entraîner des variations considérables dans la faisabilité du modèle de Sherbrooke. Ces variations ont également été constatées dans le département du Nord-Isère où des médecins du travail ont développé un projet pilote de retour thérapeutique au poste de travail (le programme RTP) inspiré du modèle de Sherbrooke.

### 6.2.3.3 Le service social de l'assurance maladie

Le personnel du service social de l'assurance maladie est susceptible d'assumer des rôles importants dans une adaptation du modèle de Sherbrooke en France. Ces rôles sont résumés dans l'**encadré** ci-dessous :

**Encadré : Rôles potentiels du service social de l'AM dans le modèle de Sherbrooke**

---

**Rôle d'analyse** à la phase du diagnostic de la situation de handicap au travail en lien éventuel avec les intervenants médicaux et/ou l'équipe pluridisciplinaire de réadaptation

---

**Rôle de conseil et d'accompagnement** des assurés sociaux dans les démarches du retour au travail. Ce rôle peut porter notamment sur l'explication aux assurés de leur situation administrative et financière, sur leurs droits et leurs obligations, sur les alternatives possibles

---

**Rôle de liaison** auprès des différents intervenants non médicaux et médicaux selon les besoins et les désirs des assurés sociaux

---

Plusieurs facilitateurs sont identifiés au niveau du service social de l'assurance maladie.

Les bénéfices perçus du modèle de Sherbrooke concernent la précocité de la prise en charge et la prise en charge globale de la personne. Les besoins perçus sont exprimés en termes d'ampleur de la population concernée. Les valeurs ainsi que les pratiques concordantes concernent à nouveau la prise en charge globale, la démarche de prévention de la désinsertion, le caractère participatif du modèle et le fait que le travailleur soit placé au centre de la prise en charge.

Sur le plan réglementaire, une circulaire prévoit que « le maintien dans l'emploi ou le retour à l'emploi en faveur des personnes confrontées à un problème de santé

compromettant leur activité professionnelle » constitue l'un des trois domaines prioritaires du service social de l'assurance maladie <sup>7</sup>. Cette circulaire constitue un facilitateur réglementaire important. En termes de compétences et de légitimité, le service social de l'assurance maladie possède une visibilité et une reconnaissance importantes auprès de la population générale et des autres opérateurs du maintien dans l'emploi.

Les barrières identifiées au niveau du service social concernent essentiellement le manque de ressources évoqué par plusieurs répondants. Le manque de ressources humaines a été souligné dans le cadre d'une politique de réduction des effectifs. Le manque de ressources financières a été évoqué avec le recentrage des missions du service social auprès des publics financièrement précaires. Les autres barrières concernent la perception d'un risque moral évoqué par un répondant (sentiment d'obligation à participer pour le travailleur) ou bien le désaccord avec l'objectif exclusif de retour au travail dans l'entreprise initiale. En résumé, le service social de l'assurance maladie est susceptible d'assumer un rôle important dans une adaptation du modèle de Sherbrooke en France compte tenu de ses compétences, de sa légitimité et de la concordance avec ses valeurs et ses missions. Cependant, le manque de ressources est susceptible de constituer une barrière importante.

---

<sup>7</sup> Circulaire conjointe CNAMTS/Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) du 20 mars 2001 relative aux missions et priorités du Service social des CRAM et Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS).

#### 6.2.3.4 Le service prévention de l'assurance maladie

Le service prévention de l'assurance maladie est susceptible d'assumer des rôles importants dans une adaptation du modèle de Sherbrooke en France. Ces rôles sont résumés dans l'encadré ci-dessous.

**Encadré :** Rôles potentiels du service prévention de l'AM dans le modèle de Sherbrooke

---

**Rôle d'information** et d'animation territoriale auprès des entreprises concernées par les troubles musculosquelettiques

---

**Rôle de formation** des référents « lombalgie » ou « TMS » dans les entreprises. Ce rôle est déjà assumé depuis plusieurs années par le service prévention des CRAM qui contribue à la formation des référents TMS dans les entreprises. Cette formation pourrait être adaptée ou comporter un module spécifique relatif au modèle de Sherbrooke.

---

**Rôle dans l'intervention ergonomique** avec la mise à contribution des ergonomes du service prévention

---

Plusieurs facilitateurs sont identifiés au niveau du service prévention de l'assurance maladie. Les besoins perçus sont rapportés à l'importance de la population concernée par le risque d'inaptitude au travail, le vieillissement de la population salariée, les statistiques de maladies professionnelles et les enjeux croissants du maintien dans l'emploi. Les bénéfices perçus du modèle de Sherbrooke concernent la précocité de la prise en charge, son caractère pragmatique et son caractère participatif. En termes de valeurs concordantes, le caractère participatif du modèle est à nouveau mentionné, ainsi que l'amélioration des conditions de travail. Sur le plan réglementaire, le service prévention possède une mission de conseil auprès des entreprises avec un droit d'entrée et la possibilité d'inviter l'employeur à prendre toute mesure justifiée de prévention. Le service prévention de



l'assurance maladie jouit ainsi d'une visibilité et d'une légitimité importantes auprès des entreprises dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

Les barrières identifiées concernent la priorité accordée à la prévention primaire collective au détriment de la prévention secondaire ou tertiaire individuelle. À ce titre, le modèle de Sherbrooke qui intervient en prévention tertiaire est susceptible de ne pas correspondre aux valeurs habituelles du service prévention de l'assurance maladie.

En résumé, le service prévention de l'assurance maladie est susceptible d'assumer un rôle important dans une adaptation du modèle de Sherbrooke en France compte tenu de ses compétences, de sa légitimité et de la concordance avec ses valeurs et ses missions.

Cependant, le décalage entre la prévention primaire développée par le service prévention et la prévention tertiaire mise en œuvre par le modèle de Sherbrooke est susceptible de constituer une barrière importante.

## **6.2.4 LE MONDE DU TRAVAIL**

### **6.2.4.1 L'entreprise comme contexte d'adoption**

Les barrières et les facilitateurs qui ont été identifiés dans les entreprises (**tableaux 13 et 14**) sont conformes à ceux qui sont décrits dans la littérature sur l'implantation des programmes de santé et de retour au travail. À notre connaissance, il s'agit de la première

fois que ces barrières et facilitateurs à l'implantation d'un programme de retour au travail sont décrits en France. Ces résultats confirment le modèle théorique de maintien du lien d'emploi élaboré à partir des entreprises au Québec (Baril & Berthelette, 2000). Ils confirment également les résultats observés dans d'autres entreprises du Québec sur l'implantation des mesures de prévention en entreprise (Baril-Gingras et al., 2004) et des interventions d'ergonomie participative (Saint Vincent et al., 2000).

La spécificité des barrières et des facilitateurs au niveau des entreprises doit faire considérer ces dernières comme un contexte d'adoption à part entière. Les résultats obtenus dans cette étude confirment que chaque entreprise constitue un système d'action collective à l'intérieur duquel interviennent des interactions complexes entre les caractéristiques structurelles des entreprises, la qualité des rapports sociaux, les mesures de prévention en santé au travail et les caractéristiques individuelles des travailleurs. Ces résultats rejoignent précisément ceux qui ont été observés au Québec (Baril-Gingras et al., 2006, 2007; Baril & Berthelette, 2000) et dans la littérature internationale sur les programmes de retour au travail en entreprise (Franche, Cullen et al., 2005; MacEachen et al., 2006).

#### **6.2.4.2 Le rôle particulier des CHSCT en France**

Les résultats de cette étude de faisabilité ont identifié que la France possède une structure susceptible de jouer un rôle déterminant dans l'adaptation du modèle de Sherbrooke : les

comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)<sup>8</sup>. Cependant, malgré leurs missions réglementaires et leur rôle potentiel, plusieurs limitations associées à ces structures doivent être prises en compte et sont résumées dans l'encadré ci-dessous.

**Encadré : Missions, rôles potentiels et limitations des CHSCT**

---

**Missions réglementaires du CHSCT**

---

Contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés

---

Procéder à l'analyse des risques professionnels et des conditions de travail

---

Effectuer des enquêtes

---

Contribuer à la prévention des risques professionnels dans l'établissement

---

**Rôles potentiels dans le modèle de Sherbrooke**

---

Discussion des bénéfices et des risques perçus correspondant à la construction sociale d'une signification commune de la démarche pour ces différents acteurs

---

Adaptation du projet selon les caractéristiques et les besoins locaux de l'entreprise

---

Lieu de formation des référents sur les questions de lombalgies / TMS dans l'entreprise

---

Suivi du projet sous la forme d'un comité opérationnel paritaire

---

Restitution de l'expérience auprès des acteurs internes et externes à l'entreprise

---

**Limitations des CHSCT**

---

Taux de couverture inégale des entreprises par les CHSCT

---

Mode de fonctionnement variable, dépendant de la qualité des rapports sociaux dans l'entreprise

---

Formation parfois insuffisante en santé au travail des représentants des salariés et de l'employeur

---

Manque de ressources de certains CHSCT (temps, locaux, budgets)

---

---

<sup>8</sup> D'après le code du travail (articles L4611-1 à L4614-16 du nouveau code du travail), le CHSCT, présidé par le chef d'établissement, est composé de représentants du personnel désignés par le Comité d'entreprise et les délégués du personnel. Sa création est obligatoire dans les établissements occupant au moins 50 salariés. Dans les entreprises de moins de 50 salariés ou en cas d'absence de CHSCT, les missions du CHSCT sont exercées par les délégués du personnel.

## **6.2.5 RECHERCHE D'UNE COHERENCE ENTRE LES SYSTEMES**

La dispersion des acteurs, des responsabilités et des ressources dans le domaine de la santé au travail en France a été soulignée dès le départ de cette étude comme faisant partie intégrante de la problématique. Cette dispersion entraîne des chevauchements de rôles et des luttes d'influence entre l'assurance maladie, l'État et les partenaires sociaux dans le domaine de la santé au travail. À cette dispersion s'ajoutent les effets du cloisonnement entre les acteurs précédents et le système de soins de santé qui évolue pour son propre compte. La recherche d'une cohérence entre ces systèmes renvoie à des questions de légitimité sur le rôle respectif des acteurs et des institutions.

### **6.2.5.1 Les partenaires sociaux**

Au-delà de l'échelon local de chaque entreprise, une implication plus vaste des partenaires sociaux (organisations syndicales et patronales) dans la mise en œuvre d'une adaptation du modèle de Sherbrooke en France ne fait aucun doute sur sa nécessité. Pour autant, la multiplicité des instances paritaires impliquées en santé au travail à l'échelon régional pose la question de savoir lesquelles consulter et impliquer le cas échéant. Ces instances sont les suivantes : les conseils d'administration des caisses primaires et de la caisse régionale d'assurance maladie (CPAM et CRAM) ; l'observatoire régional de santé au travail (ORST) ; le conseil régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) ; les comités techniques régionaux (CTR) ; les agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) ; les correspondants en santé au travail au niveau départemental ou

régional des organisations syndicales, des organisations patronales et des fédérations professionnelles. Même s'il semble difficile d'associer de façon systématique l'ensemble de ces instances, certaines d'entre elles pourraient jouer un rôle spécifique le cas échéant. La caisse régionale d'assurance maladie pourrait assumer un rôle de plate-forme régionale visant à associer ces instances compte tenu de sa légitimité réglementaire, de sa visibilité sociale et de son rôle historique dans la prévention des risques professionnels.

### **6.2.5.2 L'assurance maladie**

Le positionnement du service prévention de l'assurance maladie au niveau national (Direction des risques professionnels) et au niveau régional (réseau des CRAM) s'est longtemps limité au domaine de la prévention primaire des risques professionnels. Ce n'est que récemment que le service prévention semble avoir manifesté un intérêt sur les enjeux du maintien dans l'emploi des travailleurs atteints de troubles de santé, c'est-à-dire en prévention secondaire ou tertiaire. Cet intérêt rejoint celui manifesté depuis plus longue date par le service social de l'assurance maladie et d'autres opérateurs du maintien dans l'emploi.

Compte tenu du rôle potentiel susceptible d'être assumé par le service médical, le service social et le service prévention de l'assurance maladie, le réseau des CRAM semble dans une position privilégiée pour assumer un rôle de pilotage et d'animation au niveau régional d'une implantation du modèle de Sherbrooke selon les modalités qui sont récapitulées dans l'**encadré** page suivante.

**Encadré :** Rôles potentiels d'animation par le service prévention de l'assurance maladie

---

**Fédération des instances paritaires** concernées au niveau régional

---

**Coordination avec le service social et le service médical** de l'assurance maladie

---

**Soutien juridique** par la rédaction de conventions avec les entreprises et / ou les branches professionnelles (contrats de prévention ; convention d'objectifs et de gestion ; etc.)

---

**Soutien logistique à l'implantation** par la mise à disposition de certains de ses moyens : formation des référents en entreprise sur les questions de lombalgies/troubles musculosquelettiques ; interventions en entreprises d'ergonome et/ou d'autres techniciens de prévention de la CRAM

---

**Soutien logistique à l'évaluation** par l'exploitation des bases de données de la CRAM sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et/ou des bases de données du service social

---

### 6.2.5.3 L'Etat

Le rôle de l'Etat dans le champ de la santé au travail intervient au niveau national par l'intermédiaire de la direction générale du travail (DGT) du Ministère du travail, et au niveau régional par l'intermédiaire de la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) à l'intérieur de laquelle interviennent les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) (Aubin et al., 2005; Bevenise & Lopez, 2006).

Compte tenu de leur situation entre le niveau national et le niveau local, de leurs missions et de leurs compétences, les MIRTMO seraient susceptible d'assumer un rôle de co-animation dans l'adaptation du modèle de Sherbrooke en France. Par ailleurs, ils sont idéalement placés au sein de l'administration du travail pour faire le lien avec les dispositifs de maintien dans l'emploi animés par le Ministère du travail en lien avec les autres

opérateurs (services d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, etc.). Les rôles potentiels d'animation par les MIRTMO sont récapitulés dans l'**encadré** ci-dessous.

**Encadré : Rôles potentiels de co-animation par la DRTEFP et les MIRTMO**

---

**Planification en santé au travail** par la définition, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions associées au modèle de Sherbrooke à l'intérieur du plan régional de santé au travail (PRST)

---

**Relais d'information et d'influence auprès des services de santé au travail** (directeurs et médecins du travail)

---

**Coordination avec les autres opérateurs du maintien dans l'emploi** sous la tutelle du ministère du travail

---

**Soutien à la dynamique locale des services de santé au travail** (relations entre médecins du travail et leur direction ; implication dans les entreprises ; mise en œuvre de la pluridisciplinarité ; etc.)

---

**Soutien juridique** auprès des services de santé au travail avec la rédaction de conventions pour le développement d'actions innovantes en santé au travail

---

**Restitution et valorisation** des expériences menées au niveau régional auprès de la Direction générale du travail (DGT) du Ministère du travail

---

#### **6.2.5.4 Les professionnels de santé**

Au vu des lacunes constatées dans l'offre de soins pour la réadaptation des travailleurs lombalgiques et du cloisonnement souligné à plusieurs reprises entre le secteur sanitaire et le monde du travail, les professionnels de santé disposent d'une opportunité importante pour développer une prise en charge précoce et décloisonnée de ces travailleurs. Les médecins traitants et les professionnels de la réadaptation sont des interlocuteurs privilégiés dans le développement de ces nouvelles modalités de prise en charge.

L'organisation de la réadaptation pourrait intervenir sous la forme de réseaux de santé au

travail faisant le lien entre les centres de réadaptation, les professionnels de santé de proximité (médecin traitant ; kinésithérapeute), les intervenants de l'assurance maladie (médecin conseil ; service social) et le milieu de travail des personnes prises en charge (par l'intermédiaire du médecin du travail).

## **6.2.6 SYNTHÈSE**

La perspective systémique adoptée pour analyser les barrières et les facilitateurs identifiés a conduit à distinguer quatre systèmes différents au sein du contexte d'adoption français : le système de soins de santé, le système de santé au travail, le système de protection sociale et le monde du travail.

À l'intérieur de chacun de ces systèmes, il a été possible d'identifier l'importance des jeux d'acteurs, la pluralité des logiques d'action et la coexistence de pouvoirs diffus. La multiplicité et la dispersion des acteurs, des ressources et des responsabilités qui ont été observées dans le cadre de cette étude correspondent à ceux mentionnés dans plusieurs rapports administratifs, que ce soit pour le système de soins de santé (Conférence nationale de santé, 2007; IGAS, 2003), le système de santé au travail (Aubin et al., 2007; Dellacherie, 2008; Direction Générale du Travail, 2007) ou encore l'assurance maladie (HCAAM, 2004; Ritter, 2008). De l'avis général, cette dispersion fait obstacle à une régulation effective de chacun de ces systèmes et à leur efficacité.

Les barrières et des facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke en France sont situés à l'intérieur d'un réseau de relations complexes de dépendance mutuelle entre ces



systèmes. Ces interactions systémiques n'obéissent pas à une logique de causalité linéaire mais le plus souvent à une logique de causalité circulaire dont les effets semblent difficilement prévisibles et maîtrisables.

D'après les barrières et facilitateurs identifiés dans cette étude, il a été possible de définir des rôles spécifiques qui pourraient être assumés par les différents acteurs impliqués. Cependant, les écarts dans la prise en charge des lombalgies dans les centres de réadaptation ainsi que les pratiques de maintien dans l'emploi dans les entreprises étudiées ont mis en évidence le manque de coordination entre les différents acteurs concernés. Par ailleurs, plusieurs répondants ont évoqué des échecs rencontrés dans le passé lors de tentatives pour formaliser une coopération durable entre les secteurs concernés. Au-delà de la définition théorique des rôles pouvant être dévolus à chacun, la faisabilité d'une adaptation du modèle de Sherbrooke en France dépendra de la capacité de ces acteurs à coordonner leurs actions et leurs interdépendances aux différents niveaux de décision concernés: national, régional et local.

## **6.3 RETOMBÉES**

### **6.3.1 RETOMBÉES SCIENTIFIQUES**

Les retombées scientifiques de cette étude sont l'élaboration et la validation d'un modèle théorique pour étudier la faisabilité d'un programme de santé complexe dans un nouveau contexte. Les caractéristiques de ce modèle ont été décrites dans la discussion. Ce modèle

constitue selon nous un progrès des connaissances dans le domaine de la recherche évaluative sur l'implantation des programmes de santé et dans le domaine du transfert et de l'utilisation des connaissances. Il est susceptible d'être intégré dans une démarche globale de planification en santé.

### **6.3.2 RETOMBÉES PRATIQUES**

Les retombées pratiques sont l'identification des barrières et des facilitateurs à une éventuelle mise en place du modèle de Sherbrooke en France. Le cas échéant, cette étude permettra d'éclairer le choix de stratégies d'adaptation et d'implantation du modèle de Sherbrooke en France par les acteurs qui le souhaiteraient. Ces stratégies pourraient ainsi être fondées sur les barrières et les facilitateurs observés dans les deux régions étudiées, et dont l'application à d'autres régions serait à discuter selon les éléments décrits dans la section suivante consacrée aux forces de l'étude (validité externe).

Au-delà du choix d'une stratégie d'implantation particulière, d'autres enjeux ont été soulignés dans la littérature quant à la légitimité de l'opérateur responsable de l'implantation et à la temporalité de cette dernière. La question de la légitimité de l'opérateur chargé de mettre en œuvre le changement et l'innovation est soulignée dans toutes les revues de la littérature sur la question. Il s'agit d'une légitimité à la fois scientifique et technique (connaissance de la thématique de santé ; connaissance des stratégies d'implantation), d'une légitimité sociale (visibilité et acceptabilité auprès des acteurs du système d'adoption) et d'une légitimité politique (nécessité de disposer d'un mandat clair et de pouvoirs suffisants lorsqu'un l'introduction de l'innovation modifie les

relations de pouvoir entre différents acteurs et institutions) (Addicott & Ferlie, 2007; Denis et al., 2002; Denis et al., 2001).

La question de la temporalité de la stratégie d'implantation renvoie à deux notions différentes. La première notion concerne le processus d'identification des barrières qui constitue en lui-même une intervention de nature à éveiller la conscience (*awareness*) des acteurs du système d'adoption sur certains problèmes ; il est donc susceptible de produire un effet d'amorce du processus ultérieur de l'implantation. Ensuite, il faut considérer que les barrières identifiées à un moment donné peuvent changer au cours du temps ; il y a donc une notion de validité temporelle impliquant de mettre en œuvre la stratégie d'implantation dans une période de temps qui ne soit pas trop éloignée de celle durant laquelle les barrières ont été identifiées.

En résumé, la variété des barrières identifiées à la faisabilité du modèle de Sherbrooke et les connaissances sur les interventions d'implantation permettent de formuler certaines recommandations pour les acteurs qui souhaiteraient adapter et implanter ce modèle en France :

- les interventions visant à dépasser les barrières identifiées ne devraient pas s'adresser à une catégorie d'acteurs en particulier ; elles devraient avoir une composante intersectorielle s'adressant conjointement aux différents acteurs
- ces interventions ne devraient pas se limiter à un seul niveau d'action (individuel ; organisationnel ; réglementaire) ; elles devraient s'adresser simultanément aux différents niveaux qui s'influencent mutuellement

- les cibles et la nature des interventions devraient rechercher une cohérence avec les niveaux des barrières qui ont été identifiées
- ces interventions devraient être mises en œuvre par un opérateur bénéficiant des compétences et de la légitimité nécessaires avec un mandat explicite et les ressources suffisantes pour le faire
- ces interventions devraient faire l'objet d'une concertation préalable associant tous les secteurs concernés pour limiter le potentiel d'incompréhension inhérent au programme de retour au travail
- l'évaluation de l'efficacité de ces interventions sur le degré d'implantation du modèle de Sherbrooke adapté au contexte français devrait être prévue dans ses aspects méthodologiques, opérationnels, politiques et financiers avant sa mise en œuvre

## **6.4 FORCES**

Les forces de l'étude résident dans les mesures prises pour satisfaire aux critères de rigueur spécifiques aux études de cas définis au chapitre de la méthodologie. Dans le domaine de la recherche qualitative, la définition des critères de scientificité utilisés pour évaluer la rigueur des études originales se heurte à la diversité des traditions de recherche et des positions épistémologiques (Laperrière, 1997). Dans le cadre de cette étude, ce sont les critères définis par Yin qui ont été retenus (Yin, 1999, 2003b). Ces critères ont été utilisés par d'autres auteurs ayant eu recours aux devis d'études de cas dans la recherche sur les

services de santé (Cowley et al., 2000; Denis et al., 2002; Denis et al., 2001; Wooding et al., 2005).

#### **6.4.1 VALIDITE DE CONSTRUIT**

Dans le cadre de cette étude, la première mesure adoptée pour assurer la validité de construit a été la rédaction du protocole permettant d'effectuer la recension des écrits à partir de la question et des objectifs de recherche, et maintenir ainsi la « chaîne de l'évidence » tel que recommandé par Yin. Cette notion est définie par Yin comme le lien logique qui relie la question de recherche, les méthodes utilisées et les résultats obtenus. Ainsi, l'élaboration de la problématique de recherche à partir des connaissances actuelles a conduit à l'élaboration du cadre conceptuel initial. Ce cadre a ensuite été utilisé pour rédiger les guides d'entrevues individuelles et de discussion utilisés pour la collecte des données (Yin, 2003c). L'échantillonnage des informateurs clés a été dicté par les caractéristiques du modèle de Sherbrooke et les dimensions de la faisabilité du cadre conceptuel initial (Sadler, 1985; Yin, 2003c). Enfin, ce même cadre conceptuel initial a été utilisé pour effectuer l'analyse thématique du contenu des données pour aboutir aux résultats: d'une part le modèle théorique et d'autre part les barrières et facilitateurs à la faisabilité du modèle de Sherbrooke.

Pour satisfaire à la recommandation d'utiliser des sources d'évidence multiples, deux types de triangulation ont été utilisés dans cette étude :

- la triangulation des modes de collecte de données correspond à l'utilisation conjointe des entrevues individuelles, des groupes de discussions et de la littérature grise. Ce procédé a

permis de trianguler certaines informations qui ont été identifiées au moyen de chacun de ces modes de collecte.

- la triangulation des informateurs clés correspond à l'échantillonnage de ces derniers parmi les trois catégories d'acteurs impliqués : les professionnels de santé, les gestionnaires de l'assurance maladie et les acteurs du monde du travail. Ce procédé a permis également de trianguler certaines informations qui ont été identifiées dans chacune de ces catégories d'acteurs.

En plus de ces deux types de triangulation correspondant aux mesures recommandées pour la validité de construit des études de cas (Yin, 1999, 2003b), deux autres types de triangulation ont été utilisés:

- la triangulation théorique correspond au recours à plusieurs cadres d'analyses différents. Dans le cadre de cette étude, la nature éclectique du cadre conceptuel initial et du cadre conceptuel révisé correspond à un processus de triangulation théorique dans la mesure où les dimensions de la faisabilité choisies initialement et retenues après avoir été confirmées par les analyses proviennent de perspectives théoriques et disciplinaires différentes.

- la triangulation des chercheurs correspond à la confirmation des étapes du processus d'analyse par un autre chercheur permettant d'apporter un regard extérieur sur ce processus. A travers ce processus, l'objectivité recherchée est assurée par la triangulation de la subjectivité des chercheurs (Savoie-Zajc, 2004).

La troisième et dernière mesure recommandée par Yin est de faire relire le projet de rapport par des informateurs clés (Yin, 2003b). Cette étape a été effectuée en adressant certaines sections du rapport à plusieurs informateurs clés concernés dans chaque catégorie d'acteurs.

#### **6.4.2 FIABILITE**

Trois mesures ont été prises dans cette étude pour maximiser la fiabilité des résultats. La première mesure a été d'élaborer et de suivre un protocole de recherche afin de documenter toutes les étapes et assurer la traçabilité des procédures (Yin, 1999, 2003b). La seconde mesure a été de constituer une banque de données rassemblant tout le matériel collecté sur le terrain afin de le rendre accessible pour une éventuelle investigation ultérieure du processus de la recherche. Cette base de données a été réalisée à partir du logiciel d'analyse qualitative ATLAS.ti version 5.2 : elle comprend la totalité des retranscriptions des entrevues individuelles et des groupes de discussions ainsi que des mémos rédigés pendant le processus d'analyse permettant de retracer les étapes successives de ce processus. Enfin, un journal de bord a été tenu par le chercheur pendant l'étude à ses différentes étapes (rédaction du protocole ; collecte des données ; analyses). Ce journal de bord a facilité la contextualisation des résultats pendant le processus d'analyse dont il permet également de retracer certaines étapes.

### 6.4.3 VALIDITE EXTERNE

La première mesure pour garantir la validité externe a été de spécifier le cas à l'étude aussi précisément que possible. Dans cette étude, chaque cas a été défini selon un niveau géographique (région) correspondant à un niveau de concentration du pouvoir de décision en planification de la santé. La procédure de l'échantillonnage des informateurs clés et les caractéristiques de ces derniers ont également été précisées.

La seconde mesure a été d'utiliser une logique de réplification avec un devis d'étude de cas multiple (Eisenhardt, 1989; Yin, 1999, 2003b). Dans cette étude, il a été choisi d'étudier deux régions pour satisfaire à cette recommandation tout en respectant les contraintes de faisabilité de l'étude. À ce titre, les résultats obtenus devraient bénéficier d'une validité externe plus importante que s'ils avaient été observés à partir d'un seul cas (dans une seule région). La modification des analyses (passage d'une logique de réplification théorique à une logique de réplification littérale) a permis de souligner les nombreuses convergences identifiées entre les deux régions s'agissant de la faisabilité du modèle de Sherbrooke. Ces convergences contribuent à la robustesse des résultats produits.

La validité externe du cadre conceptuel révisé peut être distinguée à deux niveaux :

- la mesure selon laquelle ce modèle peut être utilisé pour étudier la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans d'autres régions françaises
- la mesure selon laquelle ce modèle peut être utilisé pour étudier la faisabilité d'autres programmes de santé complexes dans d'autres contextes.



Ce type de généralisation correspond à la généralisation analytique signifiant que le résultat produit par l'étude de cas (le modèle théorique) peut être généralisé à une théorie plus large qui décrit adéquatement le phénomène observé (Cowley et al., 2000; Yin, 1999, 2003b). Le cadre conceptuel révisé est considéré comme étant empiriquement ancré dans les données recueillies sur le terrain. De plus, cette validation empirique a été obtenue dans deux régions différentes. À ce titre, le modèle théorique élaboré dans cette étude pourra bénéficier d'une validité externe suffisante pour étudier la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans d'autres régions françaises. La capacité de ce modèle à décrire adéquatement la faisabilité d'autres programmes de santé complexes dans d'autres contextes devrait être discutée le cas échéant selon les caractéristiques de ces programmes (thématique de santé ; catégories d'acteurs concernés ; contenu du programme) et les caractéristiques des contextes d'adoption envisagés (niveau géographique ; organisation des soins ; réglementation ; etc.).

La validité externe des barrières et facilitateurs identifiés correspond à la mesure selon laquelle ces résultats correspondent à ceux qui peuvent être rencontrés dans d'autres régions françaises que celles étudiées ici. Étant donné qu'il n'a pas été observé de spécificités régionales dans le cadre de cette étude, les barrières et facilitateurs identifiés devraient correspondre à ceux existant dans d'autres régions françaises. Si le modèle de Sherbrooke devait être implanté dans d'autres régions, ces barrières et facilitateurs devraient faire l'objet d'une consultation auprès des acteurs concernés pour comparer les caractéristiques de leur propre contexte d'adoption à celles des deux régions étudiées dans cette étude.

## **6.5 LIMITES**

### **6.5.1 LIMITES LIEES AUX MODIFICATIONS DES ANALYSES**

Les modifications des analyses de l'étude de cas ne constituent pas une limite à proprement parler. Cette situation a déjà été décrite par des auteurs contraints de modifier la nature de leur étude de cas après avoir découvert des informations nouvelles pendant leur collecte de données sur le terrain (Flyvbjerg, 2006). Cette flexibilité correspond précisément à l'avantage de l'approche des études de cas de pouvoir s'adapter aux réalités rencontrées sur le terrain (Yin, 2003a, 2003b). Cependant, cette modification a des conséquences qui constituent des limitations. Du fait de la suppression de la dimension du leadership collectif, il n'a pas été possible d'étudier l'influence de cette dimension particulière sur les autres dimensions de la faisabilité contrairement à ce qui était prévu dans le protocole de l'étude. Cela constitue une lacune si on considère l'importance accordée au leadership dans la diffusion des innovations d'après une certaine tradition de recherche (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004). Il est possible que cette lacune soit comblée dans l'avenir avec le développement des connaissances sur la façon d'identifier les leaders d'opinion, de les associer et de les impliquer méthodiquement pour favoriser l'adoption des innovations et des connaissances (Doumit et al., 2007; Valente & Pumpuang, 2007).

### **6.5.2 LIMITES LIEES A L'ECHANTILLONNAGE**

Il n'a pas été possible de recruter de médecins généralistes libéraux pour participer à l'étude. Ceci constitue une limitation si on considère le rôle important que les médecins

généralistes sont susceptibles d'assumer dans une adaptation du modèle de Sherbrooke en France. Cette limitation a été comblée partiellement par les informations obtenues auprès d'autres informateurs clés sur les médecins généralistes et par la triangulation des résultats issus des analyses avec la littérature grise. Ce défaut de participation des médecins généralistes dans l'étude doit être relié directement au manque de temps de ces acteurs devant être considéré comme une barrière importante. En outre, le manque de temps invoqué peut masquer en réalité un manque d'intérêt pour cette problématique d'incapacité au travail et constituer un obstacle supplémentaire pour l'implantation.

Dans la catégorie particulière des professionnels de la réadaptation, il a été réalisé un nombre limité d'entrevues individuelles avec les médecins de médecine physique et de réadaptation. En conséquence, il a parfois été difficile de distinguer entre le niveau individuel et le niveau organisationnel s'agissant des barrières identifiées au niveau des pratiques : la pratique professionnelle des individus et les pratiques organisationnelles des institutions dans lesquelles ils exercent. Il est vraisemblable qu'il existe un phénomène d'influence mutuelle entre ces deux niveaux de pratique ainsi que cela est classiquement décrit dans la littérature sur la qualité des soins (Ferlie & Shortell, 2001) et l'adoption des données probantes (Haines et al., 2004; Provost et al., 2007).

S'agissant de la dimension de l'intégration des soins qui n'a pas été retenue dans le cadre conceptuel révisé, il a été constaté pendant la collecte des données que les questions du guide d'entrevue destinées à explorer cette dimension étaient peu compréhensibles par les répondants. Ces difficultés de compréhension pourraient correspondre d'une part à une mauvaise définition opérationnelle dans le guide d'entrevue des notions reliées à

l'intégration des soins qui présente un niveau élevé de complexité et d'abstraction (Contandriopoulos et al., 2001). D'autre part, elles pourraient être reliées à l'échantillonnage des répondants qui ont été choisis majoritairement parmi les personnes impliquées sur le terrain dans la problématique de prévention d'incapacité au travail. Or, il est envisageable que ces répondants, malgré leurs compétences et leur expérience du terrain, aient manqué d'une vision plus macroscopique correspondant aux enjeux de gestion et d'administration de la santé. Ceci constitue une limite potentielle de l'étude liée aux caractéristiques des répondants.

L'absence de bénéficiaires (travailleurs lombalgiques) parmi les informateurs clés constitue également une limitation. En effet, les attentes des patients déterminent dans une mesure importante les comportements de prescription et la prise en charge des lombalgies par les professionnels de santé. Ce niveau de barrière apparaît constamment dans la littérature sur l'implantation des guides de pratique pour la lombalgie (Bekkering et al., 2003; Chenot et al., 2008; Côté et al., 2009; Dahan et al., 2007; Espeland & Baerheim, 2003; Schers et al., 2000; Schers et al., 2001).

Cependant, la participation de bénéficiaires à cette étude s'est heurtée à un obstacle d'ordre éthique. Étant donné que les travailleurs lombalgiques n'auraient pas été susceptibles de bénéficier de la prise en charge dans le modèle du Sherbrooke, l'information au sujet de ce modèle et des bénéfices attendus aurait pu les placer dans une situation de détresse ou provoquer chez eux un sentiment d'injustice en l'absence de tels programmes en France. En conséquence, il a été choisi de ne pas inclure de travailleurs lombalgiques parmi les informateurs clés. Cependant, cette limitation est comblée partiellement par les

informations obtenues auprès d'autres répondants dont certains étaient des représentants sociaux des travailleurs (syndicats, assistantes sociales) et d'après les données de la littérature mentionnée précédemment. Dans l'éventualité d'une adaptation du modèle de Sherbrooke en France, il conviendrait d'anticiper les barrières situées au niveau individuel des patients pris en charge et qui sont décrites dans la littérature.

### **6.5.3 LIMITES LIEES A LA DUREE DE LA COLLECTE DES DONNEES**

En raison de contraintes matérielles, la durée de la collecte des données s'est échelonnée sur plusieurs mois. Un intervalle de 3 ans a séparé le début de la collecte des données de la finalisation du rapport de l'étude. Ce décalage peut être une limitation si on considère que les barrières et les facilitateurs identifiés sont susceptibles de varier au cours du temps. Les résultats de l'étude devraient être discutés si des acteurs du système de santé français décident de conduire une adaptation et une implantation du modèle de Sherbrooke, afin d'évaluer si les barrières et facilitateurs identifiés dans cette étude sont toujours d'actualité au moment de l'implantation. Cela est particulièrement vrai s'agissant de la réglementation en santé au travail dont le mouvement de réforme est toujours en cours actuellement.

## CONCLUSION

Le modèle théorique élaboré pour étudier la faisabilité du modèle de Sherbrooke en France répond à l'objectif principal de recherche. Ce modèle fondé initialement sur les données de la littérature a guidé la collecte puis l'analyse des données recueillies dans les deux régions étudiées. Après avoir été modifié pour intégrer l'ensemble des données, ce modèle est donc ancré empiriquement dans la réalité observée sur le terrain en plus d'être fondé sur l'état des connaissances. La robustesse de ce modèle est attestée par l'ensemble des barrières et des facilitateurs qu'il a permis d'identifier au niveau individuel, organisationnel et réglementaire, et qui correspondent à ceux déjà décrits dans la littérature. La capacité d'un modèle unique à identifier ces barrières et ces facilitateurs à tous les niveaux concernés est selon nous une avancée importante pour les connaissances dans le domaine de la planification des programmes de santé et du transfert des connaissances. Le modèle théorique élaboré ici pour évaluer la faisabilité du modèle de Sherbrooke en France peut être utilisé dans d'autres régions que celles qui ont été étudiées. Sa capacité à être utilisé pour étudier la faisabilité d'autres programmes de santé dans de nouveaux contextes devra être évaluée en fonction des caractéristiques des programmes et des contextes concernés.

Également, cette étude a permis d'identifier des barrières et des facilitateurs importants à la faisabilité du modèle de Sherbrooke en France, répondant ainsi à l'objectif secondaire de recherche. Ces résultats indiquent que le modèle de Sherbrooke est faisable en France moyennant les adaptations nécessaires pour tenir compte de ces barrières et facilitateurs. La France possède des facilitateurs importants à différents niveaux pour adapter le modèle de Sherbrooke à son propre contexte. Au niveau individuel, le modèle de Sherbrooke est

perçu par ses adopteurs potentiels avec de nombreux bénéfices autant pour les travailleurs lombalgiques que pour les employeurs. Ces bénéfices correspondent à des besoins importants mentionnés par les répondants pour la réadaptation de ces travailleurs. Les principes du modèle de Sherbrooke sont concordants avec les valeurs de nombreux répondants. Ces valeurs portent sur les aspects collaboratifs et participatifs du modèle, la vision biopsychosociale de l'évaluation et de la prise en charge des travailleurs. Au niveau organisationnel, la France dispose de facilitateurs importants en termes de ressources humaines représentées notamment par les médecins du travail susceptibles de faciliter le décloisonnement entre la prise en charge par les professionnels de santé et le retour dans l'entreprise. Sur le plan réglementaire, plusieurs dispositions juridiques du code du travail et du code de la sécurité sociale peuvent être mobilisées pour adapter le modèle de Sherbrooke en France.

À l'opposé, plusieurs barrières importantes ont été identifiées. Au niveau individuel, certaines valeurs discordantes avec le modèle de Sherbrooke ont été mentionnées par les adopteurs potentiels. Il s'agissait essentiellement d'une vision biomédicale de la lombalgie et d'une vision curative du rôle des professionnels de santé, au détriment d'une prise en charge biopsychosociale faisant le lien avec les enjeux professionnels. Le manque de temps, de ressources financières et de ressources humaines a été mentionné comme un obstacle important dans toutes les catégories d'acteurs concernées. Au niveau organisationnel, la prise en charge des travailleurs lombalgiques en France présente des écarts importants avec le modèle de Sherbrooke. Cette prise en charge est le plus souvent tardive (stade chronique de la lombalgie) et médicalisée (en centre de réadaptation voire en hospitalisation). Il existe rarement un retour au travail progressif des personnes

lombalgiques en lien avec leur milieu habituel de travail ce qui constitue une lacune au regard des données probantes et des recommandations dans ce domaine. Sur le plan juridique, deux barrières importantes ont été identifiées se rapportant d'une part au secret médical et à la confidentialité des données de santé, et d'autre part au vide juridique s'opposant au retour dans son entreprise d'une personne en arrêt de travail.

Il importe de souligner que des facilitateurs et des barrières spécifiques au niveau des entreprises ont été identifiés en France conformément aux données de la littérature internationale sur l'implantation des programmes de santé et de retour au travail. Ces particularités doivent faire considérer les entreprises comme un contexte d'adoption à part entière, impliquant d'associer étroitement les acteurs du monde du travail à toute expérience d'adaptation et d'implantation du modèle de Sherbrooke en France. En l'absence de cette implication, une adaptation de ce modèle risquerait de ne pas répondre aux contraintes et aux attentes spécifiques des entreprises.

Enfin, les barrières et facilitateurs identifiés doivent être compris dans le réseau d'interactions complexes qui caractérisent les rapports entre les différents systèmes concernés : système de santé au travail, système de soins de santé, système de protection sociale et monde du travail. Ultimement, la faisabilité du modèle de Sherbrooke en France dépendra de la capacité de ces acteurs à coordonner leurs interdépendances pour dépasser le cloisonnement et la dispersion qui nuisent à leur efficience.





## RÉFÉRENCES

- Abenhaim, L., Rossignol, M., Valat, J. P., Nordin, M., Avouac, B., Blotman, F., et al. (2000). The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine*, 25(4 Suppl), 1S-33S.
- Addicott, R., & Ferlie, E. (2007). Understanding power relationships in health care networks. *Journal of Health Organization & Management*, 21(4-5), 393-405.
- Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-12.
- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klüber-Moffett, J., Kovacs, F., et al. (2006). Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(Suppl 2), S192-300.
- Alexander, M. P., Zakocs, R. C., Earp, J. A. L., & French, E. (2006). Community Coalition Project Directors: What Makes Them Effective Leaders? *Journal of Public Health Management & Practice*, 12(2), 201-209.
- Ammendolia, C., Hogg-Johnson, S., Pennick, V., Glazier, R., & Bombardier, C. (2004). Implementing evidence-based guidelines for radiography in acute low back pain: a pilot study in a chiropractic community. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 27(3).
- Anaes. (2000). *Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution*: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- Anaes. (2001). *Evaluation des réseaux de soins: Bilan de l'existant & cadre méthodologique*: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P., de Vet, H. C. W., Knol, D. L., Loisel, P., et al. (2007). Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both?: A Randomized Controlled Trial. *Spine*, 32(3), 291-298.
- Anema, J. R., van der Giezen, A. M., Buijs, P. C., & van Mechelen, W. (2002). Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occupational & Environmental Medicine*, 59(11), 729-733.
- Arnaud, S., Viau, A., Ferrer, S., Iarmarcovai, G., Saliba, M.-L., Souville, M., et al. (2008). Quels freins à la déclaration d'une lombosciatique en maladie professionnelle pour les médecins généralistes et les rhumatologues? *Santé Publique* 20 Suppl 3, S39-48.

- Ashford, J., Eccles, M., Bond, S., Hall, L. A., & Bond, J. (1999). Improving health care through professional behaviour change: introducing a framework for identifying behaviour change strategies. *British Journal of Clinical Governance*, 4(1), 14-23.
- Assurance maladie. (2008). *Compte rendu d'activité 2007: Branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale*.
- Aubin, C., Duhamel, G., & Lejeune, D. (2005). *L'agrément des services de santé au travail - rapport de synthèse*. Paris: Inspection générale des affaires sociales.
- Aubin, C., Pelissier, R., De Saintignon, P., Veyret, J., Conso, F., & Frimat, P. (2007). *Rapport sur Le bilan de réforme de la médecine du travail*. Paris: Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche.
- Avolio, J., Bass, B., & Jung, D. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the multifactor leadership questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 441 - 462.
- Bacharach, S. B. (1989). Organizational theories : Some criteria for evaluation. *Academy of Management Review*, 14(4), 496-515.
- Balbach, E. D. (1999). *Using Case Studies to do Program Evaluation*. Sacramento, CA: California Department of Health Services.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., & Brun, J.-P. (2004). *Intervention externe en santé et en sécurité du travail : un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires*. Montréal: IRSST.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., & Brun, J.-P. (2006). Interventions externes en santé et en sécurité du travail : Influence du contexte de l'établissement sur l'implantation de mesures préventives. *Relations industrielles / Industrial relations*, 61(1), 9-43.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., & Brun, J.-P. (2007). Conditions et processus menant à des changements à la suite d'interventions en santé et en sécurité du travail : l'exemple d'activités de formation. *PISTES*, 9(1), 28.
- Baril, R., & Berthelette, D. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. Montréal: IRSST.
- Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S., Cole, D., & the Work-Ready group. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & Medicine*, 57, 2101-2114.
- Baril, R., Martin, J.-C., Massicotte, P., & Lapointe, C. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Montréal: IRSST.

- Barth, M. C., & Sherlock, C. H. (2003). The diffusion of a pediatric care innovation in a large urban nonprofit health care system. *Nonprofit Management and Leadership*, 14(1), 93-106.
- Becker, A., Leonhardt, C., Kochen, M., Keller, S., Wegscheider, K., Baum, E., et al. (2008). Effects of Two Guideline Implementation Strategies on Patient Outcomes in Primary Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Spine*, 33(5), 473-480.
- Bekkering, G. E., Engers, A. J., Wensing, M., Hendriks, H. J., van Tulder, M. W., Oostendorp, R. A., et al. (2003). Development of an implementation strategy for physiotherapy guidelines on low back pain. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49(3), 208-214.
- Bekkering, G. E., van Tulder, M. W., Hendriks, E. J., Koopmanschap, M. A., Knol, D. L., Bouter, L. M., et al. (2005). Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy. *Physical Therapy*, 85(6), 544-555.
- Berthelette, D., & Baril, R. (2002). Les dimensions des interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles. *PISTES*, 4(2), 1-27.
- Berthelette, D., Bilodeau, H., & Leduc, N. (2008). Pour améliorer la recherche évaluative en santé au travail. *Santé publique, Suppl. n°3 mai-juin 2008*, S171-180.
- Berthelette, D., & Leduc, N. (2006). *Analyse d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des centres hospitaliers du Québec*. Montréal: IRSST.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, 289(15), 1969-1975.
- Bevenise, J.-F., & Lopez, A. (2006). *L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local - Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre (MIRTMO)*. Paris: Inspection générale des affaires sociales.
- Bhattacharyya, O., Reeves, S., Garfinkel, S., & Zwarenstein, M. (2006). Designing theoretically-informed implementation interventions: Fine in theory, but evidence of effectiveness in practice is needed. *Implementation Science*, 1(1), 5.
- Blanc, P., Verdier, A., Denechere, A., & Duhamel, G. (2007). *Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières*. Paris: Inspection générale des finances / Inspection générale des affaires sociales.
- Bourgueil, Y., Brémond, M., Develay, A., Grignon, M., Midy, F., Naiditch, M., et al. (2001). *L'évaluation des réseaux de soins: Enjeux et recommandations*: CreDES - Groupe Image (ENSP).

- Bradley, E. H., Webster, T. R., Baker, D., Schlesinger, M., & Inouye, S. K. (2005). After Adoption: Sustaining the Innovation A Case Study of Disseminating the Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1455-1461.
- Buchanan, D., Fitzgerald, L., Ketley, D., Gollop, R., Jones, J. L., Lamont, S. S., et al. (2005). No going back: A review of the literature on sustaining organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(3), 189-205.
- Buchbinder, R., Gross, D. P., Werner, E. L., Hayden, J. A., Buchbinder, R., Gross, D. P., et al. (2008). Understanding the characteristics of effective mass media campaigns for back pain and methodological challenges in evaluating their effects. *Spine*, 33(1), 74-80.
- Buchbinder, R., Jolley, D., Buchbinder, R., & Jolley, D. (2004). Population based intervention to change back pain beliefs: three year follow up population survey. *British Medical Journal*, 328(7435), 321.
- Buchbinder, R., Jolley, D., Buchbinder, R., & Jolley, D. (2005). Effects of a media campaign on back beliefs is sustained 3 years after its cessation. *Spine*, 30(11), 1323-1330.
- Buchbinder, R., Jolley, D., Buchbinder, R., & Jolley, D. (2007). Improvements in general practitioner beliefs and stated management of back pain persist 4.5 years after the cessation of a public health media campaign. *Spine*, 32(5), E156-162.
- Buchbinder, R., Jolley, D., & Wyatt, M. (2001a). 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: Effects of a media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. *Spine*, 26(23), 2535-2542.
- Buchbinder, R., Jolley, D., & Wyatt, M. (2001b). Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *British Medical Journal*, 322(7301), 1516-1520.
- Burton, A. K., Balague, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A., et al. (2006). Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain. *European Spine Journal*, 15(Suppl 2), S136-168.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A., et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement.[see comment]. *JAMA*, 282(15), 1458-1465.
- Caillard, J.-F. (2005). Les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle : une nouvelle épidémie. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*(44-45).
- Champagne, F., & Denis, J. L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service Social*, 41(1), 143-163.

- Chenot, J.-F., Scherer, M., Becker, A., Donner-Banzhoff, N., Baum, E., Leonhardt, C., et al. (2008). Acceptance and perceived barriers of implementing a guideline for managing low back in general practice. *Implementation Science*, 3(1), 7.
- CNAMTS. (2001). *Les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées en 1998*: Echelon National du Service Médical - Département Soins de Ville.
- CNAMTS. (2003). *Les causes médicales d'incapacité permanente pour le risque accident du travail en 1999*: Echelon National du Service Médical - Département Soins de Ville.
- CNAMTS. (2004). *Circulaire CIR 76/2004 du 25 juin 2004 relative au programme d'amélioration de la qualité sur le contrôle et le suivi de l'arrêt de travail de longue durée au sens des articles L. 323-1 et L. 324-1 du code de la sécurité sociale*.
- CNAMTS. (2008). *Statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles: Evolution du nombre de maladies professionnelles TMS reconnues (1997 - 2006)*. Paris: Direction des risques professionnels.
- CNOM. (2005). *Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données*: Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Cochrane EPOC Review Group. (2008). Data collection checklist. <http://www.epoc.cochrane.org/Files/Website%20files/Documents/Reviewer%20Resources/datacollectionchecklist.pdf> (consulté le 25/02/2009).
- Collerette, P. (2004). Méthode des études de cas. In A. Mucchielli (Ed.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (2ème ed., pp. 92-95). Paris: Armand Colin.
- Comtois, E., Denis, J.-L., & Langley, A. (2004). Rhetorics of Efficiency, Fashion and Politics: Hospital Mergers in Quebec. *Management Learning*, 35(3), 303-321.
- Conférence nationale de santé. (2007). *Les voies d'amélioration du système de santé français*. Avis du 22 mars 2007.
- Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. (2008). L'organisation de la prévention des risques professionnels en France. In *Conditions de travail: Bilan 2007* (pp. 15-32). Paris: Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité - Direction générale du travail.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48, 517-539.

- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., & Touati, N. (2001). Intégration des soins : Dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Côté, A.-M., Durand, M.-J., Tousignant, M., & Poitras, S. (2009). Physiotherapists and Use of Low Back Pain Guidelines: A Qualitative Study of the Barriers and Facilitators. *Journal of Occupational Rehabilitation*.
- Coudeyre, E., Rannou, F., Tubach, F., Baron, G., Coriat, F., Brin, S., et al. (2006). General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain.[see comment]. *Pain*, 124(3), 330-337.
- Cowley, S., Bergen, A., Young, K., & Kavanagh, A. (2000). Generalising to theory: the use of a multiple case study design to investigate needs assessment and quality of care in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 37(3), 219-228.
- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J.-F., & Remondin, M. (2003). *Etude comparée de la collaboration inter-organisationnelle et de ses effets : Le cas des services en périnatalité*. Montréal: GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé).
- Dab, W. (2008). *La formation des managers et ingénieurs en santé au travail: douze propositions pour la développer*. Paris: Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.
- Dahan, R., Borkan, J., Brown, J.-B., Reis, S., Hermoni, D., & Harris, S. (2007). The challenge of using the low back pain guidelines: a qualitative research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(4), 616-620.
- Dahan, R., Reis, S., Borkan, J., Brown, J.-B., Hermoni, D., Mansor, N., et al. (2008). Is knowledge a barrier to implementing low back pain guidelines? Assessing the knowledge of Israeli family doctors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 785-791.
- Daniellou, F., Caroly, S., Coutarel, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., & Schweitzer, J. (2008). *La prévention durable des TMS : Quels freins ? Quels leviers d'action ?* Paris: Direction Générale du Travail / Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement.
- Davey, L. (1991). The application of case study evaluations. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 2(9), <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=2&n=9> (consulté le 28/11/2008).
- de Leeuw, E. (2001). Investigating policy networks for health: theory and method in a larger organizational perspective. *WHO Regional Publications. European Series*, 92, 185-206.
- Dellacherie, C. (2008). *L'avenir de la médecine du travail*. Paris: Conseil économique et social.
- Denis, J. L. (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

- Denis, J. L., & Champagne, F. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion, Février*, 46-55.
- Denis, J. L., & Contandriopoulos, A.-P. (2001). Des voies pour réaliser le changement dans le système de santé en France. *Santé, Société, Solidarité*, 1(1), 35-44.
- Denis, J. L., Hebert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L. H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Management Review*, 27(3), 60-73.
- Denis, J. L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desbiens, F., & Dagenais, C. (2002). *De l'innovation au changement : Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dey, P., Simpson, C. W. R., Collins, S. I., Dowrick, C. F., Simison, A. J. M., & Rose, M. J. (2004). Implementation of RCGP guidelines for acute low back pain: a cluster randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 54(498), 33-37.
- Deyo, R., & Phillips, W. R. (1996). Low back pain. A primary care challenge. *Spine*, 21(18), 2826-2832.
- Direction générale de la santé. (2003). Lombalgies. In *Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique: Définition d'objectifs* (pp. 571-577): Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique (GTNDO).
- Direction Générale du Travail. (2007). *Bilan de la mise en oeuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*. Paris: Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité.
- Dobson, D., & Cook, T. J. (1980). Avoiding type III errors in program evaluation: results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning*(3), 269-376.
- Dopson, S. (2003). The potential of the case study method for organisational analysis. *Policy & Politics*, 31(2), 217-226.
- Dopson, S., FitzGerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based.[see comment]. *Health Care Management Review*, 27(3), 35-47.

- Dopson, S., FitzGerald, L., & Gabbay, J. (2005). *Knowledge To Action?: Evidence-based Health Care in Context*: Oxford University Press.
- Dopson, S., Locock, L., Chambers, D., & Gabbay, J. (2001). Implementation of evidence-based medicine: evaluation of the Promoting Action on Clinical Effectiveness programme. *Journal of Health Services & Research Policy*, 6(1), 23 - 31.
- Doucet, H. (2002). La recherche qualitative. In *L'éthique de la recherche* (pp. 225-248): Les Presses de l'Université de Montréal.
- Doumit, G., Gattellari, M., Grimshaw, J., & O'Brien, M. A. (2007). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
- Dufour, Y., & Lamothe, L. (1999). Les approches au changement dans les systèmes de santé. In *Le système de santé québécois : un modèle en transformation* (pp. 313-337): Les Presses de l'Université de Montréal.
- Durand, M. J., Berthelette, D., Loisel, P., Beaudet, J., & Imbeau, D. (2007). *Travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie - Évaluation de l'implantation d'un programme de collaboration précoce en réadaptation*. Montréal: IRSST.
- Durand, M. J., & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *PISTES*, 3(2).
- Durand, M. J., Vézina, N., Loisel, P., Baril, R., Richard, M. C., & Diallo, B. (2007). Workplace interventions for workers with musculoskeletal disabilities: a descriptive review of content. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 123-136.
- Eakin, J., MacEachen, E., & Clarke, J. (2003). 'Playing it smart' with return to work: small workplace experience under Ontario's policy of self-reliance and early return. *Policy and Practice in Health and Safety*.
- Eccles, M., & Mittman, B. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1(1), 1.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Elkhuizen, S. G., Limburg, M., Bakker, P. J., & Klazinga, N. S. (2006). Evidence-based re-engineering: re-engineering the evidence--a systematic review of the literature on business process redesign (BPR) in hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(6-7), 477-499.
- Engers, A. J., Wensing, M., van Tulder, M. W., Timmermans, A., Oostendorp, R. A. B., Koes, B. W., et al. (2005). Implementation of the Dutch low back pain guideline for general practitioners: a cluster randomized controlled trial. *Spine*, 30(6), 559-600.



- Ensor, T., & Ronoh, J. (2005). Impact of organizational change on the delivery of reproductive services: a review of the literature. *International Journal of Health Planning & Management, 20*(3), 209-225.
- Espeland, A., & Baerheim, A. (2003). Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study. *BMC Health Services Research, 3*(1), 8.
- Estabrooks, C. A., Thompson, D. S., Lovely, J. J. E., & Hofmeyer, A. (2006). A guide to knowledge translation theory. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 26*(1), 25-36.
- Felton, B. J. (2003). Innovation and implementation in mental health services for homeless adults: A case study. *Community Mental Health Journal, 39*(4), 309-322.
- Ferlie, E., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly, 79*(2), 281-316.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*: Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.
- Fleury, M.-J., Denis, J. L., & Sicotte, C. (2003). The role of regional planning and management strategies in the transformation of the healthcare system. *Health Services Management Research, 16*, 56-69.
- Fleury, M.-J., Mercier, C., & Denis, J. L. (2002). Regional planning implementation and its impact on integration of a mental health care network. *International Journal of Health Planning & Management, 17*, 315-332.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry, 12*(219).
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1996). *Révision de la proposition québécoise de classification : Processus de Production du Handicap*. Québec: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap.
- Foy, R., MacLennan, G., Grimshaw, J., Penney, G., Campbell, M., & Grol, R. (2002). Attributes of clinical recommendations that influence change in practice following audit and feedback. *Journal of Clinical Epidemiology, 55*(7), 717-722.
- Foy, R., Walker, A., & Penney, G. (2001). Barriers to clinical guidelines: the need for concerted action. *British Journal of Clinical Governance, 6*(3), 166-174.
- Franche, R. L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M., & Loisel, P. (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research. *Journal of Occupational Rehabilitation, 15*(4), 525-542.

- Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation, 15*(4), 607-631.
- Francke, A., Smit, M., de Veer, A., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 8*(1), 38.
- Frank, J., Brooker, A., DeMaio, S., Kerr, M., Maetzel, A., Shannon, H., et al. (1996). Disability resulting from occupational low back pain. Part II: What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. *Spine, 21*(24), 2918-2929.
- Frank, J., Sinclair, S., Hoggjohnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., et al. (1998). Preventing Disability From Work-Related Low-Back Pain - New Evidence Gives New Hope - If We Can Just Get All the Players Onside. *Canadian Medical Association Journal, 158*(12), 1625-1631.
- Gagnon, M.-P., Sanchez, E., & Pons, J. (2006). From recommendation to action: psychosocial factors influencing physician intention to use Health Technology Assessment (HTA) recommendations. *Implementation Science, 1*(1), 8.
- GAO. (1990). *Case Study Evaluations*. Washington, D.C.: U.S. General Accounting Office.
- Geoffrion, P. (1997). Le groupe de discussion. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (3è ed., pp. 303-328): Presses de l'Université du Québec.
- Ginsburg, L., & Tregunno, D. (2005). New approaches to interprofessional education and collaborative practice: lessons from the organizational change literature. *Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1*, 177-187.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing.
- Gold, M., & Taylor, E. (2007). Moving research into practice: lessons from the US Agency for Healthcare Research and Quality's IDSRN program. *Implementation Science, 2*(1), 9.
- Goodman, R. (2000). Bridging the gap in effective program implementation : from concept to application. *Journal of Community Psychology, 28*(3), 309-321.
- Gosselin, H. (2007). *Aptitude et inaptitude médicale au travail : Diagnostic et perspectives*. Paris: Ministère de l'emploi, du travail et de l'insertion professionnelle des jeunes.
- Goupille, P. (2004). Lombo-scan : Enquête sur la prise en charge de la lombalgie en médecine générale. *La Revue du Praticien, 18*(648/649), 505-509.

- Gourmelen, J., Chastang, J. F., Ozguler, A., Lanoë, J. L., Ravaud, J. F., & Leclerc, A. (2007). Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. *Annales de Readaptation et de Medecine Physique*, 50(8), 633-639.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et al. (2006). Lost In Knowledge Translation: Time For A Map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1).
- Greenhalgh, T., & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *British Medical Journal*, 331(7524), 1064-1065.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Kyriakidou, O., MacFarlane, A., & Peacock, R. (2004). *How to Spread Good Ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation*. London.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-635.
- Grimshaw, J., Eccles, M., greener, J., MacLennan, G., Ibbotson, T., Kahan, A., et al. (2006). Is the involvement of opinion leaders in the implementation of research findings a feasible strategy? *Implementation Science*, 1(3).
- Grimshaw, J., McAuley, L. M., Bero, L. A., Grilli, R., Oxman, A. D., Ramsay, C., et al. (2003). Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Quality & Safety in Health Care August*, 12(4), 298-303.
- Grimshaw, J., Shirran, E., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., & Bero, L. (2001). Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(Supplement 2), 2-45.
- Grimshaw, J., Shirran, E., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et al. (1999). Getting evidence into practice. *Effective Health Care Bulletin*, 5(1).
- Grimshaw, J., Thomas, R., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C., Vale, L., et al. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6).
- Grol, R. (1997). Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal*, 315(7105), 418-421.
- Grol, R. (2001). Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*, 39(8 Suppl 2), II46-54.

- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change ? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180(Supplement), S57-S60.
- Gross, R., Ashkenazi, Y., Tabenkin, H., Porath, A., & Aviram, A. (2008). Implementing QA programs in managed care health plans: factors contributing to success. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(3), 308-324.
- Grudens-Schuck, N., Allen, B. L., & Larson, K. (2004). *Focus Group Fundamentals*. Ames, Iowa: Iowa State University.
- Guzman, J., Yassi, A., Baril, R., & Loisel, P. (2008). Decreasing occupational injury and disability: The convergence of systems theory, knowledge transfer and action research. *Work*, 30, 229-239.
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 724-733.
- Hanney, S., Davies, A., & Buxton, M. (1999). Assessing benefits from health research projects: can we use questionnaires instead of case studies? *Research Evaluation*, 8, 189 - 199.
- Hanney, S., Grant, J., Wooding, S., & Buxton, M. (2004). Proposed methods for reviewing the outcomes of health research: the impact of funding by the UK's 'Arthritis Research Campaign'. *Health Research Policy and Systems*, 2(1), 4.
- Hanni, K. D., Mendoza, E., Snider, J., & Winkleby, M. A. (2007). A methodology for evaluating organizational change in community-based chronic disease interventions. *Preventing Chronic Disease*, 4(4), A105.
- Haynes, R. B., & Haines, A. (1998). Barriers and bridges to evidence based clinical practice.[see comment]. *British Medical Journal*, 317(7153), 273-276.
- HCAAM. (2004). *Assurance maladie et prévention : Pour un engagement plus efficient de tous les acteurs: Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*.
- Hebert, R., Veil, A., Hebert, R., & Veil, A. (2004). Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care [Electronic Resource]*, 4, e05.
- Heward, S., Hutchins, C., & Keleher, H. (2007). Organizational change--key to capacity building and effective health promotion. *Health Promotion International*, 22(2), 170-178.

- Hinings, C. R., Casebeer, A., Reay, T., & Golden-Biddle, K. (2003). Regionalizing Healthcare in Alberta: Legislated Change, Uncertainty and Loose Coupling. *British Journal of Management*, 14, S15.
- Hinings, C. R., Casebeer, A., Reay, T., Golden-Biddle, K., & al., e. (2003). Regionalizing Healthcare in Alberta: Legislated Change, Uncertainty and Loose Coupling. *British Journal of Management*, 14, S15.
- Hinings, C. R., & Greenwood, R. (2002). Disconnects and consequences in organization theory ? *Administrative Science Quarterly*, 14(47), 411-421.
- Horwath, J. (2001). Child Care Practice Innovations : Using a Model of Change to Develop Training Strategies. *Child Abuse Review*, 10, 18-34.
- Hutubessy, R. C. W., van Tulder, M. W., Vondeling, H., & Bouter, L. M. (1999). Indirect costs of back pain in the Netherlands: a comparison of the human capital method with the friction cost method. *Pain*, 80(1-2), 201-207.
- IASP. (2005). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- IGAS. (2003). *Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris: Inspection générales des affaires sociales.
- Inserm. (2000). *Lombalgies en milieu professionnel : Quels facteurs de risque et quelle prévention ?* Paris: Les éditions Inserm.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., et al. (2001). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(2001, Issue 1).
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., et al. (2004). *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults*: Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Kegler, M. C., Norton, B. L., & Aronson, R. (2008). Achieving organizational change: findings from case studies of 20 California healthy cities and communities coalitions. *Health Promotion International*, 23(2), 109-118.
- Kegler, M. C., Steckler, A., Malek, S. H., & McLeroy, K. (1998). A multiple case study of implementation in 10 local Project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Education Research*, 13(2), 225-238.
- Koes, B. W., van Tulder, M. W., Ostelo, R., Burton, K., & Waddell, G. (2001). Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain in Primary Care: An International Comparison. *Spine*, 26(22), 2504-2513.

- Kollberg, B., Elg, M., & Lindmark, J. (2005). Design and implementation of a performance measurement system in Swedish health care services: a multiple case study of 6 development teams. *Quality Management in Health Care, 14*(2), 95-111.
- Krause, N., Dasinger, L. K., & Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation., 8*(2), 113-139.
- Krueger, R. A. Focus Group Interviewing. from <http://www.tc.umn.edu/~rkrueger/focus.html> (consulté le: 19/03/2009)
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2001). Designing and Conducting Focus Group Interviews. In The World Bank (Ed.), *Social Analysis: Selected tools and techniques* (Vol. Social Development Papers. Paper n°36, pp. 4-23).
- Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Halilem, N., Jbilou, J., Mosconi, E., et al. (2007). *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale*. Université Laval: Chaire FCRSS/IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Lavis, J., Davies, H., Oxman, A., Denis, J. L., Golden-Biddle, K., & Ferlie, E. (2005). Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making.[see comment]. *Journal of Health Services & Research Policy, 10 Suppl 1*, 35-48.
- Lavis, J., Robertson, D., Woodside, J. M., McLeod, C. B., & Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *The Milbank Quarterly, 81*(2), 221-249.
- Leeman, J., & Kilpatrick, K. (2000). Inter-organizational relationships of seven Veterans Affairs Medical Centers and their affiliated medical schools: results of a multiple-case-study investigation. *Academic Medicine, 75*(10), 1015-1020.
- Lenfant, C. (2003). Shattuck lecture - clinical research to clinical practice - lost in translation? *New England Journal of Medicine, 349*(9), 868 - 874.
- Lippel, K. (2007). Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: A Québec study. *International Journal of Law and Psychiatry, 30*(4-5), 427-443.
- Lippel, K., Lefebvre, M.-C., Schmidt, C., & Caron, J. (2005). *Traiter la réclamation ou traiter la personne ? Les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles*. Montréal: UQAM.
- Locock, L., Dopson, S., Chambers, D., & Gabbay, J. (2001). Understanding the role of opinion leaders in improving clinical effectiveness. *Social Science & Medicine, 53*(6), 745-757.

- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., et al. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine.*, 22(24), 2911-2918.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van Tulder, M., et al. (2005). Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524.
- Loisel, P., Durand, M., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., Gagnon, D., et al. (2001). Disability prevention: new paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Loisel, P., Durand, M. J., Diallo, B., Vachon, B., Charpentier, N., & Labelle, J. (2003). From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience. *Clinical Journal of Pain*, 19(2), 105-113.
- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., et al. (1994). Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational & Environmental Medicine*, 51(9), 597-602.
- Lomas, J. (1993). Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth. *Milbank Quarterly*, 71(3), 439-475.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L., & Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health*, 32(4), 257-269.
- MacEachen, E., Kosny, A., & Ferrier, S. (2007). Unexpected barriers in return to work: lessons learned from injured worker peer support groups. *Work*, 29(2), 155-164.
- Mannoni, C., Jacquet, F., Wandscheer, C., & Pluye, P. (2006). Implantation d'un programme de santé. In *Manuel de planification des programmes de santé* (pp. 125-189). Médecins du Monde: Editions ENSP.
- Mayer, T. G., Gatchel, R. J., Mayer, H., Kishino, N. D., Keeley, J., & Mooney, V. (1987). A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury: an objective assessment procedure. *Journal of the American Medical Association*, 258(13), 1763-1767.
- Mayer, T. G., Polatin, P., Smith, B., Smith, C., Gatchel, R., Herring, S. A., et al. (1995). Spine Rehabilitation - Secondary and Tertiary Nonoperative Care. *Spine*, 20(18), 2060-2066.
- Mayer, T. G., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (1998). Functional restoration and other rehabilitation approaches to chronic musculoskeletal pain disability syndromes. *Critical Reviews in Physical & Rehabilitation Medicine*, 10(3), 209-221.

- Merzel, C., & D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential.[see comment]. *American Journal of Public Health, 93*(4), 557-574.
- Michie, S., Berentson-Shaw, J., Pilling, S., Feder, G., Dieppe, P., Raine, R., et al. (2007). Turning evidence into recommendations: Protocol of a study guideline development groups. *Implementation Science, 2*(1), 29.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003a). Elaboration du cadre conceptuel. In *Analyse des données qualitatives* (pp. 40-49). Bruxelles: De Boeck.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003b). Les cartes cognitives. In *Analyse des données qualitatives* (pp. 240-245). Bruxelles: De Boeck.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003c). Les matrices. In *Analyse des données qualitatives* (pp. 427-436). Bruxelles: De Boeck.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003d). Tactiques d'interprétation des données. In *Analyse des données qualitatives* (pp. 437-470). Bruxelles: De Boeck.
- Ministère de l'emploi du travail et de la cohésion sociale. (2005). *Plan Santé au travail 2005-2009*. Paris.
- Montreuil, S., Bellemare, M., Prévost, J., Marier, M., & Allard, D. (2004). L'implication des acteurs dans l'implantation de projets d'amélioration des situations de travail en ergonomie participative : des constats différenciés dans deux usines. *PISTES, 6*(2), 1-12.
- Mucchielli, R. (2006). *L'analyse de contenu (9ème édition)*. Paris: Les éditions ESF.
- Nachemson, A. (1999). Back pain: Delimiting the problem in the next millennium. *International Journal of Law & Psychiatry, 22*(5-6), 473-490.
- Novak, J. D., & Cañas, A. J. (2008). The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct and Use Them. *Technical Report IHMC CmapTools 2006-01 Rev 01-2008*, from <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf> (consulté le: 09/11/2008)
- Olsson, J., Elg, M., & Molfenter, T. (2003). Reflections on transnational transferability of improvement technologies--a comparison of factors for successful change in the United States and northern Europe. *Quality Management in Health Care., 12*(4), 259-269.
- Olsson, J., Ovretveit, J., & Kammerlind, P. (2003). Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. *Quality Management in Health Care October/November/December, 12*(4), 240-249.



- Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé : Renforcement des systèmes de santé*. Genève.
- Pare, G. (2002). Implementing clinical information systems: a multiple-case study within a US hospital. *Health Services Management Research*, 15(2), 71-92.
- Patton, M. Q. (1996). Implementation Evaluation : What Happened in the Program ? In M. Q. Patton (Ed.), *Utilisation-focused evaluation : the new century text* (3rd ed., pp. 195-214): Sage.
- Patwardhan, A., & Patwardhan, D. (2008). Business process re-engineering--saviour or just another fad? One UK health care perspective. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(3), 289-296.
- Pettigrew, A. (1992). Receptive and non-receptive contexts for change. In *Shaping strategic change : making change in large organizations : the case of the National Health Service* (pp. 268-299). London: Sage.
- Pettigrew, A., Ferlie, E., & McKee, L. (1992a). *Shaping strategic change : making change in large organizations : the case of the National Health Service*. London: Sage.
- Pettigrew, A., Ferlie, E., & McKee, L. (1992b). Shaping strategic change : The case of the NHS in the 1980s. *Public Money & Management*, 12(3), 27-32.
- Pineault, R., & Breton, M. (2006). L'établissement de priorités de santé : un processus technocratique ou politique ? *Université d'été 2006 en santé publique : "Vers des résultats de santé à l'échelle populationnelle : utiliser les données sociosanitaires pour établir des priorités"*, from <http://www.greas.ca/publication/pdf/pineaultbreton2006.pdf> (consulté le 19/04/2009)
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995a). La détermination des besoins. In *La planification de la santé: Concepts, méthodes, stratégies* (pp. 73-276). Montréal: Editions nouvelles.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995b). *La planification de la santé: Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Editions nouvelles.
- Poiraudeau, S. (2004). Implication des acteurs médicaux et non médicaux du monde du travail dans la prise en charge du lombalgique chronique : un élément primordial pour la reprise des activités professionnelles ? *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47(8), 573-574.
- Poiraudeau, S., Rannou, F., Lefevre Colau, M. M., Boutron, I., & Revel, M. (2004). Readaptation du lombalgique a l'effort. Les programmes de restauration fonctionnelle. [Rehabilitation on effort of low back pain. Functional restoration programs]. *Presse Medicale*, 33(6), 413-418.

- Poiraudeau, S., Rannou, F., & Revel, M. (2007). Functional restoration programs for low back pain: a systematic review. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(6), 425-429.
- Pomey, M. P., Contandriopoulos, A. P., Francois, P., & Bertrand, D. (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(2-3), 113-124.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-210.). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Pransky, G., Shaw, W., Franche, R. L., & Clarke, A. (2004). Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers--current models and opportunities for improvement. *Disability & Rehabilitation*, 26(11), 625-634.
- Provost, M.-H., Cardinal, L., Moreault, L., & Pineau, R. (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Randall, G. E. (2007). Competition, Organizational change, and conflict: the changing role of case managers in Ontario's homecare system. *Care Management Journals*, 8(1), 2-7.
- Reardon, R., Lavis, J., & Gibson, J. N. (2006). *From Research to Practice: A Knowledge Transfer Planning Guide*. Toronto: Institute for Work & Health.
- Richard Ivey School of Business. (1997). *Leading the management of change : A study of 12 Ontario Hospitals*: The University of Western Ontario.
- Richards, H. M., & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19(2), 135-139.
- Ritter, P. (2008). *Rapport sur la création des agences régionales de santé*. Paris: Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations* (5 ed.): New York, NY: Free Press.
- Rogers, E. M. (1995a). Attributes of innovations and their rate of adoption. In E. M. Rogers (Ed.), *Diffusion of innovations* (pp. 204-251). New York: The Free Press.
- Rogers, E. M. (1995b). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: The Free Press.
- Roquelaure, Y., Ha, C., & Pélier-Cady, M.-C. (2004). *Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques dans les Pays de la Loire*: Institut de Veille Sanitaire.

- Rossi, P. H. (2004). Assessing and monitoring program process. In *Evaluation : a systematic approach* (7th edition ed., pp. 168-201): Sage.
- Rozenberg, S., Allaert, F.-A., Savarieau, B., Perahia, M., & Valat, J.-P. (2004). Attitude thérapeutique et place du maintien d'activité dans la lombalgie aiguë en pratique de médecine générale. *Revue du rhumatisme*, 71(1), 65-69.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't.[see comment]. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Sadler, D. R. (1985). Evaluation, Policy Analysis, and Multiple Case Studies: Aspects of Focus and Sampling. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 7(2), 143-149.
- Saillour-Glénisson, F., Domecq, S., Pouchadon, M. L., Jacques, B., & Sibé, M. (2008). Analyse qualitative et quantitative des déterminants à l'application de recommandations professionnelles (RP) par les médecins. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56(4, Supplement 1), S207-S219.
- Saillour-Glénisson, F., & Michel, P. (2003). Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51(1 Pt 1), 65-80.
- Saint Vincent, M., Toulouse, G., & Bellemare, M. (2000). Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions. *PISTES*, 2(1), 1-33.
- Saliba, M.-L., Iarmarcovai, G., Souville, M., Viau, A., Arnaud, S., & Verger, P. (2007). Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le sud-est de la France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 55, 376-381.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (3è ed., pp. 263-285): Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2004). Technique de validation par triangulation. In A. Mucchielli (Ed.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (2ème ed., pp. 289-290). Paris: Armand Colin.
- Schectman, J. M., Schroth, W. S., Verme, D., & Voss, J. D. (2003). Randomized controlled trial of education and feedback for implementation of guidelines for acute low back pain. *Journal of General Internal Medicine*, 18(10), 773-780.
- Schers, H., Braspenning, J., Drijver, R., Wensing, M., & Grol, R. (2000). Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in The Netherlands.[erratum appears in Br J Gen Pract 2001 Feb;51(463):142]. *British Journal of General Practice*, 50(457), 640-644.

- Schers, H., Wensing, M., Huijsmans, Z., van Tulder, M., & Grol, R. (2001). Implementation Barriers for General Practice Guidelines on Low Back Pain: A Qualitative Study. *Spine*, 26(15), E348-E353.
- Schonstein, E., Kenny, D., Keating, J., Koes, B., & Herbert, R. D. (2003). Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review. *Spine*, 28(19), E391-395.
- Shaw, B., Cheater, F., Baker, R., Gillies, C., Hearnshaw, H., Flottorp, S., et al. (2007). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
- Shojania, K. G., & Grimshaw, J. M. (2005). Evidence-Based Quality Improvement: The State Of The Science. *Health Affairs*, 24(1), 138-150.
- Shojania, K. G., McDonald, K., RM., W., & Owens, D. (2004). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies: Volume 1—Series Overview and Methodology* (No. Volume 1). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Spitzer, W. (1986). *Les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs*. Montréal: IRSST.
- Spitzer, W. (1987). Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine*, 12(7 Suppl), S1-59.
- Staal, J. B., Hlobil, H., van Tulder, M. W., Koke, A. J. A., Smid, T., & Van Mechelen, W. (2002). Return-to-work interventions for low back pain - A descriptive review of contents and concepts of working mechanisms. *Sports Medicine*, 32(4), 251-267.
- Staal, J. B., Hlobil, H., van Tulder, M. W., Waddell, G., Burton, A. K., Koes, B. W., et al. (2003). Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occupational & Environmental Medicine*, 60(9), 618-626.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Steenstra, I. A., Anema, J. R., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., & van Mechelen, W. (2003). Cost effectiveness of a multi-stage return to work program for workers on sick leave due to low back pain, design of a population based controlled trial [ISRCTN60233560] - art. no. 26. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 4(26), 21.
- Stock, S., Deguire, S., Baril, R., & Durand, M.-J. (1999). *Travailleuses et travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques : les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal*. Montréal: IRSST.

- Sudsawad, P. (2007). Knowledge Translation: Introduction to Models, Strategies, and Measures. from <http://www.ncddr.org/kt/products/ktintro/index.html> (consulté le: 19/03/2009)
- Svensson, T., Karlsson, A., Alexanderson, K., & Nordqvist, C. (2003). Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(3), 183-195.
- The Change Foundation. (2004). *Moving forward : Sustaining and growing disease management programs in Ontario*.
- The Improved Clinical Effectiveness through Behavioural Research Group (ICEBeRG). (2006). Designing theoretically-informed implementation interventions. *Implementation Science*, 1(1), 4.
- Valente, T. W., & Pumpuang, P. (2007). Identifying Opinion Leaders to Promote Behavior Change. *Health Education & Behaviour*, 34(6), 881-896.
- van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., Anema, J. R., Fassier, J. B., Franche, R. L., Schonstein, E., et al. (2008). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., del Real, M. T., Hutchinson, A., et al. (2006). Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 15(Suppl 2), S169-191.
- van Tulder, M., Croft, P. R., van Splunteren, P., Miedema, H. S., Underwood, M. R., Hendriks, H. J., et al. (2002). Disseminating and implementing the results of back pain research in primary care. *Spine*, 27(5), E121-127.
- van Tulder, M., Koes, B., & Bouter, L. (1995). A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain*, 62(2), 233-240.
- Verger, P., Arnaud, S., Ferrer, S., Iarmarcovai, G., Saliba, M.-L., Viau, A., et al. (2007). Inequities in reporting asbestos-related lung cancer: influence of smoking stigma and physician's specialty, workload, and role perception. *Occupational & Environmental Medicine*.
- Vinot, D. (2008). Le leadership clinique face aux changements de pratiques : des paradoxes aux perspectives. *Pratique et Organisation des Soins*, 39(3), 217-226.
- Waddell, G. (1987). 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*, 12(7), 632-644.
- Waddell, G. (1998a). *The Back Pain Revolution*: Churchill Livingstone.
- Waddell, G. (1998b). The clinical course of low back pain. In *The Back Pain Revolution* (pp. 103-117): Churchill Livingstone.

- Waddell, G. (1998c). A new clinical model of low back pain and disability. In *The Back Pain Revolution* (pp. 223-240): Churchill Livingstone.
- Waddell, G., Burton, A. K., & Main, C. J. (2003). *Screening to Identify People at Risk of Long-term Incapacity for Work : A Conceptual and Scientific Review*. London: The Royal Society of Medicine Press.
- Waddell, G., O'Connor, M., Boorman, S., Torsney, B., Waddell, G., O'Connor, M., et al. (2007). Working Backs Scotland: a public and professional health education campaign for back pain. *Spine*, 32(19), 2139-2143.
- Walston, S. L., & Kimberly, J. R. (1997). Reengineering hospitals: Evidence from the field. *Hospital & Health Services Administration*, 42(2), 143-164.
- Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R. (2006). Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implementation Science*, 1(2).
- Werner, E. L., Gross, D. P., Lie, S. A., & Ihlebaek, C. (2008). Healthcare provider back pain beliefs unaffected by a media campaign. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 50-56.
- Werner, E. L., Ihlebaek, C., Laerum, E., Wormgoor, M. E. A., & Indahl, A. (2008). Low back pain media campaign: no effect on sickness behaviour. *Patient Education & Counseling*, 71(2), 198-203.
- Whelan-Berry, K. S., Gordon, J. R., & Hinings, C. R. (2003). Strengthening organizational change processes. *The journal of applied behavioral sciences*, 39(2), 186-207.
- Williams, D. A., Feuerstein, M., Durbin, D., & Pezzullo, J. (1998). Health care and indemnity costs across the natural history of disability in occupational low back pain. *Spine*, 23(21), 2329-2336.
- Wong, J., Gilbert, J., & Kilburn, L. (2004). *Seeking program sustainability in chronic disease management : The Ontario experience*: The Change Foundation.
- Wooding, S., Hanney, S., Buxton, M., & Grant, J. (2005). Payback arising from research funding: evaluation of the Arthritis Research Campaign. *Rheumatology*, 44(9), 1145-1156.
- Yin, R. K. (1999). Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1209-1224.
- Yin, R. K. (2003a). *Applications of Case Study Research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin, R. K. (2003b). *Case Study Research : Design and Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Yin, R. K. (2003c). The role of theory in doing case studies. In R. K. Yin (Ed.), *Applications of case study research* (pp. 3-28). Thousand Oaks, CA: Sage.

## ANNEXES



<b>Annexe 1 : Principales sources d'informations explorées pour la recherche bibliographique</b>
--

---

**Revues de la littérature**


---

Interventions de retour au travail	(Durand, Vézina et al., 2007) (MacEachen et al., 2006) (Franche, Cullen et al., 2005) (Schonstein et al., 2003) (Staal et al., 2002) (Karjalainen et al., 2001)
Diffusion des innovations	(Fixsen et al., 2005) (Greenhalgh, Robert, Bate et al., 2004) (Greenhalgh, Robert, MacFarlane et al., 2004) (Rogers, 1995b)
Changement organisationnel	(Buchanan et al., 2005) (Wensing, Wollersheim, & Grol, 2006)
<i>Evidence-based medicine, evidence-based practice et qualité des soins</i>	(Shaw et al., 2007) (Dopson et al., 2005) (Grimshaw et al., 2004) (Grimshaw et al., 2003) (Grimshaw et al., 2001) (Shojania & Grimshaw, 2005) (Shojania et al., 2004)

---

**Journaux spécialisés**


---

Journal of occupational rehabilitation	<a href="http://www.springer.com/medicine/journal/10926">www.springer.com/medicine/journal/10926</a>
Implementation science	<a href="http://www.implementationscience.com/">www.implementationscience.com/</a>
PISTES	<a href="http://www.pistes.uqam.ca/">www.pistes.uqam.ca/</a>

---

**Sites Internet spécialisés**


---

Effective Practice & Organisation of Care Cochrane Review group	<a href="http://www.epoc.cochrane.org">www.epoc.cochrane.org</a>
Chaire sur le transfert de connaissances et l'innovation (Université Laval)	<a href="http://kuuc.chair.ulaval.ca">http://kuuc.chair.ulaval.ca</a>
Fondation canadienne pour la recherche sur les services de santé	<a href="http://www.chsrf.ca">www.chsrf.ca</a>
Institute for Work & Health (Toronto)	<a href="http://www.iwh.on.ca">www.iwh.on.ca</a>

---

## **1. LES BESOINS**

---

### **1.1 PERCEPTION DU BESOIN**

1.1.1 Pensez-vous qu'il existe dans votre région des *besoins* dans la prise en charge des travailleurs :

- atteints de lombalgies d'origine professionnelle
- atteints d'autres troubles musculo-squelettiques (TMS)

1.1.2 Pouvez-vous identifier des *besoins* précis (patents, particuliers) ?

### **1.2 PERCEPTION DES SOLUTIONS DEJA ENTREPRISES**

1.2.1 Avez-vous connaissance de *solutions* particulières qui ont été / qui sont actuellement mises en œuvre dans votre région pour développer (améliorer, structurer) la prise en charge de ces travailleurs ?

1.2.2 Connaissez-vous le succès / les obstacles rencontrés par les solutions qui ont été / qui sont actuellement mises en œuvre ?

### **1.3 PERCEPTION DU MODELE DE SHERBROOKE COMME SOLUTION POTENTIELLE**

1.3.1 Pensez-vous que le modèle de Sherbrooke peut correspondre aux besoins de prise en charge des travailleurs (atteints de lombalgies d'origine professionnelle et/ou d'autres troubles musculo-squelettiques) dans votre région ?

1.3.2 Voyez-vous des adaptations particulières à apporter au modèle de Sherbrooke pour qu'il soit mieux adapté au contexte français ou aux besoins de votre région ?

## **2. LA COMPATIBILITE**

---

### **2.1 PARTICULARITES DES RESSOURCES HUMAINES DU SYSTEME FRANÇAIS SUSCEPTIBLES D'INTERFERER AVEC LES COMPOSANTES DU MODELE DE SHERBROOKE**

2.1.1 Compte tenu de votre formation, de votre mandat et de vos pratiques habituelles, quel(s) rôle(s) pensez-vous pouvoir assumer, dans une prise en charge telle que celle du modèle de Sherbrooke ?

### **2.2 COMPATIBILITE DES COMPOSANTES DU MODELE DE SHERBROOKE AVEC L'ORGANISATION DU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

2.2.1 Les composantes du modèle de Sherbrooke vous semblent-elles compatibles avec votre organisation de travail ?

- 2.2.2 Compte tenu des particularités de votre organisation de travail, voyez-vous des adaptations qu'il serait nécessaire d'apporter au modèle de Sherbrooke afin qu'il puisse être mis en œuvre dans votre entreprise?

### **3. LA COMPLEXITE**

---

#### **3.1 DIFFICULTES DE COMPREHENSION DU MODELE DE SHERBROOKE**

- 3.1.1 Le modèle de Sherbrooke vous semble-t-il difficile (complexe, compliqué, ardu) à comprendre ?
- 3.1.2 Qu'est-ce qui est pour vous le plus difficile à comprendre dans le modèle de Sherbrooke ?

#### **3.2 BESOINS D'INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES SUR LE MODELE DE SHERBROOKE**

- 3.2.1 Quelles sont les informations supplémentaires ou plus détaillées que vous souhaiteriez pour mieux comprendre le modèle de Sherbrooke ?

#### **3.3 PERCEPTION DES DIFFICULTES D'UTILISATION DU MODELE DE SHERBROOKE**

- 3.3.1 Le modèle de Sherbrooke vous semble-t-il difficile (complexe, compliqué, ardu) à utiliser ?
- 3.3.2 Qu'est-ce qui vous semble le plus difficile à mettre œuvre pour utiliser le modèle de Sherbrooke ?

#### **3.4 ADAPTATIONS SUGGEREES DU MODELE DE SHERBROOKE EU EGARD AUX DIFFICULTES PERCUES POUR SON UTILISATION**

- 3.4.1 Voyez-vous des adaptations possibles du modèle de Sherbrooke pour résoudre les difficultés d'utilisation que vous avez évoquées ?

### **4. LES BENEFICES**

---

#### **4.1 BENEFICES PERÇUS DU MODELE DE SHERBROOKE**

- 4.1.1 Selon vous, quel serait l'intérêt (l'avantage, le bénéfice) du modèle de Sherbrooke par rapport à la prise en charge actuelle des lombalgies et des autres TMS dans votre région ?
- 4.1.2 Sur un plan personnel, quel serait pour vous l'intérêt de participer à un tel mode de prise en charge ?

#### **4.2 CORRESPONDANCE DU MODELE DE SHERBROOKE AVEC DES PROJETS ACTUELS OU FUTURS DES ORGANISATIONS REGIONALES**

- 4.2.1 Le développement d'un mode de prise en charge tel que le modèle de Sherbrooke correspond-il avec des projets (orientations, priorités, agenda, programme d'actions) actuels ou futurs dans votre établissement ou dans votre région ?

## **5. LES RISQUES**

---

### **5.1 RISQUES PERÇUS DU MODELE DE SHERBROOKE**

- 5.1.1 Selon vous, quels seraient les inconvénients (incertitudes, risques, contraintes) du modèle de Sherbrooke par rapport à la prise en charge actuelle des lombalgies et des autres TMS dans votre région / votre établissement ?
- 5.1.2 Sur un plan personnel, quels seraient pour vous les inconvénients (risques, obstacles, contraintes) de participer à un tel mode de prise en charge?

### **5.2 COMPETITION ENTRE LE MODELE DE SHERBROOKE ET D'AUTRES PROJETS DES ORGANISATIONS REGIONALES DANS LE DOMAINE DES TMS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE**

- 5.2.1 Le développement d'un mode de prise en charge tel que le modèle de Sherbrooke viendrait-il en concurrence (finances, ressources humaines, agenda, priorité) avec des projets (orientations, programme) de votre établissement ou de votre région dans le domaine des TMS d'origine professionnelle ?

## **6. LEADERSHIP COLLECTIF** (questions supprimées en cours de collecte)

---

### **6.1 RECONNAISSANCE D'UN LEADERSHIP DANS LE DOMAINE DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES**

- 6.1.1 Pouvez-vous nommer dans votre région les personnes ou les institutions qui sont les plus actives dans le domaine de la prise en charge des TMS d'origine professionnelle (lombalgies et autres) ?
- 6.1.2 D'après vous, quelles sont les personnes ou les organisations dans votre région qui sont les plus compétentes et/ou légitimes dans ce domaine ?
- 6.1.3 Pouvez-vous nommer des actions particulières qui ont été / qui sont menées dans votre région pour prendre en charge les TMS d'origine professionnelle (lombalgies et autres) ?
- 6.1.4 Avez-vous connaissance de projets particuliers dans votre région dans ce domaine ?

## **7. INTEGRATION DES SOINS** (questions supprimées en cours de collecte)

---

### **7.1 INTEGRATION DE L'EQUIPE CLINIQUE DE READAPTATION AU RESEAU REGIONAL DE LA SANTE, DES SERVICES SOCIAUX ET DE LA SANTE AU TRAVAIL**

7.1.1 Quelles sont les caractéristiques de l'équipe clinique de réadaptation dans votre établissement ?

(taille, composition, clientèle, ancienneté)

7.1.2 Votre équipe de réadaptation a-t-elle des collaborations particulières avec d'autres professionnels ou établissements de santé ?

7.1.3 Votre équipe de réadaptation a-t-elle des collaborations particulières avec des professionnels ou des établissements du secteur social ?

7.1.4 Votre équipe de réadaptation a-t-elle des collaborations particulières avec des professionnels de la santé au travail ou avec des entreprises ?

## **7.2 INTEGRATION FONCTIONNELLE ENTRE L'EQUIPE CLINIQUE DE READAPTATION ET LES AUTORITES DE TUTELLE**

*Question adressée au Médecin chef de service uniquement*

7.2.1 Quelles sont les relations entre votre service de réadaptation et les autorités de tutelle administrative (URCAM, ARH, DRASS)

- Réunions avec espace de discussion et de décision partagées : rencontres régulières ? formelles ? Procès-verbaux des réunions ?
- Système d'information partagé : Existence ? Contenu ?
- Convention (d'objectifs, de gestion, etc.) : Existence ? Contenu ?
- Groupe de pilotage (de travail, de réflexion, comité, etc.) : Qui ?
- Mode d'attribution du (des) budget(s) : dotation globale, dotations par projets, dotations transversales (santé/social), autres

7.2.2 Pouvez-vous nommer des réalisations ou des projets communs entre votre service de réadaptation et les autorités de tutelle administrative ? (Programme de santé, projet de recherche, formation professionnelle, rapports, publications, autres)

### **Annexe 3 : Guide de discussion**

#### **QUESTION N°1**

Le modèle de Sherbrooke vous semble-t-il très différent de vos pratiques habituelles ?  
Qu'est-ce qui vous semble le plus différent ?

#### **QUESTION N°2**

Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans ce programme ?  
Qui vous enthousiasme ?  
Que vous trouvez intéressant ?  
Quelles sont les raisons qui suscitent votre enthousiasme, votre intérêt ?

#### **QUESTION N°3**

Qu'est-ce qui vous plaît le moins dans ce programme ?  
Qui vous laisse critique ?  
Qui vous semble rébarbatif ?  
Qui vous semble difficile à accepter ?

Qu'est-ce ce qui vous semble difficile à comprendre ?  
Qui vous semble difficile à utiliser ?

#### **QUESTION N°4**

Si ce programme devait être implanté en France quelles seraient d'après votre expérience les barrières et les difficultés à anticiper ? Pouvez-vous donner un exemple dans votre expérience qui illustre cet obstacle ou cette difficulté ? Tout bien considéré, quel serait pour vous l'obstacle le plus important à considérer ?

#### **QUESTION N°5**

Si ce programme devait être implanté en France, quels seraient d'après votre expérience les atouts et les facilitateurs dont nous disposons ? Pouvez-vous donner un exemple dans votre expérience qui illustre cet atout ou ce facilitateur ? Tout bien considéré, quel serait pour vous l'atout le plus important que nous pourrions utiliser en France ?

#### **QUESTION POUR CONCLURE**

En résumé, que diriez-vous de la faisabilité de ce programme en France ?

## **Annexe 4 : Littérature grise consultée**

### **Médecine du travail :**

Aubin, C., Duhamel, G., & Lejeune, D. (2005). L'agrément des services de santé au travail - rapport de synthèse. Paris: Inspection générale des affaires sociales.

Aubin, C., Pelissier, R., De Saintignon, P., Veyret, J., Conso, F., & Frimat, P. (2007). Rapport sur Le bilan de réforme de la médecine du travail. Paris: Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche.

Bevenise, J.-F., & Lopez, A. (2006). L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local - Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre (MIRTMO). Paris: Inspection générale des affaires sociales.

Dab, W. (2008). La formation des managers et ingénieurs en santé au travail: douze propositions pour la développer. Paris: Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.

Dellacherie, C. (2008). L'avenir de la médecine du travail. Paris: Conseil économique et social.

Direction Générale du Travail. (2007). Bilan de la mise en oeuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels. Paris: Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité.

Gosselin, H. (2007). Aptitude et inaptitude médicale au travail : Diagnostic et perspectives. Paris: Ministère de l'emploi, du travail et de l'insertion professionnelle des jeunes.

### **Assurance maladie :**

CNAMTS. Circulaire CIR 77/2004 du 25 juin 2004 relative au contrôle et au suivi des arrêts de travail en accident du travail

CNAMTS. Circulaire CIR 40/2004 du 15 mars 2004 relative à l'information de l'assuré en arrêt de travail de longue durée (L.324-1 du css) avant la fin du service des indemnités journalières.

CNAMTS. Circulaire CIR 10/2008 du 20 février 2008 relative aux obligations des victimes d'AT/MP en arrêt de travail.

CNAMTS. (2001). Les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées en 1998: Echelon National du Service Médical - Département Soins de Ville.

CNAMTS. (2003). Les causes médicales d'incapacité permanente pour le risque accident du travail en 1999: Echelon National du Service Médical - Département Soins de Ville.

CNAMTS. (2004). Circulaire CIR 76/2004 du 25 juin 2004 relative au programme d'amélioration de la qualité sur le contrôle et le suivi de l'arrêt de travail de longue durée au sens des articles L. 323-1 et L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

CNAMTS. (2008). Statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles: Evolution du nombre de maladies professionnelles TMS reconnues (1997 - 2006). Paris: Direction des risques professionnels.

CNAMTS. (2008). Convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP: Direction des risques professionnels.

## Annexe 5 : Formulaire de consentement éclairé

**N° DE PROJET :** 2005-06-31

**TITRE DU PROJET  
DE RECHERCHE :** Étude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français

**PROTOCOLE :** S. O.

**COMMANDITAIRE :** S. O.

**CHERCHEUR PRINCIPAL :** Patrick Loisel, MD

**DÉPARTEMENT DU  
CHERCHEUR PRINCIPAL :** Département des sciences de la santé communautaire  
Université de Sherbrooke

**ADRESSE :** Hôpital Charles LeMoine  
3120, boul. Taschereau  
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

**TÉLÉPHONE :** (450) 674 –5908

---

### INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements que vous donnerez seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages et les risques qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

### BUT DE L'ÉTUDE

Le modèle de Sherbrooke est un modèle québécois de prise en charge des travailleurs en incapacité après un épisode de lombalgie d'origine professionnelle. Ce modèle innovateur qui a fait la preuve de son efficacité est susceptible d'être implanté en France car il répond à un besoin pour la prise en charge des travailleurs français. Dans le domaine du transfert des connaissances et des innovations en santé, la littérature souligne l'importance d'identifier préalablement les obstacles et les facilitateurs à la diffusion des innovations considérées en vue d'assurer la réussite de leur implantation.



Cette étude a pour objectif d'analyser l'ensemble des obstacles et facilitateurs à l'implantation du modèle de Sherbrooke dans deux régions du système de santé français. Les résultats de cette étude permettront secondairement l'élaboration d'une stratégie pour faciliter l'implantation du modèle de Sherbrooke dans les régions concernées à partir des obstacles et facilitateurs identifiés. La participation d'environ soixante personnes est projetée dans le cadre de cette étude.

## **PROCÉDURES**

Si vous acceptez de participer à cette étude, votre participation consistera à assister à une formation sur le modèle de Sherbrooke puis à une entrevue. La formation est destinée à vous donner une représentation claire du modèle de Sherbrooke et de ses caractéristiques. Elle abordera les bases théoriques en réadaptation qui sous-tendent ce modèle, ainsi que les modalités pratiques de son utilisation par les équipes cliniques. La formation durera une demi-journée et se tiendra dans un local proche de votre lieu de travail habituel. Elle se terminera par un questionnaire destiné à évaluer votre compréhension et à recueillir vos questions sur le modèle de Sherbrooke.

L'entrevue sera réalisée dans un second temps au décours de cette activité. Le but de cette entrevue est de savoir si, selon votre propre opinion, le modèle de Sherbrooke est faisable dans le système de santé français. Une seule entrevue est prévue d'une durée maximale de 120 minutes et elle se tiendra sur votre lieu de travail habituel, selon vos disponibilités et après accord de votre employeur. Il se pourrait que l'on vous appelle au téléphone encore une fois après l'entrevue dans le but de vous faire confirmer ou préciser certaines réponses aux questions posées durant l'entrevue.

## **RISQUES, EFFETS SECONDAIRES ET INCONVÉNIENTS**

Il n'y a aucun risque physique associé à la participation à cette étude.

## **BÉNÉFICES ET AVANTAGES**

Votre participation à ce projet de recherche vous permettra d'assister à une formation personnalisée sur le modèle de Sherbrooke qui est reconnu comme une innovation majeure dans le domaine de la réadaptation. Cette formation vous donnera une représentation claire des caractéristiques essentielles de ce modèle et de son utilisation en pratique.

Également, votre participation est susceptible de faciliter l'implantation ultérieure du modèle de Sherbrooke en France. Enfin, votre participation permettra de faire progresser les connaissances dans le domaine du transfert des innovations en santé

## **COÛTS/REMBOURSEMENT**

Le temps consacré à l'activité de transfert des connaissances et à l'entrevue sera pris sur vos heures habituelles de travail, après accord de votre employeur avec les chercheurs de l'étude. Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Nous assurerons la confidentialité des informations recueillies lors de votre participation à l'étude. L'entrevue sera enregistrée sous un format électronique dans le but de faciliter sa retranscription en vue de son analyse ultérieure. Les informations dont vous nous ferez part serviront uniquement à des fins scientifiques et la plus stricte confidentialité sera respectée, en ce sens que votre identité ne sera pas dévoilée, ni celle des autres personnes que vous mentionnerez durant l'entrevue. Pour ce faire, un numéro de code vous correspondant sera attribué au fichier audio au début de l'entrevue. Durant la retranscription de l'entrevue, les noms des personnes, des structures et des lieux mentionnés seront enlevés et remplacés par d'autres codes. Également, les informations fournies pendant l'entrevue ne seront dans aucun cas transmises à votre employeur.

Lorsque le projet sera terminé, l'enregistrement de l'entrevue sera détruit. La retranscription de l'entrevue en version papier sera stockée pendant sept ans (7) dans des filières fermées à clé à l'intérieur du Centre de Recherche et de Formation en Prévention d'Incapacités sur le campus de l'Université de Sherbrooke à Longueuil, Québec. Seuls les trois chercheurs du projet auront accès à la retranscription de l'entrevue.

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoine afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT**

Votre participation à cette étude s'effectue sur une base volontaire. Vous êtes libres d'y mettre fin à tout moment durant l'étude et vous ne subirez aucun préjudice de quelque nature que ce soit et cela n'affectera pas vos conditions d'emploi.

## **PERSONNES À CONTACTER**

Nous restons à votre disposition si vous avez besoin de renseignements supplémentaires. Pour ce faire, vous pouvez appeler le Dr Jean-Baptiste Fassier au Centre d'étude et de traitement de l'Hôpital Saint Antoine (Paris), au numéro suivant : 01.49.28.23.09 ou le Dr Patrick Loisel, professeur titulaire, au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke (Longueuil, Québec), au numéro suivant : 001 450 674-5908.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoine (Longueuil, Québec) au 001 450 466-5000, poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoine (Longueuil, Québec) au 001 450 466-5000, poste 5434.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction.

Je comprends que je suis libre de participer ou non à ce projet et de me retirer de cette étude en tout temps sans encourir aucun préjudice.

J'ai lu et je comprends le contenu de cette formule. Je soussigné(e) accepte de participer à ce projet.

Je recevrai une copie signée du présent formulaire de consentement.

_____ Signature du sujet	_____ Nom (caractères d'imprimerie)	_____ Date
_____ Signature du témoin	_____ Nom (caractères d'imprimerie)	_____ Date
_____ Signature de la personne qui a présenté le consentement	_____ Nom (caractères d'imprimerie)	_____ Date

## Annexe 6 : Modalités de l'échantillonnage dans les deux régions

La progression et les modalités de l'échantillonnage des informateurs clés dans les deux régions ont été retranscrites intégralement afin de satisfaire au critère de fiabilité des études de cas. En effet, cette retranscription permet la traçabilité du processus de l'échantillonnage à ses différentes étapes en précisant comment et par qui chaque informateur clé a été identifié.

◆ Un losange plein représente un informateur-clé (IC) ayant participé à une entrevue et/ou un groupe de discussion :

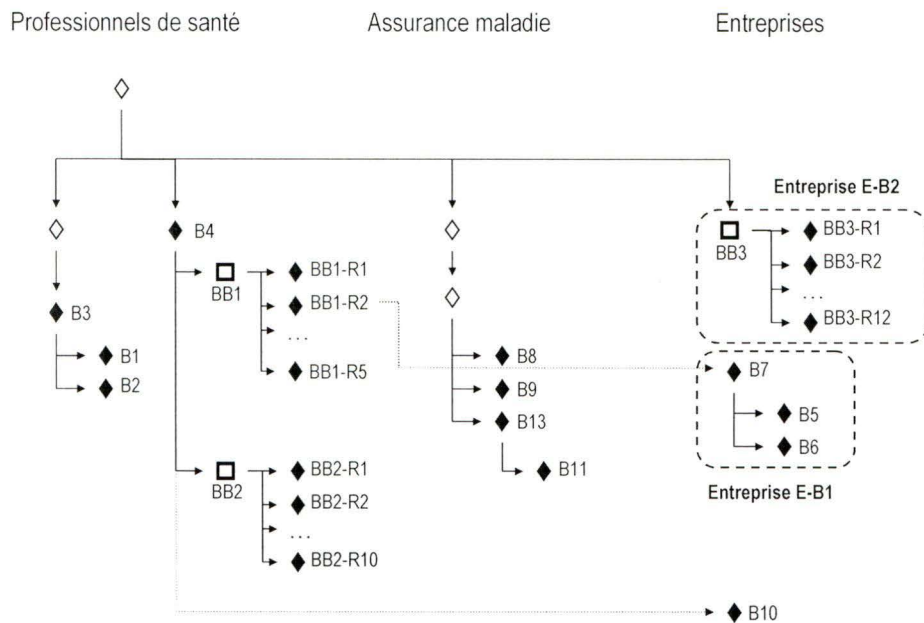
Chaque IC est identifié par une combinaison codée. La première lettre désigne la région d'appartenance (A ou B) ainsi que le mode de collecte (lettre simple pour une entrevue individuelle; lettre double pour un groupe de discussion). Le chiffre représente l'ordre chronologique de collecte auprès de l'IC dans la région concernée. Par exemple, A1 est le premier répondant à avoir participé à une entrevue individuelle dans la région A.

◇ Un losange vide représente un individu ayant orienté l'échantillonnage en boule de neige sans participer à une entrevue.

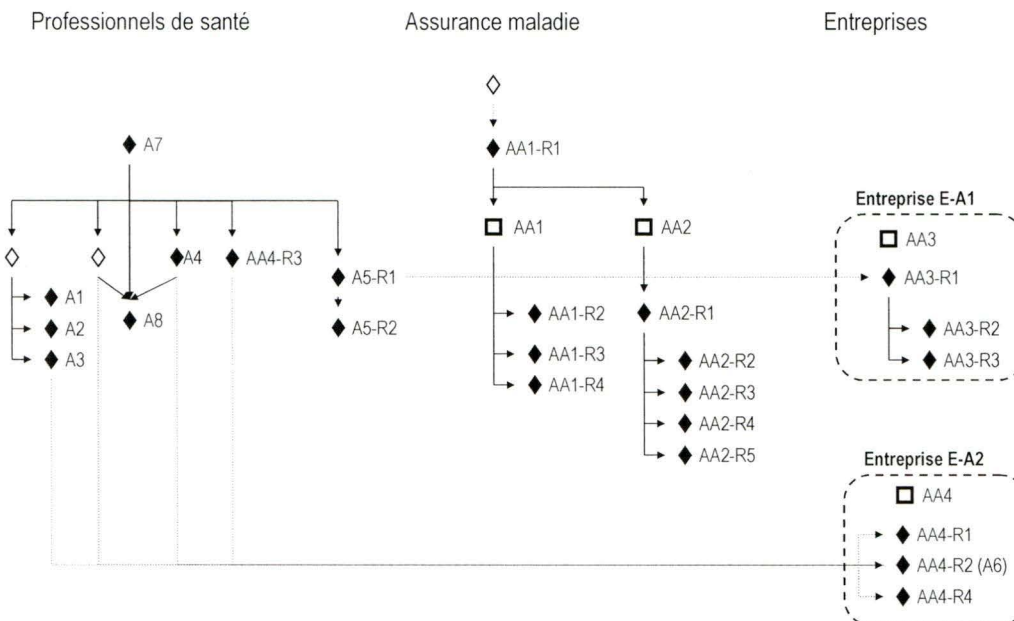
■ Un carré en traits gras représente un groupe de discussion désigné par une double lettre (AA ou BB) selon la région étudiée :

Le chiffre représente l'ordre chronologique du groupe de discussion dans la région concernée. Par exemple, le groupe de discussion AA1 est le premier à s'être tenu dans la région A. Les IC à l'intérieur de chaque groupe de discussion sont identifiés par ordre de prise de parole dans le groupe. Par exemple, AA1-R1 est le premier IC à avoir pris la parole dans le groupe de discussion AA1. Les flèches représentent la progression de l'échantillonnage en boule de neige.

## Région A



## Région B



## Annexe 7 : Questionnaire d'évaluation de la formation

Le modèle de Sherbrooke vous semble-t-il difficile (complexe, compliqué, ardu) à comprendre ?

- Très difficile à comprendre
- Difficile à comprendre
- Relativement facile à comprendre
- Facile à comprendre

Qu'est-ce qui est pour vous le plus difficile à comprendre dans le modèle de Sherbrooke ?

- 
- 
- 
- 

Quelles sont les informations supplémentaires ou plus détaillées que vous souhaiteriez pour mieux comprendre le modèle de Sherbrooke ?

- 
- 
- 
- 

Avez-vous des remarques / commentaires particuliers sur l'activité de formation à laquelle vous avez assisté ?

- 
- 
- 

➤ un point à améliorer particulièrement :

➤ un point particulièrement apprécié :

## Annexe 8 : Origine professionnelle et codage des répondants

### Région A

---

#### Entrevues individuelles semi-structurées

---

A1	Kinésithérapeute (centre de réadaptation)
A2	Ergothérapeute (centre de réadaptation)
A3	Kinésithérapeute (libéral)
A4	Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Œuvre
A5	Médecin du travail (entreprise E-A1)
A6	Ergonome
A7	Médecin du travail (Universitaire)
A8	Président d'un service de santé au travail
A9	Ergonome

---

---

#### AA1 Groupe de discussion avec des gestionnaires de l'Assurance maladie

---

AA1-R1	Gestionnaire de l'assurance maladie (service prévention)
AA1-R2	Gestionnaire de l'assurance maladie (service prévention)
AA1-R3	Gestionnaire de l'assurance maladie (service social)
AA1-R4	Gestionnaire de l'assurance maladie (service social)

---

---

#### AA2 Groupe de discussion avec des Médecins conseils de l'Assurance maladie

---

AA2-R1	Médecin Conseil de l'Assurance maladie
AA2-R2	Médecin Conseil de l'Assurance maladie
AA2-R3	Médecin Conseil de l'Assurance maladie
AA2-R4	Médecin Conseil de l'Assurance maladie
AA2-R5	Médecin Conseil de l'Assurance maladie

---

---

#### AA3 Groupe de discussion dans une entreprise (entreprise E-A1)

---

AA3-R1	Chef d'entreprise
AA3-R2	Salarié
AA3-R3	Cadre de proximité

---

---

#### AA4 Groupe de discussion dans une entreprise (entreprise E-A2)

---

AA4-R1	Médecin du travail
AA4-R2	Ergonome
AA4-R3	Médecin du travail
AA4-R4	Ergonome

---

## Région B

---

### Entrevues individuelles semi-structurées

---

B1	Assistante sociale (équipe interdisciplinaire de réadaptation)
B2	Ergonome (équipe interdisciplinaire de réadaptation)
B3	Médecin de rééducation fonctionnelle (équipe interdisciplinaire de réadaptation)
B4	Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Œuvre
B5	Salarié, représentant syndical et du CHSCT (entreprise E-B1)
B6	Salarié, représentant syndical et du CHSCT (entreprise E-B1)
B7	Chef d'entreprise (entreprise E-B1)
B8	Médecin Conseil de l'Assurance maladie
B9	Médecin Conseil de l'Assurance maladie
B10	Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
B11	Assistante sociale de l'assurance maladie
B12	Médecin du travail (entreprise E-B1)
B13	Gestionnaire de l'assurance maladie (service prévention)

---

### **BB1** Groupe de discussion avec des médecins du travail (service inter-entreprise)

---

BB1-R1	Médecin du travail
BB1-R2	Médecin du travail
BB1-R3	Médecin du travail
BB1-R4	Médecin du travail
BB1-R5	Médecin du travail

---

### **BB2** Groupe de discussion avec des médecins du travail (service inter-entreprise)

---

BB2-R1	Médecin du travail
BB2-R2	Médecin du travail
BB2-R3	Médecin du travail
BB2-R4	Médecin du travail
BB2-R5	Médecin du travail
BB2-R6	Médecin du travail
BB2-R7	Médecin du travail
BB2-R8	Médecin du travail
BB2-R9	Médecin du travail
BB2-R10	Médecin du travail

---

### **BB3** Groupe de discussion dans une entreprise (entreprise E-B2)

---

BB3-R1	Ergonome
BB3-R2	Assistante sociale
BB3-R3	Assistante sociale
BB3-R4	Médecin du travail
BB3-R5	Médecin du travail
BB3-R6	Médecin du travail
BB3-R7	Assistante sociale
BB3-R8	Médecin du travail
BB3-R9	Psychologue
BB3-R10	Cadre du service des ressources humaines
BB3-R11	Salarié, représentant du CHSCT

---



## Annexe 9 : Matrices conceptuelles hiérarchiques des dimensions de la faisabilité (A)

BESOINS (Région A)	PROF DE SANTE	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Déterminants du problème de santé</b>			
Conditions de travail **	(A1)		(AA3-R1) (AA3-R2) (AA3-R3) (AA4-R1) (AA4-R4)
<b>Caractéristiques du problème de santé</b>			
Aspects psychologiques ***	(A3) - (A1)	(AA2)	(A6) (AA3-R2)
Peur du retour au travail ***	(A1)	(AA1-R3)	(A6)
Aspects sociaux **	(A7)		(AA3-R2) (AA3-R3)
Aspect collectif *	(A4)		
<b>Conséquences du problème de santé</b>			
Arrêts de travail **		(AA1-R3)	(AA4-R1)
Statistiques des maladies professionnelles ***	(A4)	(AA1-R2) - (AA1-R3)	(A9)
Maintien en emploi **	(A5)		(AA3-R1)
Conséquences pour les entreprises **	(A8)		(AA3-R1) (AA3-R3) (AA4-R1)
<b>Prise en charge du problème de santé et de ses conséquences</b>			
Capacité des services de réadaptation *	(A1) - (A8)		
Saturation des services de maintien en emploi	(A5)		
Prise en charge tardive **	(A4) - (A5)	(AA1-R) - (AA1-R3)	
PEC très médicalisée **	(A2) - (A7) - (A3)	(AA1-R5)	
Pas de lien avec le milieu de travail ***	(A2) - (A3) - (A7)	(AA1-R5) - (AA1-R4)	(AA3-R1)
Problèmes de collaboration ***	(A4) - (A5) - (A7)	(AA1-R3)	(AA4-R1) (AA4-R3) (A9)
Adaptations limitées dans l'entreprise *			(AA3-R1)

<b>BENEFICES (Région A)</b>	<b>PROF. DE SANTÉ</b>	<b>ASSURANCE MALADIE</b>	<b>ENTREPRISES</b>
<b>Travailleur</b>			
Participation sociale **	(A1) ; (A8)		(AA3-R2)
Réassurance ***	(A2)	(AA1-R3)	(A6) (AA3-R2)
Amélioration des conditions de travail **	(A1) (A3)		(AA3-R1)
Facilitation du retour au travail *			(AA3-R1) (AA3-R3)
<b>Entreprise</b>			
Réduction des coûts **	(A4) (A8)		(A6)
Amélioration du climat social		(AA1-R2)	
Facilitation du retour au travail *			(AA3-R1) (AA3-R3)
<b>Bénéfices personnels (répondants)</b>			
	(A1) (A6)	(AA1-R2) (AA1-R3) (AA2-R4)	

<b>RISQUES (Région A)</b>	<b>PROF. DE SANTÉ</b>	<b>ASSURANCE MALADIE</b>	<b>ENTREPRISES</b>
<b>Travailleur</b>			
Risque moral **	(A1)	(AA2-R2)	
<b>Entreprise</b>			
Risque juridique		(AA2-R2)	
<b>Assurance maladie</b>			
Risque juridique *		(AA2-R1) (AA1-R3)	
Risque financier	(A8)		
<b>Risque personnel (répondants)</b>			
Surcharge de travail *	(A1)	(AA2-R1)	

<b>COMPLEXITE</b> (Région A)	PROF. DE SANTÉ	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Les composantes (interventions) du modèle de Sherbrooke</b>			
**	(A1) (A2)	(AA2-R1)	
<b>Rôles des acteurs</b>			
**	(A3)	(AA1-R3) (AA2-R1) (AA1-R1)	
<b>Population visée par le modèle de Sherbrooke</b>			
**	(A3)	(AA1-R1)	
<b>Aspects législatifs</b>			
**	(A1)	(AA2-R1)	

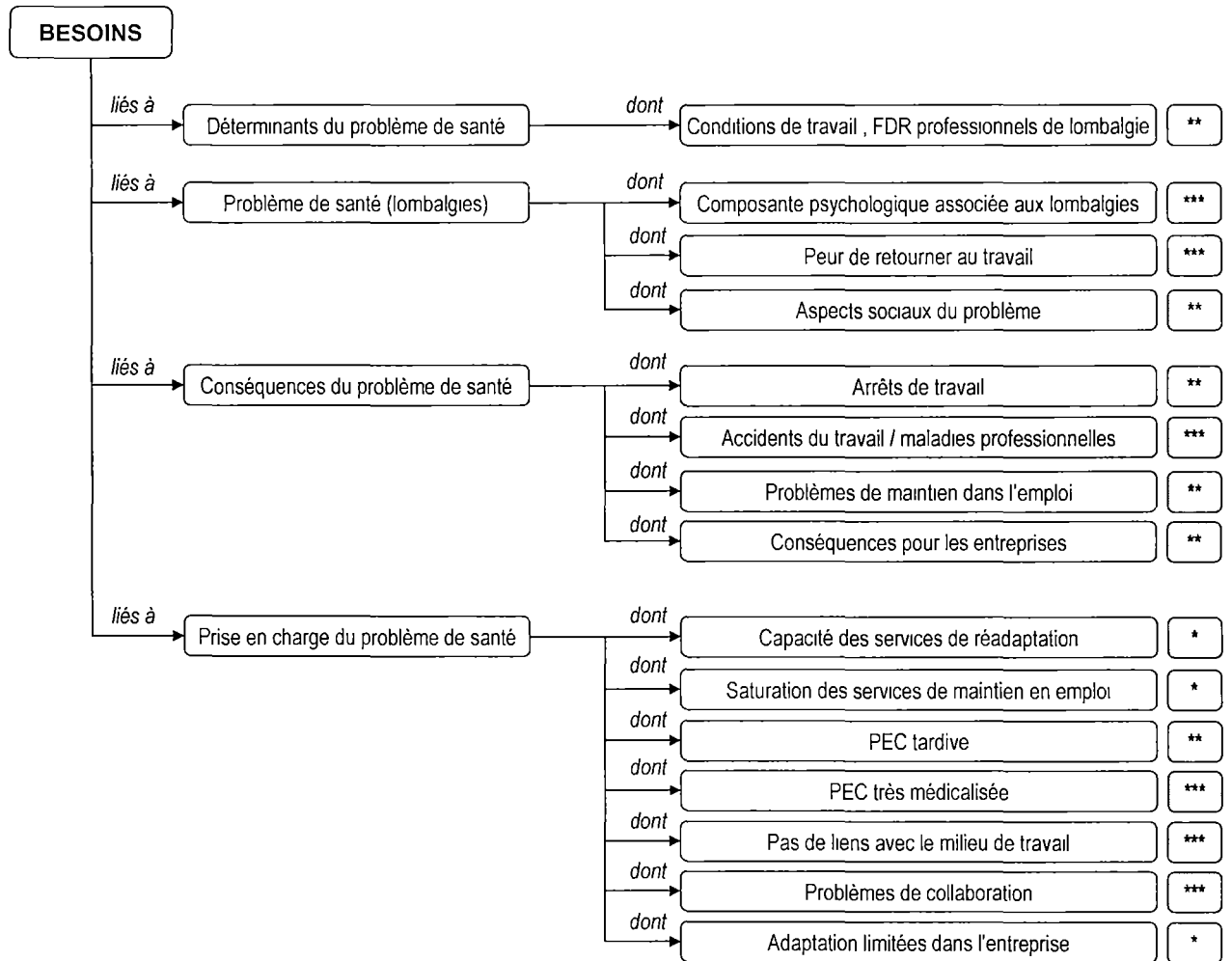
<b>REGLEMENTATION</b> (Région A)	PROF. DE SANTÉ	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Médecins conseils de l'assurance maladie</b>			
Suivi des assurés sociaux **	(A1)	(AA2) (AA1-R3)	
Temps partiel thérapeutique *		(AA2-R1) (AA2-R1) (AA2-R1)	
Contrat de rééducation chez l'employeur **	(A4)	(AA2)	
<b>Médecins du travail</b>			
**	(A4) (A7)		(A6)
<b>Commission de réforme</b>			
*			(AA4-R1) (AA4-R2)
<b>Secret médical et confidentialité des données de santé</b>			
**		(AA1)	(AA3-R1)
<b>Divers</b>			
		(AA1-R4) (AA2-R2)	(A6)

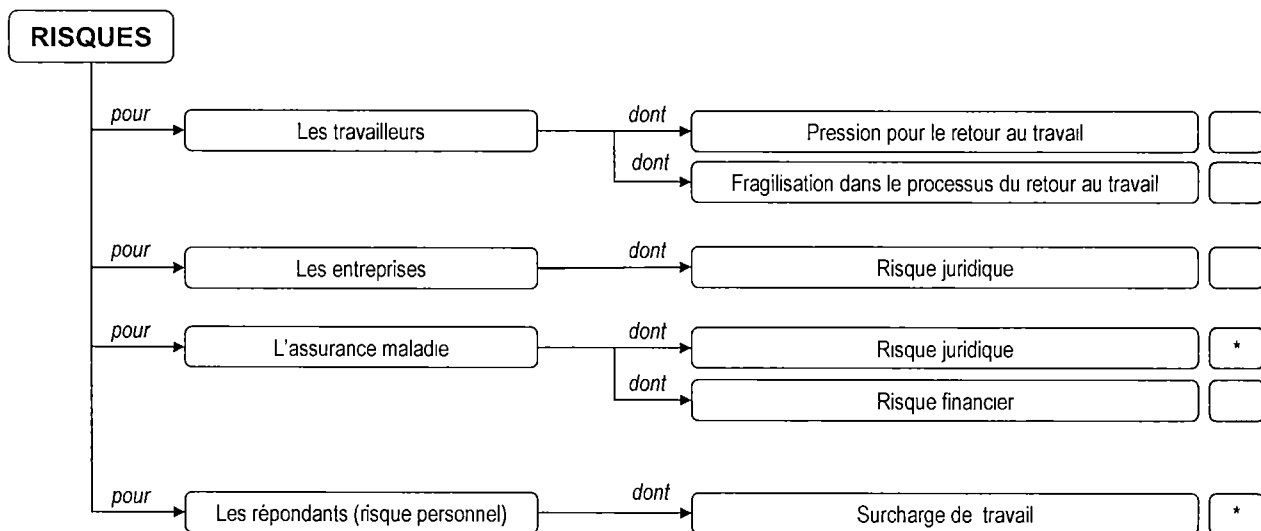
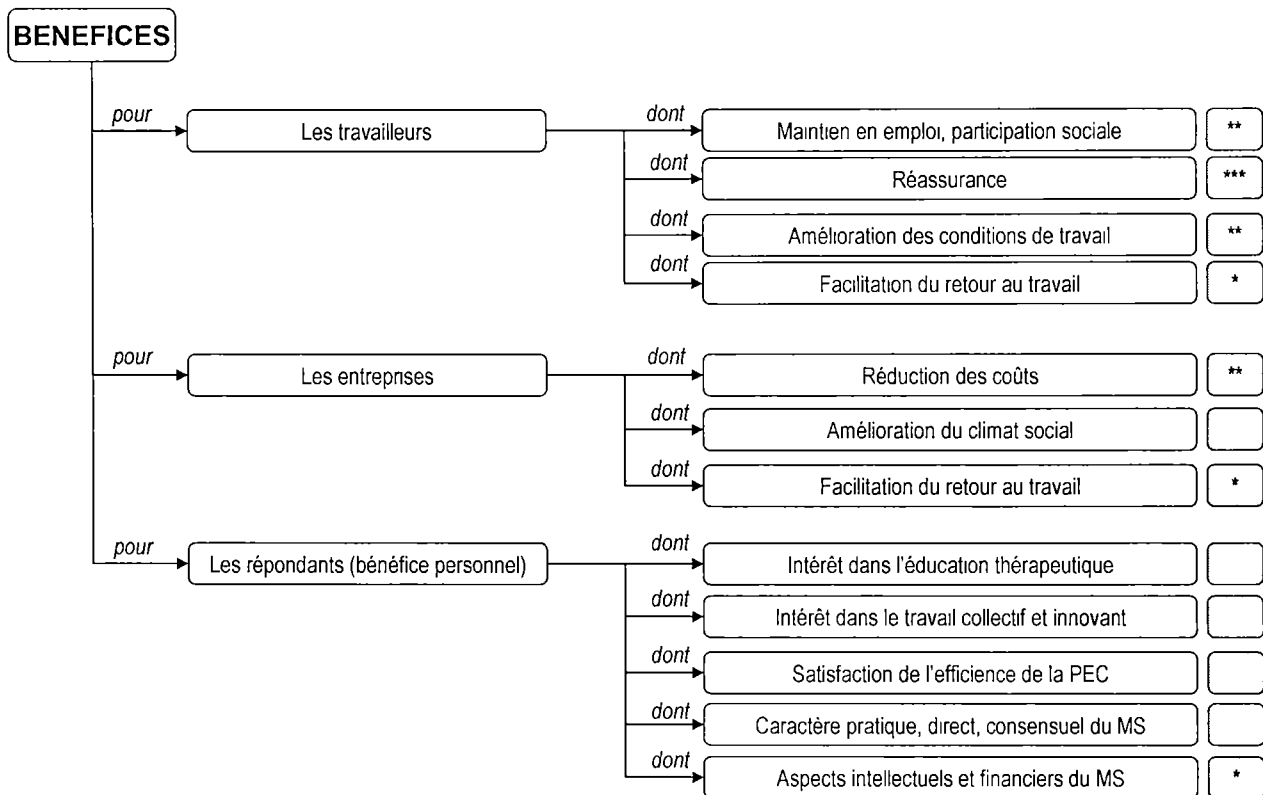
<b>PRATIQUES PROFESSIONNELLES</b> (Région A)	PROF. DE SANTÉ	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Médecins du travail</b>			
Limitations **	(A7) (A4)		(A6)
Potentiel *			(A6) (A9)
<b>Médecins traitants</b>			
Limitations **	(A4) (A8)	(AA2)	
Potentiel		(AA2)	
<b>Kinésithérapeutes</b>			
Limitations **	(A3)		(AA4-R2)
Potentiel	(A3)		
<b>Ergothérapeutes</b>			
Limitations **	(A2)		(AA4-R2)
<b>Ergonomes</b>			
Limitations **	(A7)		(A9) (AA4)
Potentiel			(A6)
<b>Travailleur social</b>			
Potentiel		(AA1-R3)	
<b>Chargé de maintien en emploi</b>			
Potentiel *	(A5-R2) (A7)		

<b>RESSOURCES</b> (Région A)	PROF. DE SANTÉ	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Financières</b>			
<b>Limitées pour</b>			
Assurance maladie			
ACTH / Lombaction ***	(A1) (A3) (A7) (A8)	(AA1-R3) (AA2-R5)	(A6)
Réseaux de santé **	(A7)	(A8)	
Entreprises **	(A2) (A4)		(A9) (AA4-R1) (AA4-R2)
AGEFIPH *	(A5) (A8)		
DRTEFP *			(A4) (AA1-R1)
<b>Financières</b>			
<b>Potentielles pour</b>			
AGEFIPH **	(A4)		(AA1-R2)
DRTEFP *			(A4) (AA1-R1)
<b>Humaines</b>			
<b>Limitées pour</b>			
Médecins du travail *	(A5) (A7)		
Kinésithérapeutes *	(A1) (A3)		
Assurance maladie *		(AA1-R3) (AA1-R4)	
Entreprises (santé au travail)			(A9)
Réseaux de santé	(A6)		
<b>Symboliques</b>			
<b>Limitées pour</b>			
Médecins du travail	(A7)		

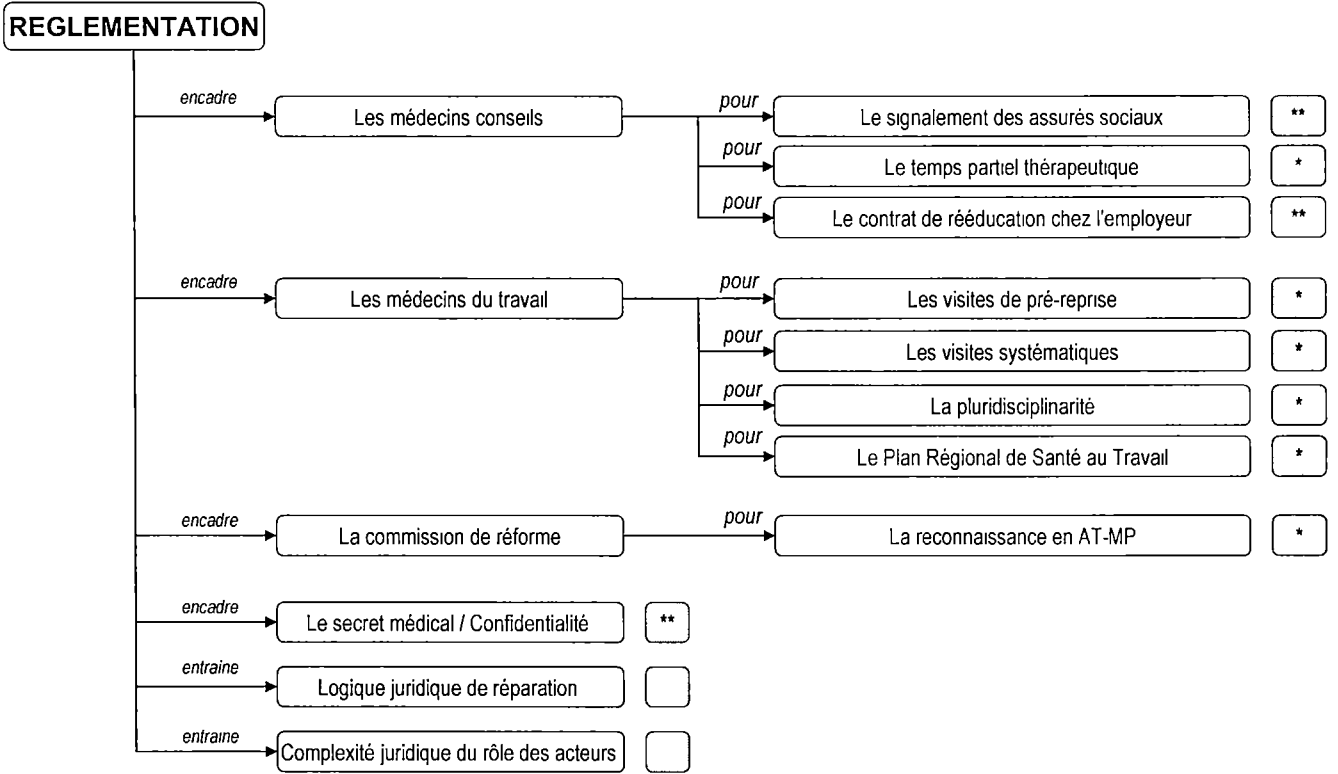
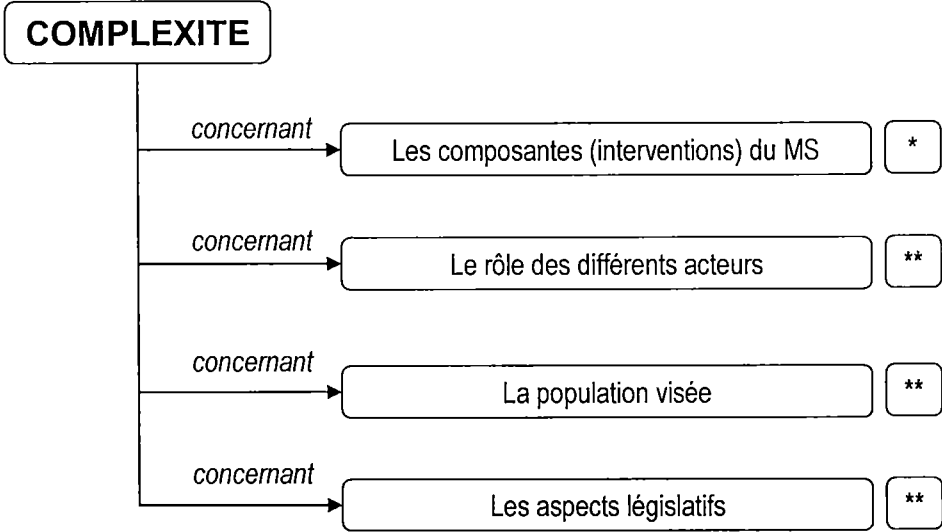
VALEURS (Région A)	PROF. DE SANTÉ	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Valeurs discordantes</b>			
Professionnels de la réadaptation*	(A1) (A2) (A3)		
Médecins du travail	(A6)		
Médecins traitants *	(A4) (A8)		
Ergonomes *	(A6)		
Entreprises *			(AA4-R1) (AA4-R3) (A9)
<b>Valeurs concordantes</b>			
Professionnels de la réadaptation*	(A2) (A3) (A6)		
Médecins du travail *	(A4) (A7) (A5-R1)		
Assurance maladie *		(AA1-R3)	
Entreprise *			(AA3-R1) (AA3-R3)

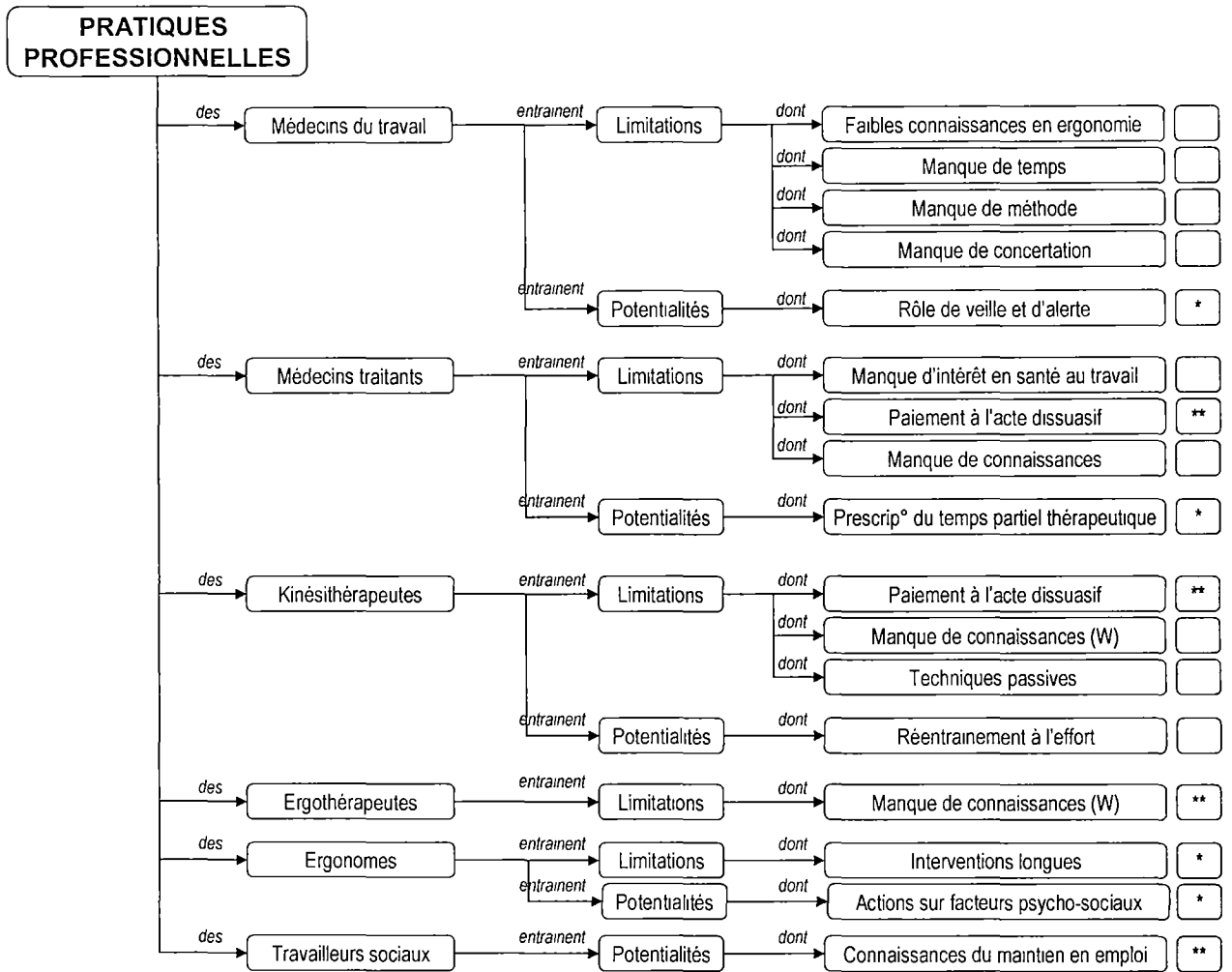
**Annexe 10 : Cartes cognitives des dimensions de la faisabilité (A)**

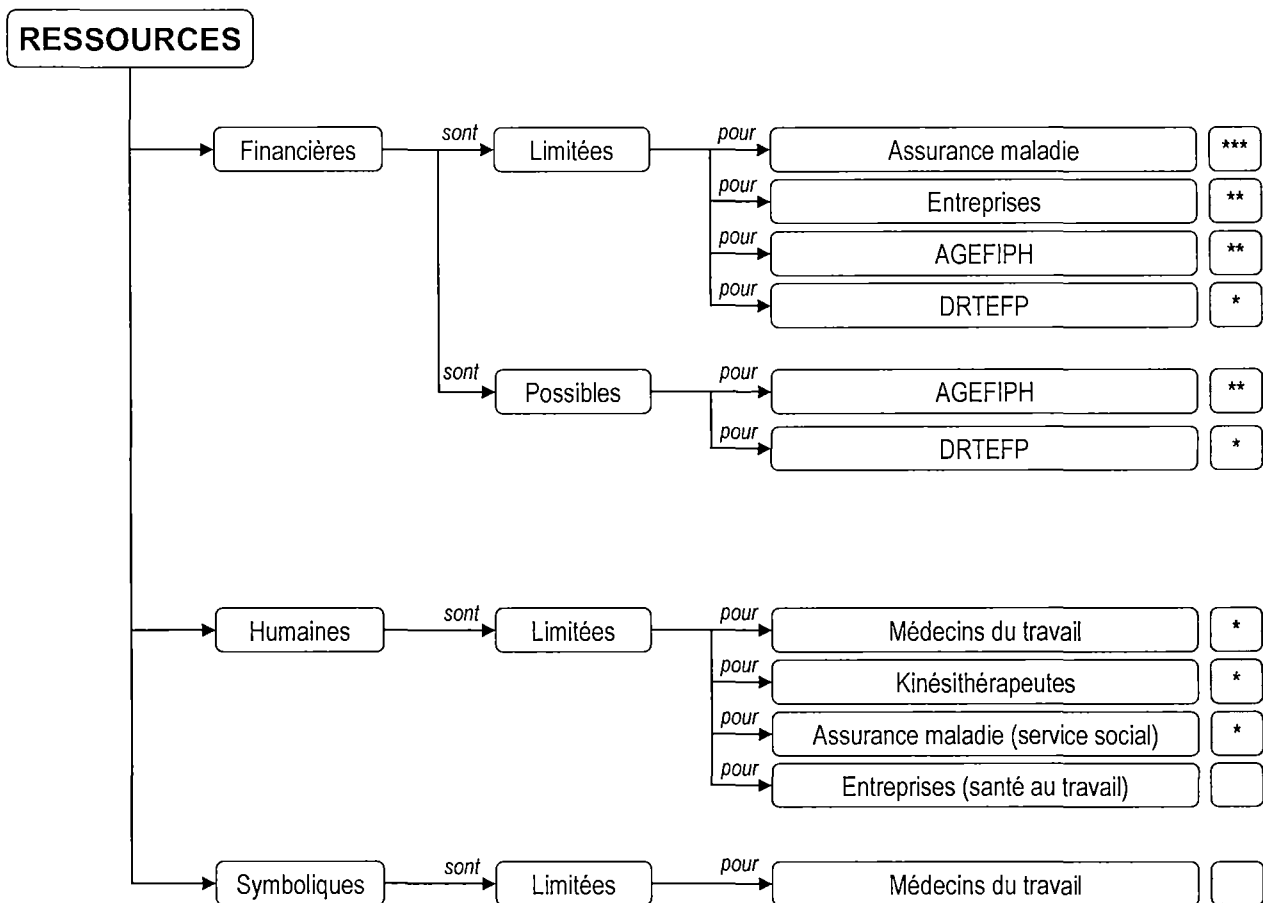


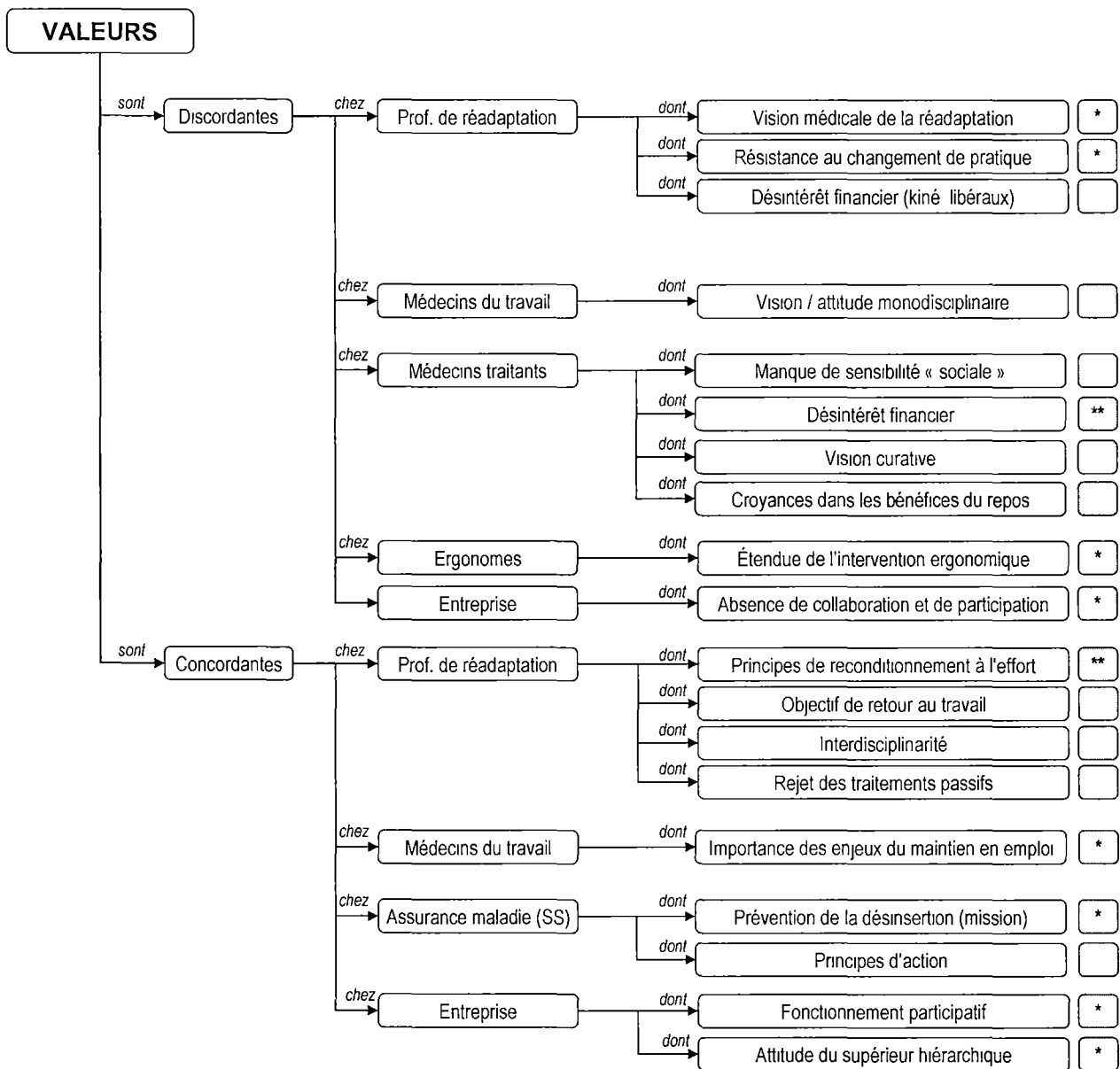












<b>Annexe 11 : Matrices synthétiques comparatives intra-cas des barrières et facilitateurs (A)</b>
--

(chaque croix correspond à un répondant ayant mentionné l'élément identifié)

<b>BARRIERES (A)</b>	<b>PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b>	<b>ASSURANCE MALADIE</b>	<b>ENTREPRISES</b>
<b>RISQUES</b>			
Travailleur	x	x	
Entreprise	x	x	
Assurance maladie		xx	
Risque perso (répondants)	x	x	
<b>COMPLEXITE</b>			
Composantes du MS	xx	x	
Rôle des acteurs	x	xxx	
Population visée	x	x	
Aspects législatifs	x	x	
<b>RESSOURCES LIMITEES</b>			
Financières	xxxxxxxxx	xxx	xxxxxx
Humaines	xxxxx	x	x
Symboliques	x		
<b>PRATIQUES PROFESSIONNELLES (limitations)</b>			
Médecins du travail	xx		x
Médecins traitants	xx	x	
Kinésithérapeutes	xx		
Ergothérapeutes	x		x
Ergonomes	x		xx
<b>REGLEMENTATION</b>			
Visites systématiques	x		
Logique de réparation		x	
Complexité juridique		x	
Secret médical		x	x
<b>VALEURS DISCORDANTES</b>			
Prof. de réadaptation	xxx		
Médecins du travail	x		
Médecins traitants	xx		
Ergonomes	x		x
Entreprises			xxx
<b>ECARTS</b>			
Prise en charge tardive	xx	xx	
Prise en charge médicalisée	xxx	x	
Pas de lien avec le travail	xxx	xx	x
Pas de retour progressif	x	x	x

<b>FACILITATEURS (A)</b>	<b>PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b>	<b>ASSURANCE MALADIE</b>	<b>ENTREPRISES</b>
<b>BENEFICES</b>			
Travailleur	xxxx	x	xxxx
Entreprise	xx	x	xx
Bénéfice perso (répondants)	xx	xx	
<b>BESOINS</b>			
Déterminants du PB	x		xxxxx
Caractéristiques du PB	x	xx	xxx
Conséquences du PB	xxx	xxx	xxxx
Prise en charge du PB	xxxxxxx	xxxxx	xxxx
<b>RESSOURCES POSSIBLES</b>			
Financières	xx	x	
<b>PRATIQUES PROFESSIONNELLES (potentialités)</b>			
Médecins du travail			xx
Médecins traitants		x	
Kinésithérapeutes	x		
Ergonomes			xxx
Travailleur social	xx	x	
<b>REGLEMENTATION</b>			
Signalement par Méd. Conseil		xxx	
Temps partiel thérapeutique		xx	
Contrat de rééducation Emp.	x	x	
Visite de pré-reprise	x		
Pluridisciplinarité	x		
Plan Régional Santé Travail	x		
<b>VALEURS CONCORDANTES</b>			
Prof. de réadaptation	xxx		
Médecins du travail	xxx		
Assurance maladie		xx	
Ergonomes			
Entreprises			xxx
<b>FIDELITE</b>			
Reconditionnement à l'effort	x	x	x
Interdisciplinarité	x		

**Annexe 12 : Matrices conceptuelles hiérarchiques des dimensions de la faisabilité (B)**

<b>BESOINS (Région B)</b>	<b>PROF. DE SANTÉ</b>	<b>ASSURANCE MALADIE</b>	<b>ENTREPRISES</b>
<b>Déterminants du problème de santé</b>			
Conditions de travail ***	(B1) (B4) (BB1-R1) (BB3-R3) (B12) (BB2-R)	(B13)	(BB3-R5) (B5) (B6) (BB3-R3)
<b>Caractéristiques du problème de santé</b>			
Aspects psychologiques **	(B1) (B2) (B3) (B4) (BB3-R4)	(B9) (B11)	
Peur du retour au travail		(B11)	
Aspects sociaux **	(B1) (B4)	(B9) (B11)	
Relations au travail ***	(B1)	(B9) (B11)	(B6)
<b>Conséquences du problème de santé</b>			
Arrêts de travail ***	(BB2-R1)	(B8)	(B7)
Statistiques des maladies professionnelles ***	(B4) (B12)	(B13)	(B6) (B7)
Maintien en emploi ***	(BB1-R1) (BB1-R2) (B4) (BB3-R3)	(B11) (B9) (B13)	(B5) (B7) (BB3-R3) (BB3-R11)
Population à risque de désinsertion***	(B1) (BB3-R4)	(B11)	(BB3-R7)
<b>Prise en charge du problème de santé et de ses conséquences</b>			
Capacité des services de réadaptation *	(B1) (B2) (B3)		
Prise en charge tardive **	(B2) (B3) (BB1-R1) (BB1-R2) (BB1-R5) (BB2-R) (BB1-R4)		(BB3-R3) (BB3-R10)
PEC très médicalisée ***	(B2) (BB1-R2) (BB1-R5) (BB2-R)	(B9)	(B7)
Pas de lien avec le milieu de travail ***	(B2) (B3) (BB3-R4) (BB3-R9)	(B13)	(BB3-R3)
Problèmes de collaboration **	(B1) (B2) (BB1-R5) (BB2-R2) (BB3-R4)		(BB3-R3)

<b>BENEFICES (Région B)</b>	<b>PROF. DE SANTÉ</b>	<b>ASSURANCE MALADIE</b>	<b>ENTREPRISES</b>
<b>Travailleur</b>			
Participation sociale	(B4)		
Réassurance **	(B1) (B12)		(B6) (B7)
Amélioration des conditions de travail ***	(B1) (B12) (BB2-R2) (BB2-R3) (BB2-R9)	(B9)	(B5) (BB3-R3)
Facilitation du retour au travail ***	(B2)	(B9)	(B5) (B6)
<b>Entreprise</b>			
Réduction des coûts *			(B6) (B7) (BB3-R3)
Bénéfice collectif	(BB1-R5)		
<b>Précocité de la PEC</b>			
**	(B1) (B2) (B3) (BB1-R2) + (BB1-R4) (BB2-R1) (BB2-R2)		(BB3-R1)
<b>Bénéfices personnels (répondants)</b>			
**	(B3) (B12) (BB2-R1) (BB2-R10)		(B5)
<b>RISQUES (Région B)</b>			
<b>Travailleur</b>			
Risque moral **	(B1) (B4) (BB1-Rx) (BB2-Rx) (BB3-R6) (BB3-R9)		(B6)
<b>Entreprise</b>			
Risque juridique *	(B4) (BB2-R1) (BB2-R2)	(B3)	
Risque financier ***	(B1)	(B9)	(B7)
Revendications sociales			(B7)
<b>Risque personnel (répondants)</b>			
Surcharge de travail **	(B2) (B12)		(B7)
Risque juridique	(B3)		



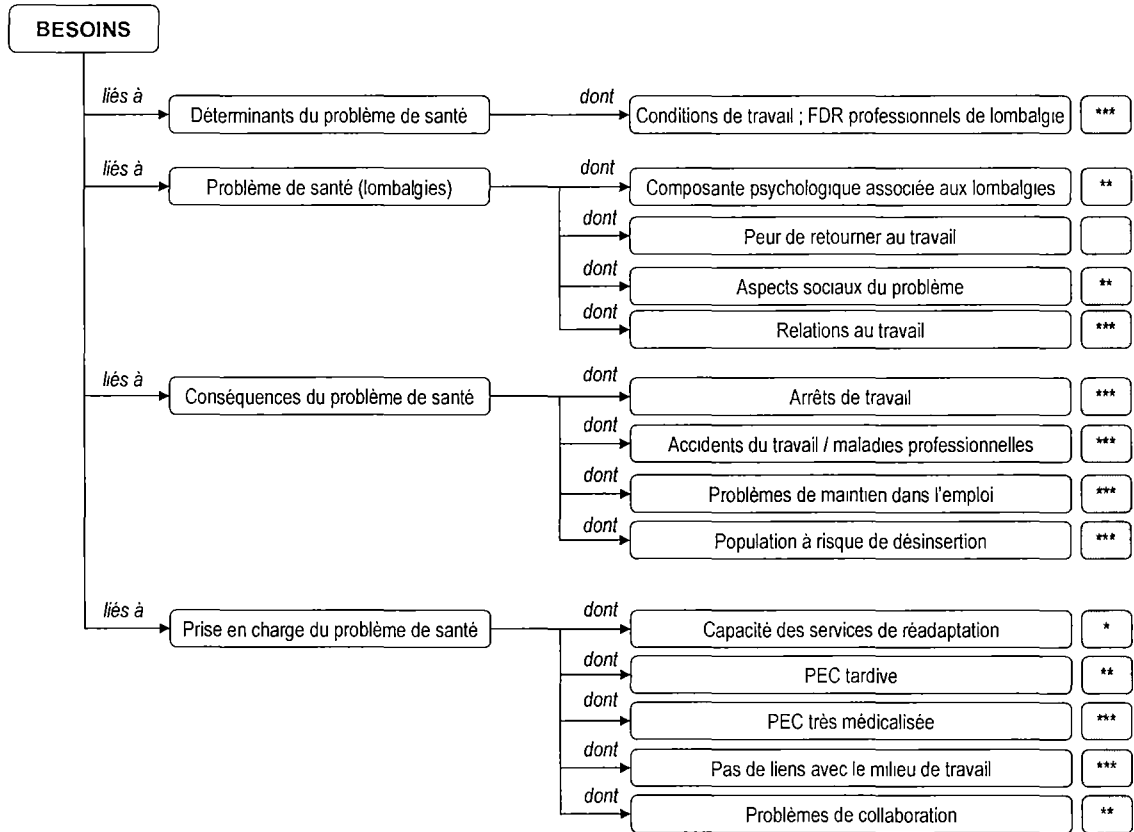
<b>COMPLEXITE</b> (Région B)	PROF. DE SANTÉ	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Les composantes (interventions) du modèle de Sherbrooke</b>			
**	(B1) (B2) (B3) (BB2-R2)	(B8)	
<b>Population visée par le modèle de Sherbrooke</b>			
**	(BB3-R4)		(B7)
<b>Aspects législatifs</b>			
**	(BB1-R1)		(BB3-R2)
<b>REGLEMENTATION</b> (Région B)			
	PROF. DE SANTÉ	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Médecins conseils de l'assurance maladie</b>			
Suivi et signalement des assurés sociaux **	(BB2-R3) (BB2-R6) (BB2-R9)	(B8) (B11)	
<b>Service social de l'assurance maladie</b>			
Prévention de la désinsertion **	(B2)	(B8) (B11) (B13)	
<b>Service prévention de l'assurance maladie</b>			
Prévention des risques professionnels **	(B4)	(B11) (B13)	
<b>Médecins du travail</b>			
*	(BB1-R1) (BB3-R4) (BB3-R6) (B12)		
<b>Secret médical et confidentialité des données de santé</b>			
**	(B3) (BB2-R1) (BB3-R4) (BB3-R5)	(B9)	
<b>Retour au travail pendant arrêt de travail</b>			
*	(B3) (B4) (BB1-R1) (BB1-R2) (BB2-R1) (BB2-R2)		
<b>Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)</b>			
*	(B1) (BB1-R1) (BB2-R10)		

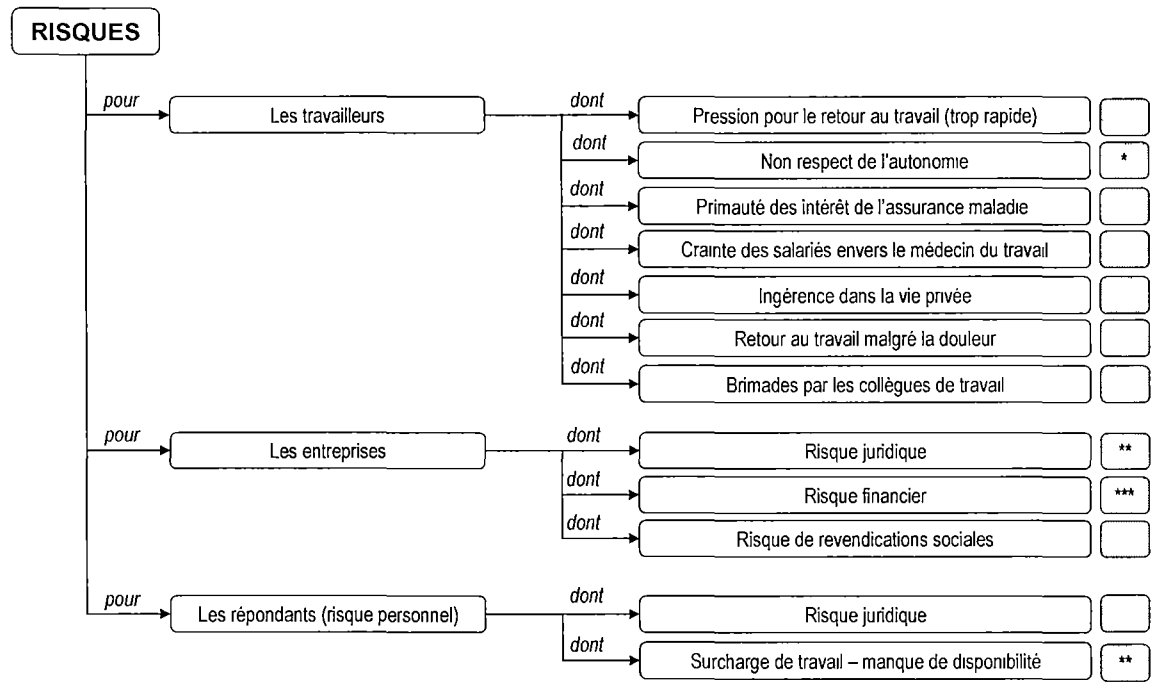
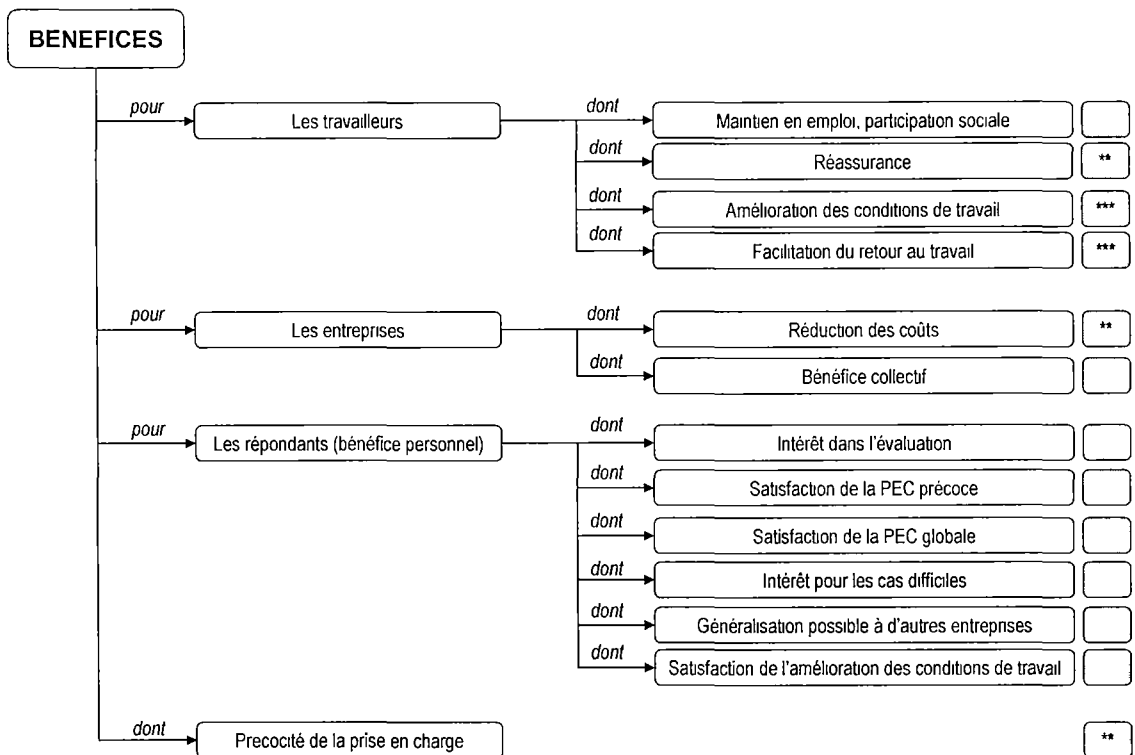
<b>PRATIQUES PROFESSIONNELLES (Région B)</b>	<b>PROF. DE SANTÉ</b>	<b>ASSURANCE MALADIE</b>	<b>ENTREPRISES</b>
<b>Médecins du travail</b>			
Limitations **	(B4) (BB2-R2) (BB2-R6) (BB2-R9) (BB2-R10)	(B11)	
Potentiel **	(B4) (B12) (BB1- R1) (BB3-R4)	(B13)	
<b>Médecins traitants</b>			
Limitations	(BB1-R1)		
Potentiel	(BB3-R1)		
<b>Médecins conseils</b>			
Potentiel **	(BB1-R3)	(B8) (B9) (B11)	
<b>Ergonomes</b>			
Potentiel **	(B2)	(B13)	
<b>Travailleur social</b>			
Potentiel ***	(B1) (BB1-R3)	(B11)	(BB3-R3)
<b>Cadre de proximité</b>			
Potentiel **	(BB3-R9)		(B7)
<b>Syndicat / CHSCT</b>			
Potentiel			(B6)

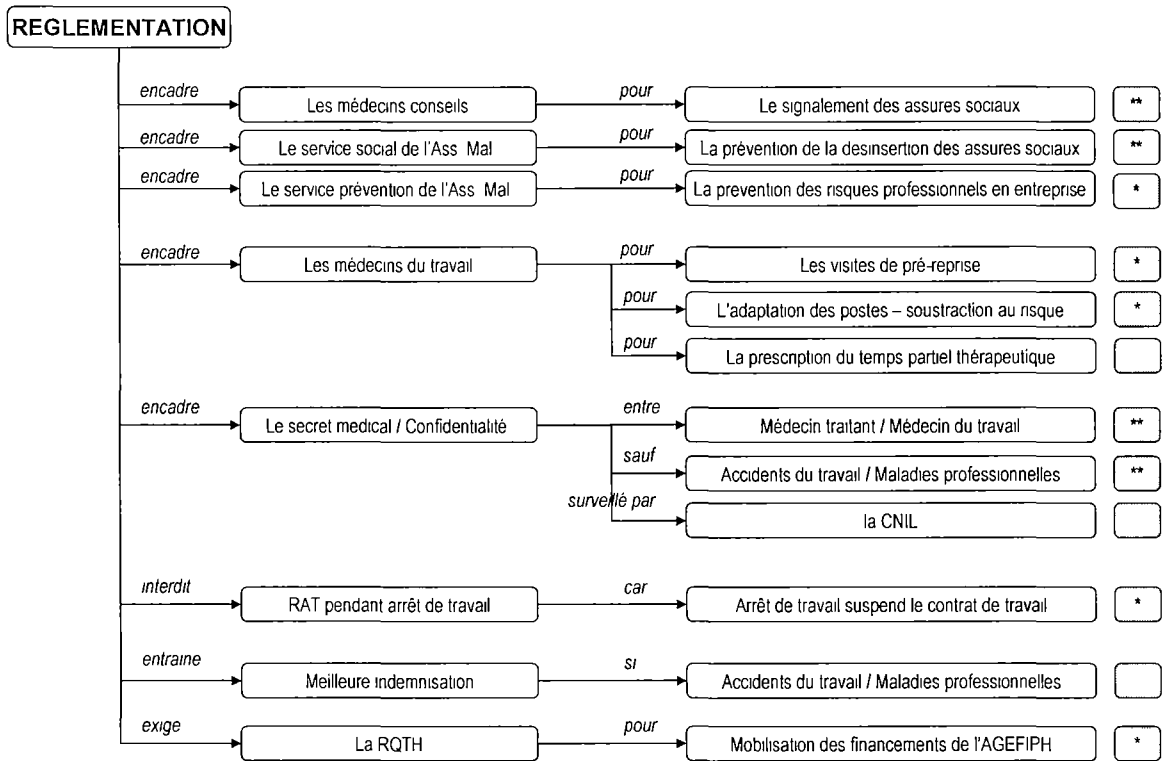
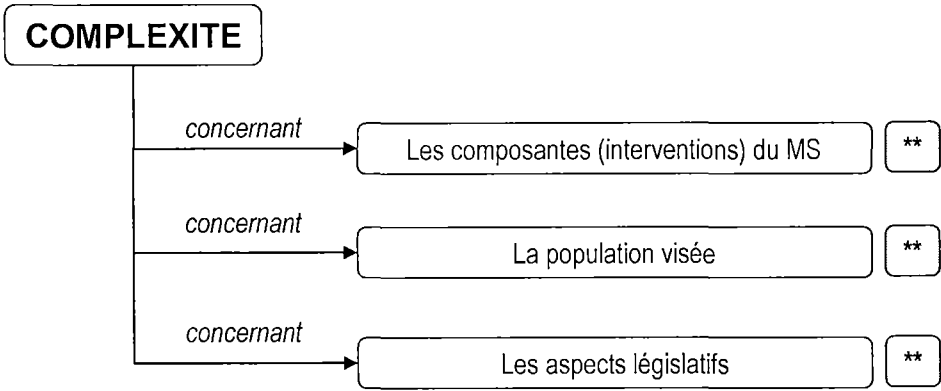
<b>RESSOURCES</b> (Région B)	PROF. DE SANTÉ	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Financières</b>			
<b>Limitées pour</b>			
Assurance maladie **	(B1) (B2)	(B11)	
Entreprises **	(B12) (BB1-R1)		(BB3-R10) (B6)
AGEFIPH *	(B1) (BB1-R1) (BB2-R10)		
<b>Financières</b>			
<b>Potentielles pour</b>			
Assurance maladie *	(B1) (BB1-R2)		
Entreprises *	(B1) (B2)		
AGEFIPH *	(B1) (BB1-R1) (BB2-R10)		
<b>Humaines</b>			
<b>Limitées pour</b>			
Médecins du travail *	(BB2-R10) (B12)		
Professionnels de réadaptation *	(B2) (B3) (B12)		
Assurance maladie *		(B11) (B9)	
Entreprises (santé au travail)			(BB3-R3)
<b>Potentielles pour</b>			
Médecins du travail *	(BB1-R1) (B12)		

VALEURS (Région B)	PROF. DE SANTE	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>Valeurs discordantes</b>			
Médecins du travail **	(B4) (BB2-R6) (BB3-R6) (BB3-R9)		(BB3-R2)
Inspection du travail **	(B4)	(B10)	
Assurance maladie **	(BB1)	(B11) (B13)	
Entreprises *			(B6) (B7)
<b>Valeurs concordantes</b>			
Professionnels de la réadaptation *	(B1) (B2)		
Médecins du travail **	(B4) (B12) (BB1-R4)		(BB3-R3)
Assurance maladie *		(B8) (B9) (B11) (B13)	
Entreprise **		(B8) (B13)	(B5) (B6) (B7)

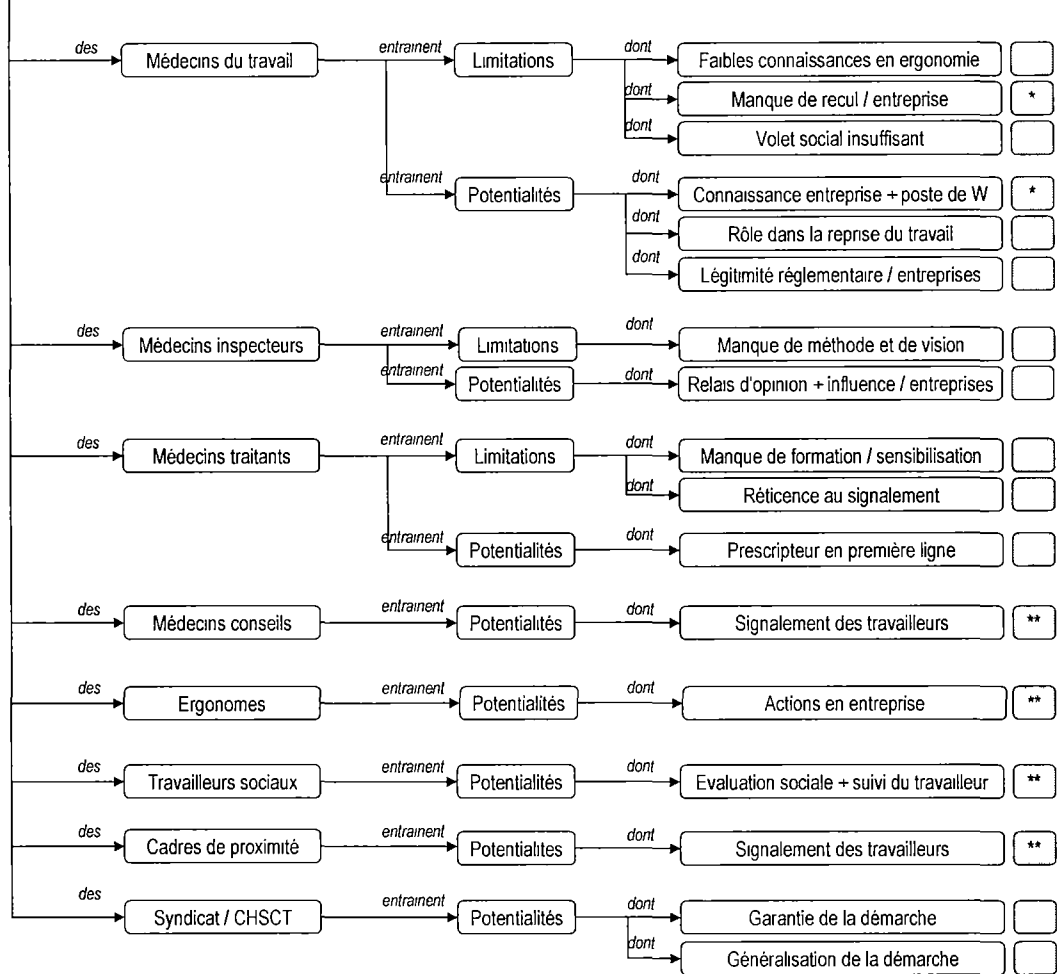
## Annexe 13 : Cartes cognitives des dimensions de la faisabilité (B)



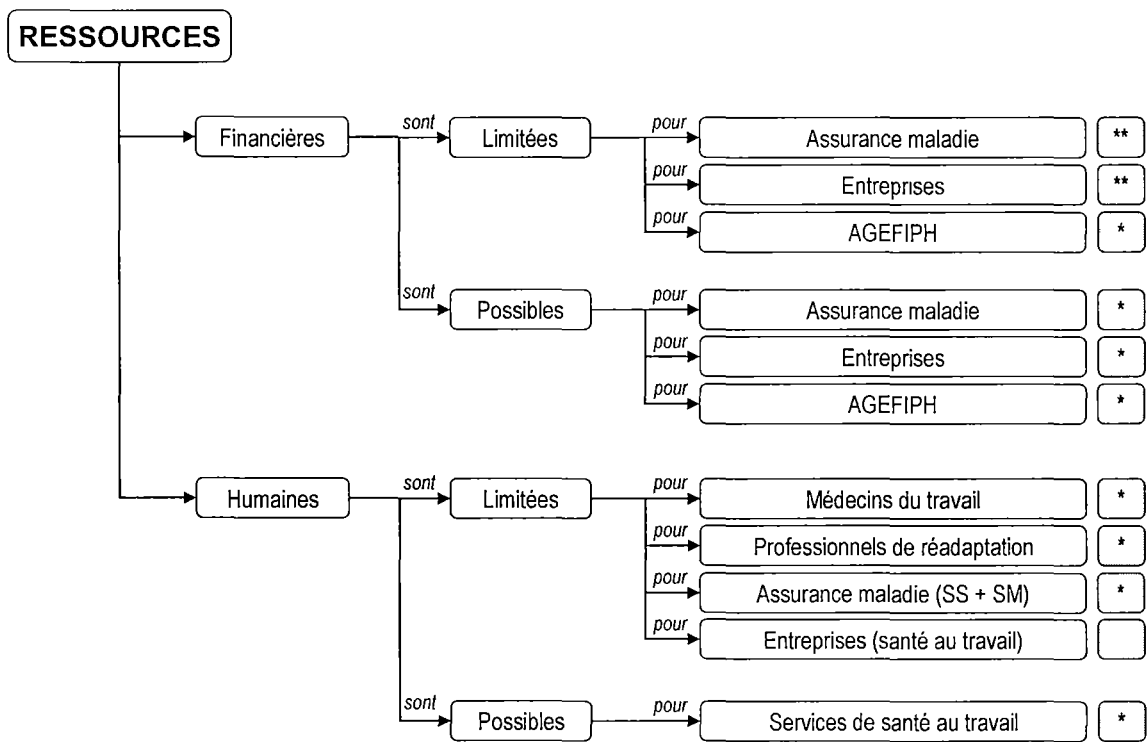




**PRATIQUES PROFESSIONNELLES**





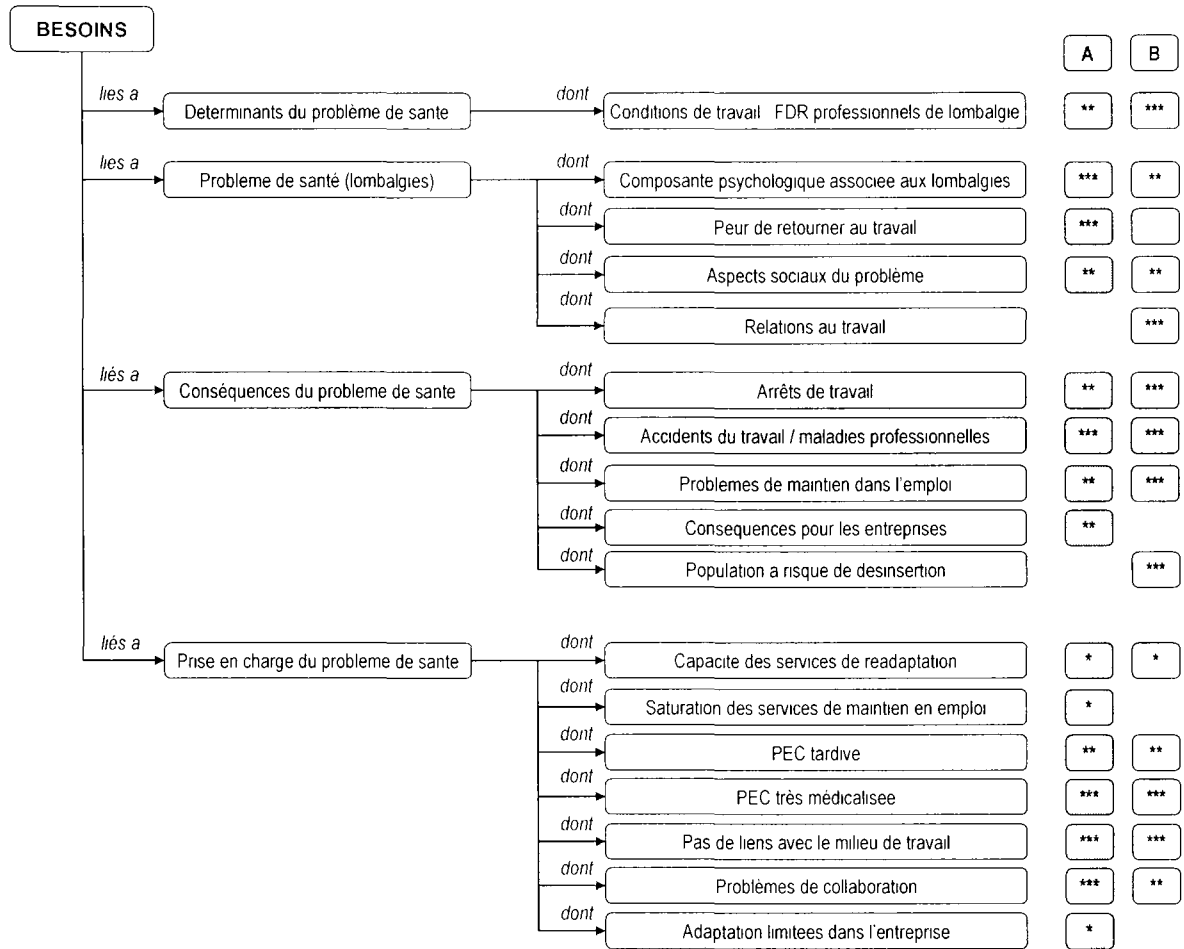


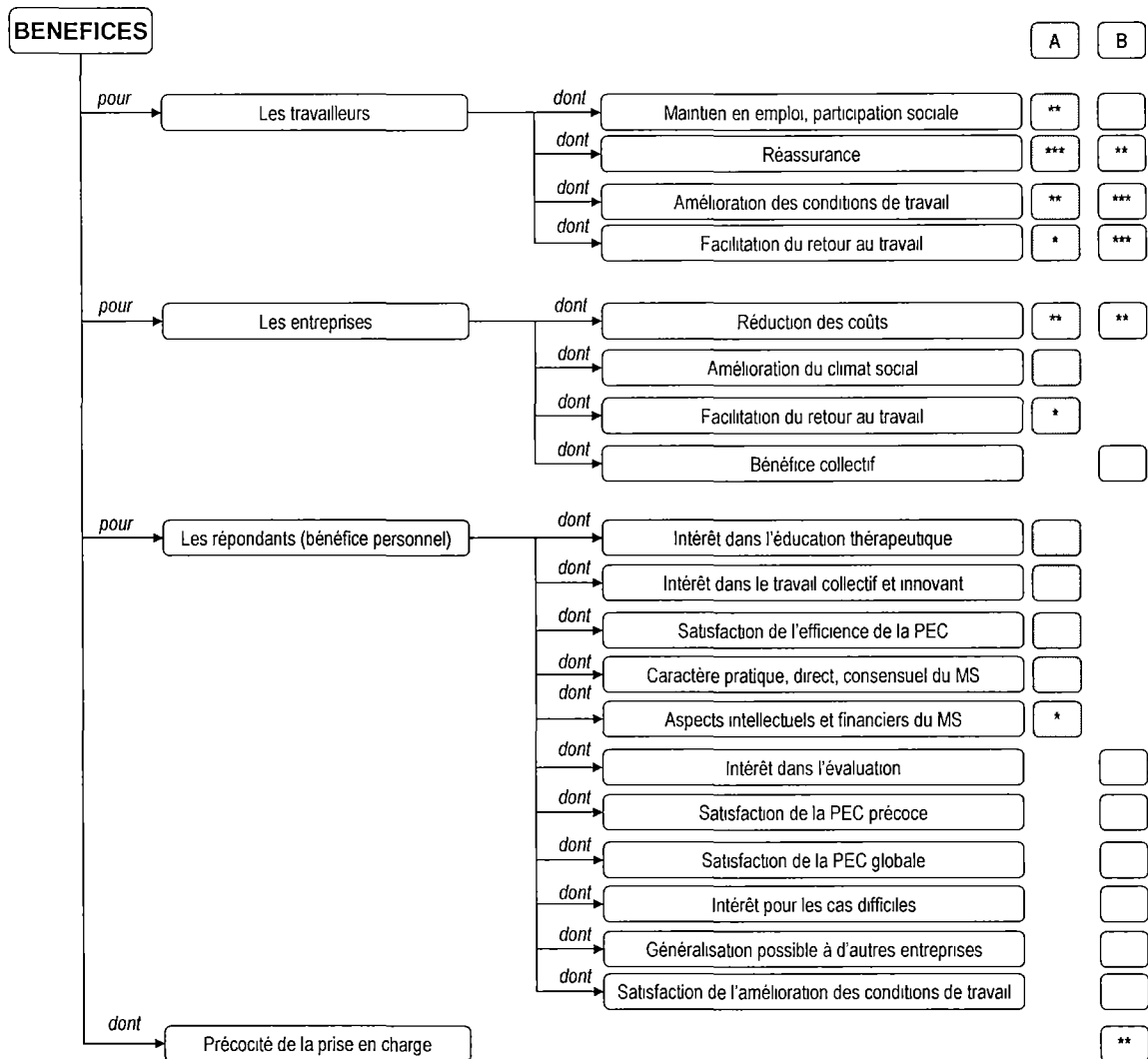
**Annexe 14 : Matrices synthétiques comparatives intra-cas des barrières et facilitateurs (B)**

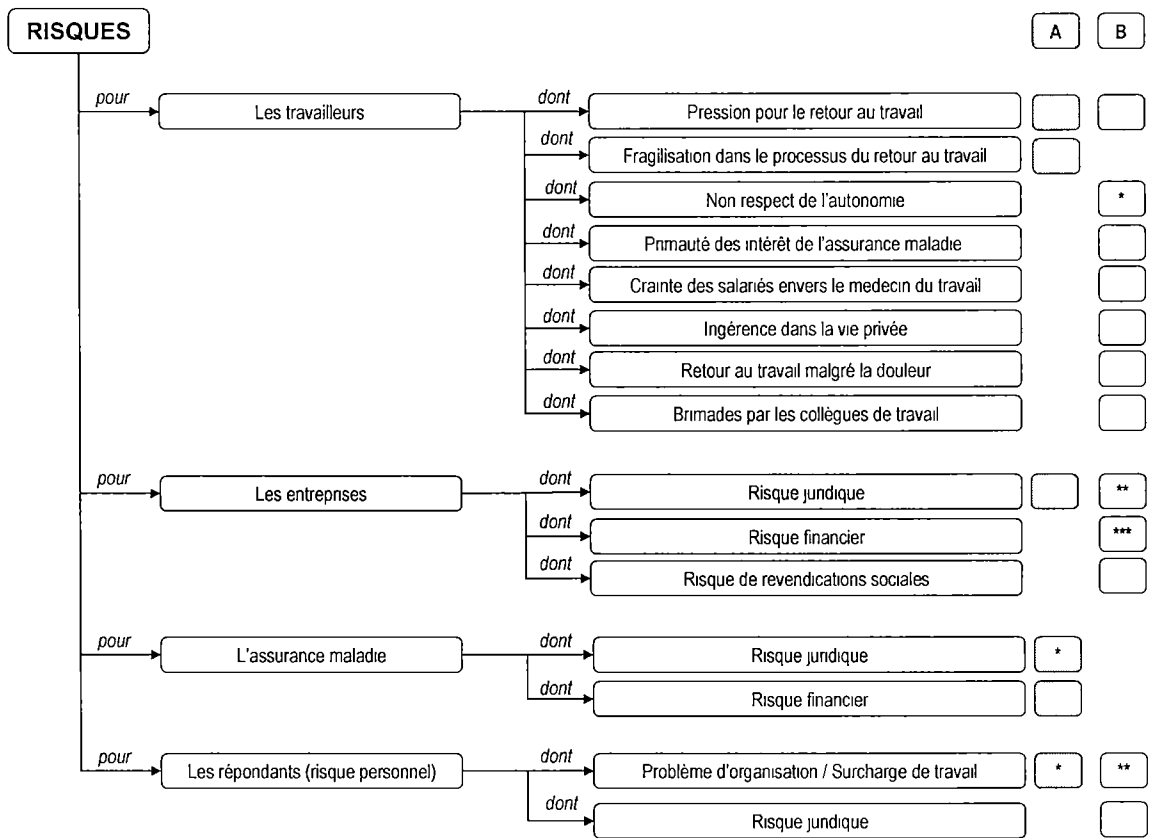
BARRIERES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ	ASSURANCE MALADIE	ENTREPRISES
<b>RISQUES</b>			
Travailleur	xxxxxx		x
Entreprise	xxxx	x	x
Assurance maladie			
Risque perso (répondants)	xxx		x
<b>COMPLEXITE</b>			
Composantes du MS	xxxx	x	
Rôle des acteurs			
Population visée	x		x
Aspects législatifs	x		x
<b>RESSOURCES LIMITEES</b>			
Financières	xxxxx	x	xx
Humaines	xxxx	xx	x
Symboliques			
<b>PRATIQUES PROFESSIONNELLES (limitations)</b>			
Médecins du travail	xxxxx	x	
Médecins traitants	x		
Kinésithérapeutes			
Ergothérapeutes			
Ergonomes			
<b>REGLEMENTATION</b>			
Visites systématiques			
Logique de réparation			
Complexité juridique			
Secret médical	xxxx	x	
RAT impossible pendant l'arrêt	xxxxxxx		
RQTH	xxx		
<b>VALEURS DISCORDANTES</b>			
Prof. de réadaptation			
Médecins du travail	xxxx		x
Médecins traitants			
Ergonomes			
Entreprises			xx
Inspection du travail		x	x
Assurance maladie	x	xx	
<b>ECARTS</b>			
Prise en charge tardive	xxxxxxxxx		xx
Prise en charge médicalisée	xxxx	x	x
Pas de lien avec le travail	xxxx	x	x
Pas de retour progressif			

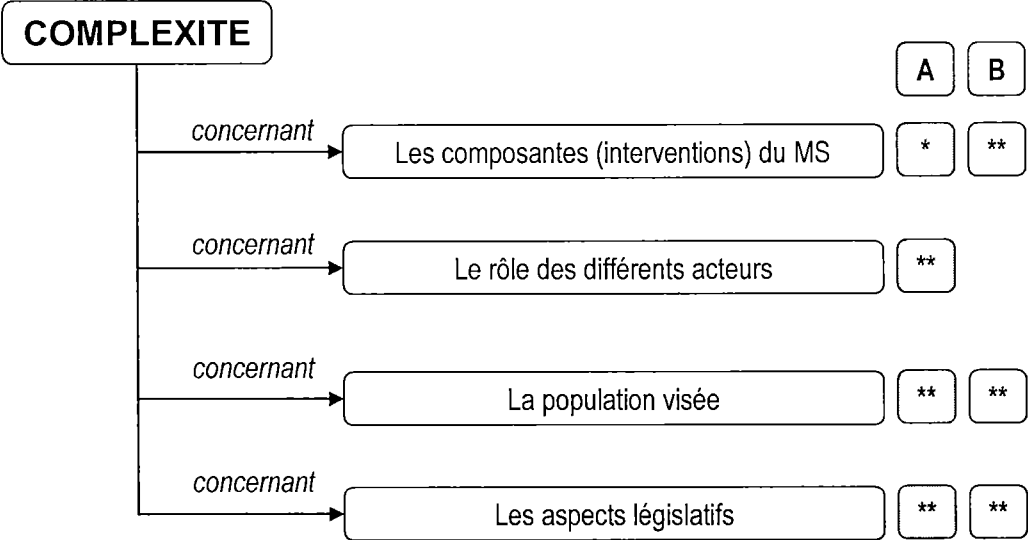
<b>FACILITATEURS</b>	<b>PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b>	<b>ASSURANCE MALADIE</b>	<b>ENTREPRISES</b>
<b>BENEFICES</b>			
Travailleur	xxxxxxx	x	xxxxx
Entreprise	x		xxx
Précocité de la PEC	xxxxxxx		x
Bénéfice perso (répondants)	xxxx		x
<b>BESOINS</b>			
Déterminants du PB	xxxxxxx	x	xxxx
Caractéristiques du PB	xxxxx	xx	x
Conséquences du PB	xxxxxxxxxx	xxxx	xxxxxx
Prise en charge du PB	xxxxxxxxxxx	xx	xxx
<b>RESSOURCES POTENTIELLES</b>			
Financières	xxxxx		
<b>PRATIQUES PROFESSIONNELLES (potentialités)</b>			
Médecins du travail	xxxx	x	
Médecins traitants	x		
Kinésithérapeutes			
Ergonomes	x	x	
Travailleur social	xx	x	x
Médecins-conseils	x	xxx	
Cadres de proximité	x		x
Syndicat / CHSCT			x
<b>REGLEMENTATION</b>			
Signalement par Méd. Conseil	xxx	xx	
Temps partiel thérapeutique			
Contrat de rééducation Emp.			
Visite de pré-reprise			
Pluridisciplinarité			
Plan Régional Santé Travail			
<b>VALEURS CONCORDANTES</b>			
Prof. de réadaptation	xx		
Médecins du travail	xxx		x
Assurance maladie		xxxx	
Ergonomes			
Entreprises		xx	xxx
<b>FIDELITE</b>			
Reconditionnement à l'effort	x		
Interdisciplinarité	x		

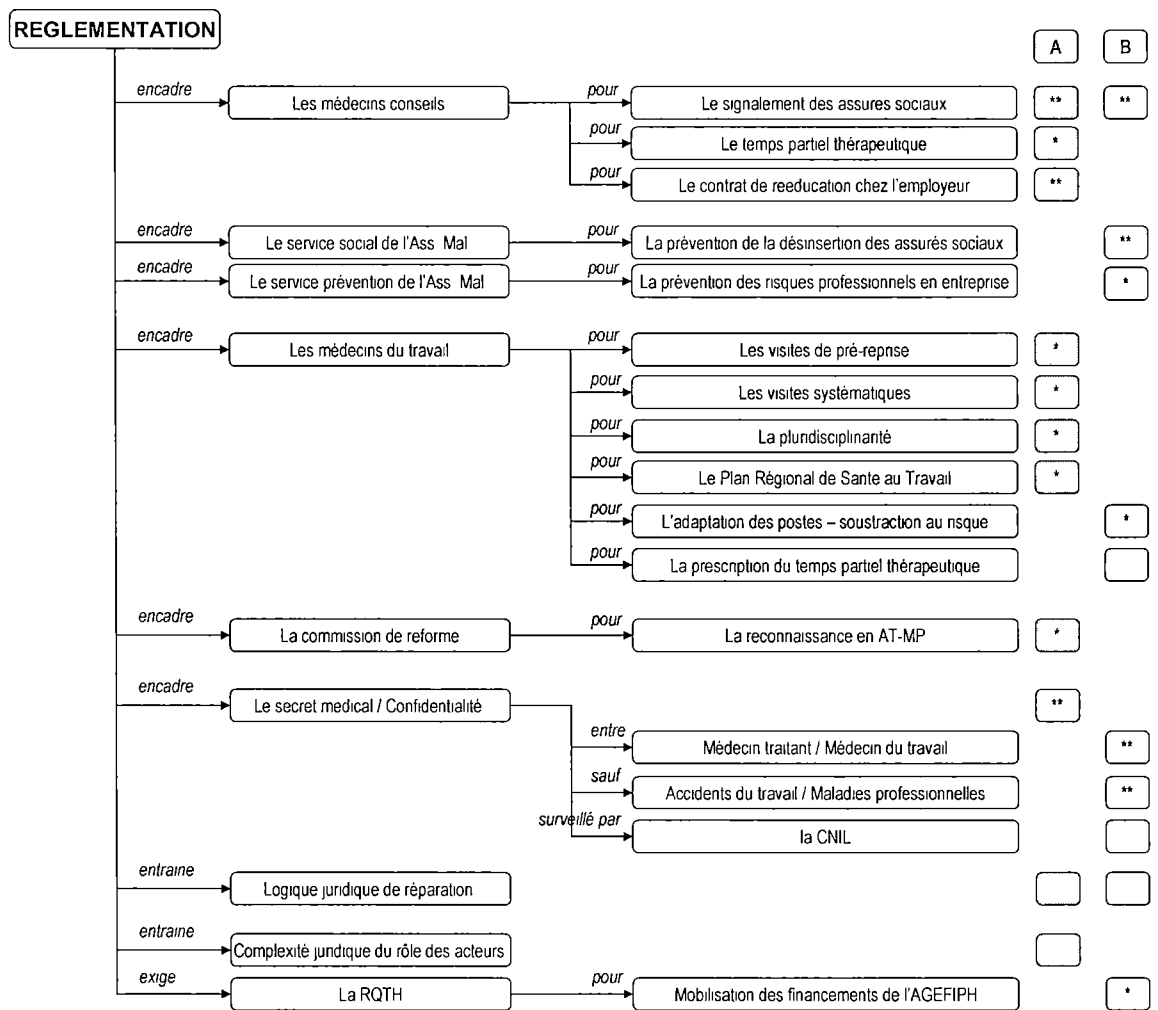
**Annexe 15 : Cartes cognitives comparatives inter-cas des dimensions de la faisabilité**



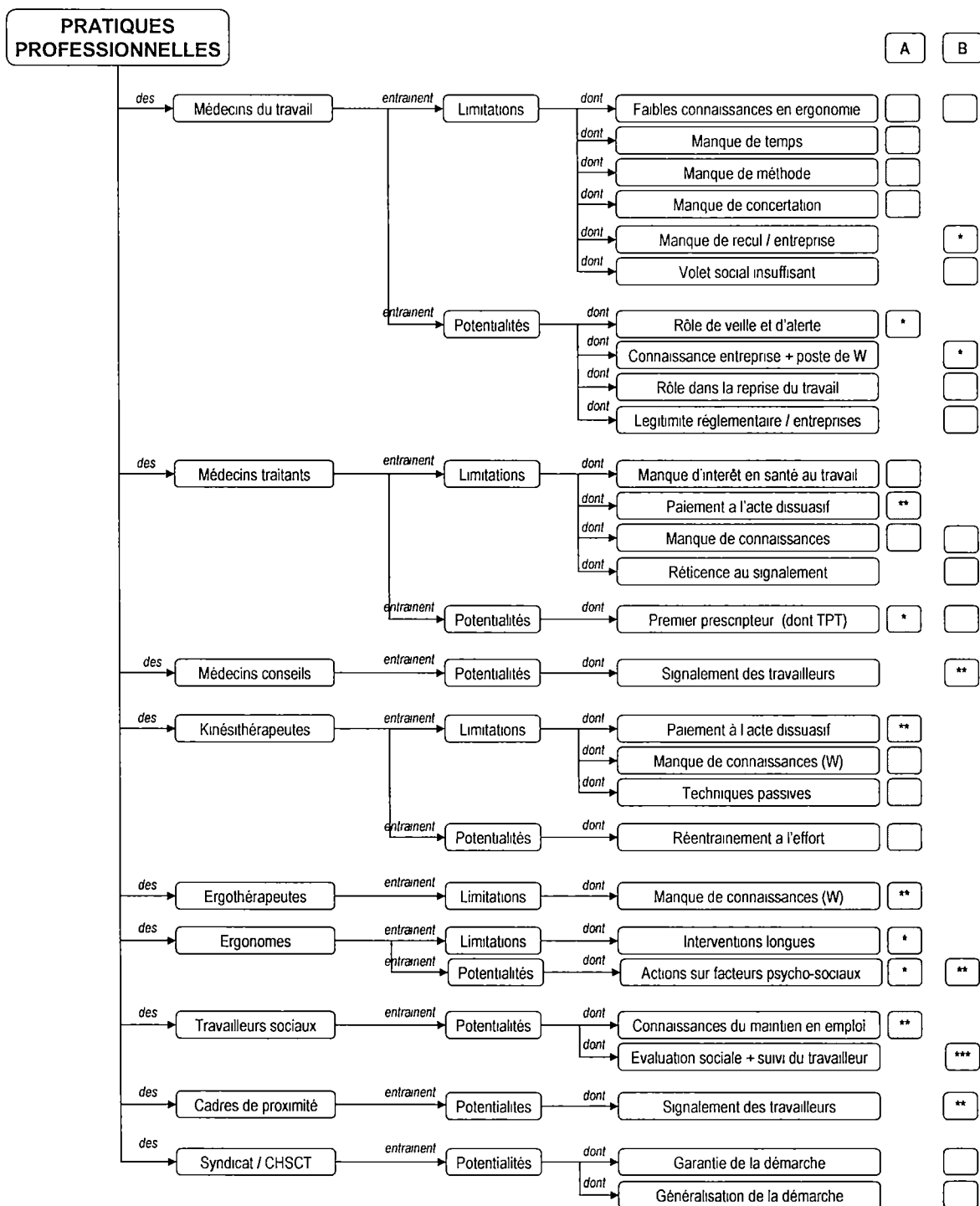


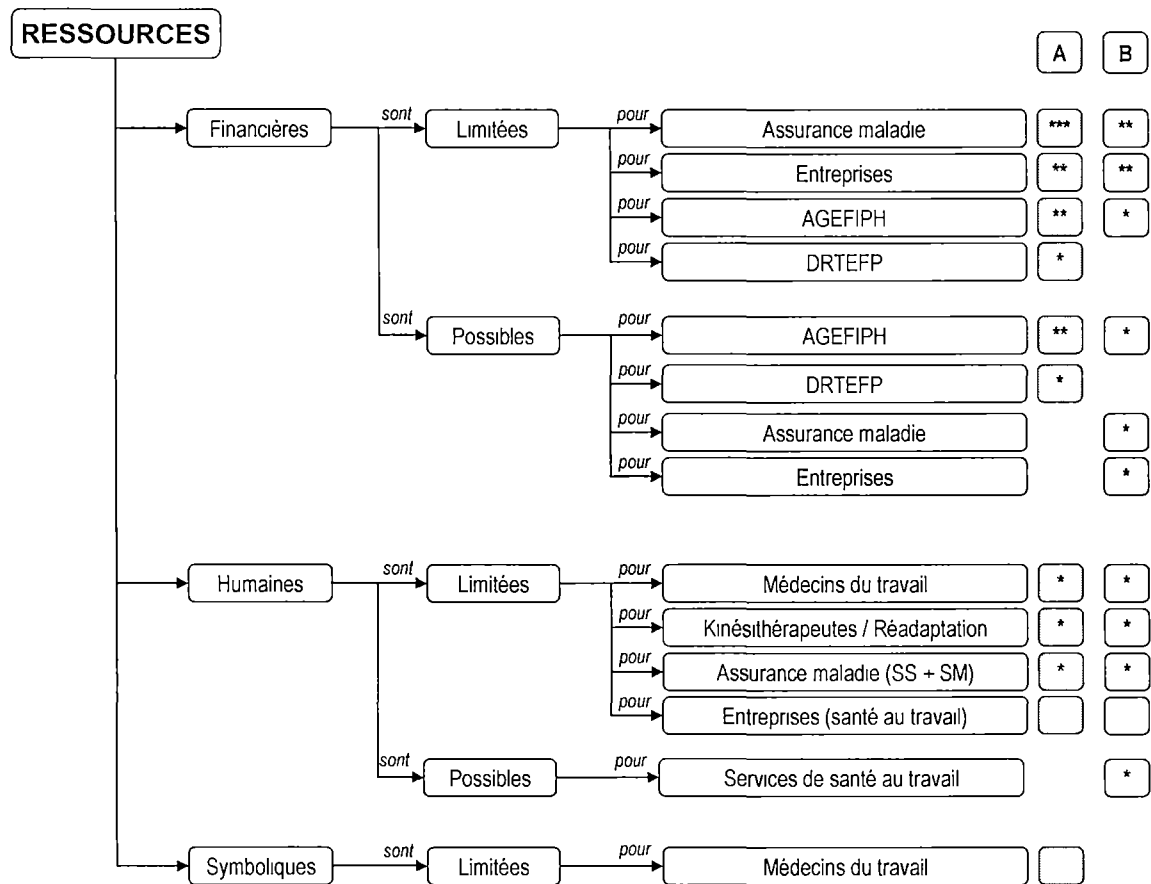


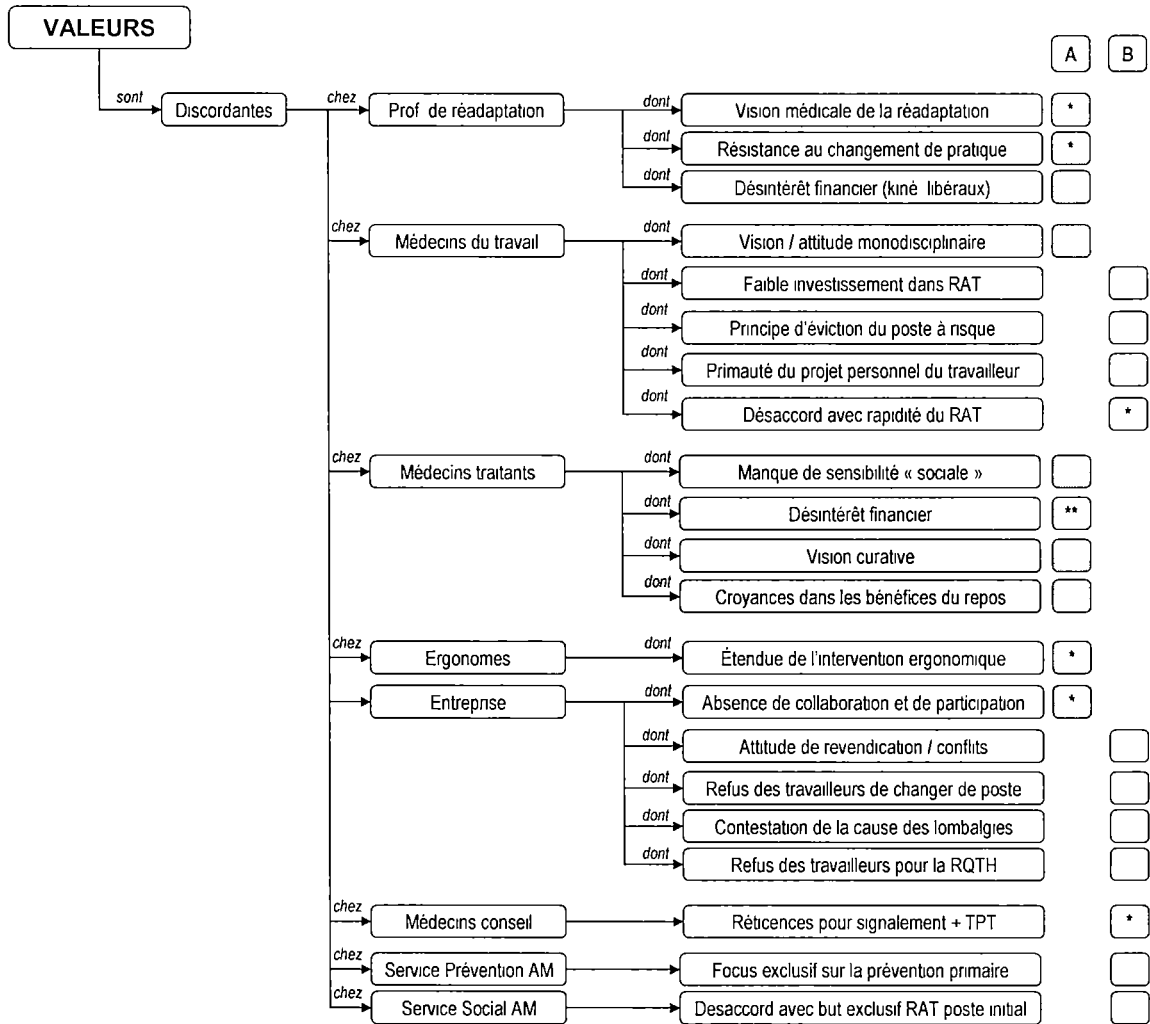


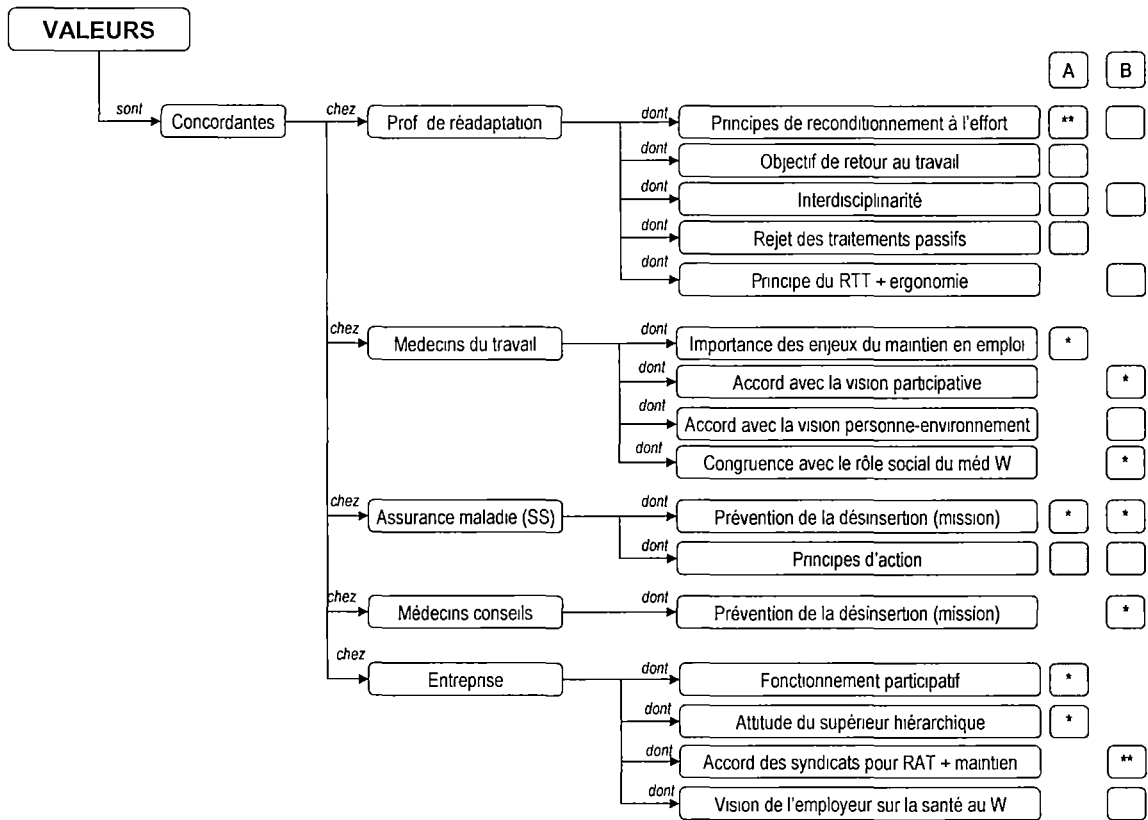












## Annexe 16 : Matrices synthétiques comparatives inter-cas des barrières et facilitateurs

(chaque croix correspond à un répondant ayant mentionné l'élément identifié)

BARRIÈRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ		ASSURANCE MALADIE		ENTREPRISES	
	A	B	A	B	A	B
<b>RISQUES</b>						
Travailleur	x	xxxxxx	x			x
Entreprise		xxxx	x	xx		x
Assurance maladie	x		xx			
Risque perso	x	xxx	x			x
<b>COMPLEXITE</b>						
Composantes du MS	xx	xxxx	x	x		
Rôle des acteurs	x		xxx			
Population visée	x	x	x			x
Aspects législatifs	x	x	x			x
<b>PRATIQUES PROFESSIONNELLES</b>						
Financières	xxxxxxxx	xxxxx	xxx	x	xxxxxx	xx
Humaines	xxxxx	xxxx	x	xx	x	x
Symboliques	x					
<b>FORMATION &amp; ROLES</b>						
Médecins du travail	xx	xxxxx		x	x	
Médecins traitants	xx	x	x			
Kinésithérapeutes	xx					
Ergothérapeutes	x				x	
Ergonomes	x				xx	
<b>REGLEMENTATION</b>						
Visites systématiques	x					
Logique de réparation			x			
Complexité juridique			x			
Secret médical		xxxx	x	x	x	
RAT impossible pdt arrêt		xxxxx				
RQTH		xxx				
<b>VALEURS DISCORDANTES</b>						
Prof. de réadaptation	xxx					
Médecins du travail	x	xxxx				x
Médecins traitants	xx					
Ergonomes	x				x	
Entreprises					xxx	xx
Inspection du travail				x		x
Assurance maladie		x		xx		
<b>ECARTS</b>						
Prise en charge tardive	xx	xxxxxxxx	xx			xx
PEC médicalisée	xxx	xxxx	x	x		x
Pas de lien avec le travail	xxx	xxxx	xx	x	x	x
Pas de retour progressif	x		x		x	

FACILITATEURS	PROFESSIONNELS DE SANTÉ		ASSURANCE MALADIE		ENTREPRISES	
	A	B	A	B	A	B
<b>BENEFICES</b>						
Travailleur	xxxx	xxxxxxx	x	x	xxxx	xxxxx
Entreprise	xx	x	x		xxx	xxx
Bénéfice perso (répondants)	xx	xxxx	xx			x
Précocité de la PEC		xxxxxxx				x
<b>BESOINS</b>						
Déterminants du PB	x	xxxxxx		x	xxxxx	xxxx
Caractéristiques du PB	x	xxxxx	xx	xx	xxx	x
Conséquences du PB	xxx	xxxxxxxxxx	xxx	xxxx	xxxx	xxxxxx
Prise en charge du PB	xxxxxxx	xxxxxxxxxxx	xxxxx	xx	xxxx	xxx
<b>RESSOURCES POSSIBLES</b>						
Financières	xx	xxxxx	x			
<b>PRATIQUES PROFESSIONNELLES</b>						
Médecins du travail		xxxx		x	xx	
Médecins traitants		x	x			
Kinésithérapeutes	x					
Ergonomes		x		x	xxx	
Travailleur social	xx	xx	x	x		x
Médecin Conseil		x		xxx		
Cadres de proximité		x				x
Syndicat / CHSCT						x
<b>REGLEMENTATION</b>						
Signalement par Méd. Cons.		xxx	xxx	xx		
Temps partiel thérapeutique			xx			
Contrat de rééduc° Emp.	x		x			
Visite de pré-reprise	x					
Pluridisciplinarité	x					
Plan Régional Santé Travail	x					
<b>VALEURS CONCORDANTES</b>						
Prof. de réadaptation	xxx	xx				
Médecins du travail	xxx	xxx				x
Assurance maladie			xx	xxxx		
Ergonomes						
Entreprises				xx	xxx	xxx
<b>CONFORMITE</b>						
Reconditionnement à l'effort	x	x	x		x	
Interdisciplinarité	x	x				

## Annexe 17 : Comparaison des caractéristiques des entreprises étudiées

	E-A1	E-A2	E-B1	E-B2
<b>Caractéristiques</b>				
Activité	Aide à domicile	Centre hospitalier régional	Equipementier automobile	Centre hospitalier régional
Nombre de salariés	Environ 80	x 1000	Environ 200	x 1000
Structure juridique	Association loi 1901	Etablissement public de soins	SA internationale	Etablissement public de soins
Organigramme	2 lignes hiérarchiques	4 lignes hiérarchiques	3 lignes hiérarchiques	4 lignes hiérarchiques
CHSCT	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Dimensions de la faisabilité</b>				
Besoins perçus	Reconnus par tous Prioritaires	Ambivalence de la direction	Reconnus par tous Non prioritaires	Reconnus par tous
Bénéfices perçus	Facilitation du RAT	x	Accompagnement du RAT Amélioration des conditions de travail	PEC précoce Analyse et amélioration des postes de travail
Risques perçus	x	x	Coûts Demande incontrôlée Conflits sociaux	x
Complexité perçue	x	x	x	x
Valeurs discordantes	x	Conflits Faible communication	Conflits Contestation de la cause des lombalgies	Vitesse du RAT Eviction du poste
Valeurs concordantes	Participation des travailleurs Proximité de la hiérarchie	x	Dialogue social Implication des syndicats	Culture de collaboration
Ressources manquantes	Pas de budget pour la prévention	Déficit budgétaire de l'établissement	Ressources absorbées par un autre besoin	Déficit budgétaire de l'établissement
Ressources disponibles	x	x	x	x
<b>Contexte organisationnel</b>				
Relations internes	Bonnes. Participation des salariés Proximité de la hiérarchie.	Difficiles. Tensions entre directions et syndicats	Bonnes avec des tensions épisodiques Problèmes ponctuels avec la hiérarchie de proximité	Bonnes. Collaboration régulière entre la DRH et le service de médecine du travail du personnel hospitalier
Culture en santé et sécurité au travail	Développée mais limitée par le manque de ressources	Amoindrie par les clivages entre acteurs	Développée mais limitée par le manque de ressources et/ou les clivages entre acteurs	Développée mais limitée par le manque de ressources
<b>Mesures de maintien en emploi</b>				
	Multiples	Aucune mesure spécifique	Multiples	Structure spécifique (Commission de maintien en emploi)

x = dimension non mentionnée par les informateurs clés