

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Évaluation des facteurs, outils et interventions pour promouvoir un retour au travail durable de travailleurs avec des problèmes de santé psychologiques

Chercheure principale

Patrizia Villotti, Université du Québec à Montréal

Cochercheur.e.s

Christian Larivière, IRSST

Marc Corbière, Université du Québec à Montréal

Alessia Negrini, IRSST

Jean-Sébastien Roy, Université Laval

Iuliana Nastasia, IRSST

Réginald Savard, Université du Québec à Montréal

Geneviève Sauvé, Université du Québec à Montréal

Établissement gestionnaire de la subvention

Université du Québec à Montréal

Numéro du projet de recherche

2023-OSYS-315342

Titre de l'Action concertée

Programme de recherche sur la santé psychologique au travail

Partenaire(s) de l'Action concertée

La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), Revenu Québec Le Secrétariat à la condition féminine (SCF), le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT), et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Table des matières

Le sommaire.....	3
Le résumé.....	4
Partie A – Contexte de la recherche.....	8
Problématique.....	8
Objectifs poursuivis.....	10
Principales questions de recherche.....	11
Partie B – Méthodologie.....	12
Partie C – Principaux résultats.....	14
Partie D – Pistes de solution ou d’actions soutenues par les résultats de la recherche.....	21
Partie E – Nouvelles pistes ou questions de recherche.....	23
Partie F – Références et bibliographie.....	24
Annexe 1 – Stratégie de recherche O1.....	28
Annexe 2 – Six domaines de biais de l’outil Quality In Prognosis Studies (QUIPS) sont utilisés pour évaluer la qualité des études, dont quatre (1, 4, 5 et 6) sont utilisés pour exclure les études.....	33
Annexe 3 – Résultats de niveau de preuve des facteurs pronostiques du retour au travail durable.....	34
Annexe 4 – Stratégie pour évaluer les outils de mesure : L’évaluation globale (Excellent, Bon, Questionnable) dépend du nombre de critères psychométriques (n = 6) et pratiques (n = 4) qui ont été évalués positivement.....	36
Annexe 5 – Stratégie de recherche O3.....	37
Annexe 6 – Diagramme de flux O1.....	39
Annexe 7 – Aperçu des études incluses rapportant les prédicteurs du retour au travail durable.....	1
Annexe 8 – Évaluation critique des outils de mesure pour les études atteignant au moins un niveau de preuve limité.....	1
Annexe 9 – Diagramme de flux O3.....	1
Annexe 10 – Aperçu des études incluses dans la revue de la portée.....	1

Le sommaire

Quels sont les facteurs pronostiques, leurs outils pour les mesurer et les interventions pour promouvoir un retour durable au travail des travailleurs¹ en arrêt maladie à la suite de problèmes de santé de santé psychologique ? Les problèmes de santé psychologique, tels que le stress, l'anxiété, et la dépression, à l'échelle mondiale, représentent des causes importantes d'incapacité au travail et d'absence maladie. Environ une personne sur quatre de la population active est touchée par ces problématiques (Dewa et al., 2014) et des coûts très élevés en frais médicaux et perte de productivité y sont attachés (51 milliards de dollars au Canada; Dewa, 2017), sans compter les conséquences néfastes en termes de qualité de vie qu'elles infligent. Un retour au travail (RT) durable est essentiel pour ces travailleurs, car il favorise leur rétablissement, leurs capacités fonctionnelles et leur participation sociale (Waddell, 2006; Nielsen et al., 2012; Corbière et al., 2021). Identifier les facteurs pronostiques modifiables facilitant ou entravant le RT durable est essentiel pour planifier une intervention efficace. Dans ce but, une revue systématique de la littérature sur les facteurs pronostiques, une évaluation des critères scientifiques (p. ex., validité prédictive) et pratiques (p. ex., temps de passation) des outils pour mesurer ces facteurs, ainsi qu'une revue de la portée des interventions disponibles ont été effectuées. Au total, sept facteurs pronostiques du RT durable ont été identifiés. Parmi ceux-ci, les aménagements au travail, le soutien du supérieur immédiat (manager de proximité), les attentes de RT, l'auto-efficacité vis-à-vis du RT, et la capacité au travail facilitent le RT durable. Tandis que l'injustice organisationnelle et l'intention de quitter son emploi ont ressortis comme facteurs faisant obstacle au retour. Les outils utilisés pour mesurer ces sept facteurs, comprenant des instruments à item unique, des questionnaires standardisés ou des sous-échelles, présentaient des qualités psychométriques et d'utilisation variables. Il y a très peu de recherches sur les interventions spécifiquement destinées au RT durable. Les futures recherches devraient se concentrer sur l'amélioration de la compréhension du processus du RT durable et sur l'efficacité des interventions. En effet, plus de recherches sont nécessaires sur les facteurs pronostiques du RT durable et sur de nouvelles interventions pour les travailleurs qui ont commencé le processus de RT, mais pour qui on n'a pas encore obtenu d'informations 'probantes', sur la pérennité de leur RT.

¹ Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Le résumé

Les résultats de recherche présentés dans ce rapport répondent aux besoins exprimés, dans le cadre de l'axe 5 (Retour et maintien au travail) par les partenaires de l'Action concertée du programme de recherche sur la santé psychologique au travail. D'abord, la présente recherche a ciblé l'un des principaux défis auxquels sont confrontées les personnes ayant des problèmes de santé psychologique en tant que membres actifs de la communauté, à savoir le retour au travail (RT) durable. Dans la littérature scientifique, le RT durable est généralement défini comme un RT stable, à temps plein ou à temps partiel, dans la même organisation sur le même poste ou modifié, ou vers un nouvel emploi, pendant une période d'au moins trois mois sans rechute ni reprise de l'absence pour maladie (p. ex., Etuknwa et al., 2019). La prévalence élevée des problèmes de santé psychologique sur le milieu de travail, ainsi que leurs absences maladie récurrentes et le risque subséquent d'exclusion permanente du marché du travail, fait du RT durable un sujet majeur de préoccupation pour plusieurs parties prenantes (p. ex., les employeurs, les cliniciens, les compagnies d'assurance, les décideurs politiques et bien entendu, les travailleurs eux-mêmes). En 2022, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en 2019, 15 % des adultes en âge de travailler souffraient d'un problème de santé psychologique, comme la dépression ou l'anxiété. Les difficultés de fonctionnement pour la main-d'œuvre ou les besoins des services de santé constituent des défis ayant un impact majeur sur l'emploi. Plus particulièrement, les personnes ayant des problèmes de santé psychologique font face à des obstacles importants pour entrer, rester ou retourner sur le marché du travail; entre autres en raison de la stigmatisation sociale (Lahelma et al., 2015; Hipes et al., 2016 ; Nigatu et al., 2016). Les problèmes de santé psychologique tels que le stress, l'anxiété et la dépression entraînent d'importantes conséquences, comme des taux d'absence maladie et d'incapacité au travail importants (Koopmans et al., 2011), des coûts élevés en frais médicaux et en perte de productivité (Dewa, 2017, Doran et Kinchin, 2019), un risque de rechute très élevé après un premier retour au travail (Kivimäki et al., 2004; Roelen et al., 2010), avec un risque d'exclusion permanente du marché du travail (Koopmans et al., 2008 ; Pedersen et al., 2012). Il est donc essentiel d'assurer un RT durable et en santé pour favoriser le rétablissement, les capacités

fonctionnelles et la participation sociale des personnes ayant des problèmes de santé psychologique (Waddell, 2006; Nielsen et al., 2012; Corbière et al., 2021).

La recherche, dont fait l'objet ce rapport, permet d'investiguer les questions suivantes : quels sont 1) les facteurs pronostiques, 2) les outils pour mesurer ces facteurs et 3) les interventions qui favorisent le RT durable des travailleurs en arrêt maladie à la suite de problèmes de santé psychologique ?

Les résultats obtenus, dans le cadre de ce projet, vont permettre en premier lieu de faire progresser les connaissances dans le domaine, et ce, en identifiant les facteurs pronostiques du RT durable chez cette clientèle. Sept facteurs pronostiques du RT durable ont été identifiés dans la littérature. Parmi ceux-ci, les aménagements au travail, le soutien du supérieur immédiat (manager de proximité), les attentes de RT, l'auto-efficacité vis-à-vis du RT, et la capacité au travail facilitent le RT durable. Tandis que l'injustice organisationnelle et l'intention de quitter son emploi ont ressortis comme facteurs faisant obstacle au retour. Pour arriver à cette conclusion, une revue de la littérature systématique a été conduite en suivant une approche méthodologique rigoureuse, notamment en rejetant les études présentant un risque de biais élevé. Cette approche a permis d'obtenir une image claire des facteurs pronostiques du RT durable, un concept souvent négligé dans le domaine de recherche sur l'incapacité au travail. Un grand défi pour les chercheurs et les cliniciens est la manière dont les facteurs pronostiques sont évalués/mesurés, car différents outils existent pour évaluer un même concept (p. ex., les aménagements au travail). Les résultats obtenus aident les chercheurs et les cliniciens à relever le défi de choisir la bonne méthode/outil à utiliser pour un besoin spécifique (p. ex., l'auto-efficacité personnelle au travail, les aménagements au travail). Trop souvent, les gens dans la communauté scientifique et les cliniciens ne sont pas au courant de la meilleure option disponible, car de nombreux outils existant sont adaptés, mis à jour ou modifiés constamment. Cela peut rendre difficile de juger de la pertinence d'utiliser un instrument plutôt qu'un autre, surtout lorsque les critères psychométriques ou pratiques ne sont pas clairs, voire inconnus. Les résultats de la recherche offrent donc une évaluation critique des outils utilisés en fonction des facteurs pronostiques identifiés plus tôt. Les besoins spécifiques en nouveaux/meilleurs outils, ou l'adaptation des outils existants, sont également

mis en évidence dans la présente recherche. Les résultats de la revue de la portée sur les interventions existantes pour promouvoir le RT durable a permis d'identifier celles qui ciblent spécifiquement le RT durable et d'évaluer leur efficacité. En général, les résultats démontrent qu'il y a eu très peu de recherches (17 études) sur les interventions spécifiquement destinées au RT durable de trois mois minimalement pour les travailleurs ayant des problèmes de santé psychologique. La plupart des études ont considéré un RT durable lorsqu'il est d'une durée de quatre semaines. On comprend alors qu'il y a toujours un besoin de conduire des recherches sur des interventions visant le RT durable, tout en apportant une définition plus claire et standardisée de cette notion. Aussi, les résultats montrent que les quelques interventions faisant preuve d'une efficacité pour promouvoir le RT durable sont : 1) la thérapie cognitivo comportementale (TCC) axée sur le travail (Dalgaard et al., 2017); 2) le programme de réadaptation médicale (Sikora et al., 2022); 3) la modification législative obligeant les employeurs à signaler promptement les absences prolongées pour maladie aux services de santé au travail (Halonen et al., 2018).

En général, les principaux constats de cette recherche mettent en évidence que :

- 1) Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur les facteurs organisationnels et personnels influençant le RT durable;
- 2) L'amélioration de certains outils de mesure est requise. Dans certains cas, les outils sont développés *ad hoc*, présentant donc des qualités psychométriques discutables; d'autres outils sont constitués de questions uniques plutôt que de questionnaires plus étoffés. Par conséquent, il est nécessaire de mettre en œuvre des recherches ayant comme objectif de développer de nouveaux outils de mesure, ou de favoriser l'adaptation et/ou traduction d'outils déjà existants et validés;
- 3) Il y a très peu de recherches sur les interventions spécifiquement destinées au RT durable. Les recherches devraient se concentrer sur l'amélioration de la compréhension du processus du RT durable et sur l'efficacité des interventions; notamment sur les facteurs pronostiques du RT durable et sur les nouvelles interventions

pour les travailleurs qui ont commencé le processus de RT, mais qui n'ont pas encore réussi à se maintenir de façon durable après un premier RT.

Partie A – Contexte de la recherche

Problématique.

En 2011, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que tout le monde, à un moment donné de sa vie, rencontrera des difficultés temporaires ou permanentes de fonctionnement ou nécessitera des services ou soins de santé (OMS, 2011). Ce qui a des conséquences importantes en termes d'emploi, car les personnes étant en situation de handicap ou ayant une capacité fonctionnelle réduite peuvent potentiellement être affectées dans leur capacité lorsqu'elles retournent sur le marché du travail ou lorsqu'elles y demeurent (Lahelma et al., 2015). Le travail occupe une place centrale dans l'identité d'une personne, son rôle social, son statut au sein de la communauté et son bien-être global, notamment dans les sociétés modernes où l'emploi est la norme, voire un symbole de l'âge adulte et de la citoyenneté à part entière. Comparativement à d'autres handicaps, les personnes souffrant de problèmes de santé psychologique tels que le stress, l'anxiété et la dépression rencontrent de plus grands obstacles pour une participation active au travail, entre autres en raison de la stigmatisation sociale (p. ex., Hipes et al., 2016 ; Nigatu et al., 2016).

Les problèmes de santé psychologique représentent des causes importantes d'absence maladie et d'incapacité au travail à l'échelle mondiale (Koopmans et al., 2011) ; environ une personne sur quatre de la population active est touchée par ces problématiques (Dewa et al., 2014). Des coûts impressionnants (51 milliards de dollars au Canada, Dewa, 2017; 6 000 milliards de dollars d'ici 2030 dans le monde entier, Doran et Kinchin, 2019) en frais médicaux et perte de productivité y sont attachés, sans compter les conséquences néfastes au niveau identitaire, de qualité de vie et de bien-être (Corbière et al., 2022). Les problèmes de santé psychologique sont également problématiques, car il existe un risque estimé à trois fois plus élevé (Kivimäki et al., 2004) de rechute après un premier retour au travail (Roelen et al., 2010). De plus, le risque d'exclusion permanente du marché du travail augmente avec le nombre d'épisodes d'absence pour maladie (Koopmans et al., 2008; Pedersen et al., 2012).

Le RT après une absence maladie est normalement considéré comme directement lié au rétablissement de la personne, mais la situation est souvent plus complexe qu'une simple phase d'absence du travail suivi d'une phase de réintégration au travail. La littérature récente invite à prendre en compte la période de maintien connue sous le nom de RT durable lorsque l'objectif est de concevoir et d'évaluer des interventions visant à promouvoir la réintégration au travail après une période d'absence pour maladie (p. ex., Martin et al., 2015 ; Arends et al., 2014). Dans les faits, garantir un RT durable signifie aller au-delà des premiers jours/semaines du RT pour évaluer l'efficacité et la réussite globales des interventions visant à maintenir le travail dans des conditions favorables (Martin et al., 2015). Dans la littérature scientifique, le RT durable est généralement défini comme un RT stable, à temps plein ou à temps partiel, dans la même organisation sur le même poste ou modifié, ou vers un nouvel emploi, pendant une période d'au moins trois mois sans rechute ni reprise de l'absence pour maladie (p. ex., Etuknwa et al., 2019).

Un RT durable est essentiel pour les travailleurs ayant des problèmes de santé psychologique, car il favorise leur rétablissement, leurs capacités fonctionnelles, leur participation sociale et il joue un rôle essentiel dans la prévention d'éventuelles conséquences négatives telles que la perte d'emploi ou la retraite pour invalidité (Waddell, 2006; van Rijn et al., 2014 ; Hiilamo et al., 2019). Il demeure donc essentiel d'identifier les facteurs qui contribuent à un RT durable après l'apparition d'un problème de santé psychologique pour intervenir de manière plus efficace. Les facteurs favorisant (c'est-à-dire les facteurs de protection) ou entravant (c'est-à-dire les facteurs de risque) le RT et qui sont modifiables grâce à une intervention ciblée sont d'un grand intérêt. Les facteurs modifiables sont des caractéristiques environnementales (p. ex., la culture en milieu de travail, les exigences du travail, le soutien social) ou personnelles (p. ex., les attitudes, les croyances, les attentes, les habitudes et comportements de vie) qui peuvent être modifiées ou ajustées dans des pratiques telles que les programmes de prévention, les interventions cliniques visant à accroître ou à maintenir la santé et les capacités individuelles.

Pour améliorer le RT des personnes ayant des problèmes de santé psychologique, un certain nombre d'interventions a été développé au cours des dernières décennies, notamment la psychothérapie (p. ex., la

thérapie cognitive, Arends et al., 2012 ; la thérapie de résolution de problèmes, Noordik et al., 2013), le traitement de réduction du stress (p. ex., les stratégies de gestion du stress, Willert et al., 2011), la pharmacothérapie (p. ex., les médicaments antidépresseurs tels que les antidépresseurs tricycliques, Nieuwenhuijsen et al., 2014) et la psychoéducation (p. ex., améliorer le fonctionnement psychosocial, Pedersen et al., 2014). Cependant, ces interventions se concentrent principalement sur la réduction des symptômes, avec une efficacité limitée pour réduire la durée de l'absence maladie ou promouvoir le RT, comme le rapportent diverses revues systématiques et méta-analyses (Salomonsson et al., 2018 ; Clarke et al., 2015 ; Nigatu et al., 2016 ; Finnes et al., 2019). Pour que les interventions soient plus efficaces pour promouvoir le RT, des études récentes suggèrent la combinaison de composantes cliniques et l'implication du milieu de travail (p. ex., Brenninkmeijer et al., 2019 ; Wan Mohd Yunus et al., 2018). Cependant, ces interventions sont généralement proposées uniquement au travailleur, négligeant le fait que le processus de RT est interactif, comme le soutiennent de multiples parties prenantes qui agissent au sein de multiples environnements et systèmes (c'est-à-dire les systèmes de travail, de santé et d'assurance ; Corbière et al., 2020). De plus, ces interventions reposent sur une conception du RT qui implique une phase d'absence du travail et une phase de réintégration au travail, négligeant l'importance fondamentale de la phase de maintien et de la performance au travail. Bien que la réalisation d'un travail à temps plein soit un résultat important pour prétendre à une intervention réussie, le maintien du statut professionnel est également impératif, et ce, étant donné le risque élevé de rechutes après le RT.

Objectifs poursuivis.

L'objectif général de la synthèse des connaissances a été d'offrir une compréhension globale du RT durable des travailleurs en absence maladie ayant des problèmes de santé psychologique. Cet objectif se décline en trois objectifs spécifiques.

Le premier objectif spécifique a été d'identifier dans la littérature scientifique les facteurs personnels et organisationnels favorisant le RT durable après une absence maladie due à des problèmes de santé psychologique **(O1)**. Étant donné que différents outils (p. ex., des questionnaires) existent pour mesurer le même concept (p.

ex., les aménagements au travail, les symptômes), le deuxième objectif spécifique était de passer en revue de manière critique, tant du point de vue psychométrique que pratique, les outils d'évaluation de ces facteurs **(O2)**. L'identification des outils de haute qualité du point de vue de la recherche et clinique est essentiel pour aider à la fois les cliniciens et les chercheurs à mieux saisir, parmi les outils disponibles dans la littérature, ceux qu'ils pourraient utiliser en tenant compte des besoins particuliers des personnes aux prises avec un problème de santé psychologique. Finalement, le troisième objectif spécifique était de passer en revue les interventions disponibles, tout en évaluant leur efficacité, pour promouvoir un RT durable chez les travailleurs ayant des problèmes de santé psychologique **(O3)**.

Principales questions de recherche.

Quels sont 1) les facteurs pronostiques du RT durable ?, 2) les outils pour mesurer ces facteurs ? et 3) les interventions qui favorisent le RT durable des travailleurs en arrêt maladie à la suite de problèmes de santé psychologique ?

Partie B – Méthodologie

Pour identifier les facteurs pronostiques du RT durable ainsi que leur niveau de preuve (élevé, modéré, limité, inconsistant, insuffisant, non significatif), une revue systématique de la littérature a été conduite (O1). Ensuite, les outils utilisés pour évaluer les facteurs démontrant un niveau de preuve élevé, modéré et limité ont été décrits et évalués sur la base de six critères scientifiques (p. ex., validité prédictive) et quatre critères (p. ex., temps de passation) (O2). Pour terminer, une revue de la portée (*scoping review*) étayant les interventions sur le RT durable de la clientèle d'intérêt a été menée (O3). **O1.** Trois bases de données (PubMed, CINAHL, PsycINFO) ont été consultées en date du 19 janvier 2023. Quatre groupes de mots-clés ont fait partie de la stratégie de recherche (problèmes de santé psychologique; retour au travail; facteurs pronostiques ; études longitudinales), tel que détaillé à l'Annexe 1. Seulement les études 1) prospectives/longitudinales, 2) publiées en anglais ou en français, 3) définissant le RT comme un retour à temps plein ou à temps partiel pendant au moins trois mois sans rechute d'absence pour maladie, dans des emplois d'origine ou modifiés, et 4) concernant des travailleurs ayant des problèmes de santé psychologique en congé maladie (partielle ou totale) ont été retenues pour la phase d'extraction des données. Les études présentant un risque de biais élevé évaluées à l'aide de l'outil *Quality In Prognosis Studies* (QUIPS, Hayden et al., 2013) ont été exclues. Le QUIPS comprend six domaines de biais : 1) la participation à l'étude, 2) l'attrition, 3) la mesure du facteur pronostique, 4) la mesure du résultat, 5) la confusion de l'étude et l'analyse statistique, et 6) la présentation des résultats (Annexe 2). Pour le processus de sélection des articles répondant aux critères de sélection, le logiciel COVIDENCE a été utilisé. Pour chaque étude retenue, les informations portant sur les facteurs pronostiques du RT durable, sur leurs effets multivariés, ainsi que sur les outils utilisés pour les mesurer ont été répertoriées. À partir de ces informations, ces facteurs pronostiques ont été classés comme ayant un niveau de preuve "élevé", "modéré", "limité", "inconsistant" ou "insuffisant". La classification repose sur le nombre d'effets multivariés statistiquement significatifs ($p < 0,05$) considérés comme des facteurs de protection ou de risque pour le RT durable. Un niveau de preuve "élevé" a été atteint lorsque trois études ou plus ont rapporté des résultats statistiquement significatifs, ou lorsque le ratio entre le nombre

des effets significatifs et la somme des effets significatifs et des effets non significatifs était compris entre 80 et 99,9%. Un niveau "modéré" a été atteint lorsque deux effets ont été évalués comme statistiquement significatifs, ou lorsque le ratio était compris entre 65 et 79,9%. Un niveau "limité" de preuve a été attribué lorsqu'une étude a rapporté des résultats statistiquement significatifs, ou lorsque le ratio entre les preuves significatives et non significatives était compris entre 60 et 64,9%. Un niveau "inconsistant" de preuve a été observé lorsque les facteurs pronostiques inclus n'atteignaient pas ces niveaux de preuve et qu'il n'y avait pas d'accord dans les résultats. Enfin, des niveaux de preuve "insuffisants" ont été rapportés lorsque les résultats n'étaient pas inconsistants, mais ne répondaient pas aux critères d'une preuve limitée (Annexe 3).

O2. En suivant la méthodologie utilisée par Larivière et al. (2021), Gragnano et al. (2021) et Villotti et al. (2021), leurs outils de mesure ont été évalués en fonction de six critères psychométriques (scientifiques) et quatre critères d'utilisation (pratiques). Les critères psychométriques comprenaient : 1) la validité apparente ; 2) la validité de construit ; 3) la validité convergente ; 4) la cohérence interne ; 5) la fidélité test-retest ; 6) la validité prédictive. Les critères d'utilisation comprenaient : 1) le temps de passation (moins de 8 items ou 5 minutes), 2) la facilité d'administration (instructions faciles, pas de matériel spécial requis), 3) la facilité d'interprétation des résultats (score calculé par addition, absence d'items inversés) et 4) l'accessibilité à l'outil (pas de coûts et formation nécessaires). Une évaluation globale a été réalisée, caractérisant les outils comme "excellents", "bons" ou "douteux" en combinant à la fois les scores psychométrique et pratique (Annexe 4).

O3. Sept bases de données (CINAHL, Cochrane, EBM Reviews, EMBase, MedLine, PsycINFO, PubMed) ont été consultées en date du 23 novembre 2022. Quatre groupes de mots-clés ont fait partie de la stratégie de recherche (problèmes de santé psychologique; retour au travail durable; interventions; typologie d'étude; voir Annexe 5). Seulement les études originales quantitatives, publiées en anglais ou en français, portant sur des interventions dans un contexte de RT durable (trois mois et plus), et concernant des travailleurs ayant des problèmes de santé psychologique en congé maladie (partielle ou totale) au début de l'étude, ont été retenues pour la phase d'extraction des données.

Partie C – Principaux résultats

O1. La recherche dans les trois bases de données (PubMed, CINAHL, PsycINFO) a permis d'identifier 10 981 articles. Après l'élimination des doublons, il restait 6 223 références. 5 346 articles ont été exclus sur la base du titre et du résumé. Les textes complets des 877 articles restants ont été récupérés et examinés intégralement, et 873 articles ont été exclus. Au total, 4 articles ont répondu aux critères d'inclusion et d'exclusion (voir l'Annexe 6 pour la procédure complète d'identification et de sélection des articles; PRISMA; Moher et al., 2009). Les principales caractéristiques des études incluses (c.-à-d. auteurs, définition du RT durable adopté par les auteurs, méthodologie, nombre de participants, problèmes de santé psychologique) sont présentées à l'Annexe 7. Le niveau de preuve des facteurs pronostiques est présenté à l'Annexe 3. En résumé, aucun facteur pronostique n'a atteint un niveau de preuve élevé. Les aménagements au travail ont montré un niveau de preuve modéré alors que le soutien social du superviseur, le sentiment d'injustice organisationnelle, les attentes concernant le RT, le sentiment d'auto-efficacité pour le RT, l'intention de quitter l'emploi et la capacité au travail ont atteint un niveau de preuve limité. Un niveau de preuve inconsistant a été obtenu pour les attentes positives concernant le RT, le contrôle de l'emploi (*job control*), la qualité de vie, et le soutien social du supérieur immédiat et collègues ensemble. Un niveau de preuve insuffisant a été rapporté pour 18 facteurs pronostiques supplémentaires (p. ex., symptômes de dépression), ne fournissant que des résultats non significatifs. Les outils utilisés pour mesurer ces facteurs comprenaient à la fois des outils à item unique, des questionnaires standardisés ou des sous-échelles présentant des qualités psychométriques et pratiques variables.

De manière générale, les résultats obtenus montrent la pertinence des aménagements au travail pour faciliter un RT durable pour les travailleurs ayant des problèmes de santé psychologique. En particulier, l'offre d'un soutien individualisé pour le RT (Sikora et al., 2022) et la réduction de la charge de travail (Ekberg et al., 2015) se sont révélées comme deux aménagements pour promouvoir le RT durable chez notre population cible. Dans d'autres revues systématiques de la littérature se concentrant sur le RT, mais sans spécifier sa durée (p. ex., Villotti, soumis), les aménagements au travail ne ressortent pas avec un niveau de preuve suffisant pour ce qui

est des problèmes de santé psychologique, contrairement aux troubles musculosquelettiques. Le fait que ce facteur ressorte ici avec un niveau modéré démontre donc le rôle essentiel de ce facteur pour aider les travailleurs à se maintenir en emploi dans le temps. Notre revue systématique de la littérature met aussi en lumière d'autres résultats concernant les conditions de travail, notamment l'importance du rôle et du soutien du supérieur immédiat pour favoriser le RT durable. Par exemple, dans l'étude de Sikora et collègues (2022), le soutien informatif, instrumental et pratique du supérieur immédiat a été décrit comme augmentant la durée de l'emploi et prévenant les rechutes éventuelles. Un autre facteur que la présente revue souligne comme étant important est l'intention de quitter l'emploi. Selon Ekberg et collègues (2015), les travailleurs en absence maladie pour des problèmes de santé psychologique ressentent avoir moins d'influence et de contrôle sur leur emploi. En fait, continuer à travailler avec des opportunités limitées d'influencer les conditions de travail peut entraîner une perception d'être "pris", ce qui peut affecter leur santé et leur bien-être (Aronsson & Göransson, 1999 ; Stengård et al. 2016). Des interventions adaptées devraient alors être suggérées en fonction des conditions de travail perçues. Certaines pourraient inclure des mesures pour faciliter la mobilité professionnelle, tandis que pour d'autres, pourraient aborder un retour à l'emploi précédent avec des offres d'aménagements au travail (Ekberg et al., 2011). Au-delà des facteurs pronostiques organisationnels, cette revue systématique de la littérature a mis en lumière, bien qu'avec un niveau de preuve limité, l'importance des attentes concernant le RT. Ce constat renforce les résultats d'autres revues systématiques comme celle d'Ebrahim et collègues (2015). Un autre facteur personnel avec un niveau de preuve limité était l'auto-efficacité vis-à-vis du RT, définie comme étant la croyance en ses propres capacités à surmonter les défis au travail, à faire face aux exigences professionnelles et à remplir un rôle professionnel (Lagerveld et al., 2010, Corbière et al., 2017). Comparé à d'autres revues systématiques incluant également d'autres types d'études (p. ex. des études transversales et rétrospectives), un niveau de preuve modéré a été obtenu pour un RT durable d'au moins 3 mois. Par conséquent, on peut supposer que les travailleurs souffrant de problèmes de santé psychologique qui déclarent une haute auto-efficacité pour le RT ont une probabilité plus élevée de retourner et de se maintenir au travail par rapport à ceux ayant un faible

sentiment d'auto-efficacité (Etuknwa et al., 2019). Pour terminer, l'étude d'Ekberg et collègues (2015) soutient la capacité au travail comme facteur pronostique du RT durable. Ce concept a été développé, dans les années 1990, en Scandinavie par l'Institut finlandais de santé au travail, initialement pour mener des recherches sur l'âge de la retraite. Cependant, aucune définition commune de la capacité au travail n'est disponible dans l'état actuel des connaissances, ce qui entraîne une hétérogénéité dans sa mesure et son interprétation (Lederer et al., 2014). Il serait alors important que des recherches futures s'attardent à mieux conceptualiser ce facteur personnel qui semble revêtir une certaine importance.

O2. L'évaluation des outils de mesure utilisés dans les études atteignant un niveau de preuve modéré et limité est présentée à l'Annexe 8, incluant le titre et le nombre d'items, les échelles et les scores, ainsi que les propriétés psychométriques des outils (6 critères), leur utilisabilité (4 critères) et leur classification globale (excellent, bon ou discutable).

De manière générale, les résultats obtenus montrent la nécessité de mettre en œuvre des recherches visant l'amélioration de certains outils de mesure. Par exemple, lors de l'examen des outils utilisés pour mesurer le facteur « aménagements au travail », il convient de noter que la mesure reposait principalement sur des items uniques, généralement développé *ad hoc*, et donc présentant des qualités psychométriques discutables. Il semble pertinent de nommer la nécessité de développer de nouveaux instruments de mesure, ou de favoriser l'adaptation et/ou traduction d'outils de mesure déjà existants et validés (p. ex., l'échelle WANSS, Corbière et al., 2014, ou l'outil de planification des exigences et des aménagements professionnels – JDAPT, Gignac et al., 2023). Dans le même ordre d'idées, le facteur « attentes concernant le RT » a été principalement mesuré par des questions uniques plutôt que par des questionnaires. Par conséquent, une validation pour mesurer ce facteur ou le développement de nouveaux instruments devrait être envisagée pour une utilisation dans les recherches à venir en matière de RT durable (Ebrahim et al. 2015, Mondloch et al. 2001).

O3. La recherche dans les sept bases de données (CINAHL, Cochrane, EBM Reviews, EMBase, MedLine, PsycINFO, PubMed) a permis d'identifier 9 179 articles. Après l'élimination des doublons, il restait 7 701 références. 7 369 articles ont été exclus sur la base du titre et du résumé. Les textes complets de 332 articles restants ont été récupérés et examinés intégralement, dont 315 ont été exclus, laissant au total 17 articles pour cet examen de la portée (voir Annexe 9 pour la procédure complète d'identification et de sélection des articles; PRISMA; Moher et al., 2009). Les principales caractéristiques des études incluses sont présentées à l'Annexe 10.

En général, les résultats de l'examen de la portée montrent qu'il y a eu très peu de recherches sur les interventions spécifiquement destinées au RT durable de trois mois ou plus pour la population cible. La vaste majorité des études ont considéré durable un RT d'une durée de 28 jours (ou 4 semaines). Une autre considération intéressante est qu'il y a très peu d'interventions qui ont démontré leur efficacité concernant la promotion d'un RT durable. En fait, parmi les résultats de l'examen de la portée, seulement trois études démontrent des effets positifs. Dalgaard et collègues (2017) ont démontré un RT plus rapide (de quatre semaines) chez le groupe de travailleurs en absence maladie pour un épuisement professionnel ayant suivi leur intervention. L'intervention consistait en six séances individuelles de TCC axées sur le travail d'une heure chacune, menées par un psychologue sur une période de 16 semaines. L'intervention visait à réduire les symptômes (p. ex., l'identification des facteurs de stress liés au travail), renforcer les capacités d'adaptation (p. ex., la modification des stratégies d'adaptation cognitives et comportementales; de la psychoéducation sur le stress lié au travail) et faciliter le retour au travail (p. ex., l'assistance des participants dans la planification du RT). L'intervention offrait également une intervention mineure et facultative en milieu de travail, composée d'une ou deux réunions sur le lieu de travail avec le participant, le psychologue, un superviseur et/ou un représentant des ressources humaines, dans le but de traiter les facteurs de stress au travail et d'impliquer le milieu de travail. Les réunions abordaient les facteurs de stress actuels telles que la charge de travail élevée ou l'ambiguïté du rôle et fournissaient des suggestions d'adaptation.

Une autre intervention qui a montré des effets positifs en termes de réduction de la durée d'absence est le programme de réadaptation médicale psychosomatique proposé par Sikora et collègues (2022). L'objectif de cette intervention était de rétablir la capacité de travailler du travailleur et de mener une vie normale au quotidien tout en prévenant l'invalidité permanente au travail. Cette intervention a démontré son efficacité en comparaison avec un traitement psychiatrique à l'hôpital. La dernière intervention ayant montré des effets positifs consiste en une modification législative adoptée en Finlande en 2012 qui obligeait les employeurs à signaler rapidement les absences maladie prolongées aux services de santé au travail (Halonen et al., 2018). Cette législation a introduit une nouvelle obligation selon laquelle les employeurs doivent informer le fournisseur de services de santé au travail au plus tard lorsque l'employé est absent du travail pendant 30 jours ouvrables. Cela permet aux fournisseurs de services de santé au travail d'être informés rapidement d'une incapacité au travail prolongée qui pourrait nécessiter des actions pour planifier et coordonner un retour au travail en toute sécurité. À la suite de l'implémentation de cette législation, le retour au travail durable était 4 % plus élevé et le retour au travail plus rapide de 0,42 jour.

Quatre autres interventions ont démontré des effets partiellement positifs. Par exemple, l'intervention de consultation psychiatrique axée sur le RT (dans laquelle le psychiatre prodigue des conseils au médecin du travail sur le traitement) réduit la durée d'absence par rapport aux soins habituels au suivi à trois mois. Toutefois, cette différence significative disparaît au suivi à six mois (van der Feltz-Cornelis et al., 2010). Dans l'étude de van Oostrom, van Mechelen et collègues (2010), l'intervention participative en milieu de travail proposée a démontré son efficacité, mais seulement chez un sous-groupe d'employés qui, au départ, avaient l'intention de retourner au travail malgré la présence de symptômes. Cette intervention consiste en un processus de communication entre l'employé en congé maladie et/ou le supérieur immédiat et le coordonnateur du RT, dans le but d'identifier et résoudre les obstacles au RT. Lors de la première réunion, l'employé fait une analyse des tâches et identifie les obstacles au RT au cours d'une conversation structurée avec le coordonnateur du RT. Ces obstacles viennent classés par ordre de priorité en fonction de leur fréquence et de leur gravité perçue. Lors de la deuxième réunion,

ces obstacles sont présentés et identifiés du point de vue du supérieur immédiat. Lors de la troisième réunion, l'employé, le supérieur immédiat et le coordonnateur du retour au travail discutent ensemble des solutions. Ensuite, un plan de mise en œuvre des solutions suggérées est formulé, et l'actualisation réelle des solutions est évaluée un mois après. L'intervention ECO (*"E-health module embedded in Collaborative Occupational health care"*, Volker et al., 2015) a démontré son efficacité pour réduire la durée d'absence (50 jours pour le groupe intervention, 77 pour le groupe contrôle). L'intervention ECO comprend deux volets. Un premier volet de santé électronique Return@Work comprend 5 modules : 1) psychoéducation, 2) un module visant les cognitions concernant le retour au travail tout en présentant des symptômes, basé sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale, 3) un module visant à accroître les compétences de résolution de problèmes avec des exercices, 4) un module pour la gestion de la douleur et de la fatigue, de même que pour la réactivation, et 5) un module de prévention des rechutes (au total, les modules comprenaient 16 sessions). Le deuxième volet est un outil d'aide à la décision par courrier électronique pour le médecin du travail, soit des conseils concernant les options de traitement et de référence basées sur la surveillance de la progression de l'employé pendant le traitement. L'intervention axée sur le travail proposé par Karlson et collègues (2014) a montré des résultats positifs en termes de RT durable, mais seulement pour un sous-groupe, c.-à-d. pour la moitié la plus jeune du groupe intervention. Cette intervention implique de répondre à plusieurs questionnaires, d'être examiné par une équipe multidisciplinaire, et qu'un membre de l'équipe prenne soin de communiquer avec le supérieur immédiat, et de participer à l'intervention impliquant un dialogue soutenu par l'équipe entre le travailleur et son supérieur immédiat. Ce dialogue travailleur-supérieur immédiat concerne la manière d'atteindre une reprise du travail durable, y compris de s'entendre sur les changements nécessaires dans les conditions de travail.

L'examen de la portée a aussi mis en évidence certaines interventions qui ont des effets négatifs sur le RT durable et dont la mise en œuvre n'est donc pas recommandée. Par exemple, une intervention de psychoéducation sur le RT avait entraîné un risque relatif plus élevé de ne pas retourner au travail après 3 mois (Pedersen et al., 2015). Une autre intervention de RT basée sur l'exposition entraîne un temps prolongé jusqu'au

retour complet au travail par rapport à ceux traités avec des soins habituels (Noordik et al., 2013). Finalement, l'intervention intégrée de soins de santé mentale et de réadaptation professionnelle pour personnes en absence maladie à cause du stress réduirait les taux de RT par rapport aux soins usuels (Hoff, Fisker, et al., 2022). Cependant, la même intervention pour personnes en congé maladie en raison d'anxiété et de dépression ne montre pas d'effets négatifs, mais l'intervention n'arrive pas à démontrer son efficacité en termes de RT. D'autres interventions n'ont pas démontré d'effets significatifs; par exemple, l'intervention de formation proposée dans l'étude de Bakker et collègues (2007); le programme participatif de soutien au RT proposé dans l'étude de Lammerts et collègues (2016); l'intervention visant à améliorer l'adhésion des médecins du travail aux lignes directrices (van Beurden, Brouwers et al., 2017; van Beurden et al., 2018); l'intervention de gestion du stress combinant la TCC individuelle et une approche axée sur le lieu de travail proposées dans l'étude de Glasscock et collègues (2018); et le modèle de gestion de cas en santé au travail proposé dans l'étude de Parsons et collègues (2021).

Partie D – Pistes de solution ou d’actions soutenues par les résultats de la recherche

Ce travail de recherche a eu comme objectif général d’améliorer la compréhension du concept de RT durable chez les travailleurs ayant des problèmes de santé mentale. Plus particulièrement, les résultats obtenus ont permis d’identifier les facteurs (modifiables) personnels et organisationnels favorisant ou entravant le RT durable, de documenter et évaluer les outils utilisés pour mesurer ces facteurs pronostiques, et de passer en revue les interventions ciblant le RT durable. Ces connaissances sont utiles et précieuses non seulement pour les professionnels de la santé et les chercheurs travaillant sur l’incapacité au travail, mais aussi pour les décideurs impliqués dans l’élaboration de politiques de RT. Par exemple, à la suite des résultats de recherche obtenus à travers cette revue systématique et l’examen de la portée, les différentes parties prenantes concernées par le RT de personnes ayant des problèmes de santé psychologique (p. ex., les cliniciens, les professionnels de la santé, les ergothérapeutes, les psychologues, les compagnies d’assurance, les gestionnaires, les syndicats) sont maintenant à même de connaître l’importance des aménagements au travail, car ce facteur a atteint un niveau de preuve modéré. D’autres facteurs ont atteint un niveau de preuve limité, tels que le soutien offert en milieu de travail par le supérieur immédiat, le sentiment d’injustice organisationnelle, les attentes concernant le RT, l’auto-efficacité face au processus de RT, l’intention de quitter l’emploi, et la capacité au travail des travailleurs en congé maladie. Bien que ces facteurs n’aient pas atteint un niveau de preuve élevé, ils peuvent tout de même être considérés avec prudence par les intervenants. Nous invitons les chercheurs à les évaluer dans leurs futures recherches pour mieux établir leur niveau de preuve. En outre, les résultats de la recherche peuvent guider les cliniciens et chercheurs dans le choix du meilleur outil de mesure pour chacun des facteurs pronostiques qui ont émergé, en fonction des besoins et contextes de chacun. Enfin, les résultats offrent un portrait général des options actuelles en termes d’interventions disponibles et leur efficacité dans la promotion d’un RT durable pour la population cible. Dans une perspective plus large, les résultats de la recherche ont mis également en évidence la nécessité de futures activités de recherche, notamment le développement de nouveaux outils de mesure.

Il nous semble non seulement important de mettre en relief certaines forces de cette étude, mais aussi les limites dans l'analyse et l'interprétation des résultats. En ce qui concerne l'objectif d'identifier les facteurs pronostiques du RT durable, il est important de mentionner que seules les études adoptant un devis longitudinal/prospectif ont été incluses, ce qui permet de mieux se prononcer sur la valeur prédictive des facteurs identifiés. De même, seuls les facteurs modifiables, c'est-à-dire sur lesquels il est possible d'intervenir, ont été inclus. Cette précaution améliore la retombée et la pertinence pratique des résultats obtenus. Aussi, toujours par souci de renforcer la qualité et la pertinence pratique de cette recherche, les études présentant un risque élevé de biais (selon l'outil QUIPS) ont été exclues. De plus, tous les outils de mesure utilisés dans les études incluses ont été évalués en termes de caractéristiques psychométriques (élément fondamental pour les chercheurs) et d'utilisabilité (élément central pour les cliniciens).

D'autre part, plusieurs limites peuvent être identifiées. En général, seules les études en anglais et en français ont été incluses, ce qui pourrait entraîner la mise à l'écart de résultats d'études pertinents publiés dans d'autres langues. Aussi, les outils de mesure ont seulement été évalués pour des facteurs pronostiques atteignant au moins un niveau de preuve limité. Cependant, pour maintenir une standardisation dans l'évaluation, seule la première validation de l'outil a été rapportée et les mises à jour ou adaptations à d'autres contextes ou langues n'ont pas été présentées, ni retenues.

Partie E – Nouvelles pistes ou questions de recherche

En général, les résultats de la recherche mettent en relief que seulement un petit nombre d'études prospectives de haute qualité ont été incluses pour l'identification des facteurs pronostiques du RT durable chez les travailleurs ayant des problèmes de santé psychologique. Par conséquent, de nouvelles pistes de recherche sur les facteurs organisationnels et personnels influençant le RT durable sont nécessaires.

Pour les facteurs pronostiques identifiés dans le cadre de cette recherche, des efforts doivent être déployés dans le développement de nouveaux outils ou l'adaptation et la validation d'outils déjà existants afin de garantir leur fidélité et validité dans divers contextes. Ce besoin est mis en évidence par le constat que la plupart des outils évalués dans cette recherche sont développés *ad hoc*, et donc présentent des qualités psychométriques discutables, et d'autres outils sont constitués par des questions uniques plutôt que par des questionnaires ou sous-échelles.

Une attention particulière devrait également être portée à la conception et à l'évaluation d'interventions spécifiquement destinées à faciliter le RT durable. En fait, les résultats de la recherche mettent en lumière qu'il existe très peu d'interventions destinées au RT durable. Les recherches futures pourraient explorer de nouvelles approches ou interventions (en particulier, qui se penchent sur les conditions dans le milieu de travail) ciblant les travailleurs qui entreprennent un RT, avec l'objectif de les aider à se maintenir en emploi de manière durable et en santé.

Une autre piste de recherche qui semble prometteuse est de mieux définir la notion de RT durable. À travers cette étude, il est ressorti que plusieurs composantes de cette notion ont émergé tels que la durée du RT, la santé et le fonctionnement du travailleur (absence de rechute), son rétablissement, les conditions favorables dans le milieu du travail. Toutes ces composantes pourraient donc faire l'objet d'une première définition de la notion de RT durable.

Partie F – Références et bibliographie

- Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, Bültmann U, Verbeek JH (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 12:CD006389
- Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U (2014). Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*. 40(2):195-202.
- Aronsson, G., & Göransson, S. (1999). Permanent employment but not in a preferred occupation: Psychological and medical aspects, research implications. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 152–163.
- Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW, van der Windt DA, Rijmen F, van Mechelen W, Stalman WA. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS Clin Trials*. 2007 Jun 1;2(6):e26. doi: 10.1371/journal.pctr.0020026. PMID: 17549228; PMCID: PMC1885369.
- Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Blonk RWB, Schaufeli WB, Wijngaards-de Meij LDNV (2019). Predicting the effectiveness of work-focused CBT for common mental disorders: the influence of baseline self-efficacy, depression and anxiety. *J Occup Rehabil*. 29(1):31–41.
- Clarke K, Mayo-Wilson E, Kenny J, Pilling S (2015). Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 39:58–70.;
- Corbière M, Negrini A, Durand MJ, St-Arnaud L, Briand C, Fassier JB, Loisel P, Lachance JP (2017). Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and Validation with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. *J Occup Rehabil*. Sep;27(3):329-341.
- Corbière M, Mazaniello-Chezol M, Bastien M-F, Wathieu E, Bouchard R, Panaccio A, Guay S, Lecomte T (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *J Occup Rehabil*. 30(3):381–419.
- Corbière M, Villotti P, Lecomte T, Bond GR, Lesage A, Goldner EM (2014). Work accommodations and natural supports for maintaining employment. *Psychiatr Rehabil J*. 37(2):90-8.
- Dalgaard VL, Aschbacher K, Andersen JH, Glasscock DJ, Willert MV, Carstensen O, Biering K (2017). Return to work after work-related stress: a randomized controlled trial of a work-focused cognitive behavioral intervention. *Scand J Work Environ Health*. 1;43(5):436-446.
- Dewa CS, Loong D, Bonato S, Hees H (2014). Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 14:205
- Dewa CS (2017). Les coûts des troubles mentaux en milieu de travail peuvent-ils être réduits ? [The Costs of Mental Disorders in the Workplace: Can They Be Decreased?]. *Sante Ment Que*. 42(2):31-38.
- Doran CM, Kinchin I (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Aust Health Rev*. 2019 Feb;43(1):43-48.
- Ebrahim S, Malachowski C, Kamal El Din M, Mulla SM, Montoya L, Bance S, Busse JW (2015). Measures of patients' expectations about recovery: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 25(1):240-55.
- Ekberg K, Wåhlin C, Persson J, Bernfort L, Öberg B (2015). Early and Late Return to Work After Sick Leave: Predictors in a Cohort of Sick-Listed Individuals with Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil*. 25(3):627-37.
- Ekberg K, Wåhlin C, Persson J. et al. (2011). Is Mobility in the Labor Market a Solution to Sustainable Return to Work for Some Sick Listed Persons?. *J Occup Rehabil* 21, 355–365.
- Etuknwa, A, Daniels K, Eib C (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *J Occup Rehabil*. 29:679–700.

- Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Ost L-G (2019). Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Arch Occup Environ Health*. 92(3):273–93.
- Gignac MAM, Bowring J, Tonima S, Franche RL, Thompson A, Jetha A, Smith PM, Macdermid JC, Shaw WS, Van Eerd D, Beaton DE, Irvin E, Tompa E, Saunders R (2023). A Sensibility Assessment of the Job Demands and Accommodation Planning Tool (JDAPT): A Tool to Help Workers with an Episodic Disability Plan Workplace Support. *J Occup Rehabil*. 33(1):145-159.
- Glasscock DJ, Carstensen O, Dalgaard VL (2018). Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample. *Int Arch Occup Environ Health*. 91(6):675-687.
- Halonen JI, Solovieva S, Virta LJ, Laaksonen M, Martimo KP, Hiljanen I, Lallukka T, Autti-Rämö I, Viikari-Juntura E (2018). Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence. *Scand J Public Health*.
- Hagedoorn M, van Yperen N, van der Vliet E, Buunk B (1999). Employees' reactions to problematic events: a circumplex structure of five categories of responses, and the role of job satisfaction. *J Organ Behav*. 20:309–21.
- Hayden JA, van Der Windt DA, Cartwright JL, Côté P, Bombardier C (2013). Assessing bias in studies of prognostic factors. *Ann Intern Med*. 2013; 158(4):280.
- Hiilamo A, Shiri R, Kouvonen A, Mänty M, Butterworth P, Pietiläinen O, Lahelma E, Rahkonen O, Lallukka T (2019). Common mental disorders and trajectories of work disability among midlife public sector employees – a 10-year follow-up study. *J Affect Disord*. 15:247:66.
- Hipes C, Lucas J, Phelan JC, White RC (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Soc Sci Res*. 56:16.
- Hoff A, Fisker J, Poulsen RM, Hjorthøj C, Rosenberg NK, Nordentoft M, Bojesen AB, Eplöv LF (2022). Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with stress-related disorders: results from a randomized trial. *Scand J Work Environ Health*. 1;48(5):361-371.
- Karlson B, Jönsson P, Österberg K (2014). Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. *BMC Public Health* 14, 821.
- Kivimäki M, Forma P, Wikström J, Halmeenmäki T, Pentti J, Elovainio M, Vahtera J (2004). Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10 town study. *J Epidemiol Community Health*. 58:710.
- Koopmans PC, Bültmann U, Roelen CA, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health*. 84:193.
- Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW (2008). Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector. *Occup Environ Med*. 65:494.
- Lagerveld SE, Bültmann U, Franche RL, van Dijk FJ, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, et al (2010). Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 20(3):275-92.
- Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB (2010). Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work Stress*. 24(4):359–375.
- Lahelma E, Pietiläinen O, Rahkonen O, Lallukka T (2015). Common mental disorders and cause-specific disability retirement. *Occup Environ Med*. 72:181.
- Lammerts L, Schaafsma FG, Eikelenboom M, Vermeulen SJ, van Mechelen W, Anema JR, Penninx BW (2016). Longitudinal Associations Between Biopsychosocial Factors and Sustainable Return to Work of Sick-Listed Workers with a Depressive or Anxiety Disorder. *J Occup Rehabil*. 26(1):70-9.
- Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F (2014). Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: a scoping review of published definitions. *J Occup Rehabil*. 24(2):242-67.
- Martin MH, Nielsen MB, Pedersen J, Rugulies R (2015). Stability of return to work after a coordinated and tailored intervention for sickness absence compensation beneficiaries with mental health problems: results of a two-year follow-up study. *Disabil Rehabil*. 37(22):2107.

- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, & the PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269.
- Mondloch M, Cole D, John F (2001). Does how you do depend on how you think you'll do? A systemic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes (vol 165, 174, 2001). *Canadian Medical Association Journal*. 165. 1303-1303.
- Moorman RH (1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perceptions influence employee citizenship? *J Appl Psychol*.76:845–55.
- Nielsen MB, Bültmann U, Madsen IE, Martin M, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R (2012). Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disability and Rehabilitation*, 34(15), 1311-1316.
- Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 3(12):CD006237.
- Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, Wang J (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med*.46(16):3263–74.
- Noordik E, van der Klink JJ, Geskus RB, de Boer MR, van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K (2013). Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*. 39(2): p. 144-54.
- Parsons V, Juszczak D, Gilworth G, Ntani G, McCrone P, Hatch S, Shannon R, Henderson M, Coggon D, Molokhia M, Smedley J, Griffiths A, Walker-Bone K, Madan I (2021). A case management occupational health model to facilitate earlier return to work of NHS staff with common mental health disorders: a feasibility study. *Health Technol Assess*. 25(12):1-94.
- Pedersen J, Bjørner JB, Burr H, Christensen KB (2012). Transitions between sickness absence, work, unemployment, and disability in Denmark 2004–2008. *Scand J Work Environ Health*. 38:516.
- Pedersen P, Sjøgaard HJ, Yde BF, Labriola M, Nohr EA, Jensen C (2014). Psychoeducation to facilitate return to work in individuals on sick leave and at risk of having a mental disorder: protocol of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 17(14):1288.
- Pedersen P, Sjøgaard HJ, Labriola M, Nohr EA, Jensen C (2015). Effectiveness of psychoeducation in reducing sickness absence and improving mental health in individuals at risk of having a mental disorder: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 8;15:763.
- Roelen CA, Koopmans PC, Anema JR, van der Beek AJ (2010). Recurrence of Medically Certified Sickness Absence According to Diagnosis: A Sickness Absence Register Study. *J Occup Rehabil*. 20(1):113-121.
- Salomonsson S, Hedman-Lagerlof E, Ost L-G (2018). Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychol Med*. 48:1954–1965.
- Sikora A, Schneider G, Wegewitz U, Bültmann U (2022). Employees Receiving Inpatient Treatment for Common Mental Disorders in Germany: Factors Associated with Time to First and Full Return to Work. *J Occup Rehabil*. 32(1):114-127.
- Sikora A, Schneider G, Stegmann R, Wegewitz U (2019). Returning to work after sickness absence due to common mental disorders: study design and baseline findings from an 18 months mixed methods follow-up study in Germany. *BMC Public Health*. 19(1):1653.
- Stengård, Johanna & Bernhard-Oettel, Claudia & Berntson, Erik & Leineweber, Constanze & Aronsson, Gunnar. (2016). Stuck in a job: being “locked-in” or at risk of becoming locked-in at the workplace and well-being over time. *Work & Stress*. 30. 1-21.
- Strindlund L, Ekberg K. Employees at the county council of Östergötland on long-term sick leave. Diagnoses, work conditions and needs for rehabilitation interventions. IHS, Linköping University, report 2004:1. (In Swedish).

- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A (1994). Work ability index. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- van Beurden KM, Joosen MCW, Terluin B, van Weeghel J, van der Klink JLL, Brouwers EPM (2018). Use of a mental health guideline by occupational physicians and associations with return to work in workers sick-listed due to common mental disorders: a retrospective cohort study. *Disabil Rehabil.* 40(22):2623-2631.
- van Beurden, K. M., Brouwers, E. P. M., Joosen, M. C. W., De Boer, M. R., Van Weeghel, J., Terluin, B., & Van Der Klink, J. J. L. (2017). Effectiveness of an intervention to enhance occupational physicians' guideline adherence on sickness absence duration in workers with common mental disorders: A cluster-randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(4), 559-567.
- van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 7;6:375-85.
- van Oostrom SH, Heymans MW, de Vet HC, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress (2010). *Occup Environ Med.* 67(9):603-10.
- van Rijn RM, Robroek SJ, Brouwer S, Burdorf A (2014). Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review. *Occup Environ Med.* 71(4):295
- Vemer P, Bouwmans CA, Zijlstra-Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Hakkaart-van Roijen L (2013). Let's get back to work: survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:1637-45.
- Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, Brouwers EP, Emons WH, van Lomwel AG, van der Feltz-Cornelis CM (2015). Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 13;17(5):e116.
- Waddell G (2006). Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull.* 77-78:55-69.
- Wan Mohd Yunus WMA, Musiat P, Brown JSL (2018). Systematic review of universal and targeted workplace interventions for depression. *Occup Environ Med.* 75:66–75.
- Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work--results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Health.* 37(3):186-95.
- World Health Organization (2011). *World Report on Disability: Summary, 2011.* Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2022). *World employment and social outlook - Trends 2022.* Geneva: International Labour Organization; 2022 (https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends2022/WCMS_834081/lang--en/index.htm, consulté le 23 février 2024)

Annexe 1 – Stratégie de recherche O1

Base de données CINAHL

S15	S11 AND S12 AND S13
S14	S11 AND S12 AND S13
S13	S5 OR S6 OR S7
S12	S8 OR S9 OR S10
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4
S10	AB absence OR absenteeism OR disability OR "off work" OR off-work OR sick OR "sick leave" OR sick-listed OR sickness OR "sickness absence" OR "work interruption" OR "work-related injur*" OR "work injur*" OR "occupational diseas*" OR "occupational injur*" OR "occupational health"
S9	TI absence OR absenteeism OR disability OR "off work" OR off-work OR sick OR "sick leave" OR sick-listed OR sickness OR "sickness absence" OR "work interruption" OR "work-related injur*" OR "work injur*" OR "occupational diseas*" OR "occupational injur*" OR "occupational health"
S8	(MH "Accidents, Occupational") OR (MH "Occupational-Related Injuries") OR (MH "Occupational Diseases") OR (MH "Sick Leave") OR (MH "Absenteeism")
S7	AB "back to work" OR "job maintenance" OR "job reentry" OR "job re-entry" OR "job retention" OR "labor force participation" OR presenteeism OR reemployment OR "resuming work" OR "return to work" OR return-to-work OR rtw OR "time at work" OR "vocational rehabilitation" OR "work re-entry" OR "work re-entry" OR "work reintegration" OR "work re-integration" OR "job reintegration" OR "job re-integration" OR "work resumption"
S6	TI "back to work" OR "job maintenance" OR "job reentry" OR "job re-entry" OR "job retention" OR "labor force participation" OR presenteeism OR reemployment OR "resuming work" OR "return to work" OR return-to-work OR rtw OR "time at work" OR "vocational rehabilitation" OR "work re-entry" OR "work re-entry" OR "work reintegration" OR "work re-integration" OR "job reintegration" OR "job re-integration" OR "work resumption"
S5	(MH "Job Re-Entry")
S4	AB "ankle injur*" OR "arm injur*" OR back OR "carpal tunnel syndrome" OR "cumulative trauma disorder*" OR "foot injur*" OR "hand injur*" OR "hip injur*" OR "knee injur*" OR "leg injur*" OR "lower extremit*" OR msk OR muscle OR musculoskeletal OR myalgia OR neck OR "shoulder pain" OR "shoulder injur*" OR sprain* OR strain* OR tend* OR "tension neck" OR "upper extremit*" OR "whiplash injur*" OR "work msk" OR "wrist injur*" OR "acute stress disorder*" OR "adjustment disorder*" OR agoraphobia OR anxiety OR "anxiety disorders" OR burnout OR "common mental disorder*" OR depression OR depressive OR dysthymia OR "emotional distress" OR "mental disorder*" OR "mental health" OR "mental illness" OR "mood disorder*" OR obsessive-compulsive OR panic OR phobia OR phobic OR "phobic disorders" OR "posttraumatic stress disorder" OR "premenstrual dysphoric disorder" OR ptsd OR "psychological distress" OR "psychological disturbance" OR "psychological health" OR "seasonal affective disorder" OR "seasonal depression" OR "selective mutism" OR "trauma-and stressor-related disorders" OR "winter blues"
S3	TI "ankle injur*" OR "arm injur*" OR back OR "carpal tunnel syndrome" OR "cumulative trauma disorder*" OR "foot injur*" OR "hand injur*" OR "hip injur*" OR "knee injur*" OR "leg injur*" OR "lower extremit*" OR msk OR muscle OR musculoskeletal OR myalgia OR neck OR "shoulder pain" OR "shoulder injur*" OR sprain* OR strain* OR tend* OR "tension neck" OR "upper extremit*" OR "whiplash injur*" OR "work msk" OR "wrist injur*" OR "acute stress disorder*" OR "adjustment disorder*" OR agoraphobia OR anxiety OR "anxiety disorders" OR burnout OR "common mental disorder*" OR depression OR depressive OR dysthymia OR "emotional distress" OR "mental disorder*" OR "mental health" OR "mental illness" OR

	"mood disorder*" OR obsessive-compulsive OR panic OR phobia OR phobic OR "phobic disorders" OR "posttraumatic stress disorder" OR "premenstrual dysphoric disorder" OR ptsd OR "psychological distress" OR "psychological disturbance" OR "psychological health" OR "seasonal affective disorder" OR "seasonal depression" OR "selective mutism" OR "trauma-and stressor-related disorders" OR "winter blues"
S2	(MH "Stress Disorders, Post-Traumatic") OR (MH "Anxiety Disorders+") OR (MH "Obsessive-Compulsive Disorder") OR (MH "Panic Disorder") OR (MH "Agoraphobia") OR (MH "Phobic Disorders+") OR (MH "Adjustment Disorders+") OR (MH "Anxiety") OR (MH "Depression") OR (MH "Burnout, Professional") OR (MH "Stress, Occupational") OR (MH "Mental Health") OR (MH "Affective Disorders+") OR (MH "Premenstrual Dysphoric Disorder") OR (MH "Seasonal Affective Disorder") OR (MH "Mutism")
S1	(MH "Ankle Injuries+") OR (MH "Arm Injuries+") OR (MH "Back") OR (MH "Back Injuries") OR (MH "Low Back Pain") OR (MH "Carpal Tunnel Syndrome") OR (MH "Cumulative Trauma Disorders+") OR (MH "Foot Injuries+") OR (MH "Hand Injuries+") OR (MH "Hip Injuries+") OR (MH "Knee Injuries+") OR (MH "Leg Injuries+") OR (MH "Lower Extremity+") OR (MH "Muscle, Skeletal+") OR (MH "Tendons+") OR (MH "Musculoskeletal System+") OR (MH "Muscle Pain") OR (MH "Neck") OR (MH "Neck Pain") OR (MH "Neck Injuries+") OR (MH "Whiplash Injuries") OR (MH "Shoulder Pain") OR (MH "Shoulder Injuries+") OR (MH "Sprains and Strains+") OR (MH "Tendon Injuries+") OR (MH "Upper Extremity+") OR (MH "Wrist Injuries+")

Base de données PsycINFO

1	exp ankle/
2	"arm (anatomy)"/
3	"back (anatomy)"/ or back pain/
4	exp "feet (anatomy)"/
5	exp "hand (anatomy)"/
6	hips/
7	knee/
8	exp "leg (anatomy)"/
9	muscles/
10	Musculoskeletal System/
11	"neck (anatomy)"/
12	"shoulder (anatomy)"/
13	exp tendons/
14	whiplash/
15	wrist/
16	acute stress disorder/
17	Adjustment Disorders/
18	agoraphobia/
19	Anxiety Disorders/ or Anxiety/
20	occupational stress/
21	affective disorders/ or seasonal affective disorder/ or premenstrual dysphoric disorder/
22	Dysthymic Disorder/
23	Mental Health/
24	Obsessive Compulsive Disorder/
25	panic disorder/ or panic/
26	exp phobias/

27	Posttraumatic Stress Disorder/
28	elective mutism/
29	emotional trauma/
30	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
31	("ankle injur*" or "arm injur*" or back or "carpal tunnel syndrome" or "cumulative trauma disorder*" or "foot injur*" or "hand injur*" or "hip injur*" or "knee injur*" or "leg injur*" or "lower extremit*" or msk or muscle or musculoskeletal or myalgia or neck or "shoulder pain" or "shoulder injur*" or sprain* or strain* or tend* or "tension neck" or "upper extremit*" or "whiplash injur*" or "work msk" or "wrist injur*" or "acute stress disorder*" or "adjustment disorder*" or agoraphobia or anxiety or "anxiety disorders" or burnout or "common mental disorder*" or depression or depressive or dysthymia or "emotional distress" or "mental disorder*" or "mental health" or "mental illness" or "mood disorder*" or obsessive-compulsive or panic or phobia or phobic or "phobic disorders" or "posttraumatic stress disorder" or "premenstrual dysphoric disorder" or ptsd or "psychological distress" or "psychological disturbance" or "psychological health" or "seasonal affective disorder" or "seasonal depression" or "selective mutism" or "trauma-and stressor-related disorders" or "winter blues").ab. or ("ankle injur*" or "arm injur*" or back or "carpal tunnel syndrome" or "cumulative trauma disorder*" or "foot injur*" or "hand injur*" or "hip injur*" or "knee injur*" or "leg injur*" or "lower extremit*" or msk or muscle or musculoskeletal or myalgia or neck or "shoulder pain" or "shoulder injur*" or sprain* or strain* or tend* or "tension neck" or "upper extremit*" or "whiplash injur*" or "work msk" or "wrist injur*" or "acute stress disorder*" or "adjustment disorder*" or agoraphobia or anxiety or "anxiety disorders" or burnout or "common mental disorder*" or depression or depressive or dysthymia or "emotional distress" or "mental disorder*" or "mental health" or "mental illness" or "mood disorder*" or obsessive-compulsive or panic or phobia or phobic or "phobic disorders" or "posttraumatic stress disorder" or "premenstrual dysphoric disorder" or ptsd or "psychological distress" or "psychological disturbance" or "psychological health" or "seasonal affective disorder" or "seasonal depression" or "selective mutism" or "trauma-and stressor-related disorders" or "winter blues").ti.
32	30 or 31
33	work related illnesses/
34	Employee Absenteeism/
35	Employee Leave Benefits/
36	(absence or absenteeism or disability or "off work" or off-work or sick or "sick leave" or sick-listed or sickness or "sickness absence" or "work interruption" or "work-related injur*" or "work injur*" or "occupational diseas*" or "occupational injur*" or "occupational health").ab. or (absence or absenteeism or disability or "off work" or off-work or sick or "sick leave" or sick-listed or sickness or "sickness absence" or "work interruption" or "work-related injur*" or "work injur*" or "occupational diseas*" or "occupational injur*" or "occupational health").ti.
37	33 or 34 or 35 or 36
38	reemployment/
39	("back to work" or "job maintenance" or "job reentry" or "job re-entry" or "job retention" or "labor force participation" or presenteeism or reemployment or "resuming work" or "return to work" or return-to-work or rtw or "time at work" or "vocational rehabilitation" or "work re-entry" or "work re-entry" or "work reintegration" or "work re-integration" or "job reintegration" or "job re-integration" or "work resumption").ab. or ("back to work" or "job maintenance" or "job reentry" or "job re-entry" or "job retention" or "labor force participation" or presenteeism or reemployment or "resuming work" or "return to work" or return-to-work or rtw or "time at work" or "vocational rehabilitation" or "work re-entry" or "work re-entry" or "work reintegration" or "work re-integration" or "job reintegration" or "job re-integration" or "work resumption").ti.

40	38 or 39
41	32 and 37 and 40

Base de données PubMed

```

(("back to work"[Title/Abstract] OR "job maintenance"[Title/Abstract] OR "job reentry"[Title/Abstract] OR "job
re-entry"[Title/Abstract] OR "job retention"[Title/Abstract] OR "labor force participation"[Title/Abstract] OR
presenteeism[Title/Abstract] OR reemployment[Title/Abstract] OR "resuming work"[Title/Abstract] OR "return
to work"[Title/Abstract] OR return-to-work[Title/Abstract] OR rtw[Title/Abstract] OR "time at
work"[Title/Abstract] OR "vocational rehabilitation"[Title/Abstract] OR "work re-entry"[Title/Abstract] OR
"work re-entry" [Title/Abstract] OR "work reintegration"[Title/Abstract] OR "work re-
integration"[Title/Abstract] OR "job reintegration"[Title/Abstract] OR "job re-integration"[Title/Abstract] OR
"work resumption"[Title/Abstract]) OR ("Return to Work"[Mesh])) AND ((absence[Title/Abstract] OR
absenteeism[Title/Abstract] OR disability[Title/Abstract] OR "off work"[Title/Abstract] OR off-
work[Title/Abstract] OR sick[Title/Abstract] OR "sick leave"[Title/Abstract] OR sick-listed[Title/Abstract] OR
sickness[Title/Abstract] OR "sickness absence"[Title/Abstract] OR "work interruption"[Title/Abstract] OR
"work-related injur*" [Title/Abstract] OR "work injur*" [Title/Abstract] OR "occupational diseas*" [Title/Abstract]
OR "occupational injur*" [Title/Abstract] OR "occupational health"[Title/Abstract]) OR (((("Sick Leave"[Mesh])
OR "Absenteeism"[Mesh]) OR "Occupational Injuries"[Mesh]) OR "Accidents, Occupational"[Mesh]) OR
"Occupational Diseases"[Mesh])) AND (((("ankle injur*" [Title/Abstract] OR "arm injur*" [Title/Abstract] OR
back[Title/Abstract] OR "carpal tunnel syndrome"[Title/Abstract] OR "cumulative trauma
disorder*" [Title/Abstract] OR "foot injur*" [Title/Abstract] OR "hand injur*" [Title/Abstract] OR "hip
injur*" [Title/Abstract] OR "knee injur*" [Title/Abstract] OR "leg injur*" [Title/Abstract] OR "lower
extremit*" [Title/Abstract] OR msk[Title/Abstract] OR muscle[Title/Abstract] OR musculoskeletal[Title/Abstract]
OR myalgia[Title/Abstract] OR neck[Title/Abstract] OR "shoulder pain"[Title/Abstract] OR "shoulder
injur*" [Title/Abstract] OR sprain* [Title/Abstract] OR strain* [Title/Abstract] OR tend* [Title/Abstract] OR
"tension neck"[Title/Abstract] OR "upper extremit*" [Title/Abstract] OR "whiplash injur*" [Title/Abstract] OR
"work msk"[Title/Abstract] OR "wrist injur*" [Title/Abstract] OR "acute stress disorder*" [Title/Abstract] OR
"adjustment disorder*" [Title/Abstract] OR agoraphobia[Title/Abstract] OR anxiety[Title/Abstract] OR "anxiety
disorders"[Title/Abstract] OR burnout[Title/Abstract] OR "common mental disorder*" [Title/Abstract] OR
depression[Title/Abstract] OR depressive[Title/Abstract] OR dysthymia[Title/Abstract] OR "emotional
distress"[Title/Abstract] OR "mental disorder*" [Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental
illness"[Title/Abstract] OR "mood disorder*" [Title/Abstract] OR obsessive-compulsive[Title/Abstract] OR
panic[Title/Abstract] OR phobia[Title/Abstract] OR phobic[Title/Abstract] OR "phobic disorders"[Title/Abstract]
OR "posttraumatic stress disorder"[Title/Abstract] OR "premenstrual dysphoric disorder"[Title/Abstract] OR
ptsd[Title/Abstract] OR "psychological distress"[Title/Abstract] OR "psychological disturbance"[Title/Abstract]
OR "psychological health"[Title/Abstract] OR "seasonal affective disorder"[Title/Abstract] OR "seasonal
depression"[Title/Abstract] OR "selective mutism"[Title/Abstract] OR "trauma-and stressor-related
disorders"[Title/Abstract] OR "winter blues"[Title/Abstract]) OR (((((((((((((((((((("Stress Disorders, Traumatic,
Acute"[Mesh]) OR "Adjustment Disorders"[Mesh]) OR "Agoraphobia"[Mesh]) OR "Anxiety"[Mesh]) OR "Anxiety
Disorders"[Mesh]) OR "Burnout, Psychological"[Mesh]) OR "Burnout, Professional"[Mesh]) OR
"Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) OR "Dysthymic Disorder"[Mesh]) OR "Psychological
Distress"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) OR "Mood Disorders"[Mesh]) OR "Obsessive-Compulsive
Disorder"[Mesh]) OR "Panic Disorder"[Mesh]) OR "Phobic Disorders"[Mesh]) OR "Stress Disorders, Post-
Traumatic"[Mesh]) OR "Premenstrual Dysphoric Disorder"[Mesh]) OR "Seasonal Affective Disorder"[Mesh]) OR
"Mutism"[Mesh]) OR "Trauma and Stressor Related Disorders"[Mesh])) OR (((((((((((((((((((("Ankle
Injuries"[Mesh]) OR "Arm Injuries"[Mesh]) OR "Low Back Pain"[Mesh]) OR "Carpal Tunnel Syndrome"[Mesh])
OR "Cumulative Trauma Disorders"[Mesh]) OR "Foot Injuries"[Mesh]) OR "Hand Injuries"[Mesh]) OR "Hip

```

Injuries"[Mesh]) OR "Knee Injuries"[Mesh]) OR "Leg Injuries"[Mesh]) OR "Lower Extremity"[Mesh]) OR "Muscle, Skeletal"[Mesh]) OR "Musculoskeletal Pain"[Mesh]) OR "Myalgia"[Mesh]) OR "Neck Pain"[Mesh]) OR "Shoulder Pain"[Mesh]) OR "Shoulder Injuries"[Mesh]) OR "Sprains and Strains"[Mesh]) OR "Tendon Injuries"[Mesh]) OR "Neck Injuries"[Mesh]) OR "Back Injuries"[Mesh]) OR "Upper Extremity"[Mesh]) OR "Whiplash Injuries"[Mesh]) OR "Wrist Injuries"[Mesh]))

Annexe 2 – Six domaines de biais de l'outil Quality In Prognosis Studies (QUIPS) sont utilisés pour évaluer la qualité des études, dont quatre (1, 4, 5 et 6) sont utilisés pour exclure les études.

Bias domains

1. Participation à l'étude (6 items) : L'échantillon de l'étude représente la population d'intérêt en ce qui concerne les caractéristiques clés, suffisamment pour limiter le biais potentiel sur les résultats.
 2. Attrition de l'étude (5 items) : La perte de suivi n'est pas liée aux caractéristiques clés (c'est-à-dire, les données de l'étude représentent adéquatement l'échantillon), suffisamment pour limiter le biais potentiel.
 3. Mesure du facteur pronostique (6 items) : Le facteur pronostique d'intérêt est adéquatement mesuré chez les participants de l'étude, suffisamment pour limiter le biais potentiel.
 4. Mesure du *outcome* (3 items) : Le résultat d'intérêt est adéquatement mesuré chez les participants de l'étude, suffisamment pour limiter le biais potentiel.
 5. Confusion de l'étude (7 items) : Les confusions potentielles importantes sont correctement prises en compte, limitant le biais potentiel par rapport au facteur pronostique d'intérêt.
 6. Analyse statistique et rapport (1 item) : L'analyse statistique est appropriée pour la conception de l'étude, limitant le potentiel de présentation de résultats invalides.
-

Annexe 3 – Résultats de niveau de preuve des facteurs pronostiques du retour au travail durable

Niveau de preuve			
Modéré	Limité	Inconsistant	Insuffisant
<i>Aménagements au travail</i> Pos.: 2 (Ekberg et al., 2015; Sikora et al., 2022)	<i>Attentes de (retour au travail)</i> Pos.: 1 (Ekberg et al., 2015)	<i>Attentes positives concernant le retour au travail</i> Pos.: 1 (Sikora et al., 2022); N.S.: 1 (Ekberg et al., 2015)	<i>Symptômes de dépression</i> N.S.: 3 (Ekberg et al., 2015; Vemer et al., 2013; Sikora et al., 2022)
	<i>Injustice organisationnelle</i> Pos.: 1 (Ekberg et al., 2015)	<i>Contrôle de l'emploi</i> Pos.: 1 (Vemer et al., 2013); N.S.: 1 (Lammerts et al., 2016)	<i>Comorbidité</i> N.S.: 1 (Vemer et al., 2013)
	<i>Auto-efficacité pour le retour au travail</i> Pos.: 1 (Sikora et al., 2022)	<i>Qualité de vie</i> Pos.: 1 (Vemer et al., 2013); N.S.: 1 (Ekberg et al., 2015)	<i>Conscienciosité</i> N.S.: 1 (Lammerts et al., 2016)
	<i>Soutien social du superviseur</i> Pos.: 1 (Sikora et al., 2022)	<i>Soutien social (superviseur et collègues ensemble)</i> Pos.: 1 (Vemer et al., 2013); N.S.: 1 (Sikora et al., 2022)	<i>Déséquilibre effort-récompense</i> N.S.: 1 (Ekberg et al., 2015)
	<i>Intentions de quitter l'emploi</i> Neg.: 1 (Ekberg et al., 2015)		<i>Extraversion</i> N.S.: 1 (Lammerts et al., 2016)
	<i>Aptitude au travail</i> Pos.: 1 (Ekberg et al., 2015)		<i>Santé générale</i> N.S.: 2 (Ekberg et al., 2015; Sikora et al., 2022)
			<i>Exigences du travail (mentales)</i> N.S.: 1 (Vemer et al., 2013)
			<i>Insécurité professionnelle</i> N.S.: 1 (Lammerts et al., 2016)
			<i>Style de vie (sommeil)</i> N.S.: 1 (Ekberg et al., 2015)
			<i>Santé mentale</i> N.S.: 1 (Ekberg et al., 2015)
			<i>Activités (handicap):</i> N.S.: 1 (Ekberg et al., 2015)

			<i>Exigences du travail (physique)</i> N.S.: 1 (Vemer et al., 2013)
			<i>Sentiment d'efficacité (général)</i> N.S.: 1 (Ekberg et al., 2015)
			<i>Soutien sociale (hors travail)</i> N.S.: 1 (Ekberg et al., 2015)
			<i>Engagement au travail</i> N.S.: 1 (Ekberg et al., 2015)

Pos : positif, soit statistiquement significatif; N.S. : statistiquement non-significatif

Annexe 4 – Stratégie pour évaluer les outils de mesure : L'évaluation globale (Excellent, Bon, Questionnable)

dépend du nombre de critères psychométriques (n = 6) et pratiques (n = 4) qui ont été évalués positivement.

	Nombre de critères remplis	Critères psychométriques		
		5-6 sur 6	3-4 sur 6	2 ou moins sur 6
Critères pratiques	4 sur 4	Excellent	Excellent	Douteux
	3 sur 4	Excellent	Bien	Douteux
	2 ou moins sur 4	Bien	Bien	Douteux

Annexe 5 – Stratégie de recherche O3

("employee" OR "employees" OR "employed" OR "employment" OR "work" OR "workplace" OR "work site" OR "worker" OR "workers")

AND

("Anxiety Disorders" OR "Anxiety Disorder" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "mental illnesses" OR "mental health" OR "CMD" OR "common mental disorders" OR "common mental disorder" OR "Anxiety" OR "anxious" OR "panic" OR "Phobia" OR "phobias" OR "Phobic" OR "Agoraphobia" OR "agoraphobias" OR "Obsessive-compulsive disorder" OR "obsessive-compulsive disorders" OR "OCD" OR "mood disorders" OR "mood disorder" OR "Affective disorder" OR "affective disorders" OR "depression" OR "background depression" OR "depressive" OR "depressive symptoms" OR "depressive symptom" OR "depressed" OR "dysthymia" OR "dysthymic" OR "Premenstrual Dysphoric Disorder" OR "winter blues" OR "stress" OR "stress-related" OR "stressor" OR "stressors" OR "stressor-related" OR "Posttraumatic" OR "PTSD" OR "Burnout" OR "Burn-out" OR "emotional distress" OR "psychological exhaustion" OR "emotional exhaustion" OR "bore-out" OR "brownout" OR "adjustment disorder" OR "distress" OR "distressed" OR "psychological disturbance" OR "psychological disturbances" OR "mutism")

AND

("absence management" OR "attendance management" OR "behavioural activation" OR "behavioral activation" OR "behavioral activation therapy" OR "behavioural activation therapy" OR "cognitive therapy" OR "evidence-based" OR "care protocols" OR "CBT" OR "Rework Programme" OR "interventions" OR "intervention" OR "group intervention" OR "healthy minds" OR "work-focused cognitive behavioural group therapy" OR "WF-CBGT" OR "group cognitive-behavioral intervention" OR "cognitive behavioral group therapy" OR "group cognitive-behavioural intervention" OR "cognitive behavioural group therapy" OR "group therapy" OR "therapies" OR "therapeutic" OR "therapist" OR "therapists" OR "psychiatrist" OR "psychologist" OR "clinician" OR "psychiatrists" OR "psychologists" OR "clinicians" OR "cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR "therapy" OR "psychotherapy" OR "cognitive behavioral" OR "cognitive-behavioral" OR "cognitive behavioural" OR "cognitive-behavioural" OR "coping" OR "coping strategy" OR "coping strategies" OR "interview" OR "interviews" OR "interviewing" OR "management" OR "eap" OR "employee assistance program" OR "assistance" OR "program" OR "programs" OR "programme" OR "programmes" OR "employer" OR "employers" OR "work accommodation" OR "work accommodations" OR "job accommodation" OR "job accommodations" OR "self-evaluation" OR "self-evaluations" OR "evaluation" OR "evaluations" OR "work capacity" OR "work capacities" OR "capability" OR "capabilities" OR "problem-solving" OR "graded" OR "graduated" OR "health provider" OR "training" OR "trainings" OR "professional" OR "professionals" OR "competence" OR "competences" OR "motivational" OR "motivation" OR "exercise" OR "problem-solving therapy" OR "psychosocial" OR "support system" OR "social support" OR "self-management" OR "support" OR "supervisor" OR "supervisors" OR "colleague" OR "colleagues" OR "co-worker" OR "co-workers" OR "coworker" OR "coworkers" OR "workplace" OR "supportive" OR "work load" OR "workload" OR "work-load" OR "reintegration" OR "re-integration" OR "work role" OR "work roles" OR "workrole" OR "workroles" OR "functioning" OR "work-focused" OR "workplace based" OR "workplace-based" OR "work-life balance" OR "module" OR "modules" OR "work productivity" OR "workability")

AND

("sustainable return to work" OR "sustainable RTW" OR "Sickness absence" OR "sickness absences" OR "sick leave" OR "sick leaves" OR "Work leave" OR "work leaves" OR "Work absence" OR "work absences" OR "Disability absence" OR "disability absences" OR "Disability leave" OR "Job-related" OR "Work-related" OR "disability leaves" OR "absenteeism" OR "Absence from work" OR "Return to work" OR "return-to-work" OR "Returning to work" OR "Returned to work" OR "RTW" OR "SRTW" OR "Back to work" OR "Back-to-work" OR "Stay at work" OR "Stay-at-work" OR "Staying at work" OR "Work tenure" OR "Work maintenance" OR "Work

retention" OR "Work re-entry" OR "Work reentry" OR "Work resumption" OR "Work re-integration" OR "Work reintegration" OR "tenure" OR "Work resumption" OR "Job retention" OR "Job re-entry" OR "Job reentry" OR "Job resumption" OR "Job reintegration" OR "worklessness" OR "job tenure" OR "job maintenance")

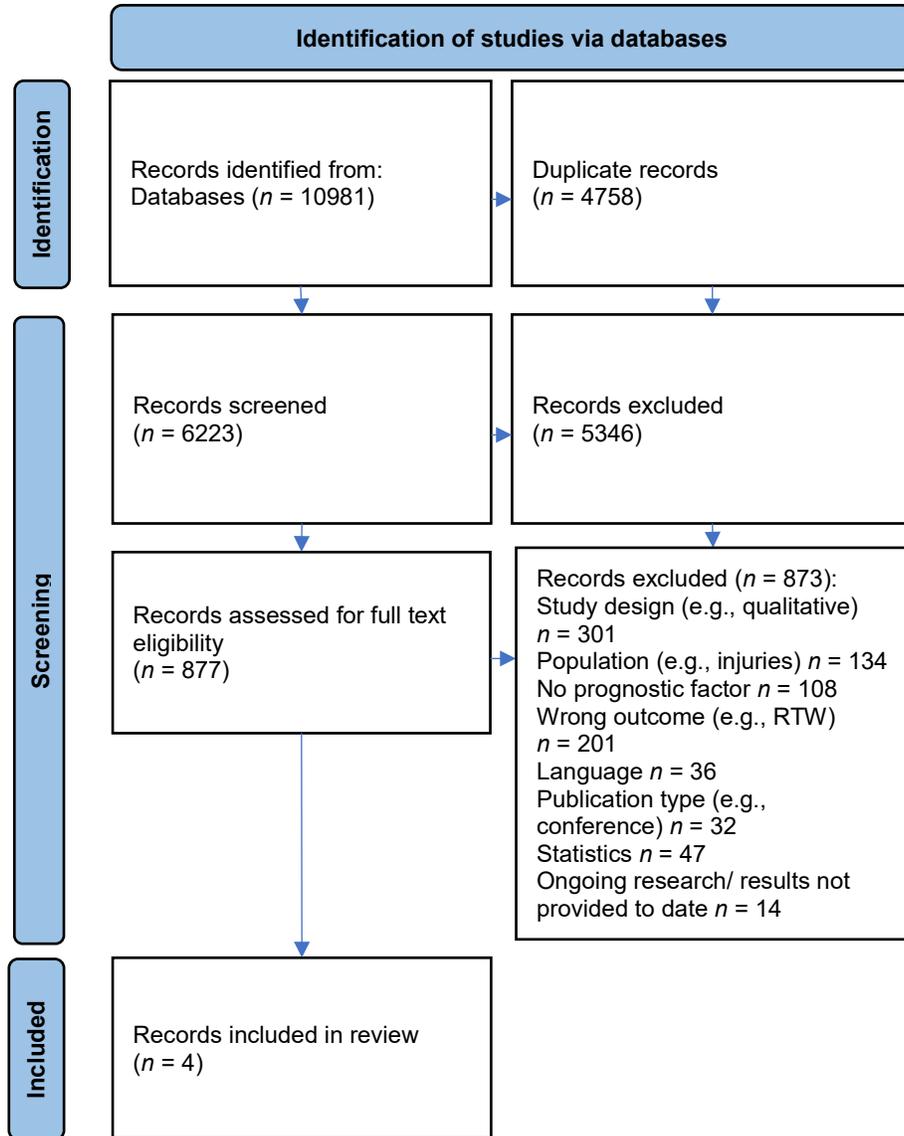
AND

("clinical trial" OR "cohort " OR "preliminary study" OR "evidence synthesis" OR "research" OR "experimental" OR "review" OR "meta-analysis" OR "mixed methods" OR "experiment" OR "trial" OR "randomization" OR "survey" OR "questionnaire" OR "questionnaires" OR "systematic review" OR "pilot study" OR "study" OR "preliminary" OR "action research" OR "metareview" OR "longitudinal" OR "prospective")

NOT

("musculoskeletal" OR "musculoskelet" OR "knee" OR "low back" OR "neck" OR "whiplash" OR "cancer" OR "urogenital" OR "shoulder" OR "infection" OR "ocular" OR "fracture" OR "ankle" OR "stroke" OR "surgery" OR "surgeries" OR "inflammatory" OR "bowel" OR "cardiovascular" OR "vascular" OR "concussion" OR "concussions" OR "serum" OR "diabetes" OR " pain " OR "migraine" OR "injury" OR "hypertension" OR "sclerosis" OR "cardiac" OR " limb " OR "arthritis" OR "breastfeeding" OR "maternity" OR "smear" OR "uterine" OR "uterus" OR "endometriosis" OR "pregnant" OR "pregnancy" OR "postpartum" OR "andropause" OR "menopause" OR "hepatitis" OR "HIV" OR "student" OR "students" OR "asthma" OR "allergic" OR "allergy" OR "osteoarthritis" OR "ligament" OR "tendon" OR "bone" OR "fibromyalgia" OR "hernia" OR "urticaria" OR " liver " OR "epilepsy" OR "hearing" OR "transplantation" OR "temperature" OR "alzheimer" OR "dementia" OR "myocardial" OR "coronary" OR "pneumonia" OR "dystrophy" OR "muscular" OR "bladder" OR "alopecia" OR "incontinence" OR "psychosis" OR "bipolar" OR "schizo affective" OR "schizophrenic" OR "psychotic" OR "lupus" OR "hypertension" OR "hypertensive" OR "parkinson" OR "nucleus" OR "psoriasis" OR "dermatitis" OR "retired" OR "retirement" OR "retiring" OR "adolescent" OR "adolescents" OR "substance" OR "alcohol" OR "drugs" OR "alcoholic" OR "alcoholics" OR "addict" OR "addicts" OR "addiction" OR "addictions" OR "tobacco")

Annexe 6 – Diagramme de flux O1



Annexe 7 – Aperçu des études incluses rapportant les prédicteurs du retour au travail durable.

Référence	Retour au travail durable	Suivi	Devis d'étude	Nombre de participants	Diagnostique	Description générale de la population
Ekberg et al., 2015	RT pour 4 semaines au cours des 3 derniers mois	3 et 12 mois	Observationnel	179 et 94	Les diagnostics inclus étaient la dépression, l'anxiété, le stress, l'épuisement professionnel et les "autres TMC"	Personnes en arrêt de travail avec des diagnostics de TMC
Lammerts et al., 2016	RT durable et non en arrêt maladie pendant plus de 14 jours au cours des 6 derniers mois	2 ans	Observationnel	171 et 215	Le diagnostic incluait des troubles dépressifs ou anxieux	Participants de la cohorte néerlandaise NESDA (Étude néerlandaise sur la dépression et l'anxiété)
Sikora et al., 2022	Temps de RT complet (durée à partir de la sortie clinique jusqu'à la phase de réintégration avec un retour au même nombre d'heures de travail qu'avant l'absence pour maladie et le maintien de ce statut pendant 28 jours).	18 mois	Intervention	269	Le diagnostic incluait les troubles dépressifs, les troubles dépressifs récurrents, l'agoraphobie avec trouble panique, le trouble panique, le trouble anxieux généralisé, le trouble anxieux mixte et dépressif, ou un trouble de l'adaptation	Les employés en arrêt maladie recevant un traitement de réadaptation psychiatrique ou médicale en hospitalisation pour des TMC.

Vemer et al., 2013	RT durable pendant au moins 4 semaines.	n.a.	Intervention	122	Patients atteints d'un trouble dépressif majeur	Les participants faisaient partie de l'Initiative néerlandaise sur la dépression visant à évaluer la rentabilité d'un traitement en soins collaboratifs chez les travailleurs en arrêt maladie pendant 4 et 12 semaines.
--------------------	---	------	--------------	-----	---	--

n.a. : non applicable ; TMC : troubles mentaux courants

Annexe 8 – Évaluation critique des outils de mesure pour les études atteignant au moins un niveau de preuve limité.

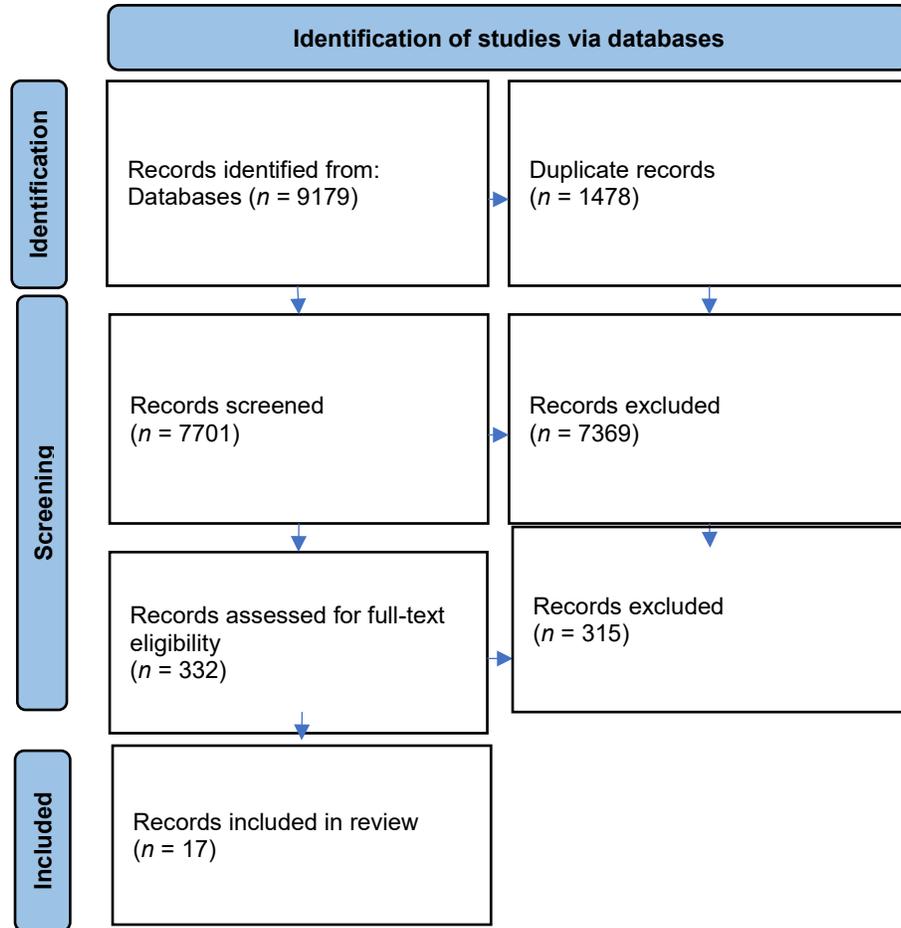
Facteur pronostique	Critères psychométriques						Critères pratiques				Classification†	
	1. Validité apparente	2. Validité de construit	3. Validité convergente	4. Cohérence interne	5. Fidélité Test-retest	6. Validité prédictive Score psychométrique (/6)	1. Temps de passation	2. Administration	3. Interprétation	4. Accessibilité		Score pratique (/4)
<i>Aménagements au travail</i>												
Outil 1 - Ajustements en milieu de travail pour le retour au travail, catégorisés en quatre indices (meilleur climat de travail, réduction des exigences en milieu de travail, changement de tâches ou de lieu de travail, réduction de la charge physique et outils ergonomiques), comprenant 22 items sur une échelle de 4 points (peu important à très important) moyennés pour former un indice. (Strindlund et Ekberg, 2004).	√					√ 2/6					0/4	D
Outil 2 - Les "dix besoins d'adaptation au travail les plus importants nécessaires pour le retour au travail"; outil auto-élaboré comprenant des réponses oui/non concernant le retour au travail progressif, la réduction de la charge de travail, le soutien individuel au retour au travail et le changement de lieu de travail. (Sikora et al., 2019)	√					√ 2/6	√	√	√	√	4/4	D
<i>Attentes concernant le RT</i>												
Outil 1 - Dans votre estimation, quelles sont les chances que vous travailliez dans six mois ? Cette question a été évaluée sur une échelle de 5 points, où 1 signifiait "une très grande chance" et 5	√					√ 2/6	√	√	√	√	4/4	D

signifiait "très peu de chance". Les scores ont été dichotomisés en attentes élevées et en attentes faibles (Ekberg et al., 2015).

<i>Injustice organisationnelle</i>												
Outil 1 – Questionnaire de Justice Interactionnelle de Moorman (Moorman et al., 1991) comprenant six items évalués sur une échelle de Likert à 5 points.	✓	✓		✓	✓	4/6	✓	✓	✓		3/4	B
<i>Sentiment d'auto-efficacité (RT)</i>												
Outil 1 - Questionnaire RTW-SE de Lagerveld et al. (2010); 11 items, échelle de Likert à 6 points, qui est ensuite dichotomisée en "faible confiance dans le retour au travail ($\leq 4,5$)" et "forte confiance dans le retour au travail ($> 4,5$)".	✓	✓	✓	✓	✓	6/6		✓	✓		2/4	B
<i>Soutien social (superviseur)</i>												
Outil 1 - Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ).	✓	✓	✓	✓	✓	6/6	✓	✓	✓	✓	4/4	E
<i>Intention de quitter l'emploi</i>												
Outil 1 - Échelle du questionnaire EVLN modifiée par Hagedoorn et al. (1999); six items évalués sur une échelle de Likert à 7 points	✓	✓		✓	✓	4/6	✓	✓	✓		3/4	B
<i>Capacité au travail</i>												
Outil 1 - Work ability index (WAI) (Tuomi et al. 1994), 7 items	✓	✓	✓	✓	✓	6/6	✓	✓		✓	3/4	E

†B : Bien; D : Douteux; E : Excellent

Annexe 9 – Diagramme de flux O3



Annexe 10 – Aperçu des études incluses dans la revue de la portée

Référence	Pays	Devis de l'étude	Population	Intervention	Personne intervenante	Mesure du RT durable	Résultats positifs	Résultats négatifs ou pas significatifs
Lammerts, Schaafsma et al., 2016	Pays-Bas	ECR	TMC En absence maladie depuis 2-14 semaines.	Programme participatif de soutien au RT : (1) attribution précoce à un coordonnateur de RT qui évaluera la situation, proposera des plans de solution, validera le plan de RT avec le professionnel de la santé au travail et énumérera les obstacles au RT; (2) action/concertation avec le professionnel de la santé au travail pour ajuster le plan, en impliquant le participant.	Coordonnateur de RT + professionnel de la santé au travail.	RT avec des gains équivalents pendant plus de 28 jours sans rechute.		Aucun des modèles n'a montré un effet significatif de l'allocation au groupe d'intervention par rapport au groupe témoin.
van Oostrom, van Mechelen, et al., 2010	Pays-Bas	ECR	Employés en détresse et en congé maladie de 2 à 8 semaines. Les participants ont été suivis pendant 12 mois.	L'intervention participative en milieu de travail consistait en un processus de communication étape par étape visant à identifier et résoudre les obstacles au RT. Trois réunions avec l'employé et/ou le superviseur et le coordonnateur du RT : 1) analyse des tâches + identification des	Coordonnateur du RT	RT dans le poste précédent ou dans un autre poste avec des gains équivalents, pendant au moins 4 semaines sans rechute.	L'intervention en milieu de travail a réduit significativement le temps jusqu'au RT durable pour les employés qui, au départ, avaient l'intention de retourner au travail malgré	Aucun effet sur le RT durable n'a été constaté pour l'intervention en milieu de travail par rapport aux soins habituels.

				<p>obstacles au RT; classification des obstacles par ordre de priorité en fonction de leur fréquence et de leur gravité perçue; 2) le superviseur et le coordonnateur identifient les obstacles du point de vue du superviseur; 3) l'employé, le superviseur et le coordonnateur discutent des solutions, classées par ordre de priorité en fonction de la faisabilité, de la capacité de résolution et de l'applicabilité à court terme de la solution suggérée. Enfin, formulation d'un plan de mise en œuvre des solutions suggérées, indiquant la personne responsable de la mise en œuvre, la manière dont la solution était planifiée et quand elle devait être mise en œuvre.</p>			<p>les symptômes. Les employés qui avaient l'intention de retourner au travail malgré les symptômes sont retournés au travail après 55 jours dans le groupe d'intervention en milieu de travail et 120 jours dans le groupe de soins habituels.</p>	
van Beurden, Brouwers et al., 2016	Pays-Bas	ECR	TMC	Intervention visant à améliorer l'adhésion des médecins du travail aux lignes directrices, en mettant l'accent sur	Médecins du travail formé	Nombre complet d'heures selon le contrat		Aucune différence significative n'a été observée dans le RT entre le groupe

				l'identification et la résolution des obstacles à la mise en œuvre des principales recommandations de ces lignes directrices.		pendant plus de 4 semaines.		d'intervention et le groupe témoin.
Pedersen et al., 2015	Pays-Bas	ECR	À risque de présenter un trouble mental (<i>score</i> de plus de 4 au SCL-8). En congé maladie depuis 4-8 semaines.	Psychoéducation sur le RT. La psychoéducation consistait en des sessions de 2 heures une fois par semaine pendant 6 semaines. Les sessions portaient sur le stress et la vie au travail et étaient basées sur des techniques de résolution de problèmes et des stratégies d'adaptation.	Infirmiers psychiatriques formés en psychoéducation	Ne pas recevoir d'indemnités de maladie pendant plus de 4 semaines		Offrir une psychoéducation n'a eu aucune influence sur la probabilité d'un retour complet au travail au cours des six premiers mois. Cependant, cela a entraîné un risque relatif plus élevé de ne pas retourner au travail après 3 mois.
Sikora et al, 2022	Allemagne	Étude de cohorte	TMC En absence maladie. Suivi à 6, 12, et 18 mois.	Réadaptation médicale (psychosomatique; l'objectif est de rétablir la capacité de travailler et de mener une vie normale tout en prévenant l'invalidité permanente au travail) vs traitement psychiatrique en hôpital.		Nombre complet d'heures selon le contrat pendant plus de 28 jours	Le temps nécessaire pour le RT complet était le plus court parmi les participants ayant suivi une réadaptation médicale et plus long chez les participants ayant suivi un traitement psychiatrique.	

van der Feltz-Cornelis et al., 2010	Pays-Bas	ECR	<p>TMC</p> <p>Arrêt maladie depuis au moins 6 semaines.</p> <p>Les participants ont été suivis à 3 mois et à 6 mois depuis l'inclusion dans l'étude.</p>	<p>Consultation psychiatrique visant au diagnostic et au traitement des TMC chez les employés en congé maladie, avec une attention particulière sur le RT</p> <p>1) Formation des médecins du travail dans le diagnostic et le traitement des employés atteints de troubles dépressifs, troubles anxieux ou troubles somatoformes (diagnostique + plans de traitement) ;</p> <p>2) Consultations psychiatriques de soutien visant à établir un diagnostic et un plan de traitement, y compris des suggestions pour le RT adaptées aux besoins spécifiques des patients en raison de leur trouble particulier (1 rencontre en personne avec le patient et lettre envoyé au médecin du travail) ;</p> <p>3) Formation des psychiatres consultants pour fournir non seulement un diagnostic</p>	Psychiatre + médecin du travail formé	Le temps jusqu'au RT durable est défini comme la période entre le début du congé maladie dû au trouble mental en question et RT complet, pendant au moins 4 semaines sans rechute partielle ou complète.	Le temps de RT était significativement plus court dans le groupe de consultation psychiatrique. Lors du suivi à trois mois, 58 % du groupe de consultation psychiatrique avaient un retour au travail complet, contre 44 % du groupe témoin, une constatation significative (P = 0,0093). L'analyse de survie a montré un RT 68 jours plus tôt après l'intervention dans le groupe de consultation psychiatrique (P = 0,078) par	Au suivi à six mois, il n'y avait aucune différence entre les groupes d'intervention et de contrôle en ce qui concerne la proportion de travailleurs ayant atteint le RT.
-------------------------------------	----------	-----	--	--	---------------------------------------	--	--	---

				et un plan de traitement, mais également des suggestions de stratégies réussies visant à améliorer le fonctionnement au travail compte tenu des limitations de leur trouble mental (suggestions pour le retour au travail adapté au trouble mental en question)			rapport aux soins habituels.	
Hoff, Poulsen, et al., 2021	Danemark	ECR	Dépression, trouble anxieux généralisé, phobie sociale, trouble panique. En absence maladie depuis plus de 4 semaines. Suivi à 6 et à 12 mois.	Intervention intégrée de soins de santé mentale et de réadaptation professionnelle visant à améliorer et accélérer le processus de RT des personnes en congé maladie en raison d'anxiété et de dépression. Dans cet essai randomisé à trois bras, les participants ont été assignés à 1) une intervention intégrée (INT, une intervention intégrant les meilleurs soins de santé mentale et la meilleure réadaptation professionnelle), 2) des soins de santé mentale améliorés (MHC, un		Nombre total d'heures de contrat pendant plus de 4 semaines sans congé maladie avec prestations.		Aucune différence en termes de RT en ce qui concerne la durée du congé maladie, que ce soit lors du suivi à 6 mois ou à 12 mois.

				groupe témoin dirigé par l'investigateur comprenant les meilleures pratiques en santé mentale et une réadaptation professionnelle standard) ou 3) aux services habituels (SAU, groupe témoin non dirigé par l'investigateur comprenant des soins de santé mentale standard et une réadaptation professionnelle standard).				
Hoff, Fisker, et al., 2022	Danemark	ECR	Stress, trouble de l'adaptation, épuisement. En absence maladie depuis plus de 4 semaines. Suivi à 6 et à 12 mois.	Intervention intégrée de soins de santé mentale et de réadaptation professionnelle visant à améliorer et accélérer le processus de RT des personnes en congé maladie en raison d'anxiété et de dépression. Dans cet essai randomisé à trois bras, les participants ont été assignés à 1) une intervention intégrée (INT, une intervention intégrant les meilleurs soins de santé mentale et la meilleure réadaptation		Nombre total d'heures de contrat pendant plus de 4 semaines sans congé maladie avec prestations.		Les interventions INT et MHC ont toutes deux réduit les taux de retour au travail par rapport à SAU.

				professionnelle), 2) des soins de santé mentale améliorés (MHC, un groupe témoin dirigé par l'investigateur comprenant les meilleures pratiques en santé mentale et une réadaptation professionnelle standard) ou 3) aux services habituels (SAU, groupe témoin non dirigé par l'investigateur comprenant des soins de santé mentale standard et une réadaptation professionnelle standard).				
Karlson et al., 2014	Suède	ECR	Épuisement professionnel En congé maladie (partiel ou total)	Intervention en milieu de travail. Le programme implique de répondre à plusieurs questionnaires, d'être examiné par une équipe multidisciplinaire, dont l'un des membres interviewait également le superviseur du patient, et enfin de participer à l'intervention impliquant un dialogue soutenu par l'équipe (la Réunion de Dialogue de Convergence) entre le		RT complet au cours des 6 derniers mois avant la fin de l'étude.	La présente étude a montré une évolution du RT significativement meilleure dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin pour la moitié la plus jeune du groupe lors de l'analyse de la période complète de la	À la fin de la période de suivi (semaine 130), 82,4% des participants du groupe d'intervention et 77,9% des participants du groupe témoin étaient de retour au travail, une différence qui n'était pas statistiquement significative.

				patient et son superviseur. Ce dialogue patient-superviseur concerne la manière d'atteindre une reprise du travail durable, y compris des accords sur les changements nécessaires dans les conditions de travail.			semaine 0 à la semaine 130. En revanche, dans la période de suivi prolongée seule (de la semaine 81 à la semaine 130), des schémas statiques ont été observés, indiquant une différence durable dans le RT entre les deux groupes plus jeunes, tandis que le RT était plus ou moins similaire dans les groupes plus âgés sur l'ensemble de la période de suivi.	
Glasscock et al., 2018	Danemark	ECR	Trouble d'adaptation ou réaction au stress. En absence maladie au	Intervention de gestion du stress combinant la TCC individuelle et une approche axée sur le lieu de travail. L'intervention comprend deux éléments : (1) 6	Psychologues formés et supervisés.	RT complet avec des revenus égaux pendant plus de 4 semaines		Aucune différence entre les groupes en termes de durée de congé maladie.

			moment du recrutement.	séances individuelles de TCC d'une heure maximum sur une période de 4 mois au maximum ; (2) l'offre de participation du psychologue à une réunion entre le patient et l'employeur visant à discuter de la manière dont le lieu de travail pourrait favoriser le retour au travail et réduire les niveaux de stress. Les séances individuelles se concentraient sur la manière dont le patient interprétait et faisait face aux situations stressantes. Des devoirs étaient donnés entre les séances.		sans rechute.		
Halonen et al., 2018	Finlande	Étude de cohorte	TMC et troubles lésions physiques. En congé maladie depuis au moins 30 jours. Suivi à 2 mois.	Modification législative adoptée en 2012 qui oblige les employeurs à signaler les absences prolongées pour maladie aux services de santé au travail.		Reprise complète du travail avec des tâches régulières pendant plus de 28 jours sans rechute.	Le RT durable était 4 % plus élevée et le temps moyen pour le RT durable était de 0,42 jours plus courts pour les participants post-intervention. Les	

							estimations étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes et chez ceux ayant des troubles mentaux par rapport à d'autres diagnostics.	
van Beurden et al., 2018	Pays-Bas	Étude de cohorte rétrospective	TMC Au moins une période d'absence pour maladie en raison de problèmes de santé mentale.	Le niveau d'adhésion à une ligne directrice conçue pour améliorer l'efficacité des interventions du médecin du travail. Le médecin du travail agit en tant que gestionnaire de cas en surveillant et évaluant le processus de récupération. Si la récupération stagne, le médecin du travail devait intervenir en agissant en tant que gestionnaire de cas, en utilisant des techniques cognitivo-comportementales pour renforcer la capacité de résolution de problèmes du travailleur, en fournissant au travailleur et à l'environnement de	Médecin du travail	Nombre total d'heures contractuelles pendant plus de 4 semaines sans rechute.		La conformité/adhésion aux directives n'était pas associée à un RT plus précoce ni à un RT complet plus précoce. Le nombre de travailleurs ayant atteint un RT complet, ainsi que le temps moyen et médian jusqu'au RT complet, étaient comparables entre les deux groupes.

				<p>travail des informations et des conseils sur le processus de récupération et de RT, en contactant le médecin généraliste lorsque les problèmes persistent ou s'aggravent, et en orientant le travailleur vers une intervention spécialisée si nécessaire. De plus, le médecin du travail devait conseiller l'environnement de travail (p. ex., superviseurs, gestionnaires, responsables des ressources humaines) sur la manière de soutenir le travailleur et favoriser le processus de récupération et de RT.</p>				
Bakker et al., 2007	Pays-Bas	ECR	<p>Problèmes de santé psychologique liés au stress.</p> <p>Arrêt maladie depuis moins de 3 mois.</p> <p>Les participants ont été suivis</p>	<p>Intervention MISS (<i>Minimal Intervention for Stress-related disorders with Sick leave</i>).</p> <p>Cette intervention vise à réduire les congés maladie et à prévenir la chronicité des symptômes.</p> <p>L'intervention impliquait de courtes sessions de</p>	Médecins généralistes formés	Durée du congé maladie pris jusqu'au RT complet (nombre total d'heures de contrat pendant > 4		Pas de preuve d'un bénéfice du programme de formation sur la durée des congés maladie pris.

			pendant 12 mois.	formation destinées aux praticiens de soins de santé primaires, au cours desquelles ces praticiens apprenaient à 1) diagnostiquer les problèmes liés au stress ; 2) à fournir des informations aux patients et à encourager leur rétablissement ainsi que leur retour actif au travail ; et 3) à prodiguer des conseils tout en surveillant la récupération des patients. Modalité d'intervention : 2 sessions de 3,5h et 2 sessions de <i>follow-up</i> de 2h chaque. Au total, 11 h d'intervention.		semaines sans rechute)		
Volker et al., 2015	Pays-Bas	ECR	Employés présentant des symptômes de TMC. En congé maladie entre 4-26 semaines. Les participants	Intervention ' <i>E-health module embedded in Collaborative Occupational health care</i> ' (ECO). L'intervention ECO comprends deux éléments : (1) le module de santé électronique Return@Work (en total, 5 modules : 1) psychoéducation, 2) un	Médecins du travail formés, psychiatre consultant (au besoin)	Nombre total d'heures contractuelles pendant plus de 4 semaines sans rechute.	La durée jusqu'au premier retour au travail différait significativement entre les groupes. La durée médiane était de 77,0 jours (IQR 29,0-152,3) dans le groupe	Aucune différence significative n'a été trouvée pour la durée jusqu'au RT complet (HR 1.370, 95% CI 0.951-1.974; B=.315, SE=0.186; P=.09).

			ont été suivis pendant 12 mois.	module visant les cognitions concernant le retour au travail tout en présentant des symptômes, basé sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale, 3) un module visant à accroître les compétences en résolution de problèmes avec des exercices de traitement de la résolution de problèmes, 4) un module pour la gestion de la douleur et de la fatigue, de même que pour la réactivation, et 5) un module de prévention des rechutes; au total, les modules comprenaient 16 sessions); et (2) un outil d'aide à la décision par courrier électronique pour le médecin du travail (conseils concernant les options de traitement et de référence basées sur la surveillance de la progression de l'employé pendant le traitement).			CAU et de 50,0 jours (IQR 20,8-99,0) dans le groupe ECO (Hazard Ratio [HR] 1,390, IC à 95 % 1,034-1,870, P = 0,03). Cette étude a montré un effet positif de l'intervention ECO sur la durée jusqu'au premier RT. En moyenne, les participants du groupe ECO sont retournés au travail (partiel ou complet) 27 jours plus tôt que les participants du groupe témoin recevant des soins habituels (CAU).	
Noordik et al., 2013	Pays-Bas	ECR	TMC	Intervention de RT basée sur l'exposition (RTW-E) : soins habituels +	Médecins du travail	RT complet avec des		Les travailleurs en congé maladie en raison de TMC (209

			En congé maladie de 2 à 8 semaines.	exposition en vivo progressive à des situations de travail plus exigeantes, structurées par une hiérarchie de tâches évoquant des niveaux croissants d'anxiété, de stress ou de colère. Le programme RTW-E propose aux travailleurs plusieurs devoirs à domicile visant à préparer, exécuter et évaluer un plan de RT basé sur l'exposition.		gains équivalents pendant plus de 28 jours sans rechute.		jours; 95% CI 62–256) traités avec RTW-E ont montré un temps prolongé jusqu'au RT complet par rapport à ceux traités avec des soins habituels (153 jours; 95% CI 128–178).
Dalgaard et al., 2017	Pays-Bas	ECR	<p>Trouble de l'adaptation ou réactions au stress sévère.</p> <p>En congé maladie depuis moins de 4 mois.</p>	<p>TCC axée sur le travail, combinée à une intervention en milieu de travail facultative.</p> <p>L'intervention consistait en six séances individuelles de TCC axées sur le travail d'une heure chacune, menées par un psychologue sur une période de 16 semaines. L'intervention visait à réduire les symptômes, renforcer les capacités d'adaptation et faciliter le RT. Cela comprenait : (i) l'identification des facteurs de stress liés au travail, (ii) la modification</p>	Psychologue formé	RT complet avec des gains équivalents pendant plus de 28 jours sans rechute.	Le groupe d'intervention est retourné au travail quatre semaines plus rapidement.	

				<p>des stratégies d'adaptation cognitives et comportementales, (iii) la psychoéducation sur le stress lié au travail, (iv) l'assignation de devoirs, et (v) l'assistance des participants dans la planification du RT. L'intervention offrait également une intervention mineure en milieu de travail, composée d'une ou deux réunions sur le lieu de travail avec le patient, le psychologue, un superviseur et/ou un représentant des ressources humaines. L'objectif était de traiter les facteurs de stress au travail et d'impliquer le lieu de travail. Les réunions abordaient les facteurs de stress actuels tels que la charge de travail élevée ou l'ambiguïté du rôle et fournissaient des suggestions d'ajustement.</p>				
Parsons et al., 2021	Royaume-Uni	Étude de cohorte	TMC En absence maladie	Modèle de gestion de cas en santé au travail.	Gestionnaires de cas formés	Nombre total d'heures contractue		Aucune preuve que les gestionnaires de cas ou les participants

			depuis 7 jours.	Intervention : plusieurs réunions avec un gestionnaire de soins pour identifier les obstacles au RT, enseigner des stratégies de résolution de problèmes, fournir des modules en ligne de TCC axés sur le travail, élaborer un plan écrit de retour au travail, optimiser le traitement clinique, rechercher des ajustements potentiels sur le milieu de travail, soutenir un RT progressif, faciliter les échanges soutenus entre le participant et le superviseur, orienter vers un médecin du travail (ou autre professionnel si nécessaire).		lles pendant plus de 4 semaines sans rechute.		estimaient nécessaire de convoquer des rencontres, et il n'y avait pas non plus de preuves que des visites sur le lieu de travail étaient nécessaires pour faciliter le RT.
--	--	--	-----------------	--	--	---	--	---

ECR : essai clinique randomisé; IQR : Interquartile range; RT : Retour au travail; TCC : Thérapie cognitivo-comportementale; TMC : troubles mentaux courants