

Retour au travail du personnel de sécurité publique à la suite d'une problématique de santé mentale : une revue systématique

Clémence Emeriau-Farges, Marc Dussault et Andrée-Ann Deschênes

Numéro 5, 2021

L'adaptation de l'humain au travail

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1087039ar>

DOI : <https://doi.org/10.1522/radm.no5.1410>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département des sciences économiques et administratives de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

ISSN

2369-6907 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Emeriau-Farges, C., Dussault, M. & Deschênes, A.-A. (2021). Retour au travail du personnel de sécurité publique à la suite d'une problématique de santé mentale : une revue systématique. *Ad machina*, (5), 84–106.
<https://doi.org/10.1522/radm.no5.1410>

Résumé de l'article

Le milieu de travail est un déterminant essentiel de la santé de ses acteurs (p.ex., troubles musculosquelettiques, dépression, stress, épuisement professionnel). Le personnel de sécurité publique, par son rôle et sa proximité avec le public, est plus à risque d'être touché par des problématiques de santé mentale. La présente revue systématique aborde la question de l'effectivité des procédures organisationnelles de retour au travail du personnel de sécurité publique, à la suite d'une absence pour une problématique de santé mentale. Afin d'y répondre, une recherche exhaustive a répertorié l'ensemble des études présentes dans la littérature scientifique de 1990 à 2019. Trois études ont été retenues selon les critères d'inclusion et l'évaluation de leur qualité. Les procédures efficaces recensées démontrent la priorité de la communication et de l'inclusion de tous les acteurs d'une organisation dans le processus de retour au travail durable; l'enjeu du suivi exemplaire de la procédure établie en amont, par les membres de l'organisation, tels les médecins du travail ou les gestionnaires; et enfin, l'impact d'une meilleure confiance et connaissance de son rôle et des problématiques de santé mentale, sur l'efficacité du gestionnaire ou du médecin du travail, dans la procédure de retour au travail. La principale conclusion de cette revue systématique est que les procédures actuelles ont un effet significatif limité sur le retour au travail durable des travailleurs de ces milieux. Des constats et des recommandations sont avancés.

Titre : Retour au travail du personnel de sécurité publique à la suite d'une problématique de santé mentale : une revue systématique

Rubrique : Article de recherche

Auteur(s)

- 1 : Clémence Emeriau-Farges
- 2 : Marc Dussault
- 3 : Andrée-Ann Deschênes

Citation : Emeriau-Farges, C., Dussault, M. et Deschênes, A.-A. (2021). Retour au travail du personnel de sécurité publique à la suite d'une problématique de santé mentale : une revue systématique. *Ad Machina*, 5(1). <https://doi.org/10.1522/radm.no5.1410>

Affiliation des auteurs

- | | | |
|------------------|---------------------------------------|--|
| 1 : Université : | Université du Québec à Trois-Rivières | Courriel : clemence.emeriau-farges@uqtr.ca |
| 2 : Université : | Université du Québec à Trois-Rivières | Courriel : marc.dussault@uqtr.ca |
| 3 : Université : | Université du Québec à Trois-Rivières | Courriel : andree-ann.deschenes@uqtr.ca |

Remerciements

Déclaration des conflits d'intérêts

- Aucun conflit d'intérêts à déclarer
 Conflit d'intérêts à déclarer (veuillez détailler)

Détails :

Résumé (250 mots)

Le milieu de travail est un déterminant essentiel de la santé de ses acteurs (p.ex., troubles musculosquelettiques, dépression, stress, épuisement professionnel). Le personnel de sécurité publique, par son rôle et sa proximité avec le public, est plus à risque d'être touché par des problématiques de santé mentale. La présente revue systématique aborde la question de l'effectivité des procédures organisationnelles de retour au travail du personnel de sécurité publique, à la suite d'une absence pour une problématique de santé mentale. Afin d'y répondre, une recherche exhaustive a répertorié l'ensemble des études présentes dans la littérature scientifique de 1990 à 2019. Trois études ont été retenues selon les critères d'inclusion et l'évaluation de leur qualité. Les procédures efficaces recensées démontrent la priorité de la communication et de l'inclusion de tous les acteurs d'une organisation dans le processus de retour au travail durable; l'enjeu du suivi exemplaire de la procédure établie en amont, par les membres de l'organisation, tels les médecins du travail ou les gestionnaires; et enfin, l'impact d'une meilleure confiance et connaissance de son rôle et des problématiques de santé mentale, sur l'efficacité du gestionnaire ou du médecin du travail, dans la procédure de retour au travail. La principale conclusion de cette revue systématique est que les procédures actuelles ont un effet significatif limité sur le retour au travail durable des travailleurs de ces milieux. Des constats et des recommandations sont avancés.

Abstract

The workplace is a key determining factor in personnel health issues (e.g., musculoskeletal problems, depression, stress, burnout). Because of their duties, public safety personnel have an increased risk of developing mental health problems compared to the general working population. The following systematic review addresses the issue of the effectiveness of organizational procedures for public safety personnel resuming work, following an absence due to a mental health problem. An exhaustive search was conducted to gather the studies in the scientific literature from 1990 to 2019. Three studies were selected based on inclusion criteria and quality assessment. The effective procedures found indicate the following: 1) communication and inclusion is a priority for all the personnel in an organization in the long-term work resumption process; 2) the importance of exemplary follow-up of the procedure established upstream, by members of the organization such as occupational physicians or managers; 3) the impact of better trust; and 4) the impact of knowledge of mental health issues and of one's role on the effectiveness of the manager or occupational physician in the work resumption process. The main conclusion of this systematic review is that current procedures have a limited significant effect on worker long-term work resumption in these workplaces. Findings and recommendations are given.

Mots clés

Retour au travail, procédures organisationnelles, santé mentale, personnel de sécurité publique

Droits d'auteur

Ce document est en libre accès, ce qui signifie que le lectorat a accès gratuitement à son contenu. Toutefois, cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la licence [Creative Commons Attribution \(CC BY NC\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).



Retour au travail du personnel de sécurité publique à la suite d'une problématique de santé mentale : une revue systématique

Clémence Emeriau-Farges
Marc Dussault
Andrée-Ann Deschênes

Introduction

Bien que le nombre global d'accidents du travail ait diminué dans les dernières années, dans la plupart des pays industrialisés (Black, 2008; Cullen et al., 2018; Waddell et Burton, 2006), aucune amélioration équivalente des taux de retour au travail réussi, c'est-à-dire de pourcentage de retour au travail pour une durée d'invalidité précise, n'a été observée pendant la même période (Safe Work Australia, 2016). Le nombre d'accidents avec arrêt de travail acceptés pour indemnisation répertoriés sous le terme de « trouble ou syndrome mental » entre 2015 et 2017 a augmenté au Canada et au Québec (ACATC, 2017).

Les employeurs, les assureurs et les travailleurs manifestent un intérêt croissant pour les procédures menées dans le cadre du retour au travail après une problématique de santé (Franche, 2005). Le terme procédure renvoie à l'ensemble des processus et stratégies mis en place dans le cadre de programmes organisationnels ou gouvernementaux de retour au travail. La gestion de l'ininvalidité étant de plus en plus intégrée dans les mandats des organisations, l'accent est mis sur les procédures de retour au travail au sein même des milieux de travail. Jusqu'à présent, les revues systématiques sur le retour au travail ont été largement axées sur l'efficacité de multiples procédures de retour au travail (Cullen et al., 2018; Furlan et al., 2012; Krause et al., 1998; Loisel et al., 2005), sans considération des particularités organisationnelles des métiers exercés.

Les personnels de sécurité publique, soit le personnel des services de police, frontaliers, correctionnels, répartitions, ambulanciers et de sécurité incendie, sont plus à risque d'être touchés par des problématiques telles que la détresse psychologique, le stress et les syndromes post-traumatiques (De Soir et al., 2012; Gersons et Carlier, 1992, 1994; Lilly et Allen, 2015). Ces professionnels exercent des activités physiquement exigeantes et très stressantes (Jones, 2017; Robinson et al., 1997). Ils sont censés être en bonne forme physique, travailler dans des environnements imprévisibles et dangereux et doivent parfois risquer leur sécurité pour sauver la vie de civils (LaTourrette et al., 2008; Reichard et Jackson, 2010). En raison de leurs fonctions, ils ont un risque accru de développer des lésions musculosquelettiques ou des problèmes de santé mentale par rapport à la population active en général (Carleton et al., 2018; Jahnke et al., 2012; Jones, 2017; Killip, 2018; Reichard et Jackson, 2010). Leur travail est complexe considérant la gestion de l'inattendu, du soudain, de l'incontrôlable et de l'imprévisible, de multiples facteurs avec lesquels ils doivent composer. Par ailleurs, en plus de ces facteurs opérationnels, ils composent avec des particularités organisationnelles telles qu'une hiérarchie de type paramilitaire, un horaire de travail irrégulier voire le négativisme du public et celui des médias pour les policiers, par exemple (De Soir et al., 2012). Kleim et Westphal (2011) expliquent que lorsqu'ils vivent de la détresse psychologique liée au travail, des coûts personnels et publics importants peuvent en résulter, dont des répercussions négatives sur les services offerts à la population. Ces populations sont exposées à des traumatismes dans l'exercice de leurs fonctions qui peuvent provoquer des effets secondaires physiques et psychologiques dont l'hypervigilance, les réflexes de sursaut exagérés, les sautes d'humeur, l'irritabilité, l'anxiété ou les troubles du sommeil (Rosine, 1992). Plus encore, les organisations de sécurité publique perdent chaque année des sommes importantes, reliées aux absences. Considérant que les facteurs de stress organisationnels sont encore plus influents sur

l'état de détresse psychologique que les événements rencontrés dans le cadre des opérations (Marmar et al. 2006), ces organisations se doivent d'être les acteurs principaux à la réussite du retour au travail de leurs personnels à la suite d'une absence pour des raisons de santé mentale.

Selon Cancelliere et ses collègues (2016), le processus de retour au travail est complexe et implique une interaction de nombreux facteurs en plus de l'état de santé et de l'efficacité des procédures de retour au travail mises en place. Alavi et Oxley (2013) affirment que, lorsque la recherche se concentre davantage sur les facteurs associés au retour au travail durable, l'efficacité des programmes de retour au travail sera encore améliorée. Cancelliere et ses collègues (2016) ont fait ressortir le rôle primordial des relations personnelles et sociales des employés sur le lieu de travail dans la compréhension du retour au travail. Gallagher et ses collègues (1989) ont suggéré que des résultats durables en matière de retour au travail pourraient être obtenus grâce à des données telles que la durée des absences pour maladie et des facteurs psychosociaux tels que le soutien social et le comportement face à la maladie. Des études ont mis en lumière l'importance des conditions de retour au travail après une problématique de santé, sur le fonctionnement des organisations (Brouwer et al., 2010; Hoefsmit et al., 2016; Kelly, 2012). D'autre part, les programmes de retour au travail répertoriés dans la littérature sont multiples et variés bien qu'axés majoritairement sur les traitements psychologiques proposés durant l'absence (Nieuwenhuijsen et al., 2003; van der Klink et al., 2003; van Oostrom et al., 2009; Wald et Taylor, 2009).

Le retour au travail est généralement utilisé comme une mesure du taux de personnes souffrant d'une maladie ou d'une blessure se remettant d'une incapacité à travailler, associée à la reprise d'une activité productive ou à une évaluation des effets subséquents d'une intervention spécifique (Nastasia et al., 2017). Toutefois, il est de plus en plus conceptualisé à travers un processus intégrant plusieurs facteurs de la réinsertion au travail, post ou préretour physique au travail (Loisel et al., 2005; Pransky et al., 2004, dans Nastasia et al., 2017; Young et al., 2005). À l'instar des phases identifiées par Tjulien et ses collègues (2010), le retour au travail est ainsi considéré comme un processus composé de phases distinctes dans le temps, soit l'arrêt de travail, le retour au travail et la durabilité postretour au travail, qui correspond au maintien en emploi en santé du travailleur, dans la même organisation, sur le même poste qu'il avait avant l'absence ou un autre, avec un lien d'emploi à temps plein ou à temps partiel et pour une période d'au moins six mois après le début du retour au travail (Etuknwa et al., 2019; Negrini et al., 2020). Etuknwa et ses collègues (2019) ont intégré la notion de durabilité dans leur évaluation des impacts des facteurs personnels et sociaux sur le retour au travail des personnes souffrant soit de troubles musculosquelettiques (TMS), soit de troubles mentaux courants (TMC). Selon les études, le retour au travail durable est défini et mesuré différemment selon plusieurs facteurs, dont la différence entre les TMC et les TMS (Demou et al., 2018).

Actuellement, un consensus parmi les chercheurs avance que des procédures formelles de retour au travail mises en place dans les organisations sont primordiales en prévention de l'incapacité prolongée (Nastasia et al., 2017). Les études sur les processus de retour au travail considèrent les contextes physiques et psychologiques spécifiques du milieu de travail lors de la reprise d'activités de la personne, notamment à travers certaines dimensions du climat de travail (soutien social du gestionnaire et des collègues; demande et autonomie, liées à la charge de travail; relations interpersonnelles avec les membres de l'organisation) (Gragnano et al., 2018; Negrini et al., 2020). D'autre part, étant donné que les mesures de la durée de l'incapacité et les résultats du retour au travail remplissent en principe plusieurs fonctions, il devient important d'indiquer clairement la fonction des mesures des résultats, par exemple, d'identifier une période stable de retour après un congé de maladie sans rechute (Krause et al., 2001). Pour Jensen et ses collègues (2012), le retour au travail durable pour les personnes atteintes de TMS est défini comme la première période de quatre semaines consécutives sans bénéficier de prestations liées à la santé. En revanche, Lammerts et ses collègues (2016) opérationnalisent le retour au travail durable des travailleurs éprouvant des troubles dépressifs ou anxieux sur une période de six mois où la personne n'a pas été inscrite sur la liste des personnes souffrant de maladie de longue durée (plus de 14 jours). Cependant, Hoefsmit et ses



collaborateurs (2016) ont enquêté sur les résultats du retour au travail pour les employés ayant des problèmes de santé de tout ordre et ont défini le retour au travail durable comme le travail pendant quatre semaines sans rechute en congé de maladie partiel ou complet, sans distinction du type d'absence. Cette différence entre les définitions du retour au travail durable vient complexifier la mesure de cette variable.

Actuellement, le retour au travail du personnel de sécurité publique est peu documenté dans la littérature. Dans le milieu policier, il s'accompagne dans les premiers temps de l'absence de port d'arme et de carte d'accès au lieu de travail, du changement du rôle au sein de l'équipe, d'un travail plus orienté vers l'administratif et sur des tâches plus simples à réaliser d'un point de vue émotionnel (Galland, 2018). Ainsi, en plus d'être désarmé, un policier de retour au travail ne revient pas à ses pleines fonctions comparativement à la plupart des corps de métier (Galland, 2018). Considérant la portée du rôle du personnel de sécurité publique pour la société et les effets bénéfiques d'une saine santé mentale au travail, il est important de s'interroger sur quelles sont les procédures organisationnelles propres à leur retour au travail, à la suite d'une absence pour des raisons de santé mentale. À notre connaissance, il n'existe à ce jour aucune métaanalyse ou revue systématique portant sur les procédures organisationnelles de retour au travail durable des travailleurs de sécurité publique. À la lumière de cet intérêt sociétal et de la nécessité d'une revue exhaustive des études sur le sujet, la présente recherche propose une revue systématique de la littérature scientifique internationale publiée depuis 1990 dans ce domaine. La présente étude est axée sur les procédures organisationnelles de retour au travail, à travers l'examen d'études quantitatives, d'études qualitatives et de revues systématiques. Elle comprend également les procédures des prestataires de soins de santé si elles 1) étaient engagées par le lieu de travail et 2) étaient fournies par des prestataires de soins de santé intégrés au lieu de travail, tels que des médecins du travail, basés sur le lieu de travail.

L'objectif de la présente revue systématique est de synthétiser la littérature sur les procédures organisationnelles de retour au travail du personnel de sécurité publique, à la suite d'une absence causée par une problématique de santé mentale. Cela permettra de recenser les preuves sur les résultats des processus et stratégies de retour au travail mis en place pour cette population. Enfin, elle aidera à comprendre quels facteurs peuvent inciter ou entraver un retour au travail durable, comme énoncé par Etuknwa et al. (2019) et offrira des pistes pour de futures recherches dans ce champ d'études.

1. Méthodologie

La revue systématique a été menée conformément aux directives PRISMA (Shamseer et al., 2015). Afin de réaliser l'objectif de cette étude, cinq principales étapes ont été suivies selon Lavis et al. (2005) : (1) formulation de la question de recherche ; (2) précision des critères d'éligibilité ; (3) identification des études pertinentes ; (4) évaluation et sélection des études ; (5) interprétation et synthèse des résultats.

Afin de répondre exhaustivement à la question de recherche soit *quels sont les processus de retour au travail durable pour le personnel des milieux d'urgence à la suite d'une absence causée par une problématique de santé mentale*, celle-ci a été formulée selon les critères PICOS (Centre for Review and Dissemination, 2009). Ces critères englobent cinq composants : la population (les travailleurs des milieux de sécurité publique); l'intervention (les procédures de retour au travail); la comparaison (les groupes contrôles); le résultat ou *outcome* (le retour au travail durable); le type d'étude (le devis). Cette stratégie de recherche est réputée impartiale, reproductible et permet de localiser rapidement et avec précision la meilleure littérature scientifique disponible et pertinente qui correspond au cadre de la revue et répond à la question de recherche. Les procédures ont été examinées en fonction des preuves relatives à leurs effets sur la durée de l'absence du travail et la qualité de la vie générale. Certaines études ont évalué les conséquences ou les coûts associés aux procédures et ces évaluations économiques ont été prises en compte.

1.1 Recherche de la littérature

Les critères d'inclusions comprennent : les études sur le personnel de sécurité publique, les absences causées par une problématique de santé mentale, l'effet des procédures sur la durabilité du retour au travail et la comparaison à des groupes contrôles. Ces groupes contrôles suivent la procédure habituelle pour un retour au travail après une absence causée par une problématique de santé mentale. Les articles retenus doivent être publiés entre 1990 et 2019, afin de se focaliser sur un corpus récent tenant compte des avancées sur le plan des procédures organisationnelles; en français ou en anglais et menées dans les territoires ayant des contextes comparables soit l'Amérique du Nord, l'Union européenne, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Asie de l'Est. Pour ce qui est des critères d'exclusion, à l'instar d'autres études (Boiral, 2012), les documents non publiés dans les revues scientifiques et la littérature grise ont été exclus dont les thèses et mémoires, les rapports de recherche et les articles dans les journaux.

Sur cette base, les termes de recherche ont été développés et une recherche exhaustive des bases de données électroniques pertinentes a été réalisée, y compris des recherches publiées dans les listes de références d'études primaires et de revues. Le tableau 1 indique les termes de recherche adoptés lors de la recherche. La recherche a été effectuée entre janvier et juin 2019 sur 13 bases de données : Bibliothèque Cochrane, EBOSCO Host, Medline, Socindex, Psych INFO, Social Work Abstracts, PubMed, Scopus, ScienceDirect, Web of Science, BASE, Open Grey et PsycExtra, ainsi que les sites Web gouvernementaux liés à la sécurité publique. Les données suivantes ont été codifiées : type de devis (études primaires et études de synthèse); année de publication; territoires ou pays; caractéristiques des participants; type de mesure du retour au travail; et présence de mesures pré et postintervention.

Tableau 1
Mots-clés utilisés

| | Population | Intervention | Comparaison | Résultat | Type d'étude |
|-----------|--|---|---|--|---|
| Mots-clés | <ul style="list-style-type: none"> • Public Safety Personnel Emergency Workplace* • Firefighter* • Firem* • First responder* • Respondent* 911 • First aid* • Polic* • Policewom* • Police officer* • Law Enforcement Officers • Health | <ul style="list-style-type: none"> • Intervention • Job modification • Rehab* • Supported employment • Work adjustment • Occupation* adjustment • Workplace intervention • Modified work • Occupational intervention • Organizational climate | <ul style="list-style-type: none"> • Control group | <ul style="list-style-type: none"> • Job Re-Entry • Reemployment • Return to Work • Back to Work • Rehabilitation • Return to employment • Job stabilization • Return to job stabilization • Workability • Sick leave • Mental health • Psychological health | <ul style="list-style-type: none"> • Randomi* controlled trial* • Intervention* • Cohort • Experimental • Randomi* • Trial* • Quasi-experiment • Systematic review • Evidence synthesis • Observational • Qualitative • Survey • Mixed • Quantitative |

1.2 Identification des études

Trois étapes ont permis d'identifier les études pertinentes (Zaugg et al., 2014). Après l'élimination des doublons, une présélection du titre a été réalisée pour extraire les documents rapportant spécifiquement les résultats des procédures organisationnelles pour le retour au travail des personnels de sécurité publique. À ce stade, si l'étude indiquait les résultats pour d'autres populations, l'article était exclu. Les articles identifiés ont ensuite été triés selon le résumé afin de sélectionner les études susceptibles d'être incluses dans la recension. Au cours de la troisième étape, la qualité et la pertinence du texte intégral des documents par rapport à la question de recherche ont été évaluées. La sélection des études, l'évaluation de la qualité et l'extraction des données ont été effectuées par les trois auteurs de façon indépendante puis réunies pour parvenir à un consensus. Lorsqu'une étude ne remplissait pas les critères d'inclusion, le document était exclu. Toutes les études extraites ont été examinées de manière indépendante et ont été vérifiées afin de garantir la fiabilité et la transparence du processus de sélection, la cohérence de l'interprétation et l'éligibilité des études incluses dans l'analyse finale. Les listes de références des publications identifiées ont été systématiquement examinées, dans le but de répertorier d'autres études pertinentes.

1.3 Évaluation de la qualité des études et sélection

Une grille valide et correspondante aux particularités de chaque devis des études recensées a été utilisée pour l'évaluation de la qualité méthodologique des études. Les chercheurs ont examiné les évaluations de la qualité afin de garantir la cohérence dans l'interprétation des critères d'évaluation de la qualité. La grille choisie pour l'évaluation de la qualité des études randomisées contrôlées (ECR) est celle du CHU de Québec (2015) (tableau 2). Un score minimal de 70 % d'éléments satisfaisants (réponse « oui ») a été établi comme limite d'acceptation dans la sélection des études. Le second outil utilisé pour évaluer le risque de biais séparément est la grille d'évaluation Cochrane (Higgins et Green, 2011) (tableau 3). Pour obtenir une évaluation satisfaisante, il a été déterminé que les études devaient présenter le plus faible risque de biais possible, une adéquation entre les objectifs et les résultats a priori, l'absence de conflits d'intérêts et des résultats présentés avec au moins moyenne et écarts-types.

Tableau 2
Évaluation du risque de la qualité des ECR, Grilles du CHU de Québec (2015)

| Études | (1) | | (2) | | (3) | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| Objectif | | | | | | |
| Est-ce que l'objectif de l'article est énoncé en spécifiant le problème, l'intervention, la population et l'indicateur principal (<i>outcome</i>) ? | X | | X | | X | |
| Méthodologie | | | | | | |
| Est-ce que les critères d'éligibilité de l'étude sont spécifiés ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que l'assignation des sujets aux groupes de traitement est effectuée selon une méthode appropriée (randomisation) ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que l'assignation est faite à l'insu de l'évaluateur ? | X | | X | | | X |
| Est-ce que l'assignation est faite à l'insu des participants ? | | X | X | | X | |
| Est-ce que l'administration de l'intervention est faite à l'insu de l'intervenant ? | X | | | X | | X |
| Est-ce que l'administration de l'intervention est faite à l'insu du participant ? | | X | | X | | X |
| Est-ce que l'évaluation des résultats est faite à l'insu des évaluateurs ? | | X | | X | X | |
| Est-ce que l'intervention ciblée est décrite (dosage, mode d'administration, intervenant, autres paramètres) ? | X | | X | | X | |

| | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Est-ce que l'intervention alternative (contrôle) est suffisamment décrite (placebo, autre traitement) ? | X | | X | | X | |
| Exception faite de l'intervention, est-ce que les groupes sont traités de la même façon ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que les indicateurs (<i>outcomes</i>) d'efficacité sont bien définis a priori ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que les indicateurs (<i>outcomes</i>) d'innocuité/sécurité sont définis a priori ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que tous les outils de mesure utilisés sont standardisés, valides et fiables ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que des analyses incluant tous les sujets tels que distribués initialement dans chaque groupe (<i>intention to treat</i>) sont planifiées ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que les analyses statistiques prévues sont appropriées ? | X | | X | | X | |
| Est-ce qu'une estimation du nombre de participants nécessaire pour assurer une puissance statistique adéquate est effectuée ? | | X | X | | | X |
| Résultats | | | | | | |
| Est-ce que le déroulement de l'étude est clairement présenté (n éligibles, n randomisés, croisements, abandons) ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que le nombre de participants analysés est suffisant pour assurer la puissance statistique de l'étude pour l'évaluation de l'indicateur principal ? | X | | | X | X | |
| Est-ce que les caractéristiques de la population de l'étude sont suffisamment décrites ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que la population étudiée est représentative de la population visée ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que le pourcentage de perte de sujets dans chaque groupe est plus petit que 20 % ? | X | | | X | X | |
| Est-ce que les raisons des pertes au suivi pour chacun des groupes sont identifiées ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que l'adhésion au traitement (observance) est évaluée ? | X | | | X | | X |
| Est-ce que les analyses sont réalisées telles que planifiées (analyses de sous-groupe, etc.) ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que les résultats sont présentés avec des intervalles de confiance, des écarts-types ou écarts interquartiles ? | X | | X | | X | |
| Si l'étude est multicentrique, est-ce que les résultats sont comparables dans tous les sites ? | | | | | | |
| Discussion | | | | | | |
| Est-ce que les conclusions de l'étude abordent les objectifs principaux ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que les auteurs identifient les limites de l'étude ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que la cohérence des résultats avec ceux d'autres études est discutée ? | X | | X | | X | |
| Est-ce que les conclusions de l'étude sont cohérentes avec les résultats clés ? | X | | X | | X | |
| Autres considérations | | | | | | |
| Est-ce que le financement de l'étude est rapporté ? | X | | | X | X | |
| Est-ce que les conflits d'intérêts sont abordés ? | X | | X | | X | |
| Est-ce qu'il existe une possibilité de conflits d'intérêts ? | | X | | X | | X |
| Évaluation globale de la qualité de l'étude (Satisfaisante [SAT]/Insatisfaisante [INS]) | | | | | | |
| | SAT | INS | SAT | INS | SAT | INS |
| La qualité générale de l'étude est : | X | | X | | X | |

(1) Rebergen et al. (2010); (2) Milligan-Saville et al. (2017); (3) Tuckey et Scott (2014)



Tableau 3
Évaluation du risque de biais, Grille de Higgins et Green (2011)

| <i>Études retenues</i> | <i>BS</i> | <i>BP</i> | <i>BA</i> | <i>BD</i> | <i>BR</i> | <i>AS</i> |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| (1) Rebergen et al. (2010) | - | - | - | - | - | - |
| (2) Milligan-Saville et al. (2017) | - | + | - | - | - | - |
| (3) Tuckey et Scott (2014) | - | + | - | - | - | - |

Légende : - : risque de biais faible; + : risque de biais élevé; BS : biais de sélection, gestion du recrutement et de la sélection des participants; BP : biais de performance, gestion de l'assignation aléatoire dans les groupes et des précautions prises par les auteurs pour s'assurer que les participants et les évaluateurs soient « aveugles » à la condition expérimentale; BA : biais lié à l'attrition, façon des auteurs de rapporter et gérer l'attrition; BD : biais de détection, précision ou non des mesures de résultats, capacité de détection des outils utilisés; BR : biais dans la façon de rapporter, biais présent lorsque les auteurs ne rapportent pas tous les résultats en lien avec les objectifs annoncés ou lorsqu'une sélection est faite dans ce qui est rapporté par rapport à ce qui a été annoncé au départ dans le protocole; AS : autres sources de biais, comme la présence de conflit d'intérêts non déclaré, avoir des intérêts par rapport aux résultats (source de financement, rôle joué par les auteurs dans le développement ou la conception d'une intervention ou recevoir des redevances financières en lien avec le programme évalué).

1.4 Extraction des données

Un formulaire normalisé fondé sur les formulaires existants a ensuite été utilisé (Zaza et al., 2000). Les données extraites comprenaient plusieurs catégories : le plan d'étude, la question de recherche, les caractéristiques de la population à l'étude, la stratégie d'échantillonnage et les critères d'inclusion. Les variables retenues étaient la procédure de retour au travail, la mesure de retour au travail et de sa durabilité ainsi que la comparaison entre les groupes expérimentaux et contrôles de l'effet des procédures sur la durabilité du retour au travail. La sélection des études, l'évaluation de la qualité et l'extraction des données ont été effectuées par rotation de paires d'examineurs indépendants, réunis pour parvenir à un consensus. L'ensemble des évaluations a été examiné afin de garantir la cohérence et la fiabilité interévaluateur dans l'interprétation des critères pour chaque étape.

1.5 Synthèse des évidences

La nature de la recherche dans ce domaine est caractérisée par la très grande hétérogénéité des types d'études, des types d'interventions, des populations échantillonnées, des méthodes statistiques et des contextes de travail. Cette hétérogénéité exclut l'utilisation de la métaanalyse. En conséquence, nous avons utilisé une approche de « synthèse des meilleures preuves » (*best evidence synthesis*) (Slavin, 1995; Gragnano et al., 2017), qui avait déjà été utilisée dans la recherche sur les interventions menées en milieu de travail pour le retour au travail (Franche et al., 2005). La synthèse des meilleures preuves repose sur trois aspects des preuves sur une question particulière : qualité, quantité et cohérence. La qualité fait référence à la qualité méthodologique des études pertinentes, la quantité au nombre d'études et la cohérence à celle des résultats d'une étude à l'autre. Les études portant sur la question de recherche ont été classées sur une échelle allant de preuves solides à aucune preuve (tableau 4).

Tableau 4
Directives pour la synthèse des meilleures preuves (adapté de Franche et al., 2005)

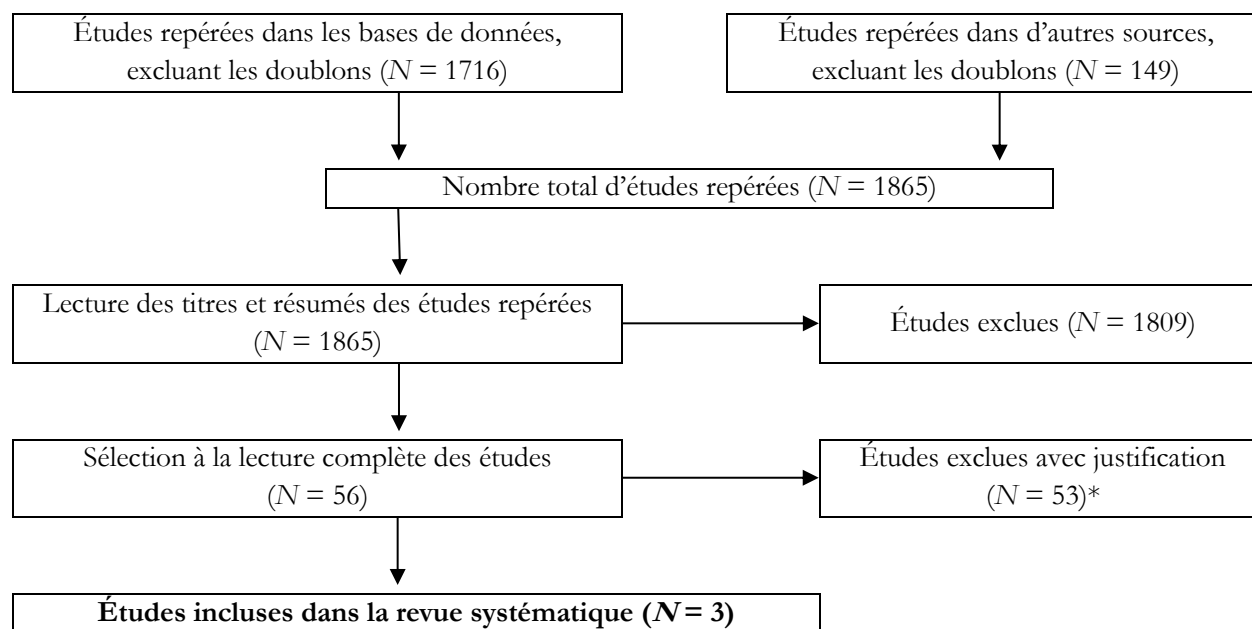
| Niveau d'évidence | Qualité minimum | Quantité minimum | Cohérence des résultats |
|--------------------|--|------------------|---|
| <i>Haut</i> | Très haute | 3 études | Les études de très haute qualité sont toutes cohérentes ET au moins la moitié des études de haute qualité le sont également. |
| <i>Modéré</i> | Haute | 3 études | Toutes les études de haute qualité sont cohérentes OU |
| <i>Limité</i> | Haute | 2 études | Au moins 66 % des études de très haute qualité sont cohérentes avec au moins la moitié des autres études de haute qualité. |
| <i>Mixte</i> | Haute | 2 études | Deux études convergent vers les mêmes résultats. |
| <i>Insuffisant</i> | Haute | 1 étude | S'il y a deux études, elles ne convergent pas sur les mêmes résultats. S'il y a trois études, seules deux sont cohérentes. |
| <i>Nul</i> | Absence d'étude de <i>très haute ou haute qualité</i> sur le sujet | | |

2. Résultats

2.1 Recherche documentaire et extraction des données

La recherche documentaire a mené à trouver 1865 études dont seulement 3 ont été retenues (figure 1), avec une population totale de 435 participants dont les résultats de 337 d'entre eux ont pu être analysés.

Figure 1
Diagramme de sélection des études (flow chart)



* L'exclusion des 53 études a été effectuée en raison de leur faible qualité; de l'absence de précision concernant la population étudiée; de l'absence de mesure concernant le retour au travail spécifiquement.



Les données des trois études retenues ont été extraites (tableau 5). Afin de répondre aux objectifs de l'étude, seules les données pertinentes ont été retranscrites, afin de permettre une lecture efficace et efficiente des articles.

Tableau 5
Caractéristiques des études

| <i>Études</i> | <i>Rebergen et al. (2010)</i> | <i>Milligan-Saville et al. (2017)</i> | <i>Tuckey et Scott (2014)</i> |
|-------------------------------|---|--|--|
| <i>Pays et langue</i> | Pays-Bas, anglais | Australie, anglais | Australie, anglais |
| <i>Population</i> | Médecins du travail (MT) et officiers de police. Problématique de santé mentale. | Pompiers, secouristes et leurs managers. Problématique de santé mentale. | Pompiers volontaires. Problématique de santé liée à un événement professionnel potentiellement traumatique. |
| <i>Recrutement</i> | Randomisation en deux groupes. | ECR par grappes; les participants ont été randomisés avant le consentement. | Contact initial et consentement; affectation aléatoire à l'une des conditions d'intervention. |
| <i>Devis</i> | ECR, mesures pré et post. Vérification de l'adhérence des MT au programme et de l'effet de cette adhérence sur le retour au travail des policiers. | ECR, mesures pré et post. Vérification de l'impact du programme sur le retour au travail des secouristes et pompiers gérés par les managers suivant que ceux-ci ont reçu le RESPECT (I) ou non (C). | ECR, mesures pré et post. Mesure de l'effet du CISD sur quatre mesures : stress post-traumatique, détresse psychologique, qualité de vie et consommation d'alcool. Comparaison avec groupe « éducation à la gestion du stress » et groupe contrôle. |
| <i>Procédure intervention</i> | Programme néerlandais de gestion des problématiques de santé mentale courante pour les médecins du travail. | Programme australien pour les managers : <i>RESPECT Manager Training Program</i> . | Programme de débriefing de groupe, le CISD (<i>Critical Incident Stress Debriefing</i>). Le but des groupes CISD est de prévenir les troubles de stress post-traumatique et de promouvoir le retour à un fonctionnement normal dans le cadre du travail. |

| | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <i>Retour au travail</i> | Premier et retour complet au travail = durée des congés de maladie dus à des problèmes de santé mentale courants, du moment de l'inclusion jusqu'au premier (partiel ou complet) et au retour complet au travail, respectivement; dans le même travail qu'avant le début du congé de maladie ou un travail avec un revenu égal. | Retour complet au travail et les absences pour maladie consécutives au retour au travail et au traitement de suivi de six mois sont prises en compte. | Retour au travail avec un fonctionnement normal, mesuré par une bonne qualité de vie, une faible consommation d'alcool et de faibles niveaux de détresse psychologique et de stress post-traumatique. |
| <i>Procédure groupe contrôle</i> | Prise en charge habituelle, implication minimale du MT et accès facilité à un psychologue (traitement basé sur la thérapie cognitivo-comportementale). | Prise en charge habituelle des absences liées aux problématiques de santé mentale par les managers. | Envoi des questionnaires pré et postintervention, mais aucune intervention menée. |
| <i>Effectifs</i> | N = 213 E(D) : 125 E(A) : 112 C(D) : 115 C(A) : 101 | N = 85 E(D) : 65 E(A) : 45 C(D) : 63 C(A) : 40 | N = 67 E(A) : 20 C(A) : 19 |


Légende : N : effectif total; E : Groupe expérimental; C : Groupe contrôle; (D) : Effectif de départ; (A) : Effectif analysé.

2.2 Caractéristiques des études retenues

Les études retenues (Milligan-Saville et al., 2017; Rebergen et al., 2010; Tuckey et Scott, 2014) sont des études primaires d'essais randomisés contrôlés, sur l'effet de différents programmes intervenant au sein des organisations avec au moins une mesure de retour au travail à la suite d'une problématique de santé mentale. Pour les trois études, la qualité globale est satisfaisante (tableau 2) et l'analyse des risques de biais n'a pas démontré de risque particulier (tableau 1). Cependant, le risque de biais d'attrition de l'étude de Milligan-Saville et ses collègues (2017) (étude 2) et le risque de biais de performance pour deux des études (Milligan-Saville et al., 2017; Tuckey et Scott, 2014) sont présents (assignation qui n'est pas forcément faite à l'aveugle). Les études de Milligan-Saville et ses collaborateurs (2017) et de Tuckey et Scott (2014) présentent les résultats pré et postintervention, sur les groupes interventions et les groupes contrôles. Les études de Milligan-Saville et ses collaborateurs (2017) et de Tuckey et Scott (2014) ont été effectuées en Australie sur des populations de pompiers et de secouristes volontaires tandis que l'étude de Rebergen et ses collaborateurs (2010) a été effectuée aux Pays-Bas sur une population de policiers. Les programmes retenus pour les interventions (tableau 5) sont reconnus dans chaque pays pour leur fiabilité et leur validité sur le plan scientifique.

2.3 Catégorisation des résultats

Les résultats de cette analyse sont rapportés dans trois catégories principales sur les preuves des effets des procédures organisationnelles sur le retour au travail après une absence pour raison de santé mentale. La première concerne la durée de l'absence pour santé mentale. La seconde est reliée aux coûts associés à ces absences. La troisième est axée sur la qualité de vie et de relation avec la personne de retour au travail. D'autre part, le retour au travail est caractérisé par le premier retour et le retour complet dans le même



travail qu'avant le début du congé de maladie ou un travail avec un revenu égal (Milligan-Saville et al., 2017; Rebergen et al., 2010; Tuckey et Scott, 2014). Un suivi de six mois est pris en compte (Milligan-Saville et al., 2017). Seuls Tuckey et Scott (2014) traitent le retour au travail avec un fonctionnement normal en mesurant la qualité de vie, la consommation d'alcool et les niveaux de détresse psychologique et de stress post-traumatique.

2.4 Synthèse des évidences

La durée de l'absence pour santé mentale est traitée dans les trois études, dont les procédures sont décrites dans le tableau 6. La procédure de Rebergen et ses collègues (2010), intitulée *Management of common mental health problems by occupational physicians*, promeut un rôle plus actif du médecin du travail en tant que conseiller facilitant le retour au travail d'un travailleur par rapport aux soins habituels (tableau 6). Pour déterminer l'utilisation de la procédure, les chercheurs ont effectué une évaluation du processus dans lequel le respect de la procédure par le médecin du travail a été évalué et lié au retour au travail. Lorsque le médecin du travail observe et suit avec application les lignes directrices de la procédure, les résultats montrent une association statistiquement significative avec un délai plus court avant le retour au travail complet du travailleur (Rebergen et al., 2010). Dans le même sens, les travailleurs dont le médecin du travail avait régulièrement consulté le travailleur et le milieu de travail sont retournés au travail plus tôt, sans précision sur la durabilité de ce retour. Les résultats obtenus en observant correctement les lignes directrices indiquent que la procédure des médecins du travail devrait se concentrer particulièrement sur la communication et la consultation avec le travailleur et l'organisation afin de réduire le temps d'absence de travail des travailleurs présentant des problèmes de santé mentale. En raison d'un manque de variabilité, des indicateurs potentiellement importants n'ont pas été pris en compte dans le modèle ou n'ont qu'une faible contribution, dont l'évaluation des symptômes de problématique de santé mentale, l'utilisation du questionnaire 4DSQ d'autoévaluation multidimensionnel portant sur la détresse, la dépression, l'anxiété et la somatisation (Terluin et al., 2006) et l'investigation sur les attentes des personnes lors de leur retour au travail. L'utilisation peu fréquente de ces éléments essentiels du protocole peut être le résultat des difficultés rencontrées par le médecin du travail pour la mise en œuvre de celui-ci (Rebergen et al., 2010). D'autre part, la procédure du CISD pour *Critical Incident Stress Debriefing*, soit le programme de *débriefing* de groupe (Tuckey et Scott, 2014), est associée à une consommation d'alcool moins importante un mois après la procédure par rapport au groupe contrôle, en tenant compte des niveaux de consommation avant le CISD. Cependant, cette différence n'est pas évidente lorsque le CISD est comparé à l'éducation et semble être le résultat d'une augmentation de la consommation d'alcool dans le groupe contrôle (Tuckey et Scott, 2014). Les taux d'absence pour problématique de santé mentale au cours des six mois précédant l'intervention et de la période de suivi de six mois ont augmenté de manière similaire dans le groupe contrôle et le groupe expérimental. Le nombre ou la fréquence des heures de congé de maladie standard ne différait pas entre les groupes (Milligan-Saville et al., 2017). Cependant, les congés de maladie liés au travail ont diminué significativement dans le groupe expérimental et augmenté dans le groupe contrôle.

Les coûts associés à ces absences sont abordés dans la seconde étude (Milligan-Saville et al., 2017). Les auteurs indiquent que le coût des absences pour cause de santé mentale liée au travail est diminué lorsque les gestionnaires reçoivent la formation en santé mentale : pour 1 £ dépensée en formation en santé mentale des gestionnaires, le coût lié aux absences était réduit de 9,98 £ dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle. D'autre part, Rebergen et ses collègues (2010) précisent que l'utilisation précise et appliquée de la procédure semble plus rentable, les coûts des soins de santé mentale étant plus faibles dans le groupe expérimental par rapport à des coûts relativement plus élevés avec le groupe de soins habituels (groupe contrôle).

D'après les résultats de Tuckey et Scott (2014), l'étude montre des effets principaux significatifs de la procédure de CISD pour la consommation d'alcool et la qualité de la vie. Ainsi, la consommation d'alcool a montré beaucoup plus de variabilité entre les conditions expérimentales : les pompiers du groupe CISD ont signalé une consommation d'alcool nettement inférieure à celle des pompiers des autres groupes, pré et postintervention (Tuckey et Scott, 2014). Ensuite, après avoir pris en compte les scores obtenus avant la procédure, le groupe CISD était associé à des scores plus élevés de qualité de vie après l'intervention CISD par rapport à l'intervention d'éducation à la gestion du stress, mais pas le groupe contrôle. Enfin, les résultats postintervention montrent que le CISD n'a pas contribué de manière significative aux niveaux de stress post-traumatique ni de détresse psychologique (Tuckey et Scott, 2014). Après avoir suivi la formation RESPECT, les gestionnaires du groupe expérimental avaient des niveaux nettement plus élevés de connaissances sur la santé mentale qu'avant la formation (Milligan-Saville et al., 2017). Bien qu'il n'y ait pas eu de changement significatif dans les attitudes non stigmatisantes à l'égard de la santé mentale, les gestionnaires du groupe expérimental connaissaient beaucoup plus leur rôle et étaient plus en confiance dans la communication avec les employés en ce qui concerne les problématiques de santé mentale (Milligan-Saville et al., 2017). L'amélioration de la confiance initiale au moment de communiquer avec les employés concernant la santé mentale et les absences causées par une problématique de santé mentale était persistante et nettement supérieure dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin. Au suivi de six mois, tous les gestionnaires du groupe expérimental ayant indiqué qu'ils avaient un employé en congé de maladie de longue durée pour cause de santé mentale ont déclaré avoir établi un contact précoce, comparé à 67 % des gestionnaires du groupe contrôle.

Tableau 6
Caractéristiques des procédures

| <i>Procédure (origine)</i> | <i>Description de la procédure</i> |
|---|---|
| <p>(1) Rebergen et al. (2010)</p> <p><i>Management of common mental health problems by occupational physicians.</i></p> <p>(Netherlands Society of Occupational Medicine, NVAB)</p> | <p>Elle promeut un rôle plus actif du médecin du travail en tant que conseiller facilitant le retour au travail d'un travailleur par rapport aux soins habituels. Pour déterminer l'utilisation de la procédure, les chercheurs ont effectué une évaluation du processus dans lequel le respect de la procédure par le médecin du travail a été évalué et lié au retour au travail. Un ensemble d'indicateurs de performance est utilisé pour mesurer l'adhésion à la procédure et interprété comme des marqueurs de la qualité des soins. La procédure se concentre sur cinq concepts dans la gestion des problèmes de santé mentale courants.</p> <p>(1) Orientation vers le problème : le médecin du travail reconnaît l'interaction entre le travailleur en souffrance et son environnement (travail, personnel et soins).</p> <p>(2) Classification simplifiée des problèmes de santé mentale courants, seulement quatre catégories : trouble d'adaptation (détresse, dépression nerveuse, épuisement professionnel), dépression, anxiété et autres troubles psychiatriques.</p> <p>(3) Interventions précoces et stimulantes du médecin du travail : le retour au travail dans le temps fait partie du processus de rétablissement, même si les problèmes de santé mentale communs ne sont pas liés au travail. Le médecin du travail est encouragé à agir en tant que conseiller, en appliquant des techniques cognitivo-comportementales aux travailleurs souffrant de stress ou de problèmes liés au travail. Ces interventions peuvent comprendre un traitement par orientation vers un travailleur social ou un psychologue.</p> <p>(4) Évaluation des délais : le médecin du travail agit comme gestionnaire de cas qui intervient lorsque le rétablissement stagne.</p> <p>(5) Prévention des rechutes, partie intégrante de la procédure : le travailleur est encouragé à subir une analyse des risques et suivre un plan d'action connexe.</p> |



(2) Milligan-Saville et al. (2017)

RESPECT Manager Training Program.

(University of New South Wales' Workplace Mental Health Research Team and the Black Dog Institute)

Procédure divisée en sept sessions réparties sur deux mois, combinant des connaissances sur la santé mentale et sur l'amélioration de la communication à ce sujet, d'une durée de quatre heures par session. Trois phases la composent.

(1) Première phase : concentrée sur les symptômes de la dépression, de l'anxiété, du stress post-traumatique et de l'abus d'alcool, et sur la manière dont ces conditions peuvent être reconnues sur le lieu de travail.

(2) Deuxième phase : des réponses utiles à l'égard d'un subordonné ayant un problème de santé mentale identifié sont mises en contraste avec de mauvaises pratiques de gestion.

(3) Des techniques de communication positive sont ensuite mises en œuvre dans le cadre de discussions de groupe. Une composante importante de cette troisième phase porte sur la façon de mettre en œuvre les principes de RESPECT lorsque le manager contacte un travailleur qui pourrait souffrir d'un problème de santé mentale. Ces principes sont les suivants : le contact régulier est essentiel; le plus tôt sera le mieux; soutien et empathie dans la communication; aide pratique, pas de psychothérapie; encourager la recherche d'aide; envisager les options de retour au travail; leur dire que la porte est toujours ouverte et organiser le prochain contact.

Cette procédure est une méthode de *débriefing* de groupe. Elle est délivrée auprès des participants avant et après un événement traumatique. Cette procédure fait partie d'un programme plus vaste de gestion du stress à la suite d'un incident critique, intitulé CISM (*Critical Incident Stress Management*), qui comprend une gamme de services (éducation et formation à la gestion du stress avant l'incident, conseils individuels, CISD, soutien familial et intervention en cas de crise, orientation vers une thérapie psychologique après l'incident). Le CISD se compose de sept phases, menées successivement par un professionnel de la santé mentale, connaissant le processus de *débriefing* et avec le soutien d'un pair qui est un membre opérationnel de l'organisation.

(1) Phase d'introduction : fixe les attentes et les règles de base.

(2) Les quatre phases suivantes impliquent une discussion détaillée de ce qui s'est passé pendant l'événement (le fait); des processus de pensée et de décision impliqués et les significations personnelles (la pensée); de l'éventail des réactions émotionnelles associées (la phase de réaction); et d'autres réactions ressenties (la phase symptomatique).

(3) Phase d'éducation : symptômes potentiels et stratégies d'adaptation élaborés en même temps qu'une formation et une sensibilisation sur la façon de gérer les réactions.

(4) Phase de réinsertion : le processus se termine par une discussion sur les questions relatives au retour à la vie quotidienne.

Bien qu'il s'agisse d'une procédure liée à l'exposition à des incidents traumatiques et non d'une procédure spécifique de retour au travail, elle peut être utilisée pour promouvoir le retour au travail à un fonctionnement normal en matière de santé mentale (Edgelow et al., 2021), soit le résultat examiné dans la présente étude.

(3) Tuckey et Scott (2014)

CISD (Critical Incident Stress Debriefing).

(Mitchell, 1983 a, b)

3. Discussion

L'objectif principal de cette revue systématique était de déterminer si les procédures menées dans les organisations avaient un effet sur le retour au travail des personnels de sécurité publique. En s'intéressant à la prévention tertiaire de la santé mentale de cette population, soit aux procédures de retour au travail à la suite d'une absence sur le plan professionnel causée par un trouble mental, cette étude s'inscrit dans la poursuite des travaux sur cette forme de prévention et tente de prévenir autant que possible la détresse humaine après l'apparition de symptômes (Hellemans et van de Leemput, 2012). L'évaluation de la qualité et du risque de biais des études a permis d'établir que la qualité globale de chacune d'elles est satisfaisante.

Les programmes de retour au travail portent soit sur le personnel de l'organisation soit sur les gestionnaires et les cadres (Rebergen et al., 2010; Milligan-Saville et al., 2017) soit directement sur l'employé (Tuckey et

Scott, 2014), plutôt que sur le milieu de travail. Or, axer la formation des superviseurs sur les problématiques de santé mentale permet d'accroître leurs connaissances sur le sujet et ainsi de déployer des procédures plus efficaces et une meilleure communication lors du retour au travail de l'employé (Edgelow et al., 2021; Gayed et al., 2019). Au même titre que pour les personnes souffrant de lésions musculosquelettiques (Loisel et al., 2001), il est nécessaire de souligner l'importance d'inclure différents acteurs dans le processus de retour au travail. Dans leur modèle, Loisel et ses collaborateurs (2001) ont décrit différents acteurs clés : l'employé blessé comme objectif principal, le lieu et le climat de travail par l'intermédiaire de l'employeur ou de collègues, l'assureur et les professionnels de la santé. Si tous les acteurs clés travaillent de concert et s'attaquent ensemble aux difficultés de ramener un employé blessé au travail, les résultats seront probablement améliorés. D'autre part, les programmes de retour au travail ne sont pas évalués sur leurs caractéristiques propres telles que le nombre de séances, la fonction de la personne responsable, les types d'interventions proposées. Or, la littérature suggère notamment que les programmes d'intervention sur la santé mentale réalisés en plusieurs séances ont un impact plus grand que ceux d'une seule séance (Wild et al., 2020). Enfin, l'effet sur la durabilité du retour au travail de procédures spécifiques au retour au travail à la suite d'une absence due à une problématique de santé mentale n'est pas mesuré comparativement à l'effet de programmes plus larges d'intervention sur la santé mentale, comme le CISD (Tuckey et Scott, 2014). Cependant, les recherches récentes avancent la nécessité d'utiliser des programmes spécifiques, en particulier en prévention tertiaire, pour traiter activement les conditions de santé mentale (Edgelow et al., 2021).

L'évaluation du retour au travail est effectuée par diverses mesures : temps moyen de retour au travail à temps plein et pré et postintervention notamment sur des facteurs tels que le stress post-traumatique, le niveau de détresse psychologique, la qualité de vie en général et la consommation d'alcool. Les tailles d'effet étant faibles et non significatives, les résultats nous amènent à croire que les procédures des études sélectionnées n'ont pas d'effet direct sur le retour au travail de ces populations. Une des mesures, la consommation d'alcool, montre un effet significatif et fort sur la mesure finale de retour au travail après avoir vécu un stress (Tuckey et Scott, 2014). Cependant, cette seule mesure ne permet pas de déterminer l'impact réel de la procédure de retour au travail dans son ensemble. D'autre part, il serait pertinent de prendre en compte certaines variables modératrices, qui pourraient jouer un rôle dans la relation entre les procédures organisationnelles et le retour au travail. Il a été constaté qu'inclure la culture et l'environnement de travail dans les procédures liées au traitement des problématiques de santé mentale fait partie des stratégies efficaces visant à améliorer les conditions de travail des employés, en particulier pour les personnels de sécurité publique (Dollard et al., 1999; Szeto et al., 2019; Winefield et al., 1998).

Finalement, les procédures efficaces recensées dans les trois études démontrent : la priorité de la communication et de l'inclusion de tous les acteurs d'une organisation dans le processus de retour au travail durable; l'enjeu du suivi exemplaire de la procédure établie en amont, par les membres de l'organisation, tels les médecins du travail ou les gestionnaires; et enfin, l'impact d'une meilleure confiance et connaissance de son rôle et des problématiques de santé mentale, sur l'efficacité du gestionnaire ou du médecin du travail, dans la procédure de retour au travail. Les résultats de cette revue systématique montrent l'importance de valider les effets des procédures organisationnelles sur le retour au travail avant de s'en servir dans les organisations. Une procédure plus claire, plus uniforme, adaptée à la population concernée et axée uniquement sur le retour au travail pourrait également amener des résultats probants. Enfin, la mesure du retour au travail mériterait d'être uniformisée et catégorisée, au moins en fonction du type de problématique ayant mené à l'arrêt et du type de fonction dans laquelle la personne revient.



3.1 Pistes de recherches futures

D'abord, les recherches futures pourraient proposer des interventions spécifiques concernant des facteurs organisationnels tels que le climat de travail du personnel de sécurité publique. Un plus grand nombre d'études primaires permettrait de récolter des résultats de meilleure qualité et tirer des conclusions plus solides. D'autre part, la mesure de retour au travail nécessite d'être éclaircie afin d'en proposer une mesure unique ou du moins uniforme à un corps de métier. Cette mesure pourrait consister en plusieurs aspects, tant du point de vue organisationnel que de celui de la santé de la personne, incluant, par exemple, une mesure longitudinale de la détresse et du bien-être psychologique au travail, à partir de la date de retour au travail à temps plein. Enfin, il existe des guides généralistes de prévention des problématiques de santé mentale liée au travail dont la qualité a été évaluée et validée (Nexø et al., 2018). Le développement d'un guide de procédures organisationnelles de retour au travail spécifique aux milieux de sécurité publique pourrait être envisagé par les recherches futures. Étant donné la variété des conditions de travail à l'origine des problématiques de santé mentale, la spécificité des futures procédures mises en œuvre devrait se rapprocher davantage du milieu de travail lui-même.

D'autres recommandations sont également à considérer : les interventions de retour au travail doivent non seulement mettre l'accent sur la réadaptation physique des employés blessés, mais également les impliquer émotionnellement ou psychologiquement dès que possible après l'apparition des problèmes de santé mentale (Corbière et Shen, 2006). Étant donné le climat de doute et de méfiance qui règne parfois sur le lieu de travail à la suite d'une problématique de santé mentale, une telle blessure peut être l'occasion de renforcer les relations de l'organisme avec la personne (Corbière et al., 2014, 2018). Les employés absents du lieu de travail devraient être tenus informés de ce qui se passe au sein de celui-ci, particulièrement en ce qui concerne leur retour au travail. Cette communication semble faciliter leur processus de retour au travail (Corbière et Shen, 2006; Negrini et al., 2018). L'essentiel est que les efforts de communication, les préoccupations et les soins de la société peuvent exercer une influence positive sur tous les aspects de l'expérience de l'employé, y compris la préparation de son retour au travail (Franche et Krause, 2002).

3.2 Limites

Bien que la présente revue systématique contribue à l'avancement des connaissances sur l'effet des procédures organisationnelles de retour au travail des travailleurs des milieux de sécurité publique, elle comporte néanmoins plusieurs limites. Le nombre d'études incluses est réduit ($k=3$) ce qui augmente le risque de biais et ne permet pas la réalisation d'une métaanalyse. Par exemple, une recherche axée sur des revues spécialisées dans les milieux de sécurité publique pourrait peut-être permettre une plus grande sélection d'études.

Les qualités propres aux trois études sélectionnées comportent également des limites. L'absence d'uniformisation de la mesure du retour au travail comme de l'intervention rend la mesure d'une taille d'effet globale plus complexe et dans le cas présent, non significative. De plus, les guides suivis pour la mise en œuvre des procédures ne sont pas précisés et l'une d'elles est liée à un programme d'intervention en santé mentale à la suite de l'exposition à des incidents traumatiques et non spécifiques au retour au travail. Les études présentent également des tailles d'échantillon inégales et de petites tailles dans le cas de deux d'entre elles (Milligan-Saville et al., 2017; Tuckey et Scott, 2014) et entre les groupes contrôles et expérimentaux, rendant difficile l'observation de différence significative (faible puissance statistique) d'une part, la possibilité de contrôler les variables confondantes d'autre part et finalement, limitant la généralisation des résultats.

Conclusion

Les recherches sur le lien entre la santé des travailleurs et leur climat de travail ont fortement évolué ces dernières années. La présente étude avait pour principal objectif de vérifier l'effet des procédures organisationnelles dans le cadre du retour au travail à la suite d'une problématique de santé mentale, chez les personnels de sécurité publique. La principale conclusion de cette revue systématique est que les procédures actuelles ont un effet significatif limité sur le retour au travail durable des travailleurs de ces milieux. La seconde conclusion porte sur la mesure du retour au travail et sur les variables qui la définissent. Celles-ci varient d'une étude à l'autre et ne permettent pas de généraliser les résultats obtenus. Les recherches futures devraient s'orienter vers l'acquisition de connaissances sur le retour au travail et ses composantes organisationnelles dans les milieux de sécurité publique, sur la création de programmes et des stratégies favorisant et concentrant ses effets sur le retour au travail durable des employés de ces milieux. Enfin, les recherches futures devraient se diriger davantage vers des études randomisées avec des comparaisons entre les programmes menés et ce qui est mis en place actuellement dans les milieux de travail. Le retour au travail durable nécessite une attention particulière pour permettre la résolution complète des problèmes auxquels se heurtent les milieux de sécurité publique. Dans certains cas, l'organisation devrait faire preuve de plus de souplesse quant aux objectifs de retour au travail si des tâches modifiées de manière permanente rendent le retour au travail durable. Comme le mentionnent Randall et Buys (2013), pour les blessures psychologiques des mécanismes sont particulièrement nécessaires pour garantir le maintien du retour au travail et la résolution de problématiques organisationnelles de rechute. Sous la forme de procédure, ceux-ci comprennent des systèmes permettant de détecter rapidement la résurgence de problèmes de santé mentale et de relancer rapidement le processus afin de garantir la continuité du travail. Une surveillance à long terme est bénéfique pour les maladies psychologiques. En particulier, toutes les parties prenantes sur le lieu de travail doivent comprendre la nature à long terme des problèmes de santé mentale pour favoriser le maintien à long terme du retour au travail.


RÉFÉRENCES

- Alavi, H. et Oxley, J. (2013). *A Snapshot Review: Return to Work and Occupational Illness and Injury Rehabilitation* (Rapport de recherche n°: 0513-22.12-R1C). Institute for safety, compensation and recovery research & Monash University Accident Research Centre.
- Association des commissions des accidents du travail du Canada. (2017). *Statistiques nationales des accidents, maladies et décès professionnels*, Rapport 2015-2017 de l'ACATC.
- Begg, C., Cho, M., Eastwood, S., Horton, R., Moher, D., Olkin, I., Pitkin, R., Rennie, D., Schulz, K., Simel, D. et Stroup, D. F. (1996). Improving the quality of reporting of randomized controlled trials: the CONSORT statement. *American Journal of Ophthalmology*, 276(8), 637-639. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540080059030>.
- Berecki-Gisolf, J., Clay, F. J., Collie, A. et McClure, R. J. (2012). The impact of aging on work disability and return to work: insights from workers' compensation claim records. *Journal of occupational and environmental medicine*, 54(3), 318-327. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31823fd9d>
- Black, C. M. (2008). *Working for a healthier tomorrow: Dame Carol Black's review of the health of Britain's working age population*. The Stationery Office.
- Boiral, O. (2012). ISO 9000 and organizational effectiveness: A systematic review. *Quality Management Journal*, 19(3), 16-37. doi: 10.1080/10686967.2012.11918071
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. et Rothstein, H. R. (2009). Meta-regression. *Introduction to meta-analysis*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 190-202.
- Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J. P. T. et Rothstein, H. R. (2005). *Comprehensive meta-analysis version 3*. Englewood NJ: Biostat.



- Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., Van der Klink, J. J. et Groothoff, J. W. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(1), 104-112. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9214-z>
- Brunet, L. et Savoie, A. (2016). *Le climat de travail : Au cœur de la dynamique organisationnelle*, Paris : Éditions Management & Société.
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C. et Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, 24(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Turner, S., Taillieu, T., Duranceau, S., LeBouthillier, D. M., Sareen, J., Ricciardelli, R., MacPhee, R. S., Groll, D., Hozempa, K., Brunet, A., Weekes, J. R., Griffiths, C. T., Abrams, K. J., Jones, N. A., Beshai, S., Cramm, H. A.,... Asmundson, G. J. G. (2018). Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(1), 54-64. <https://doi.org/10.1177/0706743717723825>
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf
- Centre Hospitalier Universitaire de Québec (2015). *11 questions pour interpréter les essais comparatifs avec randomisation*. Traduction libre de l'échelle d'Olivo et al. (2008) de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux du Québec. http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/CASP_ECR_FR2013_V14012015.pdf
- Corbière, M., Bergeron, G., Negrini, A., Coutu, M. F., Samson, E., Sauvé, G. et Lecomte, T. (2018). Employee Perceptions About Factors Influencing Their Return to Work After a Sick-leave Due to Depression. *Journal of Rehabilitation*, 84(3).
- Corbière, M. et Shen, J. (2007). A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 261-288. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0025>
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K. et Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale*, 40, S91-S102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.006>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., K. L., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D. et Amick III, B. C. (2018). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- Demou, E., Smith, S., Bhaskar, A., Mackay, D. F., Brown, J., Hunt, K., Vargas-Prada, S. et Macdonald, E. B. (2018). Evaluating sickness absence duration by musculoskeletal and mental health issues: a retrospective cohort study of Scottish healthcare workers. *BMJ open*, 8(1), e018085. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018085>
- De soir, E., Daubechies, F. et Van den steene, P. (2012). *Stress et trauma dans les services de police et de secours*. Anvers-Apeldoorn. Édition Maklu, 284 p.
- Dollard, M. F., Winefield, H. R. et Winefield, A. H. (1999). Predicting work stress compensation claims and return to work in welfare workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 279-287. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.4.3.279>
- Downs, S. H. et Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(6), 377-384. <https://doi.org/10.1136/jech.52.6.377>
- Duval, S. et Tweedie, R. (2000). Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455-463. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x>
- Edgelow, M., Scholefield, E., McPherson, M., Mehta, S. et Ortlieb, A. (2021). A review of workplace mental health interventions and their implementation in public safety organizations. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01772-1>

- Etuknwa, A., Daniels, K. et Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Foucher, R. et Soucy, G. (1991). Le climat organisationnel, Dans Tessier, R. et Tellier, Y. (dir.). *Pouvoirs et Cultures Organisationnels* (tome 4, 197-232). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J. et Institute for Work and Health (IWH) (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 607-631. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8038-8>
- Franche, R.L. et Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: Conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(4), 233-256. <https://doi.org/10.1023/A:1020270407044>
- Furlan, A. D., Gnam, W. H., Carnide, N., Irvin, E., Amick, B. C., DeRango, K., McMaster, R., Cullen, K., Slack, T., Brouwer, S. et Bültmann, U. (2012). Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(3), 312-321. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9340-2>
- Gallagher, R. M., Rauh, V., Haugh, L. D., Milhous, R., Callas, P. W., Langelier, R., ... Frymoyer, J. (1989). Determinants of return-to-work among low back pain patients. *Pain*, 39(1), 55-67. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90175-9](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90175-9)
- Galland, R. (2018). *Les facteurs de succès de la réintégration au travail d'un policier diagnostiqué avec un trouble de stress post-traumatique*. Mémoire de maîtrise, UQTR.
- Gayed, A., LaMontagne, A. D., Milner, A., Deady, M., Calvo, R. A., Christensen, H., Mykletun, A., Glozier, N. et Harvey, S. B. (2019). A new online mental health training program for workplace managers: Pre-post pilot study assessing feasibility, useability and possible effectiveness. *JMIR Mental Health* 5(3), e10517. <https://doi.org/10.2196/10517>
- Gersons, B. et Carlier, I. (1992). Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *British Journal of Psychiatry*, 161, 742-748.
- Gersons, B. et Carlier, I. (1994). Treatment of work-related trauma in police officers: Post-traumatic stress disorder and post-traumatic decline. In MB Williams, JF Sommer, *Handbook of post-traumatic therapy: A practical guide to intervention, treatment and research*. Westport CT: Greenwood Press.
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. et Corbière, M. (2017). Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215-231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>.
- Hellemans, C. et Van de Leemput, C. (2012). Stress et mal-être au travail. *Encyclopédie des Ressources Humaines, 3ème édition*. Paris: Vuibert.
- Higgins, J.P.T. et Green, S. (dir.) (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. The Cochrane Collaboration. Disponible à www.cochrane-handbook.org.
- Hoefsmid, N., Houkes, I., Boumans, N., Noben, C., Winkens, B. et Nijhuis, F. J. (2016). The effectiveness of an intervention to enhance cooperation between sick-listed employees and their supervisors (COSS). *Journal of occupational rehabilitation*, 26(2), 229-236. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9606-1>
- Jahnke, S. A., Poston, W. S., Jitnarin, N. et Haddock, C. K. (2012). Health concerns of the US fire service: perspectives from the firehouse. *American Journal of Health Promotion*, 27(2), 111-118. <https://doi.org/10.4278/ajhp.110311-QUAL-109>
- Jensen, C., Jensen, O. K. et Nielsen, C. V. (2012). Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC musculoskeletal disorders*, 13(1), 156. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-156>
- Jones, S. (2017). Describing the mental health profile of first responders: A systematic review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 200-214. <https://doi.org/10.1177/1078390317695266>
- Kelly, A. (2012). A supportive, ability-focused return-to-work program can provide substantial benefits for employees and employers alike. *Plans Trusts*, 30(6), p. 8-12. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>

- 
- Killip, S. (2018). *Identifying predictors of return to work and unique aspects of disability management in first responders affected by musculoskeletal injuries and mental health* (Mémoire de maîtrise). McMaster University, Accessible à <http://hdl.handle.net/11375/24100>
- Kleim, B. et Westphal, M. (2011). Mental health in first responders: A review and recommendation for prevention and intervention strategies. *Traumatology*, 17(4), 17-24. <https://doi.org/10.1177/1534765611429079>
- Krause, N., Dasinger, L. K. et Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: a review of the literature. *Journal of occupational rehabilitation*, 8(2), 113-139. <https://doi.org/10.1023/A:102301562>
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J. et Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American journal of industrial medicine*, 40(4), 464-484. <https://doi.org/10.1002/ajim.1116>
- Lammerts, L., Schaafsma, F. G., Eikelenboom, M., Vermeulen, S. J., van Mechelen, W., Anema, J. R. et Penninx, B. W. (2016). Longitudinal associations between biopsychosocial factors and sustainable return to work of sick-listed workers with a depressive or anxiety disorder. *Journal of occupational rehabilitation*, 26(1), 70-79. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9588-z>
- LaTourrette, T., Loughran, D. S. et Seabury, S. A. (2008). *Occupational safety and health for public safety employees: Assessing the evidence and the implications for public policy* (vol. 792). Rand Corporation, <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a496656.pdf>
- Lavis, J., Davies, H., Oxman, A., Denis, J. L., Golden-Biddle, K. et Ferlie, E. (2005). Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of health services research & policy*, 10(1_suppl), 35-48. <https://doi.org/10.1258/1355819054308549>
- Lilly, M. M. et Allen, C. E. (2015). Psychological Inflexibility and Psychopathology in 9-1-1 Telecommunicators. *Journal of traumatic stress*, 28(3), 262-266. doi: 10.1002/jts.22004
- Lipsey, M.W. et Wilson, D.B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M. et Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 507-524. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2>
- Loisel, P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C. et Tremblay, C. (2001). Disability prevention – New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), p. 351-360. <https://doi.org/10.2165/00115677-200109070-00001>
- Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., ... et Mohr, D. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *New York Academy of Sciences*, 1071, 1–18. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.001>
- Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Gayed, A., Barnes, C., Madan, I., Dobson, M., Bryant, R. A., Christensen, H., Mykletun, A. et Harvey, S. B. (2017). Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(11), p. 850–858. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30372-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30372-3)
- Mitchell, J. (1983a). *Guidelines for psychological debriefing*. *Emergency management course manual*. Emmitsburg, MD: Emergency Management Agency, Emergency Management Institute.
- Mitchell, J. (1983b). When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39
- Moran, E.T. et Volkwein, F.J. (1992). The cultural approach to the formation of organizational climate. *Human relations*, 45(1), 19-47. <https://doi.org/10.1177/001872679204500102>
- Nastasia, I., Durand, M.J., Coutu, M.F., Collinge, C. et Cibotaru, A. (2017). *Pratiques des milieux de travail pour assurer un retour en emploi sain et durable*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Gragnano, A. et Berbiche, D. (2018). How Can Supervisors Contribute to the Return to Work of Employees Who have Experienced Depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 279–288. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9715-0>

- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A., Siemerink, J.C. et Tummers-Nijssen, D. (2003). Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(Suppl. 1), p. 21-25. https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i21
- Olivo, S. A., Macedo, L. G., Gadotti, I. C., Fuentes, J., Stanton, T. et Magee, D. J. (2008). Scales to assess the quality of randomized controlled trials: a systematic review. *Physical therapy*, 88(2), 156-175. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070147>
- Quinlan, M., Mayhew, C. et Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. *International journal of health services*, 31(2), 335-414. <https://doi.org/10.2190/607H-TTV0-QCN6-YLT4>
- Randall, C. et Buys, N. (2013). Managing occupational stress injury in police services: A literature review. *International public health journal*, 5(4), 413-425. Disponible à <https://www.semanticscholar.org/paper/Managing-Occupational-Stress-Injury-in-Police-A-Randall-Buys/c533588bb646aad2f27e83f3a9dd20181a512a5#extracted>
- Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bos, C. M., van der Beek, A. J. et van Mechelen, W. (2010). Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems-process evaluation of a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 36(6), 488-498. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3084>
- Reichard, A. A. et Jackson, L. L. (2010). Occupational injuries among emergency responders. *American journal of industrial medicine*, 53(1), 1-11. <https://doi.org/10.1002/ajim.20772>
- Robinson, H. M., Sigman, M. R. et Wilson, J. P. (1997). Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychological reports*, 81(3), 835-845. <https://doi.org/10.2466/pr0.1997.81.3.835>
- Rosine, L. (1992). *L'exposition aux incidents graves : quelles en sont les conséquences pour les agents correctionnels canadiens ?* FORUM - Recherche sur l'actualité correctionnelle, 4 (1), <http://www.csc-scc.gc.ca/research/forum/e041/e041m-fra.shtml>
- Safe Work Australia (2016). *Return to Work Survey, Summary Report (Australia and New Zealand)*, Social Research Centre
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P. et Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*, 349(jan02,1), g7647-g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Schulz, K.F., Altman, D.G. et Moher, D. (2011) CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg*, 9(8), 672-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2011.09.004>
- Slavin, R.E. (1995). Best evidence synthesis: An intelligent alternative to meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(1), 9-18. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)00097-a](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)00097-a)
- Sutton, A. J., Duval, S. J., Tweedie, R. L., Abrams, K. R. et Jones, D. R. (2000). Empirical assessment of effect of publication bias on meta-analyses. *Bmj*, 320(7249), 1574-1577. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7249.1574>
- Szeto, A., Dobson, K. S. et Knaak, S. (2019). The Road to Mental Readiness for First Responders: A Meta-Analysis of Program Outcomes. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(1_suppl), 18S-29S. <https://doi.org/10.1177/0706743719842562>
- Terluin, B., van Marwijk, H. W., Adèr, H. J., de Vet, H. C., Penninx, B. W., Hermens, M. L., van Boeijen, C. A., van Balkom, A. J., van der Klink, J. J. et Stalman, W. A. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *Bmc Psychiatry*, 6(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-6-34>
- Tuckey, M. R. et Scott, J. E. (2014) Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: a randomized controlled trial, *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 27(1), 38-54. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.809421>
- Van Der Klink, J.J., Blonk, R.W., Schene, A.H. et van Dijk, F.J. (2003). Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(6), 429-437. <https://doi.org/10.1136/oem.60.6.429>
- Van Oostrom S, van Mechelen W, Terluin B, de Vet H et Anema J. (2009). A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: A feasibility evaluation within a Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 212-22. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9170-7>



- Wald, J. et Taylor, S. (2009). Work impairment and disability in Posttraumatic Stress Disorder: A review and recommendations for psychological injury research and practice. *Psychological Injury and Law*, 2(3-4), 254–262. <https://doi.org/10.1007/s12207-009-9059-y>
- Waddell, G. et Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* The Stationery Office.
- Wild, J., El-Salahi, S. et Esposti, M. D. (2020). The effectiveness of interventions aimed at improving well-being and resilience to stress in first responders: A systematic review. *European Psychologist*, 25(4), 252–271. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000402>
- Winefield, A. H., Forgan, R. E. et Dollard, M. F. (1998). Five-year evaluation of a work stress intervention program. *Journal of Occupational Health and Safety*, 14(2), 159–165. <https://search.informit.org/doi/10.3316/ielapa.981111194>
- Zaza, S., Wright-De Agüero, L. K., Briss, P. A., Truman, B. I., Hopkins, D. P., Hennessy, M. H., Sosin, D. M., Anderson, L., Carande-Kulis, V. G., Teutsch, S. M. et Pappaioanou, M. (2000). Data collection instrument and procedure for systematic reviews in the Guide to Community Preventive Services. *American journal of preventive medicine*, 18(1), 44-74. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(99\)00122](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(99)00122)
- Zaugg, V., Savoldelli, V., Sabatier, B. et Durieux, P. (2014). Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques. *Santé Publique*, 26(5), 655-667. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0655>.