



# ACT45+

AMÉNAGEMENTS DES CONDITIONS  
DE TRAVAIL POUR LES TRAVAILLEURS  
SENIORS ÂGÉS DE 45 ANS ET PLUS

# ACT45+

AMÉNAGEMENTS DES CONDITIONS DE TRAVAIL POUR LES TRAVAILLEURS SENIORS ÂGÉS DE 45 ANS ET PLUS

## Auteurs

Alessia Negrini, Ph. D., Chercheuse, Direction de la recherche, IRSST  
Marc Corbière, Ph. D., Professeur, Université du Québec à Montréal, UQAM  
Jessica Dubé, Ph. D., Chercheuse, Direction de la recherche, IRSST

## Graphisme

Hind Bouharra, Direction des communications, de la veille et de la mobilisation des connaissances, IRSST

## Pour en savoir plus

Contact : [act45@irsst.qc.ca](mailto:act45@irsst.qc.ca)  
Rapport de recherche : R-1116  
[irsst.qc.ca/act45](http://irsst.qc.ca/act45)

## Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021  
Bibliothèque et Archives Canada, 2021  
ISBN : 978-2-89797-169-4 (PDF)  
Avril 2021

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Negrini, A., Corbière, M., Dubé, J. (2021). *ACT45+ : Aménagements des conditions de travail pour les travailleurs seniors âgés de 45 ans et plus* (Document technique n° DT-1135). Montréal, QC: IRSST.

### Les énoncés suivants décrivent des Aménagements des Conditions de Travail qui peuvent éventuellement faciliter le maintien en emploi des travailleurs âgés de 45 ans et plus ayant vécu une lésion psychologique ou physique.

Dans la section **A**, veuillez indiquer si cet aménagement a été implanté **lors de votre retour au travail**.

Si votre réponse dans la section **A** est **OUI** (l'aménagement a été implanté), passez svp, à la section **B**.

Si votre réponse dans la section **A** est **NON** (l'aménagement n'a pas été implanté), passez svp, à la section **C**.

Si votre réponse dans la section **A** est **S.O.** (l'aménagement ne s'applique pas à vous), passez svp, à l'énoncé suivant.

AMÉNAGEMENT	Section A			Section B			Section C		
	Implanté ?			SI OUI, est-ce aidant pour votre maintien en emploi ?			SI NON, auriez-vous souhaité qu'il le soit ?		
<b>PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL ET SUIVI</b>									
1. Avoir un plan de retour au travail qui inclut des suivis réguliers avec votre supérieur immédiat.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
2. Avoir un plan de retour progressif au travail (p. ex. : retourner à temps partiel à votre ancien poste de travail).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
3. Avoir planifié avec votre supérieur immédiat votre accueil lors de votre retour au travail.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
4. Être suivi par un ergothérapeute dans votre milieu de travail.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
5. Être accompagné dans la réalisation de vos tâches (p. ex. : par un mentor, un parrain, ou un travailleur externe d'agence) lors de votre retour au travail.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.

AMÉNAGEMENT	Section A			Section B			Section C		
	Implanté ?			SI OUI, est-ce aidant pour votre maintien en emploi ?			SI NON, auriez-vous souhaité qu'il le soit ?		
<b>HORAIRE ET LIEU DE TRAVAIL</b>									
6. Changer votre horaire de travail (p. ex. : travailler à temps partiel plutôt que temps plein).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
7. Avoir un horaire de travail sans heures supplémentaires.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
8. Avoir un horaire de travail flexible (p. ex. : commencer plus tard le matin ou terminer plus tôt l'après-midi).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
9. Avoir des pauses adaptées à vos besoins de santé (p. ex. : plus fréquentes ou plus longues).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
10. Travailler en dehors de votre lieu de travail habituel (p. ex. : travailler de la maison).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
11. Avoir un équilibre/concilier votre travail et votre vie personnelle.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.

AMÉNAGEMENT	Section A			Section B			Section C		
	Implanté ?			SI OUI, est-ce aidant pour votre maintien en emploi ?			SI NON, auriez-vous souhaité qu'il le soit ?		
<b>CHARGE DE TRAVAIL</b>									
12. Changer votre charge de travail (p.ex. : avoir des responsabilités différentes qu'avant votre absence).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
13. Réduire votre charge physique en fonction de vos capacités (p. ex. : réduire le poids des objets à déplacer).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
14. Réduire votre charge mentale en fonction de vos capacités (p. ex. : diminuer les informations à traiter, diminuer les responsabilités).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
<b>TÂCHES DE TRAVAIL</b>									
15. Changer vos tâches en fonction de vos capacités (p. ex. : tâches physiques/manuelles par rapport tâches mentales/cognitives).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
16. Réduire la quantité de vos tâches en fonction de vos capacités.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
17. Réorganiser vos tâches dans votre équipe de travail en fonction de vos capacités (p. ex. : partager vos tâches avec vos collègues).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
18. Identifier clairement vos tâches (p. ex. : en cas de rotation de poste ou de partage de tâches avec les collègues).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.

AMÉNAGEMENT	Section A			Section B			Section C		
	Implanté ?			SI OUI, est-ce aidant pour votre maintien en emploi ?			SI NON, auriez-vous souhaité qu'il le soit ?		
<b>SANTÉ AU TRAVAIL</b>									
19. Avoir un employeur qui sensibilise les employés à l'importance de la santé et de la sécurité du travail (p. ex. : identification des risques).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
20. Avoir un employeur qui est attentif à la prévention de la santé psychologique au travail.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
21. Travailler dans une organisation qui est non discriminante face aux problèmes de santé psychologique ou physique des employés.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
<b>SOUTIEN DES COLLÈGUES</b>									
22. Avoir des collègues qui sont à l'écoute de vos besoins liés au travail (p. ex. : prennent le temps pour vous assister, réorganiser ou partager des tâches).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
23. Avoir des collègues qui vous aident à réaliser certaines tâches.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
24. Avoir des collègues qui ajustent leurs attentes quant à votre performance au travail.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
25. Avoir des collègues qui reconnaissent vos efforts pour accomplir votre travail lors de votre retour.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
26. Avoir des collègues qui vous fournissent de la rétroaction par rapport à votre travail.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.

AMÉNAGEMENT	Section A			Section B			Section C		
	Implanté ?			SI OUI, est-ce aidant pour votre maintien en emploi ?			SI NON, auriez-vous souhaité qu'il le soit ?		
<b>SOUTIEN DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT</b>									
27. Avoir un supérieur immédiat qui est à l'écoute de vos besoins liés au travail (p. ex. : vous donne la possibilité d'ajuster votre charge de travail).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
28. Avoir un supérieur immédiat qui ajuste ses attentes quant à votre performance.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
29. Avoir un supérieur immédiat qui reconnaît vos efforts pour accomplir votre travail lors de votre retour.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
30. Avoir un supérieur immédiat qui fournit de la rétroaction par rapport à votre travail.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
31. Avoir un supérieur immédiat qui respecte votre rythme de rétablissement.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
32. Avoir un supérieur immédiat qui communique avec vous, tout au long de votre retour au travail.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.

AMÉNAGEMENT	Section A			Section B			Section C		
	Implanté ?			SI OUI, est-ce aidant pour votre maintien en emploi ?			SI NON, auriez-vous souhaité qu'il le soit ?		
<b>INFORMATION ET FORMATION</b>									
33. Être informé des changements qui ont été mis en place durant votre absence (p. ex. : nouvelle procédure, nouvelle législation, nouveau système informatique).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
34. Recevoir une formation sur les changements qui ont été mis en place durant votre absence (p. ex. : nouvelle procédure, nouvelle législation, nouveau système informatique).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
35. Recevoir au besoin une formation pour réaliser vos nouvelles tâches.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
36. Être informé par un professionnel sur les bonnes pratiques à adopter au travail dans le but de prévenir les lésions physiques (p. ex. : par un ergothérapeute, un ergonomiste).	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.
37. Être informé par un professionnel de la santé sur les bonnes pratiques pour maintenir une bonne santé psychologique au travail.	OUI	NON	S.O.	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	S.O.

### Note pour l'utilisateur

Les huit dimensions de l'ACT45+ couvrent :

- le contexte de travail (Plan de retour au travail et suivi, Horaire et lieu de travail, Santé au travail, Information et formation),
- le contenu du travail (Charge de travail et Tâches de travail),
- les relations interpersonnelles au travail (Soutien des collègues et Soutien du supérieur immédiat).





IRSST  
505, boulevard De Maisonneuve Ouest  
Montréal, Québec, H3A 3C2  
Téléphone : 514 288-1551

[IRSST.QC.CA](http://IRSST.QC.CA)