



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
DE MONTRÉAL-CENTRE

*Santé au travail et environnementale*

**Travailleuses et travailleurs atteints  
de lésions musculo-squelettiques:  
les stratégies de prise en charge  
en milieu de travail dans le secteur  
électrique/électronique de l'Île de  
Montréal**

«Workready» Phase 1: Volet qualitatif québécois

*Susan Stock, Suzanne Deguire, Raymond Baril,  
Marie-José Durand*

*Juin 1999*

**DIRECTION  
DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE**

*Garder notre  
monde en santé*

Une réalisation de l'unité santé au travail et environnementale  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire

© Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1999)  
Tous droits réservés

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 1999  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-189-7

**Travailleuses et travailleurs atteints  
de lésions musculo-squelettiques:  
les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le  
secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal**

**Susan Stock, MD, MSc, FRCPC<sup>1,2,3</sup>**

**Suzanne Deguire, MA<sup>1,2</sup>**

**Raymond Baril, PhD<sup>4</sup>**

**Marie-José Durand, PhD, Erg.<sup>2,5</sup>**

**Juin 1999**

---

<sup>1</sup> Direction de la santé publique de Montréal-Centre

<sup>2</sup> Centre de recherches cliniques Hôpital Charles LeMoyne

<sup>3</sup> Université McGill

<sup>4</sup> IRSST

<sup>5</sup> Université Laval

## RÉSUMÉ

### PROBLÉMATIQUE

Plusieurs études ont démontré que des entreprises sont aux prises avec de nombreux cas de travailleuses et de travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques (LMS), comme des maux de dos, de cou, des tendinites à l'épaule ou au poignet, des cas de syndrome du canal carpien, etc. Les entreprises cherchent donc, de plus en plus, des solutions pour mieux gérer leurs cas de LMS dont les coûts économiques et humains s'avèrent élevés. C'est pourquoi de multiples interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS ont vu le jour. À l'heure actuelle, il existe peu d'information sur les différentes interventions de prise en charge des cas de LMS par les entreprises, sur leurs modalités d'implantation, et sur l'impact de ces interventions sur le milieu de travail et la santé des travailleurs. Il devenait donc intéressant de mieux connaître comment les entreprises vivent cette réalité, afin de pouvoir mettre en place, éventuellement, des outils leur permettant de mieux répondre à leurs besoins et de faciliter la prise en charge de leurs cas de LMS.

Cette recherche fait partie d'un vaste projet interprovincial (Québec-Ontario-Manitoba), intitulé « Workready », subventionné par le Réseau canadien de liaison et d'application de l'information en santé (RELAIS/HEALNet), un centre d'excellence subventionné par le gouvernement canadien. Les **objectifs principaux** du volet qualitatif de cette présente étude au Québec sont **de comprendre comment se fait la prise en charge des travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques en milieu de travail, de mieux saisir les stratégies utilisées et les solutions préconisées par les entreprises, dans le but de favoriser le retour au travail régulier des travailleurs atteints de LMS et, d'identifier les obstacles et les facteurs qui facilitent les interventions concernant leur prise en charge.**

### MÉTHODOLOGIE

Nous avons rencontré des intervenants impliqués dans la prise en charge des travailleuses et travailleurs atteints de LMS dans **dix entreprises du secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal**, et deux personnes de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST) de la Direction régionale de Montréal, DRIM4, s'occupant du secteur électrique/électronique. De deux à sept personnes par entreprise ont été rencontrées. Chaque

**entrevue** a été enregistrée sur cassette audio et transcrite intégralement. Les quatre membres de l'équipe de recherche (médecin, sociologue, anthropologue, ergothérapeute) ont analysé les transcriptions des entrevues des 36 personnes rencontrées en participant au **codage des entrevues** et à l'**analyse** de celles-ci **selon les grands thèmes** du questionnaire d'entrevue. Grâce à l'analyse de contenu, nous avons relevé, pour chaque thème, les points les plus importants, les sous-thèmes, les relations entre les sous-thèmes et entre les différents acteurs, les similarités et les divergences entre les entreprises. Un bilan des données a été effectué plutôt qu'une analyse spécifique par entreprise.

## RÉSULTATS

### DESCRIPTION DES ENTREPRISES RENCONTRÉES ET LEURS MESURES DE PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS ATTEINTS DE LMS

**Les entreprises** rencontrées sont soit des entreprises d'électricité ou des fabricants de produits électriques/électroniques dans le domaine des transports, de l'aérospatiale, des communications ou des appareils électroménagers.

Parmi ces dix entreprises, six ont un syndicat. Il existe un comité paritaire de santé et de sécurité du travail (comité paritaire SST) dans toutes les entreprises rencontrées où participent le syndicat ou le représentant des travailleurs, et des représentants de l'employeur. Il existe des lésions musculo-squelettiques dans chacune des entreprises de notre échantillon mais leur nombre est très variable. Les sites de lésions musculo-squelettiques les plus fréquents sont le dos, le cou, les épaules, les coudes et les poignets.

**La prise en charge des travailleurs atteints de LMS** est une réalité complexe due, entre autres, au nombre d'acteurs impliqués (tant à l'interne qu'à l'externe des entreprises : voir l'annexe A), à leurs rôles et mandats parfois distincts, parfois complémentaires, à leurs objectifs qui quelquefois se rejoignent, quelquefois différent. Cette complexité empêche parfois les personnes responsables des programmes de prise en charge de percevoir l'impact de leur travail et de leurs interventions sur les autres acteurs impliqués aussi dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Par contre, cela semble être plus facile lorsqu'il y a une bonne communication entre eux.

Nous avons relevé **trois grands types d'interventions** concernant directement ou indirectement la **prise en charge** des travailleurs atteints de LMS soit : un **suivi administratif, médical et/ou juridique**; un **programme de réintégration ou de maintien au travail** (par l'assignation temporaire et la relocalisation, la modification du poste de travail régulier ou des méthodes de travail); et un **programme de prévention**. Par exemple, selon le premier type d'intervention mentionné ci-haut, certaines entreprises font un suivi périodique de leurs dossiers CSST, en effectuant un suivi hebdomadaire avec les travailleurs blessés absents du travail, par téléphone ou par une rencontre. Le suivi médical permet aux gestionnaires et aux professionnels du service médical, impliqués dans la prise en charge, de s'informer auprès du travailleur atteint de son état de santé, de son évolution et des traitements qu'il reçoit. La plupart des entreprises font un suivi juridique des cas par la contestation de certaines demandes d'indemnisation de LMS.

#### **LES FACTEURS FACILITANT OU LIMITANT LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS ATTEINTS DE LMS**

De prime abord, mentionnons que les obstacles et les facteurs facilitant la prise en charge des travailleurs atteints de LMS sont bien souvent le reflet d'une même réalité. En effet, lorsque certaines conditions ou certains éléments sont présents cela est facilitant mais leur absence constitue un obstacle à la prise en charge. Cependant, il arrive que la présence de certaines conditions soit facilitante mais leur absence n'empêche pas la prise en charge des travailleurs atteints de LMS ou n'est pas nécessairement un obstacle.

Une des conditions qui facilite la prise en charge des travailleurs atteints de LMS, qui a été mentionnée à plusieurs reprises au cours des entretiens, est une **communication** efficace, une bonne **collaboration** et une confiance entre les personnes qui sont impliquées dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS, et ce, autant entre les personnes au sein de l'entreprise qu'avec les personnes ou organismes extérieurs (comme les médecins traitants ou la CSST).

##### **◆ Communication entre les entreprises et les médecins traitants**

Les informations obtenues lors des entrevues indiquent que plusieurs entreprises vivent certaines **difficultés de communication avec les médecins traitants** des travailleurs atteints. Du point de vue des gestionnaires et des professionnels du service médical des entreprises, les médecins

traitants ne sont pas nécessairement réceptifs aux demandes des entreprises. Des gestionnaires et des professionnels du service médical rencontrés nous disent que les médecins traitants ne semblent pas toujours partager les mêmes objectifs qu'eux ni comprendre certaines démarches des entreprises relatives à la prise en charge de travailleurs atteints de LMS. L'approche privilégiée par certains médecins traitants, afin de réaliser leur objectif de promouvoir le rétablissement de leur patient et d'éviter les rechutes, ne permet pas nécessairement de répondre aux préoccupations des entreprises qui sont d'éviter l'absence du travailleur atteint de LMS ou d'en réduire la durée, et de réduire leurs coûts de cotisation à la CSST. Certains professionnels du service médical et gestionnaires des entreprises estiment que certains médecins traitants manquent de connaissances au niveau des LMS, de leurs traitements, et du milieu de travail. Ce manque de connaissances pourrait s'exprimer, selon nos répondants, par un diagnostic imprécis, par des traitements inefficaces, par des traitements qui durent trop longtemps, ou par des limitations fonctionnelles vagues ou inappropriées. Le niveau de connaissance des médecins traitants semble aussi influencer la nécessité d'un arrêt de travail et sa durée. Le manque de **connaissances du milieu de travail** de ceux-ci peut se traduire, selon nos répondants, par des difficultés à juger les contraintes physiques associées au poste de travail régulier ou d'assignation temporaire (AT).

Les gestionnaires et professionnels du service médical des entreprises cherchent souvent l'avis d'un médecin spécialiste ou d'un médecin du travail d'une firme privée, afin d'obtenir une appréciation et une opinion par rapport au diagnostic du médecin traitant, à la date de retour au travail, ou au lien entre le travail et la lésion. D'ailleurs, les responsables des programmes de retour au travail constatent souvent que les évaluations diffèrent entre les médecins (traitant versus spécialiste ou médecin du travail). Ces expertises, provenant de médecins que les entreprises ont choisis, sont perçues par celles-ci comme facilitant la prise en charge de leurs cas de LMS, et les aident dans la contestation de certains cas.

Certaines entreprises ont essayé plusieurs **stratégies afin de faciliter les contacts** et la communication avec les médecins traitants. En voici quelques exemples :

- envoi, par l'entremise du travailleur à remettre au médecin traitant, d'un **formulaire** créé par l'entreprise ou du formulaire de la CSST que l'entreprise a modifié afin, d'une part, de recueillir

les informations nécessaires **pour le suivi médical et administratif** et, d'autre part, d'indiquer au médecin traitant **le travail proposé pour une assignation temporaire**;

- **identification par l'entreprise de deux ou trois postes** que le travailleur pourrait occuper en assignation temporaire, et demande d'approbation du médecin traitant de tous ces postes en même temps. Cela permet aux entreprises d'éviter des délais concernant l'AT (par exemple, si le médecin traitant refuse une AT proposée, l'entreprise doit reprendre le processus) et assure une certaine souplesse vis-à-vis l'AT;
- **contact téléphonique au médecin traitant** du travailleur atteint afin de **l'informer des possibilités d'AT**, et de la nature du travail qui est fait dans l'entreprise (bien que toutefois ce contact ne soit pas toujours facile à réaliser);
- envoi, par l'entremise du travailleur, d'une **copie du rapport d'expertise médicale au médecin traitant**.

#### ◆ **Les superviseurs et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

Le principal mandat des superviseurs est de répondre aux exigences de la production. Par contre, très souvent d'autres tâches ont été ajoutées, comme de s'occuper de santé et sécurité du travail (SST) et aussi de faire la gestion quotidienne de certaines interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Cette gestion quotidienne se traduit principalement par la recherche de tâches lors d'assignations temporaires des travailleurs blessés. Le principal problème soulevé par nos répondants est que souvent ces autres responsabilités ont été ajoutées à leurs tâches sans qu'il y ait eu de planification, de changement dans l'organisation de leurs tâches, ou de réflexion sur ce dont les superviseurs ont besoin pour les accomplir et les impacts possibles sur leur travail. Parfois, la structure organisationnelle n'encourage pas une bonne communication entre la direction de production et la direction des ressources humaines (RH) ou de SST qui gère les cas de LMS. Très souvent, **les superviseurs se sentent coincés entre les quotas de production à atteindre et la gestion quotidienne de l'assignation temporaire**. Dans ce contexte, plusieurs superviseurs semblent voir l'assignation temporaire comme une surcharge de travail. De plus, ils n'ont pas nécessairement une bonne compréhension des LMS et des principes d'ergonomie pour en tenir compte dans le choix des assignations. Les conséquences de ce manque de connaissances, en plus des entraves organisationnelles et des exigences de production, pourraient expliquer le non-respect

des limitations fonctionnelles des travailleurs atteints de la part de certains superviseurs. Le manque de temps, le manque de moyens ou de connaissances, le conflit de rôles sont des éléments qui jouent sur cette problématique et qui peuvent aussi expliquer une certaine résistance de la part de plusieurs superviseurs. Les superviseurs collaborent mieux quand ils sentent qu'on accorde de l'importance à ce qu'ils vivent, qu'on tient compte de leurs besoins et, que leur rôle face à l'assignation temporaire est valorisé de façon concrète par l'entreprise. L'élément qui semble crucial et très facilitant est la présence d'un **arrimage entre la production et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**. Cet arrimage est possible lorsqu'il y a des ajustements au niveau de l'organisation du travail et une intégration de la prise en charge (en particulier l'assignation temporaire) se font de façon à répondre aux exigences de la production. Le succès des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS semble passer par des entreprises qui favorisent cet arrimage. L'absence de cet arrimage semble faire en sorte que l'assignation temporaire est difficile « *à faire et à vivre* ». Cela est apparu comme un des obstacles majeurs à la prise en charge des travailleurs atteints de LMS, et plus particulièrement face à l'assignation temporaire.

Certaines entreprises ont trouvé plusieurs **stratégies** afin de faciliter le travail des superviseurs et leur implication dans la prise en charge des travailleurs atteints. Par exemple :

- **la priorisation**, par la haute direction et, en particulier, **par le directeur de production, de la prise en charge des travailleurs atteints** et de la prévention;
- la définition des **responsabilités des superviseurs face à l'AT** et la santé au travail, et les **inclure dans leur évaluation qualitative de leur performance des activités de prévention et de gestion de la SST associée à leur avancement et à leur progression salariale**;
- **l'implication des superviseurs dans la conception et dans l'implantation des interventions** de prise en charge des travailleurs atteints de LMS, et même dans les comités de suivi pour faire le pont avec la prévention;
- l'implication des infirmières, des conseillers en SST, du représentant des travailleurs et/ou du travailleur atteint dans le choix de l'assignation temporaire afin que **les superviseurs ne soient pas seuls à gérer l'AT**;
- **la création d'une banque de postes pour les assignations temporaires** en fonction du site de la lésion (faite selon des critères ergonomiques) de façon à faciliter l'identification par le superviseur des postes appropriés;

- une **formation des superviseurs en ergonomie et sur les LMS** et sur les choix d'AT en fonction du site de la lésion et les contraintes physiques du travail. Une telle formation les rend plus enclins à respecter les limitations fonctionnelles des travailleurs atteints et à identifier les possibilités de modifier ou d'ajuster les postes de travail ou les tâches;
- la création de **mécanismes qui tiennent compte des travailleurs atteints** (qui ne sont pas à 100% productifs) **dans les calculs des quotas de production**;
- l'assignation temporaire des travailleurs atteints de LMS à des **postes surnuméraires**, c'est-à-dire les ajouter comme travailleur supplémentaire à un groupe de travail sans les inclure dans les calculs d'heures-hommes de production;
- lorsque cela est faisable, **l'attribution des coûts relatifs aux dossiers de CSST, à chaque département** d'où proviennent les lésions professionnelles. Cette stratégie permet aux superviseurs de voir l'impact des assignations temporaires sur ces coûts.

#### ◆ **Les travailleurs atteints de LMS dans la prise en charge**

Les travailleurs atteints de LMS sont les principales personnes concernées par les interventions de prise en charge des entreprises. Aussi, le succès de ces interventions semble tributaire, en partie, de leur collaboration. Cette collaboration semble suscitée par un bon climat de travail, c'est-à-dire des relations de travail harmonieuses entre patrons, employés et syndicats. **Quand les travailleurs atteints sentent que l'entreprise se préoccupe d'eux, qu'il y a un soutien précoce et un suivi offerts, cela leur démontre l'intérêt de l'entreprise face à leur santé. Cet intérêt semble important pour susciter leur collaboration.** Plusieurs acteurs nous ont exprimé aussi que l'existence d'un programme de prévention actif concernant l'élimination des LMS dans l'entreprise, incluant l'implantation d'améliorations ergonomiques aux postes de travail, démontre aux travailleurs que l'entreprise s'intéresse à eux et à leur santé.

De plus, il semblerait que les travailleurs tolèrent plus la douleur lorsqu'ils voient que l'entreprise se préoccupe d'eux en faisant, par exemple, des modifications au poste de travail.

D'autres composantes, plus spécifiques à l'assignation temporaire, favorisent la collaboration des travailleurs atteints :

- le **respect des limitations fonctionnelles** des travailleurs atteints par le superviseur;
- l'assignation temporaire à un **travail perçu comme utile et productif** par le travailleur atteint;
- le choix de **l'assignation temporaire selon des critères ergonomiques** et en fonction de la lésion;
- l'assignation temporaire du travailleur à un **travail dans leur département** (donc même environnement et collègues de travail).

#### ◆ **Les représentants des travailleurs et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

La collaboration et l'implication des représentants des travailleurs dans ce dossier contribuent à la bonne marche des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Une question difficile à régler concernant l'AT, pour quelques entreprises, est le sujet de l'ancienneté. En général, la **règle d'ancienneté dans certaines conventions collectives** privilégie les travailleurs plus anciens pour l'obtention de postes plus « légers » qui deviendraient disponibles. Pour les syndicats, c'est une façon d'aider les travailleurs vieillissants mais pour les gestionnaires c'est un empêchement à l'assignation temporaire des travailleurs atteints de LMS.

#### ◆ **L'articulation de la prévention et de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

Il semble y avoir plusieurs façons de faire une articulation entre les interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS et la prévention de celles-ci. Quelques entreprises ont intégré les activités de prise en charge des travailleurs atteints de LMS avec les activités de prévention, par exemple :

- le **directeur de production ou des opérations reconnaît l'existence de relations entre les LMS et les contraintes physiques et organisationnelles du travail**, et valorise la prévention des LMS;
- **lors de l'enquête d'accident, les contraintes physiques ou organisationnelles, qui ont probablement contribué à la lésion, sont identifiées dans le but d'élaborer des modifications possibles au poste** de travail et de permettre au travailleur atteint de retourner à son poste de façon à prévenir les rechutes et, aussi des lésions similaires chez d'autres travailleurs qui font le même travail;

- le **responsable de la prévention en SST est mandaté**, non seulement pour réduire le nombre d'accidents de travail, mais également **pour prévenir l'incapacité prolongée** (chronicité/gravité/durée) par, entre autres, la modification des postes de travail, l'assignation temporaire, etc.;
- des intervenants, formés en ergonomie et en LMS, participent à la **détermination des AT les plus appropriées à la lésion du travailleur atteint** en évaluant les postes de travail **selon des critères ergonomiques**;
- les **mêmes intervenants** qui s'occupent des **programmes de prévention des LMS sont également impliqués dans les AT ou les « relocalisations »**;
- le **comité paritaire SST participe à l'évaluation des cas de lésions professionnelles** dans le but d'identifier les facteurs liés au travail qui ont probablement contribué à la lésion et de recommander des mesures préventives au besoin;
- **une formation en ergonomie et sur les LMS donnée aux divers intervenants**, par exemple : superviseurs, gestionnaires en ressources humaines et en SST, ingénieurs, médecins, infirmières, service des achats, directeur de production et/ou membres du comité paritaire SST;
- une organisation du travail qui permet de faire **une rotation des employés sur certains postes jugés «à risques»** dans le but de prévenir les LMS.

Ce genre d'articulation semble, selon nos répondants, faciliter la prise en charge des travailleurs atteints de LMS et permettre la réduction du nombre de nouveaux cas de LMS et de rechutes et, par conséquent, réduit leurs coûts de cotisation à la CSST. De plus, cela semble avoir un impact important sur la productivité et la motivation des travailleurs en général car ils sentent que l'entreprise se préoccupe d'eux et de leur santé.

#### ◆ **Les deux côtés de la contestation de la part de l'employeur**

La contestation est un mécanisme de gestion dont le continuum va, selon les entreprises rencontrées, de la contestation systématique des cas de LMS à aucune contestation. Il y a donc, à cet égard, une grande variabilité entre elles. Plusieurs nous ont mentionné que les opinions médicales divergentes rendent difficiles l'établissement d'un lien causal entre l'exposition à des contraintes physiques cumulatives du travail et la lésion, ce qui se traduit souvent par la contestation des cas de la part des entreprises.

Selon les informations recueillies, il semble y avoir deux conséquences relatives aux contestations. D'une part, cela permet aux entreprises de réduire leurs coûts de cotisation à la CSST, de prévenir « l'épidémie de cas de LMS », d'empêcher que l'entreprise soit étiquetée par la CSST comme causant des LMS, et/ou de faire une gestion serrée des cas. D'autre part, la contrepartie de ce genre d'intervention semble, parfois, avoir comme conséquence un impact négatif sur le climat de travail entre syndicat/travailleurs et l'employeur. Le syndicat peut y voir le non-respect du vécu des travailleurs atteints. Les travailleurs atteints de LMS qui ont fait une demande d'indemnisation à la CSST, et voient que l'entreprise conteste leur lésion professionnelle, sentent que l'entreprise ne les croit pas. Dans ces cas-là, ils sont parfois moins enclins à collaborer à une assignation temporaire précoce. Néanmoins, des gestionnaires de deux entreprises nous ont spécifié que, depuis qu'ils font de l'AT, ils contestent moins à la CSST car l'AT permet d'atteindre leur objectif de réduction des coûts de cotisation à la CSST.

◆ **L'importance de la culture de l'entreprise dans le succès de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

Il ressort de nos entrevues que la haute direction a une influence importante sur le succès des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS. En effet, lorsque **la haute direction priorise la SST, qu'elle supporte les programmes de retour au travail** et les interventions de prise en charge, ainsi que les programmes de prévention, et qu'elle favorise une **gestion participative** au sein de l'entreprise, ces éléments semblent créer une dynamique favorisant le succès de ces interventions. Un style de gestion participative qui, par exemple, permet aux superviseurs et aux travailleurs de participer à la planification ou à l'implantation d'un programme de retour au travail, semble faciliter une communication et une collaboration plus efficace entre les acteurs impliqués. Ces éléments permettent une meilleure articulation entre les interventions de prise en charge et la production, et une meilleure coordination entre la prévention et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.

## CONCLUSION

Cette étude soulève la complexité de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS et aussi l'importance de la communication et de la collaboration à plusieurs niveaux (tant à l'interne qu'à l'externe de l'entreprise) entre le grand nombre d'acteurs impliqués dans ce dossier.

Il ressort de cette recherche que la plupart des entreprises rencontrées du secteur électrique/électronique ont mis sur pied plusieurs mesures pour prendre en charge leurs travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques. Un grand nombre d'entreprises s'occupent non seulement des travailleuses et travailleurs indemnisés par la CSST, mais aussi se préoccupent de la prévention des LMS. Depuis quelques années, des entreprises ont considérablement diminué leurs coûts de cotisation à la CSST suite à des programmes de retour ou de maintien au travail, à des programmes de prévention et/ou à des contestations fréquentes des demandes d'indemnisation.

La plupart des programmes de retour ou de maintien au travail privilégient l'assignation temporaire des travailleurs atteints de LMS. Cette mesure s'adresse parfois, non seulement aux travailleurs indemnisés par la CSST, mais également aux autres travailleurs qui ont des lésions musculo-squelettiques ou des symptômes. Il existe plusieurs éléments communs dans les entrevues malgré des approches et des formes de mesures de retour au travail qui diffèrent d'une entreprise à l'autre. En voici quelques-uns :

- plusieurs des entreprises rencontrées vivent des difficultés de communication avec les médecins traitants des travailleurs atteints et ressentent certaines frustrations concernant la prise en charge médicale, les décisions concernant la date de retour au travail des travailleurs atteints, et aussi concernant leurs critères pour évaluer si l'assignation temporaire proposée par l'entreprise est appropriée à la lésion;
- un autre élément limitant la prise en charge des cas de LMS est le conflit de rôle vécu par les superviseurs, entre leur rôle relatif à l'implantation de l'assignation temporaire et les exigences de production;
- par contre, quand il existe, l'arrimage entre la prise en charge des travailleurs atteints de LMS et la production est facilitant;

- l'importance d'articuler les interventions de retour ou de maintien au travail aux activités de prévention est également apparue comme un élément facilitant;
- des facteurs organisationnels et des caractéristiques personnelles des travailleurs peuvent influencer la collaboration des travailleurs atteints dans les interventions de retour précoce au travail;
- un autre déterminant de la collaboration des travailleurs atteints est la nature du travail de l'assignation temporaire et les efforts mis par les personnes responsables pour trouver des postes appropriés.

Cette étude constituait pour l'équipe de recherche une première étape. En fonction des résultats obtenus, nous croyons intéressant d'aller de l'avant, en collaboration avec des employeurs et des travailleurs des entreprises du secteur électrique/électronique, afin de créer des «outils» (dans le sens large du mot) qui faciliteront les prises de décisions relatives à la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Même si les solutions spécifiques relatives à plusieurs des obstacles identifiés dans ce projet varient d'une entreprise à l'autre à cause, entre autres, des différences de taille, de structure organisationnelle, de culture, ou de la nature des processus de production, le cadre de référence relatif à la prise en charge des travailleurs atteints de LMS nous apparaît assez similaire. Par conséquent, nous croyons qu'il est possible de développer une série « d'outils » adaptables par chaque entreprise selon ses besoins. Le contenu et le format de ces « outils » seraient spécifiques à chaque acteur principal impliqué dans le processus de prise en charge travailleurs atteints de LMS, soit la haute direction, les responsables des programmes de retour au travail et de santé et sécurité, les superviseurs, les travailleurs et leurs représentants, ou les médecins traitants. La suite de la présente étude est d'explorer, en collaboration avec l'ASP du secteur métal et électrique/électronique et les représentants des employeurs et des travailleurs, les priorités et les besoins spécifiques des différents intervenants impliqués dans la prise en charge des travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques pour élaborer les outils.

## REMERCIEMENTS

Nous aimerions d'abord remercier de leur collaboration et de leur disponibilité le personnel des dix entreprises du secteur électrique/électronique qui ont participé à cette étude et permis sa réalisation. Les entreprises participantes, par ordre alphabétique, sont : CAE Électronique, CAMCO, Électropac, EMS Technologie (anciennement SPAR Aérospatiale), Harris Farinon, Hydro-Québec, I.E.C. Holden Inc., NORTEL, Siemens Canada Ltée, Viasystems Canada. Nous aimerions également remercier les personnes que nous avons rencontrées au sein de la CSST – DRIM 4.

Nos remerciements s'adressent à l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (ASP) - secteur fabrication de produits en métal et de produits électriques, pour leur collaboration à ce projet, et tout particulièrement à Serge Simoneau.

Nous remercions également Louise De Guire, Michel Kane, Sylvie Da Luz et Serge Simoneau pour leur lecture, la correction du texte ou leurs commentaires. Nos remerciements vont à Annie Trudel pour son soutien informatique, et à Francine Parent pour le travail de mise en page et révision du document.

Finalement, nous remercions le Réseau canadien de liaison et d'application de l'information en santé (RELAIS/HEALNet), l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) ainsi que la Direction de la santé publique de Montréal-Centre pour leur soutien financier.



## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	i
REMERCIEMENTS.....	xiii
TABLE DES MATIÈRES.....	xv
<hr/>	
1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS.....	1
1.1 Problématique.....	1
1.2 Objectifs.....	3
2. MÉTHODOLOGIE.....	5
2.1 Choix du secteur et de la population à l'étude.....	5
2.2 Instrument de collecte d'information.....	7
2.3 Codage et analyse.....	7
3. RÉSULTATS.....	9
3.1 Description des entreprises rencontrées.....	9
3.1.1 Secteurs d'activité.....	9
3.1.2 La structure des entreprises.....	9
3.1.3 L'organisation du travail.....	10
3.1.4 Informations CSST.....	11
3.1.5 Les assurances collectives.....	11
3.1.6 Le syndicat et le comité paritaire de santé et sécurité (comité paritaire SST).....	12
3.2 Les objectifs de prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	12
3.3 Stratégies d'interventions et procédures de prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	14
3.3.1 Acteurs internes et externes.....	14
3.3.1.1 Les rôles et responsabilités.....	15
3.3.2 Interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	23
3.3.2.1 Suivi administratif.....	25
3.3.2.2 Suivi médical.....	27
3.3.2.3 Suivi juridique.....	27
3.3.2.4 Pratiques de réintégration ou de maintien au travail.....	29
3.3.2.4.1 L'assignation temporaire.....	29
3.3.2.4.2 Modification du poste de travail régulier.....	33
3.3.2.4.3 Modification des méthodes de travail.....	33
3.3.2.5 Programmes de prévention.....	34
3.4 Les facteurs facilitant et limitant la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	35
3.4.1 La communication entre les entreprises et les médecins traitants.....	35
3.4.2 Les superviseurs et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	39
3.4.3 Les travailleurs dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	44
3.4.4 Les représentants des travailleurs et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	48
3.4.5 La structure organisationnelle et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	49
3.4.6 L'articulation de la prévention et de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	49
3.4.7 Les deux côtés de la contestation de la part de l'employeur.....	51
3.4.8 L'importance de la culture de l'entreprise dans le succès de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	54
4. CONCLUSION.....	55
5. RÉFÉRENCES.....	59

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1</b> : Objectifs de prise en charge des travailleurs atteints de LMS.....	13
<b>Figure 2</b> : Les relations entre les objectifs et les interventions de prise en charge des cas de LMS.....	24
<b>Figure 3</b> : Les facteurs liés à la collaboration des médecins traitants.....	38
<b>Figure 4</b> : Les facteurs liés à la collaboration des superviseurs.....	40
<b>Figure 5</b> : Les facteurs liés à la collaboration des travailleurs.....	44

**Annexe A** Les acteurs impliqués dans la prise en charge des cas de LMS et leurs rôles respectifs

## 1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

### 1.1 PROBLÉMATIQUE

Les lésions musculo-squelettiques (LMS) constituent la cause principale d'incapacité chez la population québécoise, selon l'enquête Santé Québec (Émond et al. 1988). Bien que plusieurs cas de LMS soient liés au travail, la proportion exacte est inconnue. Plusieurs études ont démontré que des entreprises sont aux prises avec de nombreux cas de travailleuses et de travailleurs atteints de LMS, comme des maux de dos, de cou, des tendinites, des bursites, des cas de syndrome du canal carpien, etc. (Bernard 1997, Kuorinka et Forcier 1995, National Research Council 1998). La Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST) indemnise annuellement, pour l'ensemble des lésions professionnelles, environ 150,000 travailleurs. Les coûts générés par ces lésions totalisent près de 200 millions de dollars. Stock (1997) a estimé qu'en 1991, parmi l'ensemble des travailleurs montréalais indemnisés par la CSST, près de 38 % des cas concernaient une LMS aux tissus mous, au dos ou aux membres supérieurs, et que, sur l'ensemble de toutes les journées indemnisées par la CSST pour l'Île de Montréal, la moitié se rapportait à ces LMS. Il a été démontré aussi que les lésions professionnelles ont un large impact sur plusieurs dimensions de la vie et causent beaucoup d'incapacité (Baril et al. 1994, Tarasuk et Eakin 1994, Fordyce 1995). Selon une étude effectuée au Québec et en Ontario (Stock et al. 1998), ce sont les conséquences sur le travail qui affectent le plus la qualité de vie des travailleuses et des travailleurs atteints de LMS.

Les entreprises cherchent donc, de plus en plus, des solutions pour mieux gérer leurs cas de LMS dont les coûts économiques et humains s'avèrent élevés. C'est pourquoi de multiples interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS ont vu le jour. Cette prise en charge peut comporter un ensemble de mesures. Depuis les cinq dernières années, la CSST a privilégié l'assignation temporaire (AT) et en a fait la promotion auprès des entreprises. Ceci a eu comme résultat qu'un grand nombre d'entreprises ont implanté des programmes d'assignation temporaire depuis trois ans.

L'assignation temporaire, qui est une des mesures de prise en charge, se définit comme une mesure qui permet à l'employeur de donner un travail adapté aux limitations fonctionnelles du travailleur qui a une lésion professionnelle, même si celle-ci n'est pas consolidée, et ce, en attendant que ce

dernier puisse reprendre son travail régulier ou exercer un emploi convenable. Au Québec, c'est un droit qui a été donné aux employeurs par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), en vigueur depuis 1985. Cette loi donne la responsabilité au médecin traitant du travailleur d'accepter ou non l'AT proposée par l'employeur. Son choix repose sur trois principes indiqués à l'article 179 de la LATMP :

1)...«le travailleur ou la travailleuse est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail». Le médecin doit s'assurer, à l'aide de la description du travail fourni par l'employeur, que le travailleur possède les capacités physiques pour effectuer ce travail;

2)...«ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur ou de la travailleuse compte tenu de sa lésion». Ce deuxième énoncé traite des dangers que pourrait encourir le travailleur en exécutant ce travail et ce, en raison de sa lésion;

3)...« ce travail est favorable à sa réadaptation». Le médecin doit s'assurer que le travail proposé facilitera la réadaptation du travailleur comme d'améliorer certaines capacités physiques diminuées suite à la lésion au niveau, par exemple, de la force musculaire ou de l'amplitude articulaire.

Selon la LATMP, l'AT est une des mesures de réadaptation dont le but est de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle du travailleur blessé.

À l'heure actuelle, il existe peu d'information sur les différentes interventions de prise en charge des cas de LMS par les entreprises, sur leurs modalités d'implantation, et sur l'impact de ces interventions sur le milieu de travail et la santé des travailleurs. Il devenait donc intéressant de mieux connaître comment les entreprises vivent cette réalité, afin de pouvoir mettre en place, éventuellement, des outils leur permettant de mieux répondre à leurs besoins et de faciliter la prise en charge de leurs cas de LMS.

## 1.2 OBJECTIFS

Cette recherche fait partie d'un vaste projet interprovincial (Québec-Ontario-Manitoba), intitulé « Workready », subventionné par le Réseau canadien de liaison et d'application de l'information en santé (RELAIS/HEALNet), un centre d'excellence subventionné par le gouvernement canadien.

L'objectif principal du projet interprovincial est de développer des outils de prise en charge des travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques en milieu de travail et en milieu clinique, en se basant, d'une part, sur une revue rigoureuse de la littérature scientifique de façon à répertorier les interventions qui maximisent le rétablissement du travailleur atteint de LMS et, d'autre part, sur les résultats de trois études qualitatives, menée dans chacune des provinces suivantes : le Québec, l'Ontario et le Manitoba. Ce volet qualitatif est une façon d'aller voir directement comment se vit la prise en charge des cas de LMS sur le terrain, à partir de l'expérience des entreprises.

Le volet québécois de ce projet inclut des collaborateurs de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, du Centre de recherches cliniques de l'Hôpital Charles LeMoine et de l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec (IRSST). Les objectifs principaux du volet qualitatif de cette présente étude du Québec sont de comprendre comment s'effectue la prise en charge des travailleurs atteints de LMS en milieu de travail et, de mieux saisir les stratégies utilisées et les solutions préconisées par les entreprises dans le but de favoriser le retour au travail régulier des travailleurs atteints de LMS. Plus spécifiquement, il s'agit :

- de tracer un portrait général de la prise en charge et des suivis effectués par dix entreprises montréalaises du secteur électrique/électronique concernant les travailleurs atteints de LMS;
- d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant le retour au travail et le maintien au travail régulier des travailleurs atteints de LMS;
- d'identifier les stratégies de prise en charge utilisées dans les entreprises;
- de répertorier les besoins des entreprises dans ce dossier;
- de mieux comprendre les dynamiques qui s'installent en milieu de travail et qui empêchent ou qui favorisent le retour au travail sécuritaire pour les travailleurs atteints de LMS, c'est-à-dire un travail qui ne rendra pas plus malade le travailleur ou qui n'aggraverait pas la lésion.

Par lésions musculo-squelettiques, nous entendons les problèmes reliés aux muscles, aux tendons et aux autres tissus mous du dos, du cou, des épaules, des coudes, des poignets, et des membres inférieurs. Les lésions professionnelles incluent tant les accidents du travail que les maladies professionnelles, tel que définit par la CSST. Précisons que les LMS peuvent être causées, entre autres, par un traumatisme aigu subi soudainement comme une chute, mais bien souvent elles sont davantage en lien avec des contraintes physiques comme, par exemple, la répétition, la force, la posture, etc. et des contraintes organisationnelles. Dans ces cas-là, elles peuvent se manifester plus lentement et de façon progressive.

Dans ce rapport, lorsqu'il est question de travailleurs atteints de LMS, nous désignons autant les cas indemnisés que non indemnisés par la CSST, avec ou sans absences, ou qui sont indemnisés par une assurance collective.

## **2. MÉTHODOLOGIE**

### **2.1 CHOIX DU SECTEUR ET DE LA POPULATION À L'ÉTUDE**

Dans le but de recueillir les informations nous permettant d'élaborer un portrait des interventions et des stratégies de prise en charge des entreprises face aux travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques, nous avons rencontré plusieurs personnes au sein d'entreprises de l'Île de Montréal. En raison de contraintes budgétaires et temporelles, un maximum de dix entreprises d'un même secteur d'activité économique ont été rencontrées, soit celui du secteur électrique/électronique. Les grandes et les moyennes entreprises ont été privilégiées. Les petites entreprises ont été exclues parce que bien souvent, elles ont peu de ressources et de structures internes permettant de gérer leurs cas de travailleurs atteints de LMS. Toutefois, les petites entreprises qui sont des succursales de grandes compagnies ont été considérées.

Le secteur électrique/électronique a été privilégié pour les raisons suivantes. Nous avons consulté les statistiques de la CSST concernant les taux d'indemnisation pour les problèmes musculo-squelettiques (au cou, dos et membres supérieurs) pour les années 1994, 1995 et 1996. Plusieurs secteurs d'activité économique ont été considérés lors de cette démarche. Nous avons sélectionné le secteur électrique/électronique puisqu'il était un des secteurs où les fréquences des problèmes musculo-squelettiques étaient élevées. De plus, nous retrouvions dans ce secteur davantage de grandes et de moyennes entreprises sur l'Île de Montréal comparativement à d'autres secteurs d'activité économique. La collaboration assurée de partenaires comme l'Association sectorielle paritaire (ASP) de ce secteur donnait un appui favorisant la faisabilité du projet.

La collaboration de l'ASP et des coordonnateurs de santé au travail des CLSC (Centres locaux de services communautaires), qui desservent les territoires où se trouvent les entreprises de ce secteur, a permis d'identifier les entreprises à contacter. Par la suite, les diverses entreprises de ce secteur ont été recrutées de la façon suivante : lettre, contacts téléphoniques et identification des interlocuteurs clés au sein des entreprises, de façon à solliciter leur participation à cette recherche. Nous avons fait des entrevues avec ces personnes clés qui s'occupent de la gestion des cas de LMS, ou qui participent au processus, ce qui inclut parfois des travailleurs atteints de LMS.

Dans les dix entreprises du secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal choisies, 30 entrevues ont été effectuées et 34 personnes ont été rencontrées. Les dix entreprises se répartissent comme suit : trois entreprises de plus de 1 000 employés, trois entreprises qui ont entre 500 et 1 000 employés, trois entreprises qui ont entre 100 et 499 employés et une de moins de 100 employés. De deux à sept personnes par entreprise ont été rencontrées (pour une entreprise, une seule personne a été interviewée).

Les acteurs suivants ont été rencontrés (cela varie selon les entreprises) afin d'obtenir un portrait, le plus complet possible, de leurs stratégies de gestion face à leurs cas de LMS :

- des responsables en ressources humaines (RH) ou d'autres directions de l'entreprise qui s'occupent de la gestion des cas de LMS;
- des responsables en santé et sécurité du travail (SST);
- du personnel médical de l'entreprise (médecins, infirmières/infirmiers);
- des superviseurs;
- des représentants des travailleurs;
- des travailleuses et travailleurs atteints de LMS (en assignation temporaire ou de retour à leur poste régulier).

Mentionnons que certaines entreprises n'ont pas accepté que nous rencontrions leurs superviseurs, leurs représentants des travailleurs ou leurs travailleurs.

Nous avons privilégié la méthode dite par triangulation, qui consiste à mettre en parallèle les données recueillies en interrogeant plusieurs personnes ou plusieurs sources d'information afin d'obtenir un portrait, le plus complet possible, d'une situation, ce qui assure une certaine validité aux données.

Afin de compléter les informations obtenues, nous avons également rencontré deux personnes de la CSST de la Direction régionale de Montréal, DRIM4, s'occupant du secteur électrique/électronique. Ces entrevues d'environ 2 heures chacune ont également été enregistrées. Donc, au grand total, nous avons effectué 32 entrevues et rencontré 36 personnes.

Toutes les entrevues ont été individuelles, à l'exception de trois entrevues au cours desquelles deux à trois personnes étaient présentes en même temps. Chaque entrevue a été enregistrée sur cassette audio. Toutes les entrevues se sont déroulées entre le 7 janvier 1998 et le 18 juin 1998. Toutes les personnes ont été rencontrées par la même intervieweuse et pour la dixième entreprise ainsi que pour la CSST, la chercheure principale était présente lors de ces rencontres.

## **2.2 INSTRUMENT DE COLLECTE D'INFORMATION**

Pour obtenir les informations que nous voulions recueillir, nous avons priorisé les « récits de pratique » sous forme d'entrevues de type semi-dirigé. Préalablement, un canevas d'entrevue à questions ouvertes a été élaboré pour permettre aux personnes rencontrées une latitude pour exprimer leurs idées concernant des sujets préalablement déterminés. Les questions de l'entrevue concernaient sept grands thèmes :

- le portrait général de l'entreprise et l'ampleur des LMS dans l'entreprise,
- les procédures concernant la prise en charge des travailleurs atteints de LMS (cas indemnisés ou non par la CSST, absents ou non du travail),
- les personnes qui interviennent dans ce dossier et le rôle de chacun,
- les obstacles qu'ils perçoivent dans la gestion de ces cas face au maintien ou au retour au travail régulier,
- les facteurs qu'ils considèrent comme facilitant la prise en charge des travailleurs atteints de LMS,
- les besoins et les solutions préconisées dans ce dossier.

## **2.3 CODAGE ET ANALYSE**

L'intégrale de toutes les entrevues a été transcrite à partir des cassettes audio (ce qui constitue un matériel de plus de 1,000 pages).

Lors de l'analyse des données, les quatre membres de l'équipe de recherche ont participé au codage des entrevues. Les entrevues ont été codées selon les grands thèmes mentionnés précédemment.

L'opération du codage a été facilitée par un logiciel d'analyse de données qualitatives (ATLAS.ti, Scientific Software Development, version 4.1, 1997, Allemagne). La fidélité inter-juges du codage (c'est-à-dire vérifier que deux personnes vont coder les mêmes informations selon les mêmes codes) des entrevues a été vérifiée à plusieurs reprises, tout au long du processus de codage, par les membres de l'équipe de recherche. En effet, les quatre personnes de l'équipe de recherche ont codé séparément les mêmes entrevues, et ce à quelques reprises. Nous avons par la suite, vérifié le codage d'un ou deux thèmes (par exemple « obstacles » et « facteurs facilitant » la prise en charge des travailleurs atteints de LMS). Règle générale, nous avons identifié les mêmes citations et nous les avons codées de la même façon, c'est-à-dire nous avons associé un même code à une même citation. Suite à cela, les entrevues ont été réparties entre les personnes de l'équipe pour le codage.

Dans un deuxième temps, nous avons fait l'analyse des données répertoriées sous chacun des grands thèmes. Pour chaque thème, les points les plus importants, les sous-thèmes, les relations entre les sous-thèmes et entre les différents acteurs, les similarités et les divergences entre les entreprises ont été identifiés par cette analyse de contenu. Afin de standardiser les méthodes d'analyse de contenu, les quatre membres de l'équipe de recherche ont choisi un thème parmi les sept grands thèmes mentionnés précédemment, et l'ont tous analysé séparément. Ils ont ensuite comparé leurs résultats d'analyse. Cette étape s'est avérée concluante, c'est-à-dire que l'analyse des données a été concordante entre les chercheurs. Pour chacun des autres thèmes, l'analyse s'est effectuée en équipe de deux personnes afin d'assurer une meilleure fidélité. Les résultats de ces analyses préliminaires ont été présentés à l'ensemble de l'équipe et ont été ré-analysés afin d'identifier les relations entre les différents thèmes et les acteurs impliqués dans la prise en charge des travailleurs atteints de problèmes musculo-squelettiques. Précisons que nous avons décidé dès le départ que nous ne ferions pas une analyse de chaque entreprise séparément, mais bien un bilan de l'ensemble des entreprises.

### **3. RÉSULTATS**

#### **3.1 DESCRIPTION DES ENTREPRISES RENCONTRÉES**

##### **3.1.1 Secteurs d'activité**

Les entreprises rencontrées sont soit des entreprises d'électricité ou des fabricants de produits électriques et/ou électroniques dans le domaine des transports, de l'aérospatiale, des communications ou des appareils électroménagers.

##### **3.1.2 La structure des entreprises**

Chacune des dix entreprises rencontrées compte plus d'un établissement. Ces établissements se retrouvent au Québec, parfois aussi dans d'autres provinces et/ou dans plusieurs pays. Ces entreprises ont leur siège social parfois à Montréal, en Ontario ou dans un autre pays.

Il y a des entreprises qui sont autonomes au niveau de leurs politiques internes concernant la gestion de la santé et sécurité du travail. Lorsqu'une entreprise a plusieurs succursales, il arrive que les politiques internes soient propres à chacune. Pour d'autres entreprises, les politiques concernant le dossier de la CSST et la SST sont décidées au siège social (évidemment si celui-ci est dans une autre province ou dans un autre pays, l'entreprise de Montréal les adapte en fonction des législations du Québec). Il y a donc une variabilité dans les structures organisationnelles des entreprises rencontrées et dans leurs politiques de gestion de la SST.

Dans les dix entreprises, les personnes qui s'occupent de la santé au travail, incluant la gestion des LMS, travaillent dans l'entreprise ou la succursale située sur l'Île de Montréal. Dans un cas, cette personne relève du siège social situé à l'extérieur du Québec et non d'un directeur de l'établissement à Montréal. Parfois, les personnes responsables de l'ensemble du dossier SST s'occupent de plus d'un établissement.

Au Québec, l'ensemble des dossiers SST touche tant le volet de l'indemnisation que le volet de la prévention à cause de l'existence de deux lois en SST. La Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) concerne la prévention et la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles

se rapporte à l'indemnisation des personnes atteintes de lésions professionnelles. Dans certaines entreprises, ces deux dossiers (prévention et indemnisation) sont gérés comme un seul dossier par une seule personne qui est généralement soit un-e conseiller-ère, un-e responsable ou un-e directeur-trice de ressources humaines. Par contre, dans d'autres entreprises, les deux volets de la gestion de la SST sont séparés entre les ressources humaines et une autre direction.

Dans les entreprises rencontrées, les coûts relatifs aux cas indemnisés par la CSST ne sont généralement pas imputés à chaque département où se produisent les lésions professionnelles, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas comptabilisés comme un coût de production. Quelques entreprises le font, d'autres ont pensé le faire mais l'organisation technique du travail de production rend cette procédure difficile à cause de la mobilité interne de la main-d'œuvre, c'est-à-dire que les travailleurs changent souvent de département. Dans de tels cas, il devient presque impossible d'attribuer la lésion à un département en particulier.

### **3.1.3 L'organisation du travail**

Les travailleurs des entreprises rencontrées sont des ouvriers (qualifiés et non qualifiés) qui travaillent à la production, des professionnels (ingénieurs,...) ou des employés de bureau. Dans certaines entreprises, la grande majorité de la main-d'œuvre est composée de travailleurs de production, dans d'autres, on retrouve une proportion plus importante d'ingénieurs.

Au niveau de l'organisation technique du travail et des méthodes de travail, il existe une grande variabilité entre les entreprises. Dans certaines entreprises, il s'agit d'un travail sur une ligne de production où chaque partie de la production incombe à un travailleur, et ainsi jusqu'au produit final. Dans d'autres, les travailleurs exécutent toutes les étapes pour monter un modèle en entier. Dans certaines entreprises, les postes sont fixes et les tâches à réaliser sont identiques pendant des mois alors que, dans d'autres, les tâches changent régulièrement en fonction de la demande de production.

Lors d'une hausse de production, les tâches peuvent être modifiées et divisées entre plusieurs travailleurs afin d'accélérer le processus de production. Le travailleur répète alors des tâches

restreintes en effectuant une seule partie du modèle à fabriquer. Il arrive parfois que l'organisation technique du travail de production se fasse en petite équipe de travail aussi appelé module. Cette organisation du travail peut varier selon les modèles de produits. Là aussi, il y a des divergences. Ainsi, les travailleurs de ces modules peuvent avoir un poste fixe ou encore faire une rotation entre eux au cours de leur quart de travail. Le modèle général que nous avons perçu chez les entreprises, c'est que l'organisation technique du travail s'adapte en fonction des besoins de production.

### **3.1.4 Informations CSST**

Les dix entreprises rencontrées dans le cadre de ce projet font partie du régime rétrospectif ou du régime à taux personnalisé de la CSST. Précisons que le secteur électrique/électronique n'est pas un des secteurs prioritaires d'intervention en matière de prévention de la CSST (ce qui veut dire, entre autres, que les entreprises n'ont pas d'obligation d'avoir un comité paritaire de santé et sécurité du travail au sein de l'entreprise).

Les personnes rencontrées ont mentionné l'existence de lésions musculo-squelettiques dans chacune des entreprises de notre échantillon mais leur nombre est très variable. De façon générale, les entreprises connaissent les sites de lésions musculo-squelettiques les plus fréquents au sein de leur entreprise. Ceux qui sont le plus souvent mentionnés sont le dos, le cou, les épaules, les coudes et les poignets. Plusieurs responsables de ce dossier nous ont dit que le nombre d'accidents de travail indemnisés et les coûts de cotisation à la CSST (nous n'avons pas les données précises sur les LMS) ont considérablement diminué au cours des dernières années.

### **3.1.5 Les assurances collectives**

La quasi totalité des entreprises (9/10) souscrivent à une assurance collective pour maladie pour leurs travailleurs mais les modalités varient d'une entreprise à l'autre. Il semble exister plusieurs situations où les travailleurs ayant des LMS bénéficient de ces assurances. D'une part, il y a les travailleurs qui sont absents du travail à cause de leur LMS mais celle-ci n'est pas d'origine professionnelle. D'autre part, il y a ceux qui, pour toutes sortes de raisons, jugent qu'il est préférable de ne pas déclarer leur lésion comme lésion professionnelle même si elle d'origine professionnelle et préfèrent faire une demande à cette assurance collective. Il y a également des travailleurs atteints

de LMS qui sont indemnisés par les assurances collectives puisque leur demande d'indemnisation à la CSST a été refusée. Mentionnons qu'une des entreprises n'offre plus d'assurance collective; par conséquent, lorsque les travailleurs sont absents du travail suite à une lésion (non indemnisée par la CSST), ils doivent faire une demande d'assurance-emploi afin que leur période d'absence soit couverte.

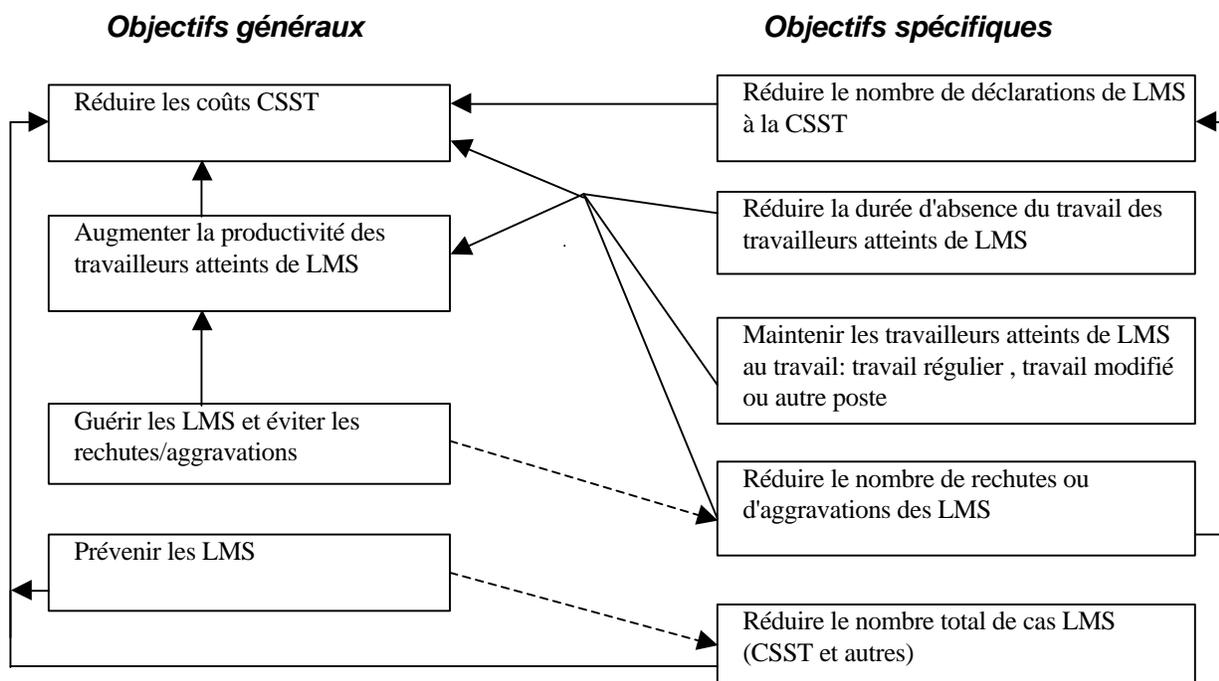
### **3.1.6 Le syndicat et le comité paritaire de santé et sécurité (comité paritaire SST)**

Plus de la moitié des entreprises (6/10) ont un syndicat (affilié ou non à une centrale syndicale). La plupart des entreprises non syndiquées ont cependant un représentant des travailleurs. Précisons qu'au sein d'une même entreprise, ce ne sont pas nécessairement tous les travailleurs qui sont syndiqués. Généralement ce sont les travailleurs de la production qui le sont. Parfois, on compte plus d'un syndicat à l'intérieur d'une entreprise.

Il existe un comité paritaire de santé et de sécurité du travail dans toutes les entreprises rencontrées auquel participent soit le syndicat ou le représentant des travailleurs, et des représentants de l'employeur.

## **3.2 LES OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS ATTEINTS DE LMS**

Nous avons décelé, à travers le discours des différentes personnes rencontrées, plusieurs objectifs concernant la prise en charge des travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques. Nous avons répertorié quatre objectifs généraux et cinq objectifs spécifiques. Nous les présentons de façon à montrer les liens qui existent entre eux.



**Figure 1 : Objectifs de prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

Dans les entreprises, ces objectifs sont parfois explicites, parfois implicites. Aussi, ce ne sont pas toutes les entreprises qui partagent l'ensemble de ces objectifs. En effet, l'identification et la priorisation des objectifs peuvent varier selon les entreprises, selon les acteurs et leur rôle. Ces variations semblent influencées par différents facteurs tels :

- les priorités de la haute direction de l'entreprise,
- la structure organisationnelle de l'entreprise,
- la reconnaissance par les gestionnaires impliqués dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS de l'ensemble des préoccupations et des priorités des autres acteurs, et
- la communication entre les acteurs.

Ainsi, au sein d'une même entreprise, les acteurs peuvent identifier et prioriser des objectifs différents. Cela se traduit parfois par des tensions et conflits entre eux. Par exemple, maintenir les travailleurs en santé en évitant les LMS peut être un objectif qui est priorisé par le syndicat et par les travailleurs tandis que la haute direction ou le directeur des ressources humaines peut davantage prioriser la réduction des coûts de cotisation à la CSST en contestant certains cas de LMS. Par contre, il arrive aussi que tous tendent vers la réalisation des mêmes objectifs et travaillent de façon concertée.

Ces objectifs ont généré différentes interventions de prise en charge des travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques, et plusieurs procédures à suivre. Il en sera question dans la prochaine section en lien avec les personnes qui les gèrent.

### **3.3 STRATÉGIES D'INTERVENTIONS ET PROCÉDURES DE PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS ATTEINTS DE LMS**

Avant d'aborder les différentes interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS par les entreprises, il nous apparaît important d'indiquer l'ensemble des personnes (externes et internes aux entreprises) ou organismes qui jouent un rôle, de près ou de loin, dans cette prise en charge. Cette liste s'est faite à partir de l'ensemble des informations recueillies auprès des différentes personnes rencontrées. Un tableau des acteurs et de leurs rôles respectifs est présenté de façon plus détaillée à l'annexe A.

#### **3.3.1 Acteurs internes et externes**

##### ***Interne :***

- Haute direction
- Gestionnaires : responsables et conseillers en ressources humaines et en SST
- Service médical à l'interne de l'entreprise
- Directeurs de production ou des opérations
- Superviseurs/gestionnaires de première ligne
- Comités paritaires de santé et sécurité
- Syndicats
- Travailleurs atteints de LMS
- Collègues de travail

##### ***Externe :***

- Médecins traitants
- CSST : agents d'indemnisation, agents de réadaptation, inspecteurs
- Consultants médicaux externes
- Avocats
- Ergonomes
- CLSC désignés en santé au travail
- ASP
- Centre patronal
- IRSST

Toutes ces personnes ou organismes ne sont pas impliqués dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS dans toutes les entreprises que nous avons rencontrées. Il existe des constances mais également une variabilité. Cette prise en charge est une réalité complexe due, entre autres, au nombre d'acteurs impliqués, à leurs rôles et mandats parfois distincts, parfois complémentaires, à leurs objectifs qui, quelquefois se rejoignent, quelquefois diffèrent. Cette complexité empêche parfois les personnes responsables des programmes de prise en charge de discerner l'impact de leur travail et de leurs interventions sur les autres acteurs impliqués également dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Par contre, cela semble être plus facile lorsqu'il y a une bonne communication entre eux.

### **3.3.1.1 Les rôles et responsabilités**

#### **Acteurs internes**

##### **◆ Haute direction**

Les fondements de la culture de l'entreprise et le style de gestion qui sont prônés, ainsi que les priorités de l'entreprise, sont établis par la haute direction des entreprises. Les priorités de la haute direction apparaissent comme des facteurs déterminants face aux stratégies d'intervention de prise en charge des travailleurs atteints de LMS au sein des entreprises. Par exemple, la priorisation de la santé et de la sécurité du travail et de la prévention des LMS, par la haute direction, détermine l'importance que les autres acteurs vont accorder aux dossiers SST, et les ressources disponibles pour implanter des programmes de retour au travail ou de prévention. Le nombre de cas semble également influencer les stratégies de gestion de prise en charge mises en place par les entreprises ainsi que les ressources (monétaires, humaines) qui y seront consacrées.

Certaines des entreprises ont des styles de gestion plus participative où les idées et les suggestions des gestionnaires de première ligne (superviseurs) et des employés de production sont recherchées. Dans quelques entreprises, ces acteurs participent à différents comités comme au comité d'amélioration de la qualité ou au comité paritaire de santé et sécurité du travail.

♦ **Gestionnaires de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

Règle générale, dans la plupart des entreprises rencontrées, les personnes responsables de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS (gestion et suivi des dossiers CSST, planification/implantation/conception et gestion des différentes interventions de prise en charge et mise sur pied des procédures qui y sont associées, ...) relèvent de la direction des ressources humaines. Il arrive parfois que ces personnes s'occupent à la fois des dossiers de CSST et de ceux de prévention en SST, en plus de plusieurs autres dossiers de ressources humaines (ex : les avantages sociaux, etc.).

Lorsque les deux rôles d'indemnisation et de prévention sont tenus par une seule personne, cela ne semble pas toujours facile à concilier et engendre parfois un conflit de rôle. Une gestionnaire nous raconte :

*« ... mais aussi j'ai comme deux rôles, j'ai le beau rôle quand je vais innover dans l'usine, puis j'ai le mauvais parce que je suis la personne qui gère, donc qui conteste les dossiers, qui les envoie en expertise médicale, j'ai comme deux rôles, j'ai comme deux chapeaux là. »*

Dans d'autres entreprises, le rôle de gestion des dossiers CSST et celui de la prévention en SST sont séparés. La gestion administrative des dossiers CSST et la contestation relèvent parfois d'un responsable de la direction des ressources humaines; le volet prévention et le programme d'assignation temporaire (conception et exécution) relèvent parfois d'un responsable de santé et sécurité du travail de la direction de SST, de production, des opérations ou de bâtiments. Certains responsables de SST ont spécifié qu'ils n'accepteraient pas de s'occuper en même temps des mandats prévention et contestation afin de garder une certaine crédibilité auprès des travailleurs :

*« ... une de mes conditions de mon emploi quand j'ai commencé c'est que je ne m'occupais aucunement de suivi de dossiers d'indemnisation ... c'était important pour moi de dissocier les deux activités .... C'est important pour moi que les gens ne puissent pas m'identifier comme un individu qui est, à la fois, qui est supposé être là pour prévenir les accidents puis de courir après les travailleurs pour leur dire qu'ils n'en n'ont pas eu [une lésion professionnelle] une fois qu'ils en ont eu. »*

#### ◆ **Service médical de l'entreprise**

Lorsqu'il y en a un, le service médical de l'entreprise a toujours un rôle à jouer dans la prise en charge, dans le sens que le travailleur atteint de LMS sera vu soit par l'infirmière ou le médecin. Le rôle des infirmières ou infirmiers à l'interne consiste parfois à donner les premiers soins (glace, orthèses,...), à enregistrer l'événement accidentel, à participer à l'enquête d'accident, et aussi à réaliser le programme d'assignation temporaire en vérifiant, avec le superviseur du travailleur, quelles pourraient être les tâches que le travailleur atteint serait capable d'effectuer en fonction de sa lésion.

Sur les dix entreprises, quatre ont un service médical à l'interne et, parmi elles, trois ont des médecins qui travaillent quelques heures par semaine (à l'exception d'une très grosse entreprise qui a plusieurs médecins équivalent temps plein). Les médecins à l'interne peuvent faire une appréciation du diagnostic posé par le médecin traitant et émettre une opinion par rapport aux traitements, à l'assignation temporaire et à la date de consolidation ou de retour au travail au poste régulier. Ils se prononcent également sur l'existence de liens entre le travail effectué et la lésion, en analysant les contraintes physiques des postes de travail. Ils leur arrivent de téléphoner au médecin traitant du travailleur s'ils ont des points de vue différents ou des points à éclaircir. Un médecin d'une entreprise indique que :

*« ... mon rôle principal est médecin contrôlant les absences en CSST ou en assurance. Alors, c'est surtout ça que je fais. Je fais de plus en plus de visites dans les postes de travail. Comme je viens d'en faire une pour voir si on peut réadapter les travailleurs, les réintégrer en assignation temporaire que ce soit CSST ou en non occupationnel. Et aussi lorsqu'il y a des accidents, je peux aller voir pour essayer de comprendre pourquoi il y a une lésion, est-ce qu'une lésion peut-être reliée à un tel événement, oui ou non. Un peu mon rôle pour le moment. »*

#### ◆ **Directeur de production ou des opérations**

Dans certaines entreprises, le directeur de production ou des opérations a décidé que la santé et la sécurité est une priorité majeure pour lui, et il exige que les superviseurs s'impliquent dans la prévention et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS et qu'ils respectent les exigences de

ces programmes. Dans ces cas, cet acteur joue un rôle clé qui permet la jonction entre la réalisation des objectifs de production de l'entreprise et les interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS (comme l'assignation temporaire). Il a été mentionné spécifiquement, par quatre entreprises, que le directeur de production ou des opérations était impliqué à ce niveau-là. Une gestionnaire en ressources humaines indique :

*« Nous ici on a vraiment un directeur des opérations qui prend ça à cœur la santé et sécurité .... Quand il y a un accident de travail faut qu'il soit avisé tout de suite. Il faut qu'il soit vraiment au courant de tout ce qui se passe. »*

#### ◆ **Superviseurs**

Les gestionnaires de première ligne, aussi appelés superviseurs, sont également des acteurs clés dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. En effet, ils doivent souvent mettre en application le programme d'assignation temporaire ou de relocalisation des travailleurs atteints de LMS au quotidien (sur le plancher) comme, par exemple, de trouver une tâche à faire pour le travailleur blessé. Un superviseur nous raconte :

*« Au niveau des contremaîtres, c'est quelque chose à gérer qui est un petit peu pesant. C'est toujours « Ah, qu'est-ce que je fais avec ça ce matin? ». Un coup qu'il est « settlé », tu es correct. Mais tu n'as pas toujours du travail léger. »*

Cela se fait parfois en collaboration avec l'infirmier-ière ou le-la responsable du dossier aux ressources humaines. Dans certaines entreprises, ce sont les superviseurs qui font les enquêtes d'accidents en collaboration avec le représentant des travailleurs du comité paritaire SST, le travailleur atteint ou d'autres intervenants, afin d'identifier les facteurs qui ont probablement contribué à la lésion et qui pourraient être modifiés. Il arrive également que certains superviseurs participent activement aux interventions ergonomiques afin de prévenir les LMS.

#### ◆ **Comités paritaires de santé et sécurité du travail**

Plusieurs personnes ont mentionné que, dans leur entreprise (six entreprises), le comité paritaire de santé et sécurité du travail participe à la prise en charge des cas de LMS. Par contre, le degré d'implication du comité dans ce dossier n'est pas identique partout. Par exemple, dans certaines

entreprises, les cas d'accidents de travail indemnisés par la CSST sont discutés, alors que d'autres discutent seulement des cas où les travailleurs ont des douleurs et pas des « dossiers CSST ». Dans quelques entreprises, non seulement le comité est impliqué mais il est proactif, c'est-à-dire que les cas des travailleurs atteints de LMS sont présentés afin d'identifier les contraintes physiques associées aux postes de travail, les postes de travail qui nécessitent des modifications, et aussi les postes pour l'assignation temporaire. Dans ces cas-là, les comités paritaires de santé et sécurité du travail offrent la possibilité d'un échange entre les différents acteurs impliqués dans la prévention, la SST, et la prise en charge des cas de LMS. Par exemple, dans une des entreprises, il y a aussi un certain nombre de travailleurs attirés qui participent au comité paritaire SST mais en plus, chaque travailleur de l'entreprise est invité à tour de rôle à assister à ce comité. Dans une autre, ce sont les superviseurs qui assistent à tour de rôle au comité paritaire SST.

#### ◆ **«Groupes ergo» et groupes d'amélioration de la qualité**

Il existe dans quelques entreprises des «groupes ergo», c'est-à-dire des comités ad hoc formés de représentants de l'employeur et de travailleurs qui évaluent les contraintes physiques de certains postes de travail, et cherchent des solutions. Dans certaines entreprises, il existe aussi des groupes d'amélioration de la qualité dont les préoccupations semblent variées. Parfois, ce comité discute de problèmes en santé et sécurité du travail, et fait des recommandations. Par exemple, dans une des entreprises, ce comité a été sollicité, suite à de nombreux cas de maux de dos dans un département en particulier, pour évaluer la situation et pour trouver une solution.

#### ◆ **Syndicat ou représentant des travailleurs**

La principale responsabilité du syndicat ou du représentant des travailleurs est de voir à ce que les droits des travailleurs atteints soient respectés. La majorité des entreprises qui n'est pas syndiquée ont un représentant des travailleurs. Son rôle est variable. Par exemple, il peut s'occuper de prévention dans l'entreprise de façon non officielle ou informellement, participer au comité paritaire de santé et sécurité du travail, ou faire d'autres tâches comme de s'occuper des problèmes d'ordre administratif vécu par le travailleur avec la CSST ou la compagnie d'assurance. Le rôle et le degré d'implication du syndicat ou du représentant des travailleurs, dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS, sont parfois circonscrits par les limites de leur mandat ou par l'ouverture de la

direction à les impliquer davantage, et aussi par la confiance que les travailleurs leur accordent.

La position des différents syndicats n'est pas unanime face au programme d'assignation temporaire. Certains collaborent étroitement dans le programme d'AT, d'autres offrent une collaboration plus restreinte. Généralement, ils sont vigilants face au respect des limitations fonctionnelles des travailleurs atteints de LMS pendant leur assignation temporaire. Dans certaines entreprises, les syndicats s'assurent que l'application du programme d'AT ne contrevient pas au respect de la convention collective face à l'ancienneté et à l'accès à certains postes «plus légers». Lors de cas litigieux, le syndicat s'occupe parfois de la défense des travailleurs atteints de LMS ou fait appel à des avocats.

#### ◆ **Travailleurs**

Les travailleurs blessés sont les principaux concernés par les différentes interventions de prise en charge car ce sont eux qui sont aux prises quotidiennement avec leur problème musculo-squelettique. Cependant, ils sont rarement impliqués dans le processus de prise en charge. Dans certaines entreprises, ils peuvent participer à l'enquête d'accident de travail. Il y a quelques entreprises, toutefois, qui impliquent le travailleur blessé dans le choix des tâches à faire en assignation temporaire, dans les suggestions pour améliorer leur poste de travail, etc. Une personne du service médical nous a dit :

*« ... il [le travailleur] nous décrit son poste puis il nous dit « ça ça m'occasionne plus de douleur », bon à ce moment-là, même si c'est pas dans la restriction [médicale], moi c'est ma philosophie, c'est que c'est le travailleur qui se connaît puis qui est capable de voir ses limites... Je pense que la personne qui sait le plus quel mouvement lui fait mal ou quelle chose on pourrait changer, c'est la personne qui fait le travail. Donc, on est à l'écoute. »*

Leurs collègues de travail peuvent parfois être appelés à modifier leur travail ou à prendre un autre poste afin d'aider celui qui est blessé. Parfois, une assignation temporaire exige que le travailleur atteint fasse une rotation des tâches avec ses collègues ou accepte un poste de «travail léger» qui antérieurement a été « réservé » à des travailleurs qui ont beaucoup d'ancienneté.

### **Acteurs externes**

Avant d'aborder les différentes interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS par les entreprises, il nous apparaît important de mentionner les personnes ou organismes externes aux entreprises qui ont un impact sur leurs interventions face aux LMS.

#### **◆ Médecins traitants**

La Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles confère aux médecins traitants des travailleurs atteints un rôle clé dans ce dossier. Selon cette loi, les médecins traitants n'ont pas à évaluer s'il s'agit bel et bien d'une lésion professionnelle mais doivent, à la demande du travailleur ou de la CSST, remplir les formulaires de la CSST et se prononcer sur le diagnostic, la date de consolidation, les limitations fonctionnelles et la présence des atteintes permanentes en précisant leur nature. Ils recommandent également les traitements médicaux qu'ils jugent appropriés, et donnent leur approbation ou non concernant l'assignation temporaire du travailleur proposée par l'employeur. Toutes les entreprises qui sont aux prises avec des travailleurs qui ont une lésion professionnelle sont concernées par les décisions du médecin traitant puisqu'elles ont un impact direct sur leurs interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS, comme l'assignation temporaire.

Il y a beaucoup de variabilité entre les entreprises dans leurs rapports aux médecins traitants. Certaines ont peu ou pas de contacts tandis que d'autres se sont créés des outils pour faciliter la communication avec ceux-ci. Règle générale, les médecins traitants ont peu de contacts avec les entreprises.

#### **◆ Commission de la santé et de la sécurité du travail**

De par la loi, la Commission de la santé et sécurité du travail est un organisme important dans le dossier de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Lors d'une demande d'indemnisation d'une lésion professionnelle, toutes les entreprises sont en contact avec les agents d'indemnisation et/ou de réadaptation de la CSST. Les pratiques semblent varier d'une direction régionale à l'autre.

## ◆ **Consultants externes**

### **1) Firmes d'experts médicaux et légaux**

Pour les aider à gérer leurs cas de LMS et pour obtenir des conseils, les entreprises font parfois affaire avec des consultants externes (médecins experts, avocats ou ergonomes). Le rôle du médecin externe est similaire au rôle des médecins de l'entreprise : ils fournissent des expertises aux employeurs qui consistent à faire une appréciation et à émettre une opinion par rapport au diagnostic du médecin traitant, au lien entre le travail et la lésion, aux traitements, à la date de consolidation ou aux possibilités d'assignation temporaire. Les personnes de trois entreprises nous ont mentionné que la firme externe avec laquelle l'entreprise fait affaire est composée de médecins et d'avocats. Une gestionnaire des ressources humaines nous a spécifié :

*« ... on fait affaire plus du côté médical et suivi du dossier d'accident avec une firme extérieure qui offrent les services d'un avocat quand on a à aller au BRP, à la CALP. »*

### **2) Centre patronal de SST**

Le Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec publie différents documents à l'intention des employeurs, et offre des formations aux entreprises afin de les aider à gérer les cas de CSST. Les personnes d'une des entreprises rencontrées nous ont spécifié utiliser ces services.

### **3) Institut de recherche en santé et sécurité du travail**

Deux entreprises ont participé à des projets de recherche en ergonomie participative de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail, en collaboration avec l'ASP, où les ergonomes ont formé plusieurs personnes de l'entreprise en ergonomie pendant près de deux ans. Ils ont entrepris une démarche avec les entreprises qui incluait l'évaluation des contraintes physiques des postes de travail et la recherche de solutions. Des intervenants des entreprises rencontrées disent que ces projets ont sensibilisé plusieurs directeurs, superviseurs et travailleurs aux principes d'ergonomie. Ils ont eu un effet « boule de neige » dans les activités de prévention, en plus d'un impact sur les interventions actuelles de prise en charge des travailleurs atteints de LMS.

#### 4) ASP secteur métal et électrique

Quelques entreprises consultent l'Association sectorielle paritaire du secteur fabrication de produits en métal et de produits électriques concernant leurs problèmes ergonomiques, et/ou participent à des sessions de formation offertes par l'ASP. L'ASP a mis en application les outils développés par les projets de l'IRSST. L'ASP aide aussi les entreprises qui le désirent à former des «groupes ergo».

#### 5) CLSC

Le réseau régional de santé publique fournit à la CSST, selon un contrat, les services d'équipes de professionnels en santé au travail qui s'occupent des activités de prévention prévues dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Ces professionnels travaillent dans les CLSC désignés en santé au travail. Sur l'ensemble des CLSC de l'Île de Montréal, cinq ont été désignés pour s'occuper de santé au travail, et couvrent différents territoires géographiques. La plupart des entreprises du secteur électrique/électronique sont dans le territoire du CLSC Montréal-Nord ou du CLSC Lac-St-Louis.

Deux entreprises ont mentionné avoir consulté l'équipe de professionnels du CLSC désigné en santé au travail qui dessert leur territoire pour les problèmes musculo-squelettiques. Entre autres, pour une de ces entreprises, les intervenants d'un CLSC ont donné des conseils pour développer un programme d'exercices physiques adressé aux employés et se sont impliqués également pour aider l'entreprise à évaluer les contraintes physiques de certains postes de travail.

### 3.3.2 Interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS

Plusieurs des entreprises rencontrées ne font pas de distinction entre les lésions musculo-squelettiques de leurs travailleurs et les autres lésions professionnelles. La plupart des répondants parlaient de prise en charge de façon globale et non pas spécifique aux LMS. Elles nous ont fait part des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS mises sur pied dans le but de répondre à leurs objectifs cités précédemment. Nous en avons relevé trois grands types concernant directement ou indirectement la prise en charge des travailleurs atteints de LMS :

- un **suivi administratif, médical et/ou juridique,**
- un **programme de réintégration ou de maintien au travail** (par l'assignation temporaire ou la relocalisation, la modification du poste de travail régulier ou des méthodes de travail),
- un **programme de prévention.**

Afin de bien montrer les liens entre les différents objectifs et les interventions de prise en charge mises en place par les entreprises, nous présentons, en premier lieu, les données sous forme schématique.

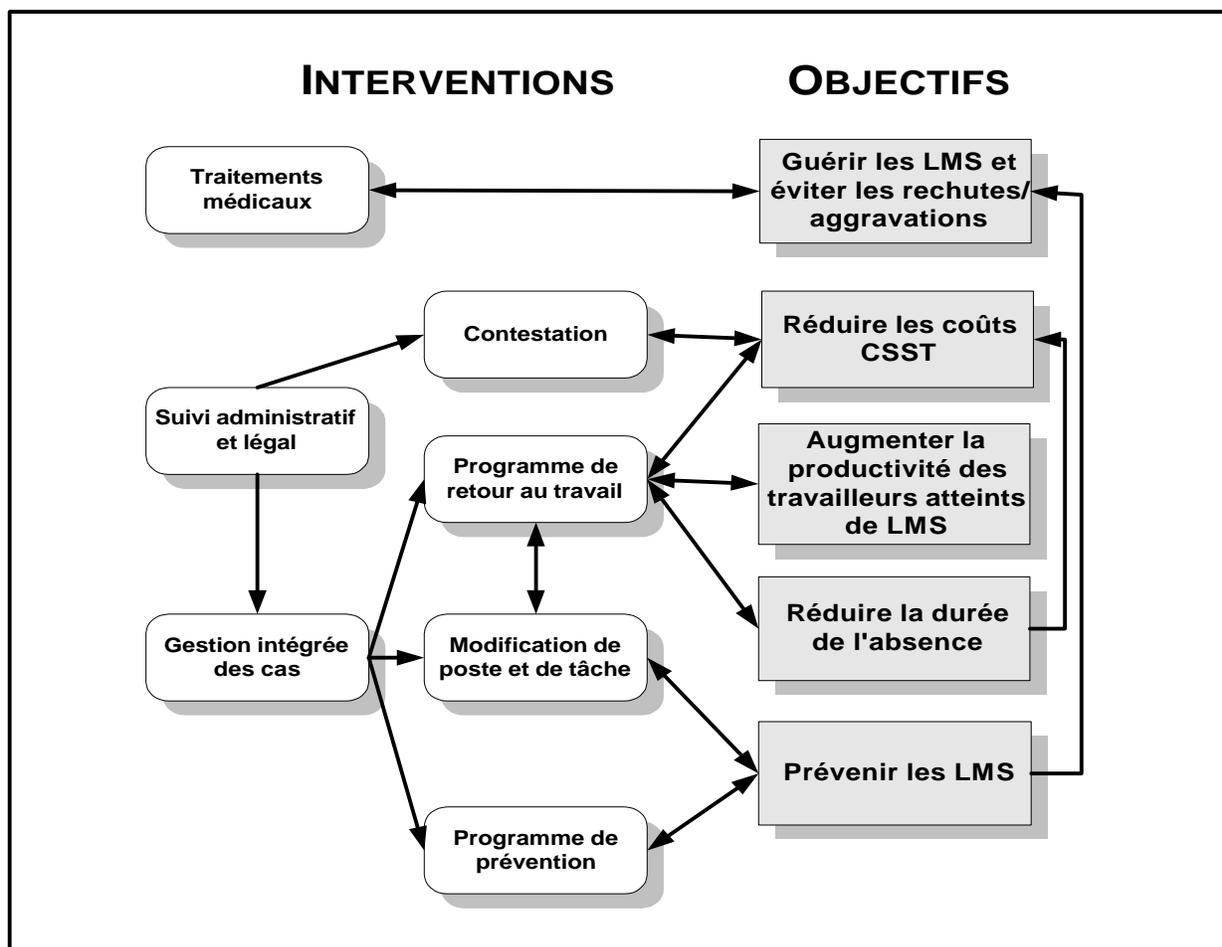


Figure 2 : Les relations entre les objectifs et les interventions de prise en charge des cas de LMS

D'entrée de jeu, mentionnons que ce ne sont pas l'ensemble des entreprises rencontrées qui font toutes ces interventions. Il y a des entreprises qui sont plus proactives que d'autres, c'est-à-dire qu'elles utilisent plusieurs ou l'ensemble de ces interventions en les appliquant, parfois seulement aux cas indemnisés par la CSST, ou parfois à toute personne qui a un problème musculo-squelettique.

Nous retrouvons une variabilité dans la nature et dans l'ampleur des interventions au sein des entreprises. Ainsi, certaines entreprises vont axer davantage leurs interventions sur le suivi juridique alors que d'autres vont déployer des efforts plus soutenus pour le programme d'assignation temporaire. Les interventions mises de l'avant par les gestionnaires respectent parfois les objectifs des autres acteurs impliqués dans ce dossier, mais parfois seulement les objectifs restreints du programme dont ils ont la responsabilité. Les entreprises diffèrent également au niveau des ressources humaines et financières qu'elles consacrent à ces interventions (conception, implantation, suivi, évaluation, etc.).

Les préoccupations des gestionnaires et des responsables des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS peuvent être modulées par la distribution de la main-d'œuvre dans l'entreprise, puisque ce sont principalement les travailleurs en production qui ont le plus de LMS et le plus de LMS indemnisées. Il arrive que leurs interventions donnent lieu à l'établissement de procédures parfois formelles, parfois informelles. Aussi, certaines entreprises ont des procédures de retour au travail identiques peu importe s'il s'agit d'un cas indemnisé par la CSST (c'est-à-dire d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle) ou s'il s'agit d'un travailleur qui a une LMS mais qui ne fait pas de demande d'indemnisation à la CSST, même si elle est causée par leur travail. D'autres procèdent de façon différente selon qu'il s'agisse d'un cas indemnisé par la CSST, d'un cas non indemnisé par la CSST ou d'un cas couvert par l'assurance collective. Ils ont des procédures distinctes pour chacune de ces situations.

La majorité des entreprises a mentionné que, même si elles ont des procédures établies, la prise en charge des travailleurs atteints de LMS demeure souvent du cas par cas. Ce qui ressort des entrevues, c'est la grande variabilité non pas des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS mais bien des modalités d'application de celles-ci.

### **3.3.2.1 Suivi administratif**

Un type d'intervention regroupe tout ce qui touche le suivi administratif des dossiers CSST ou en assurance collective, et cela est fait par toutes les entreprises rencontrées. Certaines entreprises font un suivi périodique de leurs dossiers CSST, par exemple en faisant un suivi hebdomadaire avec les

travailleurs blessés absents du travail, soit par téléphone ou par une rencontre. Cela est fait dans le but de garder un contact avec le travailleur absent du travail. Par contre, dans une entreprise, les gestionnaires appliquent le strict minimum prévu par la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, comme remplir et envoyer les formulaires de la CSST. Ils préfèrent attendre que le travailleur soit complètement rétabli avant de le réintégrer au travail à son poste régulier.

Lorsqu'il s'agit d'un cas où une demande d'indemnisation a été faite à la CSST, toutes les entreprises font une enquête d'accident de travail. L'enquête d'accident semble répondre à des objectifs différents selon les entreprises. Par exemple, pour une entreprise il s'agit d'identifier les contraintes physiques ou organisationnelles qui ont probablement contribué à la lésion, et de prendre les mesures correctives pour ne pas que cela se reproduise. Pour une autre, il s'agira d'avoir en plus tous les détails possibles sur le travailleur (ancienneté, les différents postes ou travail effectué, etc.), sur le travail fait par le travailleur (poste, machine, cadences, postures de travail, etc.) et de monter un dossier le plus complet possible avec film vidéo. Ces renseignements, nous disent-ils, pourront servir lors d'une éventuelle contestation de l'entreprise. Un gestionnaire en santé et sécurité du travail affirme :

*« ... Ça c'est vraiment clé au niveau de l'enquête d'accident ... Quand on parle de LATR, puis de musculo-squelettique, c'est de savoir exactement quelle est la proportion des quantités des choses produites, de production... l'enquête d'accident est extrêmement importante pour comprendre dans toute la dynamique, puis comprendre également la relation et la sollicitation des muscles au niveau médical. Tu ne peux pas faire ça si t'as pas les quantités. Puis ça va tourner autour de ça dans les auditions quand tu vas en cour. C'est important de savoir les vis, il y en a combien, combien qu'il y a de pression sur le tournevis quand il l'applique sur la vis ... Puis, toutes ces choses-là, c'est primordial ... ».*

Dans une entreprise, dans le but d'aider leur suivi administratif, les gestionnaires ont élaboré un formulaire spécifique concernant les LMS. Dans une autre, les personnes ont mentionné le désir d'en faire un bientôt car leur formulaire actuel ne leur apparaît pas complet et s'applique difficilement aux LMS. Il y a des entreprises qui ont modifié le formulaire de l'AT de la CSST destiné aux médecins traitants, d'autres ont ajouté une autre page à ce formulaire qui précise davantage les tâches pour l'AT ou qui identifie plusieurs postes possibles et demande au médecin traitant de cocher les tâches que le travailleur atteint peut faire.

### 3.3.2.2 Suivi médical

En effectuant un suivi médical, l'entreprise s'informe auprès du travailleur atteint de sa santé, de l'évolution de celle-ci et des traitements qu'il reçoit. Cette démarche est facilitée lorsqu'il y a un service médical dans l'entreprise (infirmières et/ou médecin). Certaines entreprises demandent une expertise médicale de façon systématique pour tous les cas de LMS, d'autres vont faire cette démarche seulement dans les cas où l'entreprise a des réserves concernant soit le diagnostic émis par le médecin traitant, la date de retour au travail prévue, le refus de l'assignation temporaire proposée, ou encore la présence de limitations fonctionnelles et leur nature. Plus de la moitié des entreprises vont demander une expertise médicale de leurs travailleurs à des consultants d'une firme de médecins externes (parfois spécialisés), tandis que deux entreprises n'ont pas demandé d'expertise médicale depuis les dernières années. Les entreprises qui ont un service médical vont, à l'occasion, aussi demander une expertise à des médecins d'une firme externe.

Il ressort que rarement les représentants des entreprises vont téléphoner au médecin traitant du travailleur atteint. L'écart des pratiques varie selon ce que les acteurs qui s'occupent des dossiers considèrent comme acceptable. Le discours va de « *Est-ce qu'on a le droit de communiquer avec le médecin traitant?* » à « *J'essaie toujours de rejoindre et de parler au médecin traitant lorsque je désire plus de précisions* ». Mais, lorsqu'il y a une communication avec le médecin traitant du travailleur blessé, elle se fait souvent par l'entremise du médecin ou de l'infirmière de l'entreprise, ou de la personne responsable des dossiers aux ressources humaines. Ce contact leur permet d'obtenir des informations manquantes au dossier comme la date prévue de retour au travail, ou pour mieux comprendre les raisons du refus du médecin de l'assignation temporaire proposée.

### 3.3.2.3 Suivi juridique

La plupart des entreprises contestent plusieurs demandes d'indemnisation pour les LMS. Toutes les entreprises rencontrées n'utilisent pas cette stratégie pour gérer leurs cas de LMS mais lorsqu'elle est utilisée l'ampleur de cette démarche est variable. Certaines le font de façon systématique, d'autres selon des critères très restreints, et une entreprise n'a pas contesté depuis les trois dernières années. Pour certaines entreprises, la contestation fréquente est une stratégie poursuivie depuis les

trois à cinq dernières années. Des personnes de deux entreprises ont spécifié que leur entreprise conteste moins souvent depuis environ deux ans, entre autres, depuis qu'elles ont un programme d'assignation temporaire. Une gestionnaire en ressources humaines mentionne :

*« Présentement il y en a moins. On était à un moment donné qu'on a contesté plus parce que les arrêts de travail étaient longs ...puis il n'y avait pas d'assignation temporaire. Là, maintenant, depuis qu'on fait de l'assignation temporaire, on conteste moins. »*

La très grande majorité des entreprises n'a pas d'avocats à l'interne, et la plupart d'entre elles (six entreprises) ont spécifié faire affaire avec une firme afin d'obtenir les conseils d'un avocat relativement à leurs dossiers de travailleurs atteints de LMS. Les conseils juridiques sont de différents ordres mais concernent davantage la contestation : les procédures, les chances de gagner la cause (par exemple : démontrer que l'entreprise n'a pas de travail répétitif et donc que la lésion ne peut pas être causée par le travail).

C'est très souvent le lien entre le travail et la lésion qui est contesté, et l'expertise médicale influence beaucoup la décision de l'employeur. C'est souvent à partir des informations contenues dans le rapport d'expertise des médecins que les entreprises entameront certaines procédures pour gérer leurs cas de LMS (modification du poste de travail, contestation du cas si la LMS est non liée au travail, etc.). En effet, comme mentionné précédemment, les médecins des firmes externes établissent un diagnostic et évaluent celui posé par le médecin traitant et il arrive que ceux-ci diffèrent. Cet état de fait est souvent cité comme la raison pour laquelle l'employeur va contester.

Ce suivi juridique permet aux entreprises de réduire le nombre d'indemnisations de LMS à la CSST et donc de réduire les coûts de cotisation à la CSST. Il y a des entreprises qui affirment que leurs employés savent qu'ils font une gestion serrée, et cela a pour effet de décourager les travailleurs à déclarer une LMS parce qu'ils savent que l'entreprise va contester.

### **3.3.2.4 Pratiques de réintégration ou de maintien au travail**

#### **3.3.2.4.1 L'assignation temporaire**

Une autre mesure importante de prise en charge, adoptée par les entreprises afin d'aider le retour ou le maintien au travail des travailleurs atteints de LMS, est celle de l'assignation temporaire. En effet, neuf entreprises sur dix ont mis en place un programme d'assignation temporaire pour les cas indemnisés par la CSST. Quelques-unes le font aussi pour les cas non indemnisés par la CSST (parfois appelé « relocalisation temporaire »).

Leurs objectifs de l'AT identifiés dans les entrevues sont de :

- réduire les coûts imputés à l'entreprise par la CSST;
- garder le travailleur atteint au travail;
- et, quoique mentionné moins souvent, favoriser la réadaptation du travailleur atteint de LMS.

Quelques entreprises assignent temporairement leurs travailleurs blessés depuis plusieurs années déjà (une depuis 1987), tandis que d'autres commencent à introduire cette pratique depuis deux ou trois ans. Nous nous sommes aperçu que l'assignation temporaire est un concept qui s'opérationnalise sous diverses formes et dont les modalités d'application varient beaucoup. Aussi, certaines entreprises nous ont mentionné qu'elles ont vécu différentes phases relatives à l'assignation temporaire au sein de leur entreprise. Par exemple, dans une entreprise, ils ont commencé par donner « *n'importe quoi* » au travailleur blessé et, bien souvent, il s'agissait d'un travail perçu comme inutile et démotivant pour le travailleur. Un responsable de santé et sécurité du travail nous explique :

*« Il y a eu une période au tout début vers '92-'93, ce que j'appellerais « l'assignation temporaire sauvage », dans la mesure c'était pas nécessairement de donner des travaux qui étaient appropriés disons à la récupération de l'individu mais à sauver de l'argent. Donc, on ramenait les gens de chez eux pour faire n'importe quoi. On s'est rendu compte rapidement que ça pouvait mener nulle part, ça pouvait fonctionner ou continuer à fonctionner à très court terme. Ça peut durer quelques mois, mais les gens finiraient par être complètement incapable de continuer à faire des tâches qui avaient aucune utilité réelle. Donc, ....puis c'est là qu'on a commencé à développer ces définitions ergonomiques des tâches disponibles dans la banque d'assignations temporaires. »*

Ils ont aussi assigné des travailleurs de production dans les bureaux (travail clérical) mais par la suite, nous disent-ils, les travailleurs ne voulaient plus retourner à leur poste dans la production parce que l'ambiance de travail est plus bruyante, la cadence de travail exigeante, etc. Un responsable de SST nous a dit :

*« ... au début, on avait exclusivement des tâches genre classer des papiers dans un tiroir...Le problème c'est que ces assignations temporaires-là ont eu tendance à donner des assignations temporaires permanentes... Quand ça été le temps de les ramener sur les lignes d'assemblage, il y a des gens qui ont fini par faire des dépressions. Ils ont eu de la difficulté à se réintégrer dans leur milieu ... »*

Toutes les entreprises n'ont pas vécu la même évolution dans la conception et l'implantation de l'assignation temporaire. Certaines continuent à donner «*n'importe quelles tâches*» à leurs travailleurs atteints de LMS et n'ont pas établi de critères clairs pour les AT. Il semble que les différentes pratiques auraient poussé certaines entreprises à se questionner sur l'évolution de l'AT, mais ce ne sont pas toutes les entreprises qui l'ont fait ou qui le font.

#### **3.3.2.4.1.1 Analyse de postes pour l'AT**

Les pratiques des entreprises sont variables lorsqu'il s'agit de trouver des tâches à donner aux travailleurs atteints de LMS lors d'une assignation temporaire. La détermination de l'AT au sein des entreprises semble modulée par différents facteurs dont le site de la lésion, la nature de la production ou la disponibilité des tâches ou du travail à faire.

Afin de s'aider dans la mise en œuvre de l'AT, certaines entreprises ont fait des analyses de postes. D'autres, par contre, ne font aucune démarche dans ce sens et les AT sont faites cas par cas ou souvent selon le jugement du superviseur. Celui-ci, selon ses connaissances et ses propres contraintes de production, identifiera des tâches à exécuter. Parmi les entreprises qui analysent les tâches, elles le font soit «*selon le gros bon sens*» ou soit selon une évaluation rigoureuse basée sur des critères ergonomiques, afin de déterminer si le travailleur est capable de les faire en fonction du site de sa lésion. Dans ce dernier cas, il arrive qu'une banque de postes potentiels pour l'AT, ou ce qu'une entreprise appelle un «*kit pour l'AT*», soit constitué en fonction des sites de lésions pour l'assignation temporaire. Dans une des entreprises, il existe une base de données informatisées où, pour chacun des postes envisagés pour des assignations temporaires, la nature du travail, les charges à soulever, les gestes, les postures de travail, etc., sont décrits. De plus, une prescription pour chacun de ces postes est indiquée en lien avec les lésions comme «*ne pas faire si la personne a mal au haut du dos, au cou, ou à l'épaule*».

### **3.3.2.4.1.2 Différentes formes d'assignation temporaire**

Lorsqu'il est question d'assignation temporaire, il faut bien comprendre que, selon la loi (LATMP), tout travailleur indemnisé par la CSST dont la lésion n'est pas consolidée selon l'avis de son médecin traitant, et qui est au travail, se retrouve dans la catégorie « assignation temporaire ».

L'assignation temporaire revêt de multiples formes. Les modalités d'application de cette mesure, c'est-à-dire ce que les entreprises font, semblent avoir un impact direct sur la prise en charge des travailleurs atteints de LMS et sur le « succès » de cette mesure. Il arrive que les entreprises optent pour différentes formes d'AT, et que bien souvent ils font du cas par cas. Concernant les différentes formes d'AT qui seront présentées, il peut s'agir, comme mentionné précédemment, de tâches qui ont fait l'objet d'analyse ou non.

#### **1) Poste régulier avec aide**

Une des formes que prend l'AT est de retourner le travailleur blessé à son poste régulier en lui disant qu'il peut demander de l'aide pour certaines tâches.

#### **2) Poste régulier : tâches soustraites ou adaptées**

Afin de permettre une AT, certaines entreprises vont laisser le travailleur atteint à son poste régulier mais, dépendamment du site de la lésion, vont retirer certaines tâches temporairement, ou encore en adapter quelques-unes afin que le travailleur puisse les faire en fonction de sa lésion, ou encore, lui ajouter quelques tâches qu'il ne fait pas normalement mais qu'il est capable d'effectuer.

#### **3) Retour progressif au travail régulier**

Parfois l'entreprise (3/10) va offrir au travailleur atteint de faire un retour progressif à son poste régulier (comme trois jours par semaine ou quatre demi-journées par semaine).

#### **4) Autre poste**

Des entreprises vont offrir des tâches qui sont faites normalement par un autre travailleur (dans son département ou un autre) et qui doivent être réalisées soit régulièrement ou de façon intermittente.

Il peut s'agir de travail considéré comme « léger » (par exemple, du travail assis qui ne demande pas de force physique, ou qui est le même travail mais avec un modèle d'assemblage plus petit et donc moins lourd). Cela peut se faire dans le même département ou dans un autre. Par contre, lorsque beaucoup de postes « travail léger » se retrouvent dans un même département, cela a comme conséquence, nous disent-ils, de cataloguer le département de « département d'assignation temporaire » ou « d'hôpital ». Une personne du service médical nous a dit :

*« Il y a, entre autres, un département qu'on appelle « l'hôpital », parce que c'est un département qu'on sait que dans ce département là c'est du travail, par exemple, que l'employé ne se servira pas de ses mains, il va juste actionner une pédale. Alors ça, on sait que dans ce département là c'est plus facile. ... même si entre nous, on dit que c'est « l'hôpital », lui le superviseur va dire « écoutez, c'est pas un hôpital mon département. »*

Les entreprises voient certaines barrières ou entraves relatives à l'AT liées à la spécialisation des travailleurs ou à l'organisation du travail qui rend difficile ou impossible le déplacement des travailleurs. Par exemple, parfois les entreprises veulent offrir un autre poste pour aider le travailleur atteint, mais cela est parfois difficile à faire étant donné la formation nécessaire et spécialisée requise pour effectuer le travail. Parfois, l'accréditation d'un travailleur pour obtenir sa qualification pour un poste peut prendre jusqu'à six mois. C'est pourquoi, dans certaines entreprises, les travailleurs ne se déplacent pas d'un poste à l'autre. Par contre, dans d'autres entreprises, les employés travaillent dans des modules de production ou font une rotation de postes, et sont donc polyvalents. La polyvalence et la mobilité des travailleurs sur divers postes sont des facteurs facilitants pour trouver des tâches pour une AT.

##### **5) Tâches créées spécialement pour l'AT**

Certaines entreprises vont créer du travail spécialement pour aider les travailleurs atteints de LMS lors d'une assignation temporaire. Cela se fait souvent « cas par cas ». Ces tâches peuvent être trouvées de façon « improvisée » avec peu d'analyse de tâches ou être déterminées d'avance et « réservées » pour les AT. Il s'agit souvent de travail non fait habituellement mais qui a une certaine utilité pour l'entreprise. Par exemple, dans un cas, il s'agissait pour le travailleur en AT de classer des plans, ce que les ingénieurs n'avaient jamais le temps de faire, ou encore de « démêler » des pièces utilisées dans la production (vis, clous, etc.).

## **6) Formation technique**

Aussi, il y a une entreprise qui, lorsque cela est possible, offre comme assignation temporaire aux travailleurs atteints la possibilité de suivre une formation technique. Cette formation, qui devait être suivie de toute façon par le travailleur ultérieurement, est simplement devancée afin de permettre une assignation temporaire.

### **3.3.2.4.2 Modification du poste de travail régulier**

Nous avons relevé une autre mesure de prise en charge des travailleurs atteints de LMS par les entreprises. Il s'agit de la modification du poste de travail régulier. En effet, il y a des entreprises qui font une évaluation du poste de travail régulier du travailleur atteint et font certaines modifications. Cette évaluation leur permet de cerner les possibilités de modifications au poste de travail afin que le travailleur blessé puisse demeurer à son poste. Cependant, mentionnons qu'il est plutôt rare que le poste régulier du travailleur atteint de LMS soit modifié de façon permanente, afin de lui permettre de continuer à faire son travail. Cela se fait surtout lorsque les modifications sont légères comme ajuster une table, une chaise, changer de modèle d'outil ou encore remplacer un outil défectueux, etc. Les budgets ne sont cependant pas toujours disponibles lorsque les modifications sont majeures. Néanmoins, quelques entreprises investissent des ressources considérables pour faire l'évaluation et des modifications aux postes de travail.

### **3.3.2.4.3 Modification des méthodes de travail**

Certaines entreprises vont chercher des renseignements sur les contraintes physiques des postes de travail et sur les méthodes de travail, par l'entremise des enquêtes d'accident de travail. Il arrive, suite à ces enquêtes, que d'autres méthodes de travail soient indiquées au travailleur atteint afin de l'aider à récupérer de sa blessure ou d'éviter qu'il se blesse de nouveau. Cela se fait soit par une formation des travailleurs ou par du cas par cas, par exemple, lorsque le superviseur voit que le travailleur utilise une mauvaise posture ou méthode de travail.

### 3.3.2.5 Programmes de prévention

Ce type de programme est indirectement relié à la prise en charge des travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques puisqu'il s'agit de prévention et non de réadaptation comme telle. Cependant, certaines entreprises, suite à un certain nombre de cas de LMS sur un poste en particulier ou dans un département, vont faire des démarches de prévention pour tous les travailleurs dans le but d'éviter l'apparition de nouveaux cas. Donc, pour un certain nombre d'entreprises, la prise en charge des travailleurs atteints de LMS a permis de développer ou d'améliorer le programme de prévention en regard des LMS. La mise sur pied d'un programme de prévention des LMS a comme but la réduction du nombre total de cas de LMS (indemnisés ou non par la CSST) et aussi, parfois, la réduction et la prévention du nombre de rechutes ou d'aggravation des LMS.

Nous avons répertorié plusieurs volets aux programmes de prévention des LMS dans les entreprises rencontrées. Par exemple, il peut s'agir de :

- faire une évaluation ergonomique des postes de travail chez les travailleurs ayant des douleurs et de proposer des modifications de postes au besoin;
- avoir une politique d'achat qui exige une évaluation ergonomique de tous nouveaux équipements;
- mettre en place une procédure d'évaluation ergonomique de tous les nouveaux procédés ou lignes de production;
- intégrer une formation SST/ergonomie dans la formation technique des travailleurs;
- donner une formation en ergonomie et sur les LMS à divers intervenants, par exemple : ingénieurs, responsables des achats, gestionnaires de ressources humaines/SST, superviseurs, directeurs de production, travailleurs, médecins, infirmières, etc.

Aussi, une entreprise, entre autres, a mis sur pied un programme d'exercices physiques (de 15 minutes) à faire au début de chaque quart de travail, dans le but de prévenir les LMS.

La prochaine section décrira de façon détaillée les facteurs facilitant ou limitant la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.

### **3.4 LES FACTEURS FACILITANT ET LIMITANT LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEURS ATTEINTS DE LMS**

De prime abord, mentionnons que les obstacles et les facteurs facilitant la prise en charge des travailleurs atteints de LMS sont bien souvent le reflet d'une même réalité, c'est-à-dire que lorsque certaines conditions ou certains éléments sont présents cela est facilitant mais leur absence constitue un obstacle à la prise en charge. Cependant, il arrive que la présence de certaines conditions soit facilitante mais leur absence n'empêche pas la prise en charge des travailleurs atteints de LMS ou n'est pas nécessairement un obstacle.

Parmi les conditions qui facilitent la prise en charge des travailleurs atteints de LMS et leur retour au travail, et qui ont été mentionnées à plusieurs reprises au cours des entretiens, nous retrouvons une communication efficace, une bonne collaboration et une confiance entre les personnes qui sont impliquées dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS, et ce, autant entre les personnes au sein de l'entreprise qu'avec les personnes ou organismes extérieurs (comme les médecins traitants ou la CSST). À partir de nos analyses, nous allons aborder, entre autres, les éléments qui facilitent ou qui limitent la communication et la collaboration entre les acteurs dans les programmes de retour au travail. Il s'agit d'une dynamique importante dont les conséquences peuvent être, soit positives soit négatives.

#### **3.4.1 La communication entre les entreprises et les médecins traitants**

Les informations obtenues lors des entrevues indiquent que plusieurs entreprises vivent certaines difficultés de communication avec les médecins traitants des travailleurs atteints. Cet élément est apparu comme une entrave à la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Cependant, dans le cadre de la présente étude, nous avons obtenu le point de vue de différents intervenants des entreprises et des travailleurs atteints, mais nous n'avons pas rencontré de médecins traitants.

Du point de vue des gestionnaires et des professionnels du service médical des entreprises, les médecins traitants ne sont pas nécessairement réceptifs aux demandes des entreprises. Des gestionnaires et des professionnels du service médical rencontrés nous disent que les médecins traitants ne semblent pas toujours partager les mêmes objectifs qu'eux ni comprendre certaines

démarches des entreprises relatives à la prise en charge de travailleurs atteints de LMS. L'approche privilégiée par certains médecins traitants, afin de réaliser leur objectif de promouvoir le rétablissement de leur patient et d'éviter les rechutes, ne permet pas nécessairement de répondre aux préoccupations des entreprises qui sont d'éviter l'absence du travailleur atteint de LMS ou d'en réduire la durée, et de réduire leurs coûts de cotisation à la CSST.

Certains professionnels du service médical et gestionnaires des entreprises estiment que certains médecins traitants manquent de connaissances au niveau des LMS et de leurs traitements. Ce manque de connaissances pourrait s'exprimer, selon nos répondants, par un diagnostic imprécis, par des traitements inefficaces, par des traitements qui durent trop longtemps, ou par des limitations fonctionnelles vagues ou inappropriées. Le niveau de connaissance du médecin traitant semble également influencer la nécessité d'un arrêt de travail et sa durée.

Les entreprises sont également confrontées au fonctionnement du système de santé qui, selon elles, peut entraver la prise en charge rapide des travailleurs atteints, par exemple, lorsqu'il y a des délais avant que le travailleur puisse consulter un médecin spécialiste ou pour commencer des traitements de physiothérapie, à la demande du médecin traitant. Souvent, cela se traduit par des délais avant que l'entreprise puisse procéder à certaines interventions. Et pour les entreprises, des délais retardant le retour au travail ou empêchant le maintien au travail des cas de LMS indemnisés par la CSST sont synonymes de coûts.

De plus, les professionnels du service médical et les gestionnaires des entreprises mentionnent souvent le manque de connaissances du milieu de travail des médecins traitants. Cela peut se traduire, selon nos répondants, par des difficultés pour les médecins traitants à juger les contraintes physiques associées au poste de travail régulier ou pour une AT, et la capacité du travailleur à effectuer ce travail sans risque de rechute ou d'aggravation de sa lésion. Au niveau de l'AT, plusieurs scénarios peuvent se dessiner. Il se peut que l'assignation temporaire acceptée par le médecin traitant ne soit pas toujours appropriée à la lésion ni aux contraintes physiques du travail à faire; il se peut que le médecin traitant refuse une AT que les intervenants de l'entreprise jugent appropriée en fonction de la lésion. Certains professionnels de la santé et gestionnaires impliqués

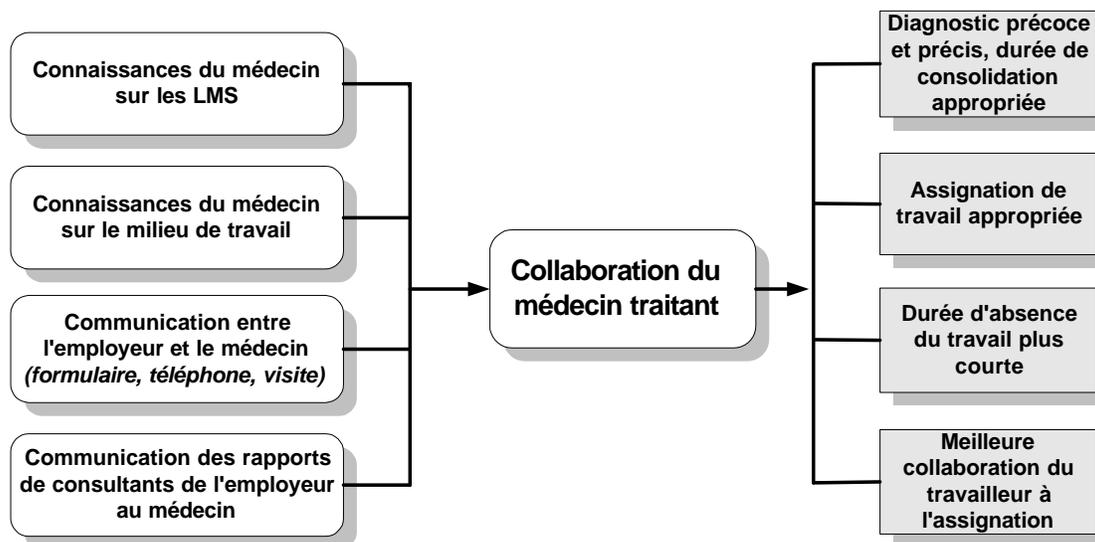
dans les programmes de retour au travail nous ont dit qu'ils essaient de contacter le médecin traitant du travailleur afin d'obtenir des informations et/ou d'expliquer les postes de travail, mais n'y arrivent pas toujours. Il semble difficile de rejoindre certains médecins traitants par téléphone; parfois ils ne retournent pas les appels. Face à cette situation, le personnel du service médical d'une entreprise a déjà invité des médecins traitants à visiter l'entreprise pour observer les postes de travail et a offert de les rémunérer, mais cette démarche n'a pas réussi. Une personne des ressources humaines précise:

*« Les médecins ou les praticiens généraux, les urgentologues, ils n'ont pas nécessairement la vision exacte du lieu de travail ... Ils n'ont pas de connaissances. ...C'est pas payant de venir visiter un lieu de travail. »*

Il ressort que certains professionnels de la santé et gestionnaires des entreprises sont parfois « sceptiques » face aux opinions du médecin traitant choisi par le travailleur. Ils déplorent le fait que les informations que le médecin possède proviennent uniquement du travailleur.

Parfois les entreprises ne comprennent pas toujours les décisions des médecins traitants, et interprètent certaines comme un empêchement à la prise en charge rapide du travailleur atteint. Les gestionnaires et les professionnels du service médical des entreprises cherchent souvent l'avis d'un médecin spécialiste ou d'un médecin du travail d'une firme privée qui tiendra compte des préoccupations de l'entreprise lors de l'évaluation du travailleur atteint. D'ailleurs, les responsables de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS constatent souvent des évaluations différentes entre les médecins (traitant versus spécialiste ou médecin du travail). Les expertises provenant des médecins que les entreprises ont choisis, sont perçues par celles-ci comme facilitant la prise en charge de leurs cas de LMS, et les aident dans la contestation de certains cas.

Nous présentons, sous forme schématique, d'une part, les éléments qui semblent favoriser une bonne collaboration des médecins traitants face au retour au travail des travailleurs atteints de LMS et, d'autre part, l'impact de ces éléments sur la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.



**Figure 3 : Les facteurs liés à la collaboration des médecins traitants**

Certaines entreprises ont essayé plusieurs stratégies afin de faciliter les contacts et la communication avec les médecins traitants. En voici quelques exemples :

- envoi, par l'entremise du travailleur à remettre au médecin traitant, d'un formulaire créé par l'entreprise ou du formulaire de la CSST que l'entreprise a modifié afin, d'une part, de recueillir les informations nécessaires pour le suivi médical et administratif et, d'autre part, d'indiquer au médecin traitant le travail proposé pour une assignation temporaire;
- identification par l'entreprise de deux ou trois postes que le travailleur pourrait occuper en AT, et demande d'approbation au médecin traitant de tous ces postes en même temps. Cela permet aux entreprises d'éviter des délais concernant l'AT (par exemple, si le médecin traitant refuse une AT proposée, l'entreprise doit reprendre le processus) et assure une certaine souplesse vis-à-vis l'AT;
- contact téléphonique au médecin traitant du travailleur atteint afin de l'informer des possibilités d'AT et de la nature du travail qui est fait dans l'entreprise (bien que parfois ce contact ne soit pas toujours facile à réaliser);
- envoi, par l'entremise du travailleur, d'une copie du rapport d'expertise médicale au médecin traitant.

### **3.4.2 Les superviseurs et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

Les entrevues révèlent qu'il y a une variabilité dans l'implication et la collaboration des superviseurs dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Malgré qu'ils ont un rôle à jouer à ce niveau-là, ils sont parfois réticents ou ambivalents à adhérer à celui-ci.

Comme nous l'avons vu précédemment, le principal mandat des superviseurs est de répondre aux exigences de la production. Par contre, très souvent d'autres tâches ont été ajoutées, comme de s'occuper de SST et de faire la gestion quotidienne de certaines interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Cette gestion quotidienne se traduit principalement par la recherche de tâches lors d'assignations temporaires des travailleurs blessés. Le principal problème soulevé par nos répondants est que souvent ces autres responsabilités ont été ajoutées à leurs tâches, sans qu'il y ait eu de planification, de changement dans l'organisation de leur tâches, ou de réflexion sur ce dont les superviseurs ont besoin pour les accomplir et les impacts possibles sur leur travail. Il arrive que cela ait été décidé par le responsable des ressources humaines ou le directeur de production, et que les superviseurs n'aient pas été impliqués dans le processus de planification et d'implantation de l'assignation temporaire. Parfois, la structure organisationnelle n'encourage pas une bonne communication entre la direction de production et la direction des ressources humaines ou de SST qui gère les cas de LMS. Très souvent, les superviseurs se sentent coincés entre les quotas de production à atteindre et la gestion quotidienne de l'assignation temporaire. Dans ce contexte, plusieurs superviseurs semblent voir la prise en charge des travailleurs atteints de LMS comme une surcharge de travail. De plus, ils n'ont pas nécessairement une bonne compréhension des LMS et des principes d'ergonomie pour en tenir compte dans le choix des assignations. Les conséquences de ce manque de connaissances, en plus des entraves organisationnelles et des exigences de production, pourraient expliquer le non-respect des limitations fonctionnelles des travailleurs atteints de la part de certains superviseurs. Le manque de temps, le manque de moyens ou de connaissances, le conflit de rôles sont des éléments qui jouent sur cette problématique et qui peuvent expliquer une certaine résistance de la part de plusieurs superviseurs. Un responsable de SST parle du conflit de rôle des superviseurs :

« Je crois que la difficulté qu'ont les gestionnaires de première ligne, de vivre avec des exigences de production et le besoin qu'ils auraient d'intégrer leurs préoccupations santé et sécurité du travail, pas à titre égal mais à un niveau beaucoup plus élevé qu'ils ont en ce moment. Ça se fait pas encore, ça se fera pas l'année prochaine, ni dans deux ans. ... Au niveau musculo-squelettiques c'est probablement l'obstacle majeur ... C'est pas vraiment expliqué quelque part dans sa description de tâches que tu ne dois pas faire, disons, endommager ton dossier de santé et sécurité aux dépens de la production. C'est pas écrit nulle part ça là. En fait, c'est écrit quelque part qu'il faut qu'il fasse 850 [produits], quelque part plus loin peut-être à la page 5, c'est marqué « n'oubliez pas, par exemple, qu'il ne faut pas oublier de faire de la santé et sécurité aussi... »

Nous avons identifié des éléments qui semblent faciliter l'articulation des différents mandats des superviseurs et, du coup, leur collaboration dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.

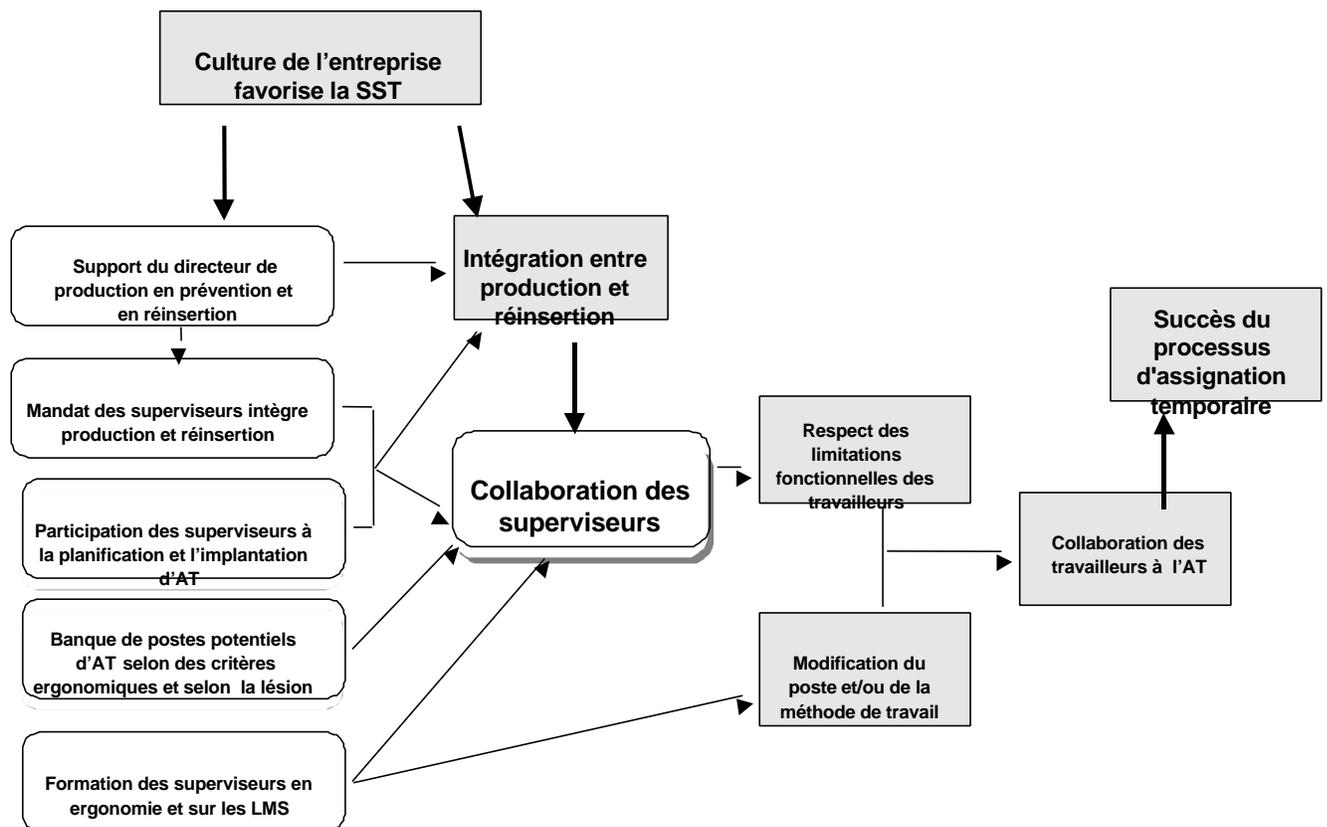


Figure 4 : Les facteurs liés à la collaboration des superviseurs

Selon nos répondants, quand d'autres intervenants sont impliqués dans le choix de l'AT, cela aide les superviseurs puisqu'ils ne sont pas seuls à gérer les assignations temporaires. En effet, ils

peuvent parfois compter sur la collaboration des infirmières, des conseillers en SST, du représentant des travailleurs et/ou du travailleur atteint de LMS. De plus, lorsque des postes ont été identifiés et évalués d'avance pour les AT (par exemple des banques de postes potentiels), cela facilite l'identification par le superviseur des postes appropriés. L'implication des superviseurs dans ce dossier est valorisée lorsque les tâches associées à l'AT sont incluses dans leur évaluation de performance associée à leur avancement et à leur progression salariale. Un représentant syndical du comité paritaire en santé et sécurité du travail a décrit :

*« Les [lésions] musculo-squelettiques autant que les autres là, je te dirais que les superviseurs s'en occupent beaucoup, ils prennent ça à coeur, ils s'en occupent. Parce qu'ils sont touchés dans leur secteur. Puis maintenant, on a réussi à avoir, (...) depuis des années qu'on se battait là, les superviseurs n'étaient pas évalués dans leur évaluation annuelle de rendement sur l'aspect santé et sécurité. (...) on a réussi à avoir ça que, dans leur évaluation annuelle, l'aspect santé et sécurité est dedans maintenant (...). Ça fait à peu près un an que c'est en place ça. Je ne dis pas qu'ils ne s'en occupaient pas avant mais ça les préoccupe beaucoup plus maintenant. »*

Les entreprises qui incluent la participation des superviseurs dans la conception et dans l'implantation des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS, et même dans les comités de suivi pour faire le pont avec la prévention, semblent amoindrir les conflits de rôle des superviseurs. Les superviseurs collaborent mieux lorsqu'ils sentent qu'on accorde de l'importance à ce qu'ils vivent, qu'on tient compte de leurs besoins et, que leur rôle face à l'assignation temporaire est valorisé de façon concrète par l'entreprise.

Dans les rares cas où les superviseurs sont formés en ergonomie et sur les LMS, ils s'impliquent davantage quant à l'assignation temporaire. Aussi, ils sont plus enclins à respecter les limitations fonctionnelles des travailleurs atteints et à identifier les possibilités de modifier ou d'ajuster les postes de travail ou les tâches. Par conséquent, cette situation favorise la collaboration des travailleurs.

Un élément important de cette dynamique est la priorisation de la prise en charge des travailleurs atteints et de la prévention par la haute direction et, en particulier, par le directeur de production. Le fait que ce dernier reconnaisse le rôle des superviseurs dans ce dossier et qu'il intègre les mandats

de SST et de l'assignation temporaire aux responsabilités de production des superviseurs, et que la prise en charge des travailleurs atteints de LMS fasse partie de leur description de tâches, sont des éléments facilitants. Ainsi, l'élément qui semble crucial et très facilitant est la présence d'un arrimage entre la production et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Cet arrimage est possible lorsqu'il y a des ajustements au niveau de l'organisation du travail et une intégration de la prise en charge (en particulier l'assignation temporaire) se font de façon à répondre aux exigences de la production. Une des façons de faire ces ajustements, selon certains superviseurs, est de permettre une évaluation de la productivité qui modifie le calcul en terme d'heures-hommes de production pour produire une quantité de produits. Cela permet de tenir compte des travailleurs qui sont en AT et qui ne sont pas productifs à 100% de leur capacité habituelle. Pour ce faire, les superviseurs doivent souvent négocier avec le directeur de production. Un superviseur nous a bien décrit cela :

*« ...C'est que moi j'essaie de l'amener, c'est plus avec mon patron sur le côté de la production en temps, je dis « OK, tu me donnes 500 heures d'ouvrages par semaine puis là j'ai 480 heures-hommes, parce qu'y a un homme là-dessus qui est sur la CSST ou qui est à temps partiel. À ce moment là, j'ai besoin de 540 heures et non de 480 heures. » C'est lui qui faut qu'il mette une autre personne ... »*

La compréhension du directeur de production concernant cette situation vécue par les superviseurs semble donc primordiale. Ce genre d'ajustements permet un meilleur arrimage et une cohérence des mandats des superviseurs qui doivent répondre aux exigences de la production et aux demandes concernant la gestion de l'AT.

Le succès des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS semble passer par des entreprises qui favorisent cet arrimage. L'absence de cet arrimage semble faire en sorte que l'assignation temporaire est difficile « à faire et à vivre ». Cela est apparu comme un des obstacles majeurs à la prise en charge des travailleurs atteints de LMS, et plus particulièrement à l'assignation temporaire. Et ce sont souvent les superviseurs qui vivent ces difficultés.

Certaines entreprises ont trouvé plusieurs stratégies afin de faciliter le travail des superviseurs et leur implication dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Par exemple :

- de préciser les responsabilités des superviseurs face à l'AT et la santé au travail et les inclure dans une évaluation qualitative de leur performance des activités de prévention et de gestion de la SST associée à leur avancement et à leur progression salariale;
- d'inclure les superviseurs dans la conception et dans l'implantation des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS, et même dans les comités de suivi pour faire le pont avec la prévention;
- de créer une banque de postes pour les assignations temporaires en fonction du site de la lésion (faite selon des critères ergonomiques) de façon à faciliter l'identification par le superviseur des postes appropriés ;
- de former des superviseurs en ergonomie et sur les LMS et sur les choix d'AT en fonction du site de la lésion et les contraintes physiques du travail. Une telle formation les rend plus enclins à respecter les limitations fonctionnelles des travailleurs atteints et à identifier les possibilités de modifier ou d'ajuster les postes de travail ou les tâches;
- de créer des mécanismes qui tiennent compte des travailleurs atteints de LMS (qui ne sont pas à 100% productifs) dans les calculs des quotas de production;
- d'assigner temporairement les travailleurs sur des postes surnuméraires, c'est-à-dire les ajouter comme travailleur supplémentaire à un groupe de travail sans les inclure dans les calculs d'heures-hommes de production;
- d'attribuer, lorsque cela est faisable, les coûts relatifs aux dossiers de CSST, à chaque département d'où proviennent les lésions professionnelles. Cette stratégie permet aux superviseurs de voir l'impact des assignations temporaires sur ces coûts.

### 3.4.3 Les travailleurs dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS

Les travailleurs atteints de LMS sont les principales personnes concernées par les interventions de prise en charge des entreprises. Aussi, le succès de ces interventions semble tributaire, en partie, de leur collaboration.

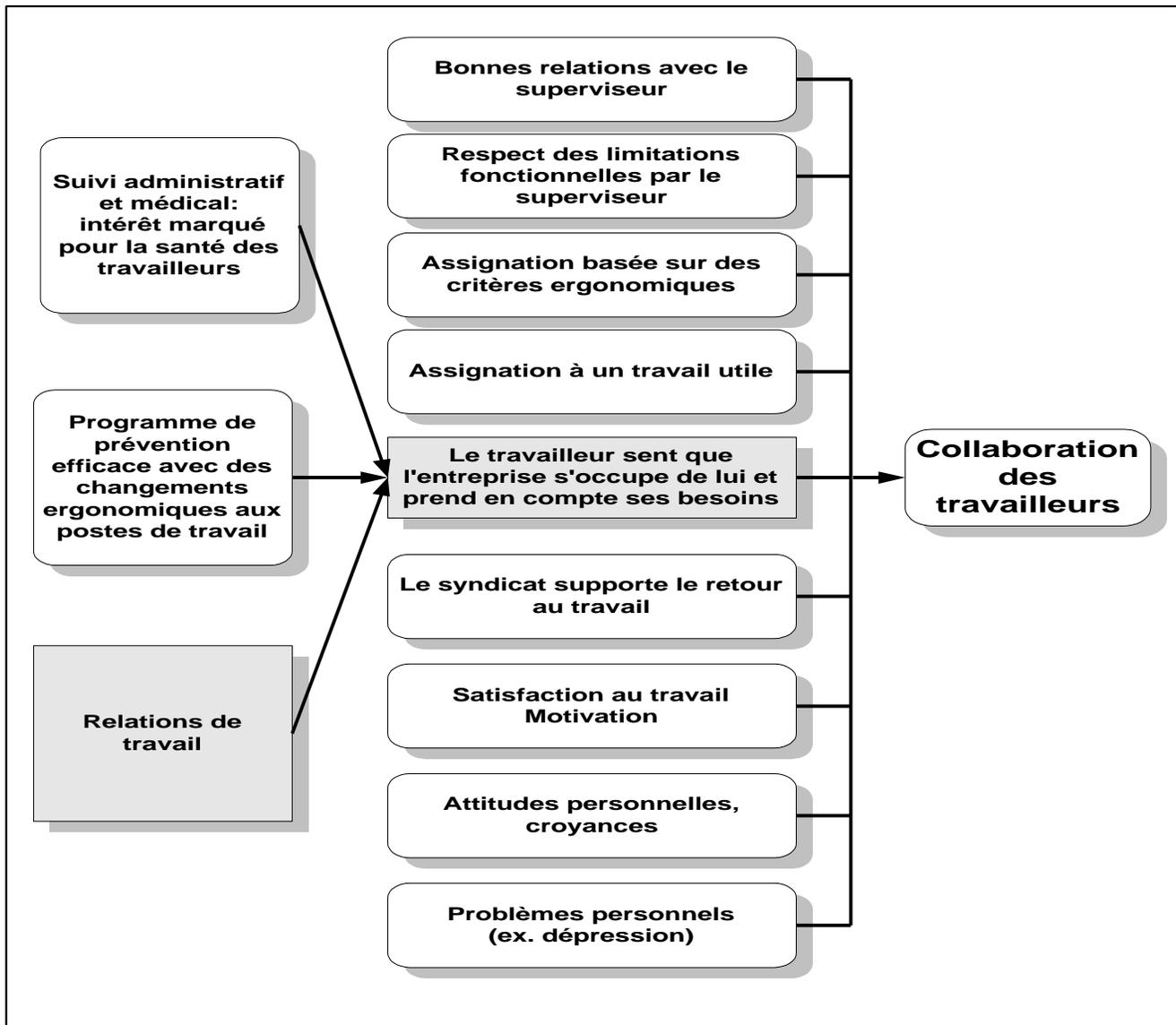


Figure 5 : Les facteurs liés à la collaboration des travailleurs

Cette collaboration semble suscitée par un bon climat de travail, c'est-à-dire des relations de travail harmonieuses entre patrons, employés et syndicats. Quand les travailleurs atteints de LMS sentent que l'entreprise se préoccupe d'eux, qu'il y a un support précoce et un suivi offerts, cela leur démontre l'intérêt de l'entreprise face à leur santé. Plusieurs acteurs nous ont exprimé aussi que l'existence d'un programme de prévention actif concernant l'élimination des LMS dans l'entreprise, incluant l'implantation d'améliorations ergonomiques aux postes de travail, démontre aux travailleurs que l'entreprise s'intéresse à eux et à leur santé. Par contre, lorsque l'objectif principal du suivi administratif et médical est de vérifier si le cas devrait être contesté, le travailleur sent que l'entreprise ne le croit pas.

La collaboration des travailleurs atteints de LMS est davantage suscitée dans les entreprises qui les impliquent dans le processus de prise en charge, par exemple, dans l'enquête d'accident, dans le choix d'AT, dans la modification des postes dans un contexte d'ergonomie participative. Une responsable des ressources humaines nous explique :

*« [le travailleur] est impliqué ... quand, par exemple, on veut changer un poste de travail ou, si lui il se plaint qu'il a mal ou quelque chose... On veut savoir c'est quoi son opinion puis ses idées. ... On a vraiment amélioré d'autres facettes du poste de travail parce que justement l'opérateur s'est impliqué. »*

Un autre point très important est le respect des limitations fonctionnelles des travailleurs atteints lors des assignations temporaires, entre autres, par le superviseur. Celles-ci ne sont pas toujours respectées. En effet, nos données indiquent que les travailleurs atteints n'osent pas toujours refuser une assignation temporaire ou des tâches qui ne respectent pas leurs limitations fonctionnelles par crainte des représailles des superviseurs, parce qu'ils savent qu'après leur assignation temporaire, ils retourneront à leur poste. Un représentant des travailleurs précise que :

*« Ils ont assez peur, ils ne veulent pas avoir de représailles. Tu sais il nous dit «bien moi, je ne veux pas de trouble avec mon superviseur là». Il m'a dit «Veux-tu aller là, exemple, une journée ou deux? C'est pas trop dur». Il ne dit pas non, c'est sûr, il ne veut pas avoir de misère ... »*

La collaboration des travailleurs est également suscitée lorsqu'ils sentent qu'ils ont une place pour dire ce qu'ils vivent et que, s'ils ont une douleur ou des symptômes, ils seront écoutés. De plus, des procédures claires semblent importantes puisqu'elles ne sont pas perçues par les travailleurs comme étant arbitraires.

D'autres composantes, plus spécifiques à l'assignation temporaire, favorisent la collaboration des travailleurs atteints : par exemple, si le travail offert en assignation temporaire est perçu comme utile et productif par le travailleur atteint; si le travail offert en assignation temporaire est choisi selon des critères ergonomiques et en fonction de la lésion; ou si le travail offert en assignation temporaire s'effectue dans leur département (donc même environnement et collègues de travail).

Tout cela pourrait avoir un impact positif sur la satisfaction au travail et la motivation des travailleurs atteints de LMS face aux interventions de prise en charge de l'entreprise, ce qui faciliteraient leur collaboration. Il semble que les travailleurs tolèrent plus la douleur lorsqu'ils voient que l'entreprise se préoccupe d'eux en faisant, par exemple, des modifications au poste de travail. Un responsable de SST le spécifie clairement :

*« ... parce que les gens sont beaucoup plus conscients du fait qu'il y a des activités qui se font et qu'il y a un désir chez beaucoup de gens, je ne parle pas juste de moi mais je parle des gens qui ont participé aux «groupes ergo», les nouveaux travailleurs qui s'en occupent. Donc il y a un désir réel de beaucoup d'individus d'essayer d'améliorer la situation. Vous en avez des gens qui vivent plus longtemps avec la douleur qu'il l'aurait vécu avant. Ils la prennent mieux ou ils l'acceptent mieux ou ils sont prêts à la vivre plus longtemps. »*

Cette collaboration pourrait entraîner plus de participation au programme d'assignation temporaire et moins de demandes d'indemnisation à la CSST. Cela semble permettre également une baisse de la durée d'absence des travailleurs atteints, plus de maintien au travail régulier, ainsi qu'une hausse de la productivité chez ceux-ci.

Plusieurs personnes des ressources humaines perçoivent les caractéristiques personnelles des travailleurs atteints comme des obstacles à leur collaboration et au succès des interventions de prise en charge. Par exemple, la présence d'une dépression (qui est antérieure à la lésion ou déclenchée par la présence de celle-ci), ou encore certaines attitudes ou croyances : lorsque les travailleurs

atteints croient que leur lésion est causée par le travail, lorsqu'ils croient que le travail allégé n'est pas du vrai travail (a une valeur négative), lorsqu'ils croient que travailler malade est inacceptable, et que d'être en congé lors d'une lésion professionnelle est un dû.

Les collègues de travail peuvent être des acteurs importants dans le succès des assignations temporaires. En effet, tout dépendant des procédures mises en place lors d'une assignation temporaire, il arrive que le travailleur blessé demeure à son poste mais que certaines tâches lui ont été enlevées. Ces tâches sont souvent faites par les collègues qui travaillent près du travailleur atteint. Toutefois, ceux-ci ne sont pas toujours d'accord. Parfois, cette façon de faire n'est pas systématisée et, c'est le travailleur blessé qui doit demander de l'aide au besoin. Cependant, il ne le fait pas toujours car la personne à qui il pourrait demander de l'aide n'est pas toujours disponible et à proximité du travailleur blessé. Aussi, le travailleur peut être gêné de demander de l'aide, ou encore, les collègues ne veulent pas l'aider. Lorsque l'assignation temporaire se fait en déplaçant les travailleurs de postes, cela ne facilite pas les choses pour les autres travailleurs puisqu'ils doivent changer de poste afin d'accommoder celui qui est blessé. Ceci crée parfois des tensions.

La « culture des travailleurs » est un facteur qui peut, soit faciliter, soit limiter les relations de travail entre eux. Par exemple, les collègues de travail ne veulent pas toujours aider le travailleur blessé car ils ne croient pas toujours que le travailleur a réellement une lésion. De plus, les entreprises ne prennent pas toujours le temps de bien expliquer aux collègues de travail le bien-fondé des réaffectations des postes de travail liées aux AT. Une façon de faire d'un responsable en SST est de demander aux collègues de travail d'être coopératifs car un jour, peut-être, eux aussi se blesseront, et seront dans la position de celui qui est blessé. Il arrive aussi que l'entreprise impose des façons de faire sans demander leur avis. Ceci semble créer une certaine résistance dans les comportements, et donc, ne suscite pas vraiment leur collaboration. Ces facteurs peuvent également influencer la collaboration des travailleurs atteints.

### **3.4.4 Les représentants des travailleurs et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

La collaboration et l'implication des représentants des travailleurs dans ce dossier contribuent à la bonne marche des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Lorsque les relations de travail sont tendues, lorsque pour aider un travailleur blessé la convention collective n'est pas respectée, lorsque les limitations fonctionnelles du travailleur blessé ne sont pas respectées lors de l'assignation temporaire, lorsque l'entreprise conteste souvent les cas des lésions professionnelles, toutes ces conditions, selon nos répondants, ne favorisent pas la collaboration des représentants syndicaux. Une question difficile à régler concernant l'AT, pour quelques entreprises, est le sujet de l'ancienneté. En général, la règle d'ancienneté dans certaines conventions collectives privilégie les travailleurs plus anciens pour l'obtention de postes plus « légers » qui deviendraient disponibles. Pour les syndicats, c'est une façon d'aider les travailleurs vieillissants mais, pour les gestionnaires, c'est un empêchement à l'assignation temporaire des travailleurs atteints de LMS.

De plus, certains représentants syndicaux sentent souvent qu'ils ne font pas partie entièrement du processus de prise en charge des travailleurs atteints de LMS. En effet, il arrive qu'ils participent à l'enquête d'accident et qu'ils fassent des recommandations mais après, ils n'entendent plus parler de ces cas; il n'y a pas de suivi auprès d'eux.

La bonne collaboration des représentants syndicaux facilite une meilleure collaboration des travailleurs atteints aux programmes d'AT. Dans certaines entreprises, les relations sont harmonieuses et les gestionnaires et les représentants des travailleurs travaillent ensemble, tant au niveau de la prise en charge des travailleurs atteints que de la prévention en SST. La gestion participative, qui inclut les représentants des travailleurs dans la conception des programmes de prévention et des interventions de prise en charge, semble facilitante selon nos répondants.

### **3.4.5 La structure organisationnelle et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

La structure organisationnelle des entreprises semble être également un facteur à considérer. Les ressources disponibles pour, par exemple, modifier les postes de travail ou acheter de nouveaux outils de travail semble dépendre de la direction qui gère les budgets de santé et sécurité du travail et les interventions de prise en charge. Habituellement, c'est la direction des ressources humaines qui administre les interventions relatives à la prise en charge des travailleurs atteints de LMS mais elle semble avoir peu de pouvoir discrétionnaire quant aux dépenses. Par contre, dans les entreprises où ces interventions relèvent de la direction de production ou des opérations, il semble plus facile d'avoir accès à des ressources financières. Un gestionnaire en SST nous a confié :

*« La majorité des compagnies qu'on voit, ça relève des ressources humaines. Les ressources humaines n'ont pas grand pouvoir au niveau prévention pour faire bouger les choses, faire corriger les choses également ... Le directeur de ressources humaines qui n'a souvent pas beaucoup de poids comparé au directeur de production et le directeur de bâtiment. C'est des jeux politiques. »*

La structure organisationnelle pourrait donc faciliter ou empêcher la communication et l'arrimage entre, d'une part, la prise en charge des travailleurs atteints de LMS et la production, et d'autre part, la prise en charge et la prévention des LMS.

### **3.4.6 L'articulation de la prévention et de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

Il semble y avoir plusieurs façons de faire une articulation entre les interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS et la prévention de celles-ci. Quelques entreprises ont intégré les activités de prise en charge des travailleurs atteints de LMS avec les activités de prévention, par exemple :

- le directeur de production ou des opérations reconnaît l'existence de relations entre les LMS et les contraintes physiques et organisationnelles, et valorise la prévention des LMS;
- lors de l'enquête d'accident, les contraintes physiques ou organisationnelles qui ont probablement contribué à la lésion sont identifiées dans le but d'élaborer des modifications possibles au poste de travail et de permettre au travailleur atteint de retourner à son poste, de

façon à prévenir les rechutes ainsi que des lésions similaires chez d'autres travailleurs qui font le même travail;

- les AT les plus appropriées à la lésion du travailleur atteint sont choisies en évaluant les postes de travail selon des critères ergonomiques;
- les mêmes intervenants qui s'occupent des programmes de prévention des LMS sont également impliqués dans les AT ou les « relocalisations »;
- le comité paritaire SST participe à l'évaluation des cas de lésions professionnelles dans le but d'identifier les facteurs liés au travail qui ont probablement contribué à la lésion et de recommander des mesures préventives au besoin;
- une formation en ergonomie et sur les LMS donnée aux divers intervenants, par exemple : superviseurs, gestionnaires en ressources humaines et SST, ingénieurs, médecins, infirmières, service des achats, directeur de production et/ou membres du comité paritaire SST;
- une organisation du travail qui permet de faire une rotation des employés sur certains postes jugés «à risques» dans le but de prévenir les LMS.

Ce genre d'articulation semble, selon nos répondants, faciliter la prise en charge des travailleurs atteints de LMS et permettre la réduction du nombre de nouveaux cas de LMS et de rechutes. Ceci aurait comme conséquence la réduction de leurs coûts de cotisation à la CSST. De plus, cela semble avoir un impact important sur la productivité et la motivation des travailleurs en général, car ils sentent que l'entreprise se soucie d'eux et de leur santé.

Dans plusieurs entreprises, il existe des «groupes ergo» qui évaluent des postes de travail « problématiques » et recherchent des solutions appropriées, ce qui facilite la prise en charge des travailleurs atteints et la prévention des LMS. Cela permet aussi que plusieurs personnes au sein de l'entreprise puissent être davantage conscients et porter une attention particulière en fonction de l'ergonomie sur leur environnement de travail.

Le fait que le comité paritaire SST soit impliqué dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS favorise la création d'un pont entre la prise en charge et la prévention. Cette intégration

permet, suite aux cas de LMS, d'identifier les besoins en prévention. De plus, cela est facilité lorsque le responsable de prévention en SST est mandaté, non seulement, pour réduire le nombre d'accidents de travail mais également pour prévenir l'incapacité prolongée (chronicité/gravité/durée), entre autres, par la modification des postes de travail, par l'assignation temporaire, par l'accessibilité d'un travail que le travailleur atteint est en mesure d'effectuer, etc.. Une personne du service médical nous a expliqué qu'il arrive que des cas de travailleurs qui ont des douleurs soient discutés au comité paritaire SST. Elle précise l'importance de faire un suivi des recommandations :

*« ... ils [les travailleurs] n'ont pas nécessairement de problèmes, mais ils savent qu'ils ont une légère douleur ... À ce moment-là, on peut l'amener au comité santé et sécurité puis voir ce qu'on peut faire. Ce qu'on veut élaborer aussi c'est comment faire le suivi. Parce que c'est bien beau, on envoie des mesures correctives au superviseur mais c'est de trouver un moyen de vérifier si ça a été fait. Souvent le travailleur nous dit « Ah ça n'a pas encore été fait » alors moi je fais un suivi. »*

Un travailleur atteint de LMS nous a raconté qu'il aurait aimé que ce qui lui est arrivé serve aux autres travailleurs pour éviter qu'eux aussi se blessent. Il parle aussi de l'importance de montrer les bonnes techniques de travail :

*« Oui mais il n'y a pas de formation. Comme moi là, je me suis fait ça en forçant comme ça. Bon, en parlant aux autres employés, ils disaient « Bien oui, je comprends que tu t'es fait ça...Il faut que tu prennes telle affaire, tel outil. » Je disais si on ferait (faisait) de la prévention aux autres en passant puis vous venez [gestionnaires] sur le travail et dire « Faites pas ça parce que regarde comment...il peut arriver tel accident ». ... Moi je trouve que c'est dommage parce que ça pas servi les autres qui vont faire, qui vont venir après moi et qui vont faire le même travail ou même ceux qui sont déjà là. »*

### **3.4.7 Les deux côtés de la contestation de la part de l'employeur**

La contestation est un mécanisme de gestion dont le continuum va, selon les entreprises rencontrées, de la contestation systématique des cas de LMS à aucune contestation. Il y a donc, à cet égard, des différences entre elles. Plusieurs nous ont mentionné que les opinions médicales divergentes rendent difficiles l'établissement d'un lien causal entre l'exposition à des contraintes physiques cumulatives du travail et la lésion, ce qui se traduit souvent par la contestation des cas de la part des entreprises.

Selon les informations recueillies, il semble cependant y avoir plusieurs conséquences relatives aux contestations, dont deux majeures. D'une part, cela permet aux entreprises de réduire leurs coûts de cotisation à la CSST, de prévenir « l'épidémie de cas de LMS », d'empêcher que l'entreprise soit étiquetée par la CSST comme causant des LMS, et/ou de permettre une gestion serrée des cas. D'autre part, la contrepartie de ce genre d'intervention semble, parfois, avoir comme conséquence un impact négatif sur le climat de travail entre syndicat/travailleurs et l'employeur. Le syndicat peut y voir le non-respect du vécu des travailleurs atteints. Les travailleurs atteints de LMS qui ont fait une demande d'indemnisation à la CSST, et voient que l'entreprise conteste leur lésion professionnelle, sentent que l'entreprise ne les croit pas. Dans ces cas-là, ils sont parfois moins enclins à collaborer à une assignation temporaire précoce. L'impact des contestations sur les relations de travail est bien décrit par un des responsables de SST rencontré :

*« ... à un moment donné ça a atteint 67% de (lésions) musculo-squelettiques indemnisées qui étaient contestées. ... Pour moi, ça ne veut pas dire que [l'entreprise] considère qu'il y a 67% des gens qui mentent. Mais il y a 67% des cas manifestement ou médicalement qui étaient contestables alors ils sont allés contester. Et quand on est rendu à ce chiffre là, ça veut dire qu'il y a au moins 7 travailleurs sur 10 qui déclarent un problème réel qui se fait dire par [l'entreprise] qu'on te croit pas que tu as un problème réel. Là, je ne peux pas croire que ces gens-là sont particulièrement heureux de se faire dire ça... »*

Un représentant syndical nous a raconté que les travailleurs savent que l'entreprise va contester davantage lorsqu'il y a un arrêt de travail et ils ne veulent pas vivre tout ce processus.

*« Les gens, on dirait maintenant, quand ils ont un problème là, ils vont dire à leur médecin « je ne veux pas que tu m'arrêtes. ... Je ne veux pas être « pogné » dans le « crusher » et aller me faire « blaster » devant la CSST par les avocats de la compagnie. Donne-moi de la physio, je ne veux pas d'arrêt de travail. Je vais aller faire ma physio sur les heures de travail ou après, mais je ne veux pas de troubles ». Il y en a beaucoup. »*

Une situation qui semble encourager les entreprises à entreprendre des démarches de contestation se produit lorsque les entreprises sont aux prises avec plusieurs diagnostics médicaux différents. Comme nous l'avons mentionné précédemment, lorsque les entreprises envoient le travailleur atteint de LMS chez des médecins qui se spécialisent dans la gestion des cas CSST, elles se retrouvent très souvent avec des différences d'opinion quant au diagnostic, à la présence de

limitations fonctionnelles, à la nécessité ou non d'une absence du travail, et au lien entre le travail et la lésion. Par exemple, une personne du service médical d'une entreprise nous a spécifié :

*« ... avec les expertises on n'a pas de relation avec le travail. La plupart des expertises, je pourrais même dire pratiquement 100% des expertises, reviennent avec « pas de relations avec le travail. »*

Un représentant des travailleurs croit que l'entreprise conteste les LMS parce que ce sont des lésions « non visibles ».

*« À peu près tous les employeurs, tout ce qui n'est pas visible, les musculo-squelettiques, les maux de dos, tu sais, eux autres, dans leur tête ils se disent « Il n'y a pas apparence physique comme telle, c'est interne ». Ils ont tendance à contester ça beaucoup. C'est sûr qu'une coupure ils ne contesteront pas là, il s'est coupé là, il y a un événement puis il y a quelque chose. Mai quand la personne se fait une épicondylite, bien là, ils vont l'évaluer, ils vont regarder le poste, puis dire « Aie me semble que ça pas l'air bien bien dure cette job-là, puis le mouvement qu'il fait là, non ça pas pris, et «clouk» ça part. C'est parti [pour la contestation]. ... Musculo-squelettiques, oui, elles sont contestées pas mal. Je dirais à 80% parce que c'est pas apparent. C'est leur philosophie à eux autres. »*

Dans la section sur les rôles des intervenants impliqués dans la prise en charge, il a été question du conflit de rôle que certains intervenants vivent puisqu'ils ont à gérer d'un côté, la contestation des cas, et de l'autre, la prévention des LMS en milieu de travail. Dans certaines entreprises, ces deux mandats (qu'ils soient tenus par la même personne ou par des intervenants différents) coexistent fortement. En effet, quelques entreprises semblent investir autant dans la contestation des cas de LMS, d'une part, que dans les interventions ergonomiques pour prévenir les LMS, d'autre part. Cette coexistence, parfois apparaît surprenante et contradictoire. Face à ce conflit de rôle, un responsable de SST indique :

*« ... Je suis heureux de ne pas être partie du cercle vicieux parce que [l'entreprise] perd parce qu'on conteste. Donc on perd de la crédibilité au niveau du travailleur pour dire on s'occupe de prévention, puis s'il fallait qu'en plus je sois pris dans le milieu de dire que je m'occupe d'ergonomie puis qu'on fait de l'assignation temporaire basée sur l'ergonomie, alors qu'en même temps ils me verraient au niveau de la CALP dire ça ne se peut pas que tu aies mal à l'épaule... »*

### **3.4.8 L'importance de la culture de l'entreprise dans le succès de la prise en charge des travailleurs atteints de LMS**

Il ressort de nos entrevues que la haute direction peut contribuer au succès des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS. En effet, le fait de prioriser la SST, de supporter les programmes de retour au travail et les interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS ainsi que les programmes de prévention, et le fait de prôner une culture participative au sein de l'entreprise, semblent des atouts importants.

Les entreprises dont la culture encourage la collaboration entre les acteurs impliqués dans le dossier de prise en charge des travailleurs atteints de LMS semblent éviter des écueils importants. Une culture d'entreprise qui intègre les interventions de prise en charge et la production, et qui influence aussi la prévention en SST face aux LMS, semble créer une dynamique favorisant le succès de ces interventions.

Un tel style de gestion participative qui, par exemple, permet aux superviseurs et aux travailleurs de participer à la planification ou à l'implantation d'un programme de retour au travail faciliterait une communication et une collaboration plus efficace entre les acteurs impliqués dans le dossier de prise en charge, comparativement à un style de gestion plus hiérarchique (où les décisions descendent de la direction aux employés plus bas sur l'échelle hiérarchique sans chercher leur avis). Ces éléments permettent une meilleure articulation entre les interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS et la production, et une meilleure coordination entre la prévention et la prise en charge des travailleurs atteints de LMS.

## 4. CONCLUSION

Cette recherche qualitative indique que la plupart des entreprises rencontrées du secteur électrique/électronique ont mis sur pied plusieurs mesures pour prendre en charge leurs travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques. Plusieurs entreprises s'occupent non seulement des travailleuses et travailleurs indemnisés par la CSST, mais aussi se préoccupent de la prévention des LMS. Depuis quelques années, plusieurs entreprises ont considérablement diminué leurs coûts de cotisation à la CSST suite à des programmes de retour ou de maintien au travail, à des programmes de prévention et/ou à des contestations fréquentes des demandes d'indemnisation.

Cette étude met en lumière l'importance d'une communication et d'une collaboration entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des travailleurs atteints de LMS, mais également la complexité à y parvenir.

La plupart des programmes de retour ou de maintien au travail privilégient l'assignation temporaire des travailleurs atteints de LMS. Cette mesure s'adresse parfois, non seulement aux travailleurs indemnisés par la CSST, mais également aux autres travailleurs qui ont des lésions musculo-squelettiques ou des symptômes. Il existe plusieurs éléments communs dans les entrevues malgré des approches et des formes de mesures de retour au travail qui diffèrent d'une entreprise à l'autre.

Parmi les entreprises rencontrées, plusieurs vivent des difficultés de communication avec les médecins traitants des travailleurs atteints et ressentent certaines frustrations concernant la prise en charge médicale, les décisions concernant la date de retour au travail des travailleurs atteints, et aussi concernant leurs critères pour évaluer si l'assignation temporaire proposée par l'entreprise est appropriée à la lésion. Des résultats similaires ont été trouvés par une autre recherche de Baril, Berthelette et al. (1999) qui a étudié seize entreprises québécoises dans quatre autres secteurs d'activités économiques, et également, par nos collègues de recherche (« Workready Collaborative Group », 1999) des deux autres provinces (Ontario et Manitoba) qui ont participé au projet interprovincial « Workready », et qui ont interrogé des entreprises de secteurs différents. Ce problème mérite d'être étudié plus en profondeur en allant chercher, entre autres, le point de vue des médecins traitants.

Un autre élément qui a été soulevé comme limitant la prise en charge des cas de LMS est une difficulté relative à l'implantation de l'assignation temporaire. Cette difficulté est vécue tout particulièrement par les superviseurs. En effet, les ceux-ci vivent souvent un conflit de rôle entre les exigences de la production et leurs responsabilités face au choix d'un travail approprié pour le travailleur atteint. Bien souvent, il y a peu d'incitation et plusieurs facteurs qui découragent la collaboration des superviseurs dans les interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS. De plus, l'intégration des travailleurs blessés au travail peut avoir un impact important sur les collègues de travail. Ceci rend plus complexes les décisions des superviseurs par rapport à la gestion de la main-d'œuvre en fonction de la production. Ce conflit de rôle vécu par les superviseurs a également été relevé par l'étude de Baril, Bettelette et al. (1999) et par les autres chercheurs (« Workready Collaborative Group », 1999) des deux autres provinces du projet « Workready ». Malgré que certaines entreprises ont trouvé des solutions intéressantes, plusieurs entreprises sont encore confrontées à ces difficultés.

Un arrimage entre la production et les programmes de prise en charge des travailleurs atteints de LMS a été soulevé comme un élément facilitant les assignations temporaires. De même, l'intégration des interventions de retour ou de maintien au travail aux activités de prévention est apparue également comme un élément facilitant. En effet, les entreprises qui font un suivi des lésions professionnelles qui inclut une évaluation des contraintes tant physiques qu'organisationnelles ayant contribué à la lésion, une identification des mesures correctives et une implantation efficace de ces mesures, semblent avoir un meilleur succès face à la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Cette intégration leur permet de modifier les postes de travail problématiques et de retourner les travailleurs atteints à leur travail dans un poste adapté, et donc plus sécuritaire, sans nécessiter une AT prolongée. Cette intégration pourrait même permettre de prévenir des lésions professionnelles similaires chez d'autres travailleurs faisant le même travail.

Un autre thème présent dans les entrevues est l'identification de plusieurs facteurs pouvant influencer la collaboration des travailleurs atteints dans les interventions de retour précoce au travail. Plusieurs gestionnaires et professionnels du service médical des entreprises qui sont responsables des programmes de retour au travail croient parfois que ce sont uniquement les

caractéristiques personnelles et les attitudes de certains travailleurs atteints qui expliquent leur résistance face aux interventions de prise en charge (« *ils ne veulent pas coopérer* »). Cependant, les entrevues avec d'autres responsables en santé et sécurité du travail, des superviseurs, des représentants des travailleurs et des travailleurs atteints ont permis également d'identifier des composantes organisationnelles qui ont un impact sur la collaboration des travailleurs. Quand les travailleurs participent à des projets d'ergonomie participative où ils voient que leurs préoccupations et leurs suggestions sont entendues par les dirigeants de l'entreprise, et que, par la suite, des modifications ergonomiques sont faites aux postes de travail, ils semblent davantage croire que l'employeur s'intéresse sincèrement à leur santé et à leur bien-être. Dans ce contexte, les travailleurs atteints de LMS semblent avoir moins tendance à faire une demande d'indemnisation à la CSST et semblent plus coopératifs à des mesures de retour précoce au travail. Par contre, quand les cas de LMS sont souvent contestés, les travailleurs atteints et/ou leurs syndicats restent sceptiques face aux intentions réelles de l'entreprise vis-à-vis de leur santé, de la prévention et des différentes interventions de prise en charge mises sur pied pour les aider.

Un autre déterminant de la collaboration des travailleurs atteints est la nature du travail de l'assignation temporaire et les efforts mis par les personnes responsables pour trouver des postes appropriés. Lorsqu'il y a des analyses ergonomiques de postes, en accord avec la nature et le site de la lésion, qui sont faites pour des assignations temporaires éventuelles, et lorsqu'on tient compte de l'appréciation du travailleur atteint qui occupe un de ces postes en AT, le travailleur atteint a plus tendance à collaborer. Par contre, lorsque les postes d'assignations temporaires sont peu planifiés et que le travail assigné est perçu comme « inutile » par les travailleurs, ceux-ci peuvent avoir tendance à offrir certaines résistances et à être moins coopératifs.

Cette étude constituait pour l'équipe de recherche une première étape. En fonction des résultats obtenus, nous croyons intéressant d'aller de l'avant, en collaboration avec des employeurs et des travailleurs des entreprises du secteur électrique/électronique, afin de créer des « outils » (dans le sens large du mot) qui faciliteront les prises de décisions relatives à la prise en charge des travailleurs atteints de LMS. Même si les solutions spécifiques relatives à plusieurs des obstacles identifiés dans ce projet varient d'une entreprise à l'autre à cause, entre autres, des différences de

taille, de structure organisationnelle, de culture, ou de la nature des processus de production, le cadre de référence relatif à la prise en charge des travailleurs atteints de LMS nous apparaît assez similaire. Par conséquent, nous croyons qu'il est possible de développer une série « d'outils » adaptables par chaque entreprise selon ses besoins. Le contenu et le format de ces « outils » seraient spécifiques à chaque acteur principal impliqué dans le processus de prise en charge des travailleurs atteints de LMS, soit la haute direction, les responsables des programmes de retour au travail et de santé et sécurité, les superviseurs, les travailleurs et leurs représentants, ou les médecins traitants. Par exemple, en collaboration avec les médecins traitants et les intervenants au sein des entreprises, des outils facilitant la prise de décision des médecins traitants des travailleurs atteints de LMS, par rapport à l'absence du travail et à l'AT, pourraient être développés. Ces outils pourraient faciliter la communication et la compréhension mutuelle entre les médecins et les intervenants en milieu de travail. Également, des outils permettant une meilleure coordination entre les interventions de prise en charge des travailleurs atteints de LMS et la production pourraient être élaborés afin de faciliter les processus de réinsertion des travailleurs atteints de LMS au travail. D'autres outils pourraient répondre à des besoins plus spécifiques comme d'aider la prise de décisions des superviseurs et des responsables par rapport au choix de postes appropriés pour les assignations temporaires .

La suite de la présente étude est d'explorer, en collaboration avec l'ASP du secteur métal et électrique/électronique et des représentants des employeurs et des employés des entreprises de ce secteur, les priorités et les besoins spécifiques des différents intervenants impliqués dans la prise en charge des travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques pour élaborer des outils pertinents.

## 5. RÉFÉRENCES

BARIL, R., MARTIN, J.C., LAPOINTE, C., MASSICOTTE, P. Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation. Études et recherches, IRSST, Avril 1994.

BARIL, R., BERTHELETTE, D., ROSS, C., GOURDE, D., MASSICOTTE, P., PAJOT, A. Caractéristiques des entreprises qui réussissent à réinsérer les travailleurs victimes de lésions professionnelles. Phase 1 : Identification des facteurs organisationnels dans les entreprises susceptibles d'être associés au maintien du lien d'emploi, 1999, IRSST, (à paraître).

BERNARD, B.P. (ED.) Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors : A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity and Back. US Department of Health and Human Services, Centers for Diseases Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, Juillet 1997.

ÉMOND, A., GUYON, L., CAMIRAND, F. Et la santé, ça va? Tome 1 : Rapport de l'enquête Santé Québec 1987. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Les Publications du Québec, 1988.

FORDYCE, W. (ED). Back Pain in the workplace : Management of disability in non-specific conditions. Seattle, Wash. : International Association for the Study Pain Press, 1995.

KUORINKA, I., FORCIER, L. (Eds) Les lésions attribuables au travail répétitif. Éditions Multimondes, Ste-Foy, Québec, 1995.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Committee on Human Factors, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Work-related Musculoskeletal Disorders : A Review of the Evidence, National Academy Press, Washington, DC, 1998.

STOCK, S. Portrait des lésions musculo-squelettiques ayant donné lieu à une indemnisation chez les

travailleuses et travailleurs de l'Île de Montréal en 1991. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et de services sociaux de Montréal-Centre, septembre 1997.

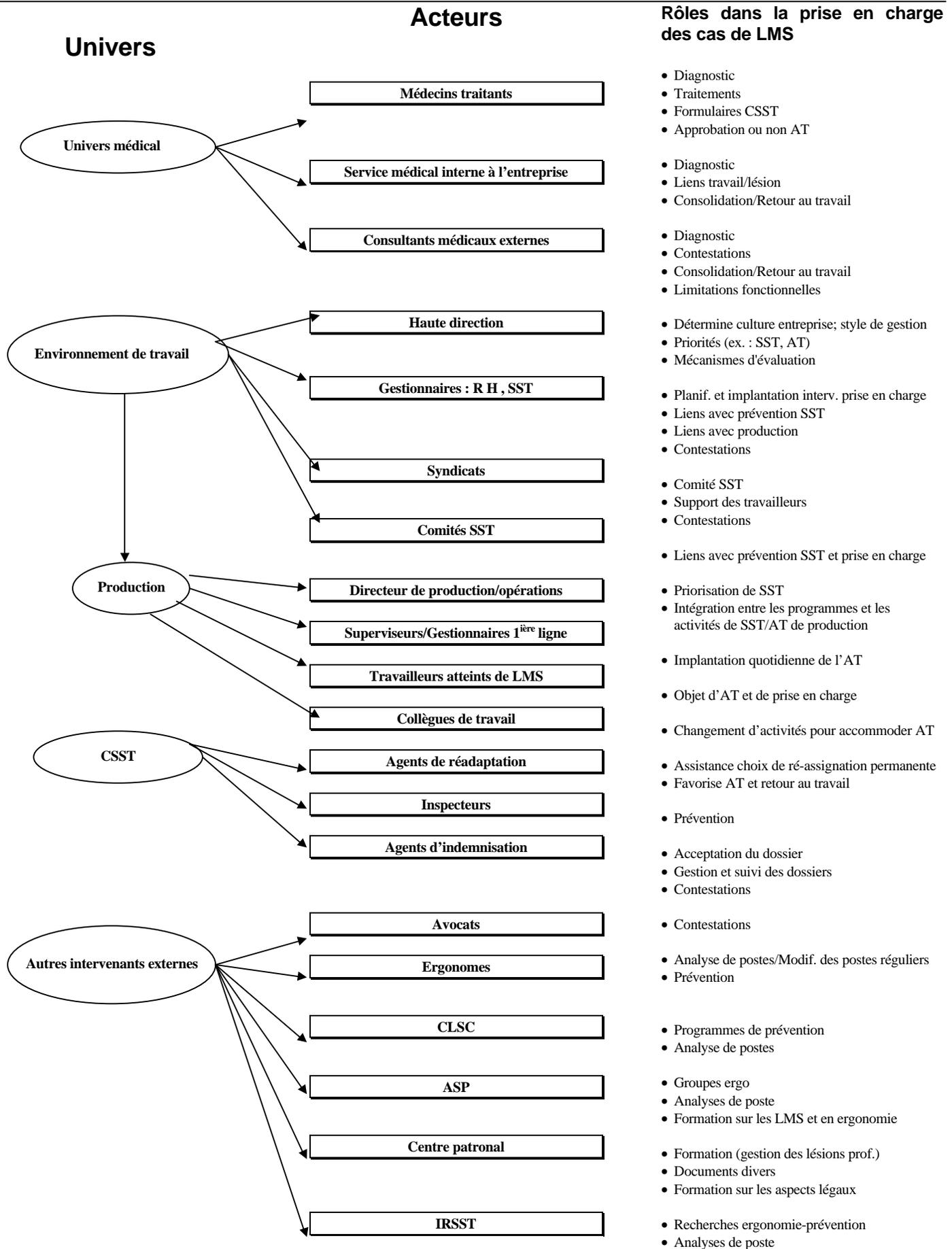
STOCK, S.R., LOISEL, P., DURAND, M.J., STREINER, D., TUGWELL, P., LEMAIRE, J., BOUCHER, M. Cross-cultural differences between English Ontarians and French Québécois : Do they influence measurement of functional status of workers with neck and upper limb disorders? *Canadian J Rehabilitation* 1998, Vol. 11, 270-271.

TARASUK, V., EAKIN, J. « Back problems are for life : perceived vulnerability and its implications for chronic disability. », *Journal of Occupational Therapy*, 1994, 4, 55-64.

WORKREADY COLLABORATIVE GROUP. *Facilitation of Return to Work After a Soft Tissue Injury : Synthesizing Evidence and Experience*, Report of Workready Phase 1 to HEALNet, 1999.

## **ANNEXE A**

Les acteurs dans la prise en charge des cas de LMS et leurs rôles respectifs





QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	<b>Travailleuses et travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques : les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique/électronique de l'île de Montréal « Workready » Phase 1 : Volet qualitatif québécois</b>	<b>6.00\$</b>	
	NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN <b>2-89494-189-7</b>		

DESTINATAIRE

---

Nom \_\_\_\_\_

Organisme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

No Rue App.

---

Ville Code postal

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

**Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre**

**Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.**

**Retourner à l'adresse suivante :**

Centre de documentation  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3  
www.santepub-mtl.qc.ca

**DIRECTION  
DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE**

*Garder notre  
monde en santé*