

Matériel Supplémentaire

Ancrage théorique de l'intervention FASTER : co-construction d'un modèle Écosystémique et Processuel du Retour au Travail (EPRAT)

Cette note est une annexe à l'article « *Conception et production d'un guide patient pour accompagner la reprise du travail après un cancer du sein : une application de l'Intervention Mapping* ». Elle a pour visée d'apporter au lecteur des éléments d'éclairage sur le modèle théorique servant d'ancrage à l'intervention FASTER, son élaboration et sa validation.

I. Intérêt de rechercher un ancrage théorique à l'intervention.

Les interventions de retour au travail [RAT] sont à considérer comme des interventions complexes⁴ [3]. Elles nécessitent, en effet, de considérer le problème dans sa multi-dimensionnalité : déterminants psychosociaux, interrelation entre les acteurs (parties-prenantes), influence du contexte social et politique, caractère dynamique du processus du RAT [4]. Dans une telle situation, l'ancrage théorique des interventions est largement recommandé par les auteurs en recherche interventionnelle et planification de programmes [5–9]. Le cadre conceptuel permet une modélisation du problème dans toute sa complexité [3]. Il sert de support opérationnel pour guider la stratégie d'intervention de sorte à ce qu'elle tienne compte de cette complexité à chaque étape de la planification [3,8]. Au-delà du seul contenu de l'intervention, l'ancrage théorique de l'action permet une meilleure prise en compte des contextes, des processus et mécanismes de l'intervention, ainsi que des facteurs d'applicabilité, de transférabilité nécessaires à identifier pour correctement opérationnaliser et évaluer l'action [10–12]. En termes de bénéfices attendus, il est montré que les interventions guidées par la théorie sont plus efficaces pour changer les comportements de santé [10]. Dans le cadre du RAT après cancer, les interventions sans fondement théorique explicite échouent à l'inverse à montrer une réelle efficacité [13,14].

II. Principales étapes d'élaboration du modèle de l'intervention FASTER

Les recommandations de Eldredge et al. [15] décrites dans l'étape 3 du protocole d'Intervention Mapping [IM] ont été suivies pour le choix de l'ancrage théorique. D'abord, la création d'un modèle logique du problème qui synthétise la complexité du RAT après un cancer du sein a été effectuée à partir des données empiriques (ici, une enquête qualitative par entretiens semi-structurés triangulée avec une revue de littérature sur le RAT après un cancer du sein). Cette étape préliminaire permettait d'identifier les comportements aidants et problèmes à cibler pour chaque catégorie d'acteur impliquée dans le RAT après cancer du sein. Des réunions plénières avec le Comité Stratégique [COS] de parties-prenantes ont permis d'identifier les principaux déterminants individuels et de l'environnement (notamment structurels) de ces comportements. Le fruit de ce travail a été formalisée dans la co-construction de matrices de changement par acteur⁵. Une revue de littérature des modèles du RAT dans le champ de la Santé et du Handicap visait alors à recenser les principaux cadres théoriques susceptibles de recouper et d'organiser au mieux ces déterminants.

⁴ D'après Pagani et al. [1], repris de la définition du *Medical Research Council* [2,3] « *la complexité d'une intervention réside dans le nombre de composantes qui agissent à la fois de manière indépendante et interdépendante, le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent et reçoivent l'intervention, le nombre et la variabilité des résultats, le nombre de groupes et de niveaux organisationnels ciblés par l'intervention, le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention* »

⁵ Les matrices prennent la forme d'un tableau par acteur avec : en ligne, les comportements à cibler par l'intervention pour cet acteur ; en colonne : les déterminants au niveau individuel et de l'environnement agissant sur ces comportements ; en cellules : les objectifs de changement du programme. Ces matrices feront l'objet d'une prochaine publication et ne seront pas présentées ici.

2.1. Création d'un modèle logique du problème d'après les données empiriques du RAT après un cancer du sein.

Comme mentionné plus haut, le modèle empirique a été élaboré par l'équipe FASTRACS en co-construction avec le COS de parties-prenantes sur la base : 1/ d'une revue de la littérature sur le RAT après cancer du sein ; 2/ d'une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. La procédure, les résultats et le modèle logique empirique du problème issue de ce travail ont fait l'objet d'une publication dans la revue *Frontiers in Public Health* [16]. Nous ne rapporterons ici que des éléments de synthèse.

La revue de littérature, tout d'abord, permettait l'analyse de 61 études sur le RAT après cancer du sein. Certaines comprenaient une cohorte (n=16) ou étaient basées sur des registres (n=4), d'autres intégraient des études qualitatives (n=17), des interventions (n=7) ou des enquêtes (n=17). Les thématiques abordées par ces publications traitaient aussi bien du vécu des patientes que du pronostic professionnel ou des interventions visant le RAT après un cancer du sein. Concernant l'enquête qualitative par entretiens individuels [EI] et focus groupes [FG], elle a été menée par l'équipe FASTRACS auprès de parties-prenantes, notamment des femmes en rééducation après un cancer du sein (10 EI et 3 FG de 22 participants), des professionnels de santé (20 EI et 6 FG de 40 participants), ou encore des acteurs institutionnels (6 EI et 3 FG de 16 participants) et du monde de l'entreprise (22 EI).

Différents niveaux de complexité du RAT après un cancer du sein ont émergé dans les résultats de ces recherches. Ils ont été synthétisés dans un modèle logique empirique du problème. D'une part, le processus de RAT apparaît intersectoriel, à la croisée de différents systèmes (système patients/travailleurs, système de santé, système du travail et système d'assurance). Les différents systèmes interagissent à différents niveaux écologiques (individuels, organisationnels, etc.) et suivent leur propre logique/leurs propres intérêts. D'autre part, le caractère transitoire/évolutif de ces observations (dynamique temporelle) était démontré, notamment en fonction de l'étape du parcours de soins (phase de diagnostic, des traitements actifs, d'après traitement).

2.2. Recension des cadres théoriques du RAT dans le champ de la Santé et du Handicap

Plusieurs catégories de modèles (p. ex., modèles biomédicaux, socio-cognitifs, personne-environnement, écosystémiques et en phases) ont pu être identifiées dans la littérature comme potentiels candidats pour étayer théoriquement les informations du modèle logique du problème. A noter que les publications ne traitaient pas spécifiquement du cancer du sein, mais concernaient plus largement le RAT dans le champ de la Santé et du Handicap (les travaux de De Rijk [17], Costa-Black et al. [18] et de Schultz et al. [4] étaient particulièrement structurants).

Au niveau individuel des patients, certains parmi ces cadres étaient avant tout centrés sur le fonctionnement de la personne, sur la maladie et les aspects médicaux, à l'image de l'*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* [ICIDH] [19,20]. D'autres mobilisaient davantage les processus cognitifs et sociaux comme le modèle *Attitude-Social influence-self-Efficacy* (ASE) [21,22]. Les modèles en phases [23,24] considéraient quant à eux la dynamique objective/subjective de changement par rapport au RAT. Le *Readiness for Return-to-Work Model* de Franche et Krause [23] en particulier concevait que l'individu soit amené à évoluer dans ses dispositions à retourner ou non au travail. Les phases étaient reprises des stades de changement décrits dans le *modèle transthéorique* [MTT] de Prochaska et DiClemente [25] : 1/ Pré-contemplation (RAT non réfléchi), 2/ Contemplation (ambivalence décisionnelle), 3/ Détermination (projet de RAT et préparation), 4/ Action (RAT effectif) et 5/ Maintien. Au niveau de l'environnement des patients, des cadres théoriques tels que l'*Arena of work disability model* de Loisel et al. [26] s'intéressaient aux systèmes susceptibles d'impacter ou d'être impactés par la situation du patient comme le système de l'entreprise, le système de soins, ou encore le système législatif et d'assurance maladie.

2.3. Détermination du cadre théorique pour l'intervention

La sélection du modèle a reposé sur deux critères essentiels. D'abord, l'adéquation du modèle théorique avec le modèle empirique (modèle logique du problème). Les déterminants identifiés dans les études/l'enquête qualitative qui avaient été validés lors des réunions plénières avec le COS de parties-prenantes devaient trouver leur correspondance avec les déterminants théoriques décrits dans les cadres conceptuels du RAT retenus. Ensuite, l'adéquation du modèle avec les recommandations de Schultz [4] sur le fait qu'un modèle unifiée du RAT devrait intégrer les processus psychosociaux au niveau de l'individu, la dynamique relationnelle entre les parties-prenantes, les caractéristiques de l'environnement, et la dynamique temporelle du RAT. Plusieurs scénarii étaient envisagés dès lors : 1/ un modèle pouvait répondre à l'ensemble des critères ; 2/ un modèle pouvait correspondre sous réserve d'aménagements ; 3/ deux modèles ou plus pouvaient correspondre en étant combinés ; 4/ un modèle devait être créé en l'absence de correspondance suffisante avec les critères. Finalement, et après discussions au sein du COR, c'est la troisième option qui a été décidée.

Deux approches conceptuelles se dégagent à l'issue, dont la combinaison permettait d'ancrer le modèle logique du problème :

- Les théories écologiques et systémiques tels que le modèle de Loisel et al. [26] offrant une lecture holistique et dynamique du RAT considérant les différents niveaux de l'environnement et l'interrelations entre les acteurs ;
- Les théories processuelles alignées sur le modèle transthéorique [MTT] de Prochaska et DiClemente [25] (voir modèle de Franche et Krause [23]) apportant une compréhension opérationnelle dans la manière dont se produisent les changements en différentes phases.

Une telle combinaison représentait l'intérêt et le challenge d'appréhender la complexité du RAT tant au niveau individuel qu'au niveau de l'environnement.

III. Présentation du modèle Écosystémique et Processuel du Retour au Travail (EPRAT)

Le modèle EPRAT présenté dans cette section a été coconstruit au sein du COR par les auteurs de cette publication, et ajusté suite aux échanges avec le COS. Il est le fruit de la combinaison des deux modèles et considère logiquement deux composantes :

- La *dynamique intra-individuelle des acteurs (niveau de l'individu)* : qui modélise comment s'adaptent la patiente, bien entendu, mais aussi les autres individus parties-prenantes du problème (proches, médecin généraliste, médecin du travail, manager, encadrant de proximité, assistantes sociales, médecin conseil, etc.). L'unité d'analyse peut être élargie au-delà des acteurs à la catégorie d'acteur voire au système (p. ex., le système de l'entreprise, le système de soins, ou encore le système législatif et d'assurance maladie).
- La *dynamique de l'environnement (niveau de l'écosystème)* : qui décrit les caractéristiques du milieu et des relations entre les acteurs, et leur évolution dans le temps.

Le cadre conceptuel en question est illustré à la **Figure S1**, puis détaillé.

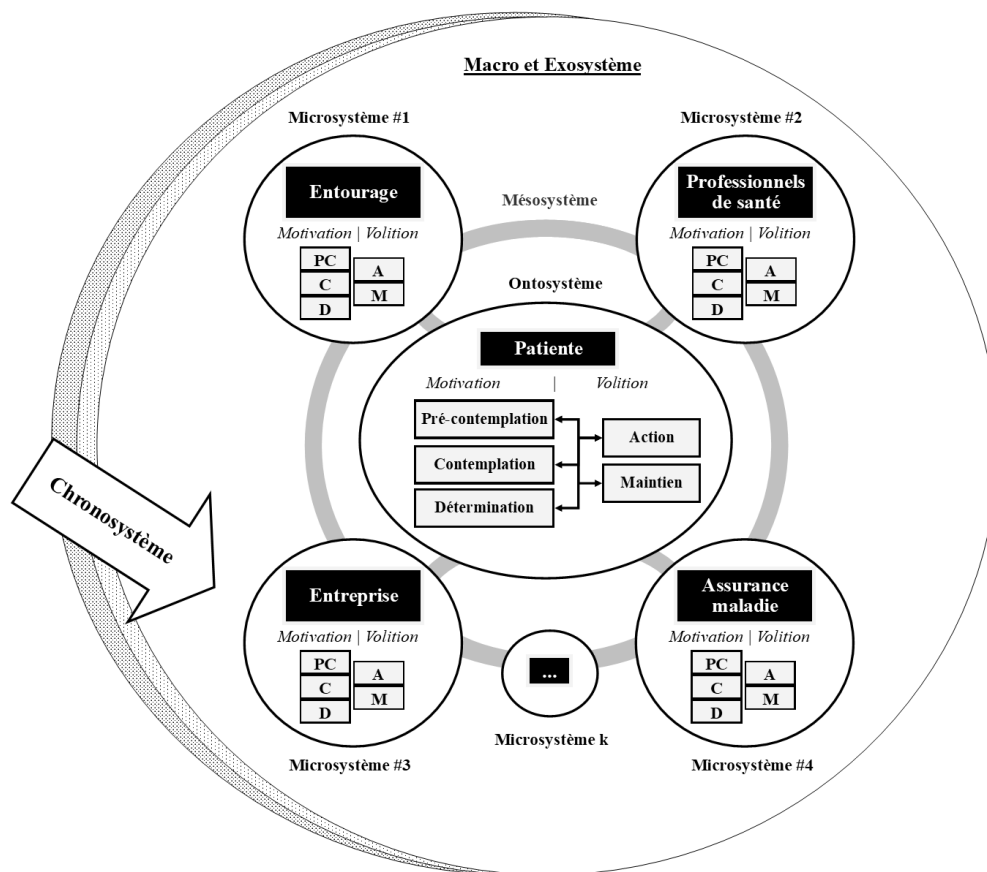


Figure S1. Proposition d'un modèle Écosystémique et Processuel du Retour au Travail (EPRAT)

3.1. Dynamique intra-individuelle des acteurs (niveau de l'individu)

Ces éléments du modèle EPRAT découlent du MTT de Prochaska et DiClemente [25], et plus largement des autres théories processuelles du changement des comportements de santé telles que le *I-Change Model* de De Vries [27], le *Precaution Adoption Process Model* de Weinstein [28] ou encore le *Health Action Process Approach* de Schwarzer [29].

Sur la question du RAT, les femmes peuvent à un instant T dans une phase pré-intentionnelle ou *motivationnelle* : ne pas avoir envisagé la reprise (stade de pré-contemplation) (p. ex., *focalisation sur les traitements*), être ambivalentes/indécises (stade de contemplation) (p. ex., *souhait d'un retour à la normale et en même temps grande fatigue ressentie*) ou avoir un projet de reprise et le préparer (stade de détermination) (p. ex., *prise de RDV pour une visite de pré-reprise*). Dans une phase post-intentionnelle ou *volitionnelle*, les femmes peuvent venir de retourner au travail (stade d'action) ou avoir sécurisé leur reprise (stade de maintien). Le découpage en stades vaut pour le comportement de reprise, mais aussi à un niveau plus opérationnel pour l'ensemble différencié des comportements de la patiente la menant au RAT (p. ex., se renseigner sur la reprise, consulter son médecin généraliste, prendre rendez-vous avec le médecin du travail, etc.). Il s'agit dans la méthodologie de l'IM des comportements cibles identifiés dans la matrice de changement.

Par extension, les stades MTT peuvent donc être appliqués pour analyser la disposition au changement des parties-prenantes pour chacun des objectifs spécifiques de la matrice de changement qui les concerne (p. ex., *le médecin généraliste est-il disposé à assister la patiente dans ses démarches administratives ? à communiquer activement avec le médecin du travail et le médecin conseil de la*

patiente ? Le manager et la direction sont-ils prêts à organiser la reprise en accord avec les besoins de leur collaboratrice ? à prévoir avec les collègues un temps convivial au moment de la reprise ?). Si certains acteurs mettent déjà en place les comportements souhaités (stades d'action ou de maintien), l'intervention devra accompagner ceux qui —même lorsque c'est leur rôle— n'ont pas la détermination (stades de pré-contemplation ou de contemplation) ou les moyens de planifier ces changements (stade de détermination). La prise en compte de la disposition au changement peut être à ce titre un levier pour s'assurer de la bonne implantation du programme et de son appropriation par les acteurs/organisations.

Le processus de changement n'est pas linéaire et des retours sont possibles à des stades antérieurs de la disposition au changement. Des ressources spécifiques (connaissances, autodétermination, sentiment d'efficacité personnelle) peuvent être renforcées à chaque stade pour accompagner l'évolution vers un stade supérieur. Prochaska et Di Clemente [25] décrivent 10 processus de changement qui étayent cette progression d'un stade à l'autre. En résumé, ces processus permettraient progressivement à l'individu de : 1/ conscientiser le problème (le considérer, identifier des motivations) ; 2/ gérer les émotions interférant dans la prise de décision (tension décisionnelle au regard des motivations à changer et à ne pas changer) ; 3/ renforcer son autodétermination et son engagement à mettre en place l'action ; 4/ renforcer son contrôle de la situation (maîtrise de l'environnement) ; 5/ renforcer son contrôle personnel (maîtrise de soi). Le **Tableau S1** offre une proposition de synthèse de ces apports.

		Objectif	Changement de Stade concerné	Processus de changement
Approches verbales / motivationnelles	Conscientisation	Amener l'acteur à considérer le problème	Pré-contemplation vers contemplation	1. Education 2. Feedback (expérience personnelle ou vicariante)
	Gestion des émotions et de la tension décisionnelle	Résoudre l'ambivalence décisionnelle	Contemplation vers détermination	3. Soulagement dramatique 4. Correction de l'expérience émotionnelle
		Soulager le processus de prise de décision		
	Affirmation d'un choix, autodétermination	Renforcer l'autodétermination, l'engagement Faire prendre conscience des ressources personnelles et de l'environnement pour agir	Détermination vers action	5. Libération de soi (prise de conscience de ses potentialités) 6. Libération sociale (prise de conscience des opportunités dans l'environnement)
Approches comportementales / volitionnelles	Contrôle de la situation	Permettre à l'acteur de maîtriser son environnement	Action vers maintien	7. Management des contingences (gestion concrète des imprévus) 8. Réévaluation cognitive de la situation (relativisation, anticipation des difficultés)
	Contrôle des automatismes	Permettre à l'acteur de maîtriser ses réflexes/habitudes (contrôle personnel)	Action vers maintien	9. Contrôle de la stimulation 10. Contre-conditionnement

Tableau S1. Proposition de synthèse des apports des conceptions processuelles du changement

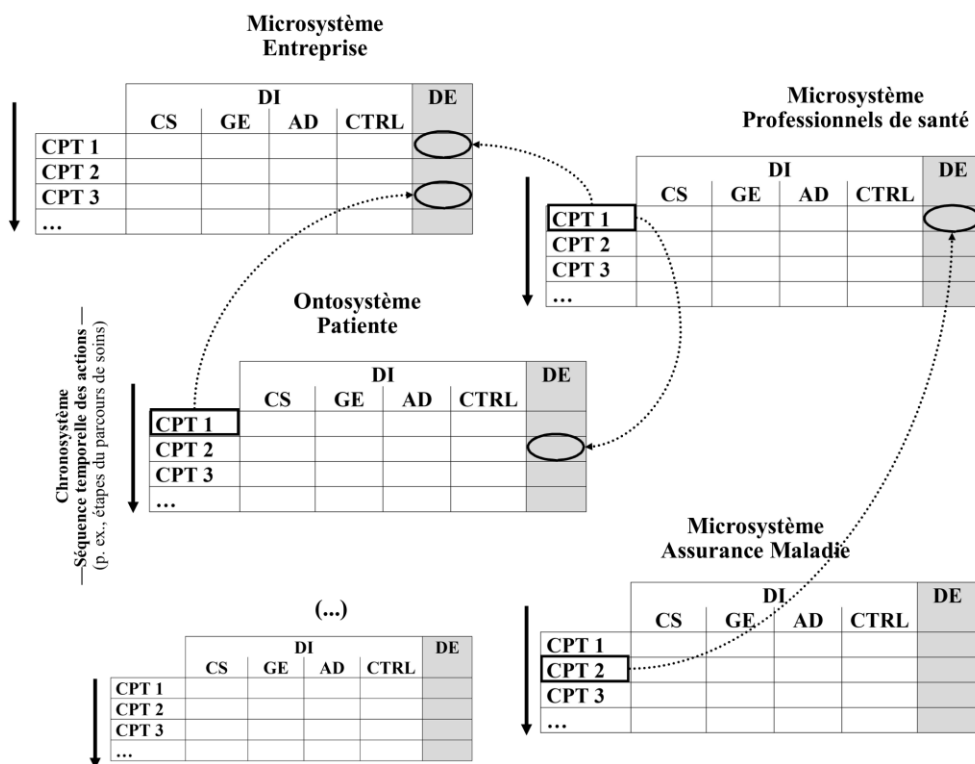
3.2. Dynamique de l'environnement (niveau de l'écosystème)

Ces éléments du modèle EPRAT découlent des théories écologiques et systémiques tels que le modèle de Loisel et al. [26] pour le RAT, et plus largement la théorie écosystémique de Bronfenbrenner [30]. Ces modèles offrent une vision holistique et dynamique du problème au sein d'un environnement complexe. Ainsi, le niveau individuel décrit à la section précédente ne correspondrait qu'à un système (l'*ontosystème*), niché dans un ensemble de systèmes imbriqués incluant :

- L'environnement immédiat de l'individu ou *microsystème* (p. ex., dynamiques relationnelles entre la patiente et son médecin généraliste, sa famille, son entreprise ou le médecin conseil de l'Assurance Maladie) ;
- L'environnement où se jouent les interactions entre les microsystèmes (*mésosystème*, p. ex., dynamiques relationnelles entre le médecin généraliste et le médecin du travail, ou entre le médecin du travail et l'entreprise) ;

- L'environnement externe représentant l'influence du contexte politique, juridique ou institutionnel (*exosystème*, p. ex., législation, politiques publiques sur le RAT) ;
- L'environnement culturel, représentationnel et sociétal plus large (*macrosystème*, p. ex., représentations sociales de la maladie, idéologies sur le Travail) ;
- L'environnement temporel ou *chronosystème* rendant compte du caractère transitoire, dynamique et évolutif de l'environnement (p. ex., changements au sein de l'entreprise durant l'arrêt, progression dans le parcours de soins de la patiente, nouvelles dispositions législatives et réglementaires sur le droit du travail).

Compte tenu de ces éléments, il devient possible dans la matrice de changement d'envisager comment un déterminant de l'environnement peut trouver son origine dans le comportement d'un autre acteur, et donc peut être modifié par l'intervention. Par exemple, la *pression de l'entreprise à retourner au travail* influence le comportement de la patiente à « *Prendre le temps nécessaire pour préparer la reprise* ». Ce qui s'apparente pour elle à un déterminant de l'environnement traduit en fait l'influence d'autres comportements, émanant en l'occurrence de l'entreprise (*allusions des collègues à la charge de travail supplémentaire, demande de l'employeur à revenir travailler*). En ciblant les déterminants individuels (p. ex., *communication au sein des équipes, respect du droit du travail*) et de l'environnement (p. ex., *aides au remplacement d'un salarié*) de ces conduites, l'action peut prétendre changer l'entreprise, et donc favoriser par répercussion le comportement de la patiente. Notons que des comportements peuvent être totalement exo-déterminés. La **Figure S2** résume comment l'influence de l'environnement peut être modélisée à travers le modèle EPRAT.



CPT=Comportement ciblé par l'intervention ; **DI**=Déterminants de l'individu ; **DE**=Déterminants de l'environnement ; **CS**=Conscientisation ; **GE**=Gestion des émotions et de la tension décisionnelle ; **AD**=Autodétermination ; **CTRL**=Contrôle personnel et de l'environnement.

Les flèches représentent les relations entre la patiente et les acteurs, et les relations entre les acteurs en dehors de la patiente (méso-système). L'exosystème et le macrosystème ne sont pas représentés ici, et servent à documenter les caractéristiques du contexte (déterminants structurels, particularités idéologiques, etc.).

Figure S2. Illustration de l'influence de l'environnement et sa prise en compte dans l'intervention

IV. Validité du modèle

La validation du modèle EPRAT n'est encore qu'à ses débuts mais celui-ci pourrait constituer une voie intéressante pour étayer théoriquement la planification d'interventions complexes.

Sur la validité interne (*credibility*), la démarche de construction du modèle est tout d'abord *Evidence-Based*, puisqu'elle triangule les données probantes de la littérature scientifique, l'expertise de terrain des professionnels du RAT et le savoir expérientiel des patients [31]. Le modèle a émergé des données empiriques de 61 études parues dans des revues à comité de lecture, et de l'analyse qualitative d'une soixantaine d'entretiens individuels et de 12 focus groupes rassemblant à eux-seuls une quarante-vingtaine de participants de chaque catégorie d'acteur concerné par le RAT après un cancer du sein (patientes, professionnels de santé, acteurs institutionnels et de l'entreprise, etc.) [16]. Cette méthode de génération de modèle est celle de la théorisation ancrée [32,33], qui démontre son intérêt et sa validité pour la planification d'interventions complexes en santé [34,35]. Des preuves sur la validité de contenu de cette version préliminaire du modèle (modèle empirique) ont pu être apportées lors des réunions itératives avec le COS de parties-prenantes [38]. Les critères de validité interne décrits par Lincoln et Guba [36] étaient systématiquement recherchés à toutes les étapes d'élaboration du modèle : *saturation de contenu*, *triangulation des résultats*, *exhaustivité des points de vue*, *débriefing avec les équipes au sein du COR*, etc. Tant pour la validité et la fidélité, le principe de triangulation a été appliqué en croisant les méthodes (EI, FG, recherche documentaire), les investigateurs, et les théories [37]. Le modèle EPRAT a enfin été présenté à la communauté de chercheurs en 2017 (Congrès de la *Société Française de Psychologie* à Nice), 2018 (Congrès de l'*Association Francophone de Psychologie de la Santé* à Metz ; *Cancer Research Forum* du Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes) et 2021 (*Colloque "Cancer et Travail"* du Réseau Sciences Humaines et Sociales Cancéropôle Grand Ouest à Nantes). Les échanges avec les participants à ces événements scientifiques ont grandement bénéficié à faire évoluer le modèle, en questionnant son intérêt dans le champ du RAT après un cancer du sein, la validité de sa structure, et les voies d'opérationnalisation.

Sur la validité externe (*transferability*), le modèle EPRAT est applicable plus largement à la Recherche Interventionnelle en Santé des Populations (RISP), au-delà de la question du RAT⁶. En parallèle du projet FASTRACS, deux projets sont en cours qui utilisent le modèle et permettront son évaluation : l'un visant à améliorer le diagnostic et la prise en charge globale de l'endométriose, l'autre visant à planifier une intervention afin de réduire les Infections Associées aux Soins. Le modèle est en effet conçu pour être flexible, et applicable dans différents contextes de santé. En adaptant à leur problématique, les planificateurs de programmes peuvent utiliser le cadre théorique en tant que support pour : 1/ lister les acteurs-clefs ; 2/ identifier les comportements à cibler pour chacun d'entre eux ; 3/ au niveau individuel des acteurs, définir leur disposition au changement sur ces comportements (déterminants CS, GE, AD et CTRL de la Figure S2) ; 4/ au niveau de l'environnement, définir si les comportements sont influencés par le comportement d'autres acteurs ou par des déterminants plus structuraux. Les planificateurs peuvent alors puiser sans s'y limiter dans les BCT [39] et les interventions basées sur le MTT [40–42] pour concevoir leur intervention (sans oublier des stratégies issues de la pratique) (cf. application avec le guide patient dans l'article). Le modèle trouve également un intérêt dans le déploiement de l'intervention en contexte, en interrogeant les comportements aidants/problèmes du promoteur et des acteurs-clefs impactant spécifiquement l'implantation du programme, et les déterminants de ces comportements.

Sur un plan plus quantitatif, le MTT qui compose en partie le modèle a largement fait ses preuves pour promouvoir des comportements de santé chez des patients diagnostiqués avec un cancer [43–46]. Le MTT présente notamment une bonne validité prédictive concernant le RAT [47]. Des protocoles récents sur le RAT après cancer plébiscitent le recours au MTT pour accompagner les femmes [48] ou encore les employeurs [49]. Concernant la composante écosystémique, il n'y a en revanche aucune étude à notre connaissance qui vérifie quantitativement la validité de telles conceptions holistiques. De

⁶ L'appellation plus générique de modèle « Ecosystémique et Processuel du Changement [*Ecosystem Process of Change model* - EPC] » serait dans ce cas à employer.

nouvelles voies méthodologiques pour l'évaluation statistique des modèles complexes doivent être trouvées, à l'image des pistes prometteuses que sont l'évaluation réaliste [50,51], l'Intelligence Artificielle ou le Machine Learning [12,52].

Références

1. Pagani V, Kivits J, Minary L, Cambon L, Claudot F, Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. *Santé Publique*. 2017;29(1):31-9.
2. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 30 sept 2021;374:n2061.
3. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud*. mai 2013;50(5):587-92.
4. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. juin 2007;17(2):327-52.
5. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 4th Edition. San Francisco, CA: John Wiley & Sons; 2008. 592 p.
6. Mackenzie M, O'Donnell C, Halliday E, Sridharan S, Platt S. Do health improvement programmes fit with MRC guidance on evaluating complex interventions? *BMJ*. 1 févr 2010;340:c185.
7. Michie S, Prestwich A. Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. *Health Psychol*. janv 2010;29(1):1-8.
8. Chen HT. *Practical Program Evaluation: Theory-Driven Evaluation and the Integrated Evaluation Perspective*. 2nd edition. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2014. 464 p.
9. Rossi PH, Lipsey MW, Henry GT. *Evaluation: A Systematic Approach*. 8th edition. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2019. 360 p.
10. Hagger MS, Weed M. DEBATE: Do interventions based on behavioral theory work in the real world? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 25 avr 2019;16(1):36.
11. Saillour-Glénisson F, Salmi LR. Évaluation des effets d'une intervention complexe. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 avr 2023;71(2):101377.
12. Michie S, Thomas J, Johnston M, Aonghusa PM, Shawe-Taylor J, Kelly MP, et al. The Human Behaviour-Change Project: harnessing the power of artificial intelligence and machine learning for evidence synthesis and interpretation. *Implement Sci*. 18 oct 2017;12(1):121.
13. Lamore K, Dubois T, Rothe U, Leonardi M, Girard I, Manuwald U, et al. Return to Work Interventions for Cancer Survivors: A Systematic Review and a Methodological Critique. *Int J Environ Res Public Health*. 14 avr 2019;16(8):1343.
14. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Verbeek JH a. M, Frings-Dresen MHW. Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occup Environ Med*. sept 2010;67(9):639-48.

15. Eldredge LKB, Markham CM, Ruiter RAC, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. 4th éd. Jossey-Bass; 2016. 677 p.
16. Fassier JB, Lamort-Bouché M, Broc G, Guittard L, Péron J, Rouat S, et al. Developing a Return to Work Intervention for Breast Cancer Survivors with the Intervention Mapping Protocol: Challenges and Opportunities of the Needs Assessment. *Front Public Health*. 2018;6:35.
17. de Rijk AE. Work Disability Theories: A Taxonomy of Researchers. In: *Handb Work Disabil Prev Manag*. Springer-Verlag. New York Inc., New York,; 2013. p. pp 475-499.
18. Costa-Black KM, Cheng ASK, Li M, Loisel P. The practical application of theory and research for preventing work disability: a new paradigm for occupational rehabilitation services in China? *J Occup Rehabil*. mars 2011;21 Suppl 1:S15-27.
19. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976 [Internet]. World Health Organization; 1980 [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>
20. World Health Organization, éditeur. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001. 299 p.
21. Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJ, van Mechelen W, van der Beek AJ. Intervention mapping for development of a participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders. *BMC Public Health*. 2 juill 2009;9(1):216.
22. de Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*. 1 sept 1988;3(3):273-82.
23. Franche RL, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil*. déc 2002;12(4):233-56.
24. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil*. déc 2005;15(4):557-68.
25. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* [Internet]. 1 janv 1982 [cité 7 déc 2022]; Disponible sur: <https://www.scienceopen.com/document?vid=1c091fc5-d46a-4be0-bf6d-5b24838291b2>
26. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*. déc 2005;15(4):507-24.
27. de Vries H, Mudde A, Leijts I, Charlton A, Vartiainen E, Buijs G, et al. The European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Educ Res*. oct 2003;18(5):611-26.
28. Weinstein ND, Sandman PM. A model of the precaution adoption process: evidence from home radon testing. *Health Psychol*. 1992;11(3):170-80.

29. Schwarzer R. Health action process approach (HAPA) as a theoretical framework to understand behavior change. *Actualidades en Psicología*. 2016;30:119-30.
30. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1981. 352 p.
31. Broeder JL, Donze A. The role of qualitative research in evidence-based practice. *Neonatal Netw*. 2010;29(3):197-202.
32. Chun Tie Y, Birks M, Francis K. Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *SAGE Open Med*. 2 janv 2019;7:2050312118822927.
33. Turner C, Astin F. Grounded theory: what makes a grounded theory study? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 28 avr 2021;20(3):285-9.
34. Foley G, Timonen V. Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences. *Health Serv Res*. août 2015;50(4):1195-210.
35. Williams T, Wiles J, Smith M, Ward K. Combining action research and grounded theory in health research: A structured narrative review. *SSM - Qualitative Research in Health*. 1 déc 2022;2:100093.
36. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*. 1986;1986(30):73-84.
37. Fusch P, Fusch GE, Ness LR. Denzin's Paradigm Shift: Revisiting Triangulation in Qualitative Research. *JOSC [Internet]*. 1 janv 2018 [cité 4 févr 2023];10(1). Disponible sur: <https://scholarworks.waldenu.edu/jsc/vol10/iss1/2>
38. Fassier JB, Rouat S, Guittard L, Broc G, Carretier J, Peron J, et al. Faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein : partenariat chercheurs-acteurs dans un processus de modélisation d'une intervention. *Glob Health Promot*. 1 mars 2021;28(1_suppl):15-23.
39. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*. août 2013;46(1):81-95.
40. Smith SL, Kloss JD, Kniele K, Anderson SS. A comparison of writing exercises to motivate young women to practise breast self-examinations. *Br J Health Psychol*. févr 2007;12(Pt 1):111-23.
41. Lee MK, Yun YH, Park HA, Lee ES, Jung KH, Noh DY. A Web-based self-management exercise and diet intervention for breast cancer survivors: pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. déc 2014;51(12):1557-67.
42. Scruggs S, Mama SK, Carmack CL, Douglas T, Diamond P, Basen-Engquist K. Randomized Trial of a Lifestyle Physical Activity Intervention for Breast Cancer Survivors: Effects on Transtheoretical Model Variables. *Health Promot Pract*. janv 2018;19(1):134-44.
43. Christy SM, Mosher CE, Sloane R, Snyder DC, Lobach DF, Demark-Wahnefried W. Long-term dietary outcomes of the FRESH START intervention for breast and prostate cancer survivors. *J Am Diet Assoc*. déc 2011;111(12):1844-51.
44. Demark-Wahnefried W, Morey MC, Sloane R, Snyder DC, Miller PE, Hartman TJ, et al. Reach out to enhance wellness home-based diet-exercise intervention promotes reproducible and

sustainable long-term improvements in health behaviors, body weight, and physical functioning in older, overweight/obese cancer survivors. *J Clin Oncol*. 1 juill 2012;30(19):2354-61.

45. Emmons KM, Puleo E, Park E, Gritz ER, Butterfield RM, Weeks JC, et al. Peer-delivered smoking counseling for childhood cancer survivors increases rate of cessation: the partnership for health study. *J Clin Oncol*. 20 sept 2005;23(27):6516-23.
46. Hashemzadeh M, Rahimi A, Zare-Farashbandi F, Alavi-Naeini AM, Daei A. Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019;24(2):83-90.
47. Lam CS, Wiley AH, Siu A, Emmett J. Assessing readiness to work from a stages of change perspective: implications for return to work. *Work*. 2010;37(3):321-9.
48. Porro B, Campone M, Moreau P, Roquelaure Y. Supporting the Return to Work of Breast Cancer Survivors: From a Theoretical to a Clinical Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 22 avr 2022;19(9):5124.
49. Greidanus MA, de Boer AGEM, Tiedtke CM, Frings-Dresen MHW, de Rijk AE, Tamminga SJ. Supporting employers to enhance the return to work of cancer survivors: development of a web-based intervention (MiLES intervention). *J Cancer Surviv*. avr 2020;14(2):200-10.
50. Flynn R, Rotter T, Hartfield D, Newton AS, Scott SD. A realist evaluation to identify contexts and mechanisms that enabled and hindered implementation and had an effect on sustainability of a lean intervention in pediatric healthcare. *BMC Health Services Research*. 29 nov 2019;19(1):912.
51. Maben J, Taylor C, Dawson J, Leamy M, McCarthy I, Reynolds E, et al. A realist informed mixed-methods evaluation of Schwartz Center Rounds® in England [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018 [cité 12 déc 2022]. (Health Services and Delivery Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533087/>
52. Mac Aonghusa P, Michie S. Artificial Intelligence and Behavioral Science Through the Looking Glass: Challenges for Real-World Application. *Ann Behav Med*. 1 déc 2020;54(12):942-7.