

É

Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-934



Pratiques des grandes organisations au Québec en regard de la coordination du retour au travail

*Marie-José Durand
Marie-France Coutu
Iuliana Nastasia
Michael Bernier*



Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CNESST. Abonnement : <https://abonnement.lacsst.com/prevention>

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2016
ISBN : 978-2-89631-897-1 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
Octobre 2016



Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-934

Pratiques des grandes organisations au Québec en regard de la coordination du retour au travail

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Marie-Josée Durand^{1,3}
Marie-France Coutu¹
Iuliana Nastasia²
Michael Bernier³

¹ *Université de Sherbrooke et Centre de recherche*

² *Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)*

³ *Centre de recherche – Hôpital Charles Le Moyne (CR-HCLM)*



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

ÉVALUATION PAR DES PAIRS

Conformément aux politiques de l'IRSST, les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement les interlocuteurs-clés qui ont participé aux entrevues exploratoires précédant l'élaboration du questionnaire d'enquête. Ils nous ont permis de bâtir un questionnaire adapté aux réalités du terrain chez les grands employeurs du Québec. Nous exprimons également notre gratitude aux participants au sondage en ligne qui ont répondu avec enthousiasme à l'appel que nous leur avons lancé. Ceci démontre un intérêt manifeste à partager leurs expériences de travail.

Nous sommes également reconnaissants à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail pour son soutien financier, sans lequel ce projet n'aurait pu être réalisé.

SOMMAIRE

Chaque année, un nombre considérable de travailleurs doit s'absenter du travail en raison de problèmes de santé physique ou mentale. Parmi ceux-ci, un certain nombre éprouvera de la difficulté à réintégrer le travail et devra s'absenter de façon prolongée. Ces difficultés sont dénommées « incapacité au travail ». Étant donné l'ampleur des coûts humains et financiers qu'occasionnent ces problèmes de santé, plusieurs stratégies ont été proposées dans le but de faciliter le retour au travail. Ainsi, plusieurs études ont démontré que la présence d'un coordonnateur de retour au travail (CoRAT) permettait de réduire les incapacités prolongées et les coûts associés. Le CoRAT est un professionnel qui facilite le retour au travail d'un travailleur présentant une incapacité au travail, et ce, en œuvrant de pair avec les différents acteurs qui peuvent être impliqués dans le processus (supérieur ou gestionnaire immédiat, représentant syndical, professionnels de la santé, assureur, etc.). Bien que la coordination du retour au travail soit préconisée dans plusieurs écrits scientifiques, la réalité du Québec sur de telles pratiques demeure largement inconnue.

L'objectif général de cette étude consistait à décrire les pratiques des personnes impliquées dans la coordination du retour au travail dans de grandes organisations privées et publiques au Québec. Le premier objectif spécifique était de décrire les personnes impliquées dans la coordination du retour au travail, ainsi que les organisations pour lesquelles elles travaillent. Le deuxième objectif spécifique était de décrire les tâches et activités réalisées par ces personnes, identifier les acteurs avec lesquels elles sont appelées à collaborer, ainsi qu'établir les qualités et aptitudes requises pour effectuer la coordination du retour au travail. Enfin, le troisième objectif spécifique était d'explorer les leviers et les obstacles à l'accomplissement des tâches et activités, de même que ceux associés au retour au travail.

Une liste des organisations privées et publiques potentiellement admissibles, soit celles comptant au moins 500 employés au Québec, a été constituée à partir de différents sites internet. Parmi les 652 organisations répertoriées, 471 se sont avérées admissibles à la suite d'un contact téléphonique. Du lot, 327 personnes assumant le rôle de CoRAT ont accepté de fournir leur courriel afin qu'une invitation à répondre à un sondage en ligne (programmé dans SurveyMonkey) leur soit envoyée. Au bout du compte, 195 ont répondu à toutes les questions de ce sondage. Ce dernier comptait plusieurs questions en lien avec chacun des objectifs spécifiques. Des analyses bivariées et multivariées ont été effectuées dans la version 18 du logiciel de statistique PASW.

En ce qui concerne l'objectif spécifique 1, le portrait type du CoRAT a été établi : une femme, âgée entre 35 et 54 ans, titulaire d'un diplôme universitaire et active dans le domaine de la coordination du retour au travail depuis près de 13 ans. Un constat étonnant est le fait que le mot « invalidité » soit très peu présent dans le libellé des titres d'emploi des CoRAT, sans compter que l'expression « retour au travail » en soit totalement absente. Pour ce qui est des organisations sondées, environ la moitié d'entre elles fait appel à une firme externe dans le cadre de la gestion de l'invalidité. De plus, les troubles musculosquelettiques et de santé mentale sont quasi *ex aequo* en termes de motif d'absence le plus important et le taux d'absence rapporté se situe rarement à plus de 10 %.

En ce qui concerne l'objectif spécifique 2, les résultats obtenus ont permis de mettre en lumière que les personnes ayant un rôle de CoRAT dans de grandes organisations au Québec sont appelées à réaliser un nombre important de tâches et d'activités de nature variée. Plusieurs associations significatives ont été relevées entre l'intensité de mise en application des tâches et activités et les caractéristiques des CoRAT ou celles des organisations. Les analyses de régression ont cependant mis en lumière que le fait de posséder une formation en soins infirmiers ou en santé et sécurité du travail (SST) est une caractéristique des personnes assumant les tâches de CoRAT à ne pas négliger dans l'examen des facteurs influençant l'intensité de leurs pratiques. En outre, les résultats obtenus montrent que les CoRAT sont appelés à travailler régulièrement avec le travailleur absent pour cause de maladie et son supérieur ou gestionnaire immédiat, mais moins fréquemment avec le conseiller en ressources humaines, les professionnels de la santé et les collègues du travailleur absent. Les résultats obtenus montrent également que les CoRAT jugent qu'il est important de démontrer une panoplie de qualités et d'aptitudes (p. ex. faire preuve de tact, être créatif dans la résolution de problèmes, être organisé) dans l'exercice de leur travail.

En ce qui concerne l'objectif spécifique 3, les résultats révèlent que l'environnement de travail et les conditions d'exercice des fonctions sont dans l'ensemble jugés fort favorables par les CoRAT. Par ailleurs, ils rapportent éprouver beaucoup plus de difficultés à gérer les cas de troubles de santé mentale que ceux de troubles musculosquelettiques. De plus, plusieurs leviers et obstacles au retour au travail sont considérés comme importants par les CoRAT, dont un bon nombre associés aux attitudes et aux dispositions du supérieur immédiat ainsi qu'aux contacts entre ce dernier et le travailleur.

Cette étude a permis de décrire, pour la première fois au Québec, la pratique des CoRAT dans de grandes organisations. Celle-ci semble relativement homogène et s'insère généralement dans un ensemble de tâches plus variées. Les résultats de l'étude mettent encore une fois en relief que la gestion des troubles de santé mentale semble plus difficile à réaliser que celle des troubles musculosquelettiques, que le rôle du supérieur ou gestionnaire immédiat est essentiel pour favoriser un processus fluide et que des efforts importants sont nécessaires pour intégrer l'action concertée dans ces milieux. De plus, le profil des CoRAT à privilégier pour la coordination du retour au travail reste à évaluer quant à la durée des absences, le nombre de rechutes et les coûts associés. À ce jour, les nombreux défis et besoins révélés par les CoRAT, dans le cadre de ce sondage, suggèrent la nécessité de compléments de formation, par exemple sur les troubles de santé mentale et la réintégration au travail ou encore sur l'établissement d'actions concertées. Il ne faut pas oublier que cette étude reflète des pratiques dans des organisations somme toute en bonne santé et l'exploration du rôle du CoRAT doit être poursuivie dans le contexte de petites et moyennes entreprises.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	IX
1. INTRODUCTION	1
1.1 Problématique de santé et de sécurité du travail	1
1.2 État des connaissances scientifiques	2
1.2.1 Paradigme de l'incapacité au travail	2
1.2.2 Prise en charge de travailleurs ayant une incapacité au travail et implication des acteurs du milieu de travail	3
1.2.3 Émergence d'un nouveau rôle : le coordonnateur de retour au travail (CoRAT).....	4
2. OBJECTIFS	9
3. MÉTHODE	11
3.1 Définition et sélection de la population à l'étude	11
3.1.1 Base de sondage	11
3.1.2 Stratégie d'échantillonnage.....	12
3.2 Étapes de la construction du questionnaire	12
3.3 Variables à l'étude	12
3.4 Collecte des données	14
3.5 Contrôle des biais	14
3.6 Analyse des données	15
3.7 Considérations éthiques	15
4. RÉSULTATS	17

4.1	Objectif 1 : Décrire les personnes impliquées dans la coordination du retour au travail, de même que les organisations pour lesquelles elles travaillent.....	17
4.1.1	Profils sociodémographique et professionnel des participants	17
4.1.2	Caractéristiques des organisations sondées	18
4.2	Objectif 2 : Décrire les tâches et activités réalisées par les participants, identifier les acteurs avec lesquels ils sont appelés à collaborer, ainsi qu'établir les qualités et aptitudes requises pour effectuer la coordination du retour au travail.....	21
4.2.1	Compétence 1 : Adapter ses pratiques aux besoins et aux capacités du travailleur absent et en processus de retour au travail.....	21
4.2.2	Compétence 2 : Mettre à contribution les acteurs concernés du milieu de travail et les ressources externes appropriées dans le cadre du processus de retour au travail d'un employé.....	23
4.2.3	Compétence 3 : Développer des pratiques qui cadrent avec les lois, règlements, conventions et procédures en lien avec les absences et le retour au travail.....	26
4.2.4	Compétence 4 : Revoir/S'interroger sur ses pratiques et conceptions à l'égard des absences et de la santé au travail, et convier les différents acteurs du milieu de travail à en faire autant.....	27
4.2.5	Implication dans les programmes de gestion des absences	29
4.3	Objectif 3 : Explorer les leviers et les obstacles à l'accomplissement des tâches et activités, de même que ceux associés au retour au travail	30
4.3.1	Les obstacles et leviers à la pratique.....	30
4.3.2	Les leviers et obstacles au retour au travail	33
5.	DISCUSSION.....	39
5.1	Forces et limites de l'étude.....	44
5.2	Autres pistes de recherche.....	45
6.	RETOMBÉES ET CONCLUSION.....	47
	BIBLIOGRAPHIE.....	49
	ANNEXE A.....	59
	ANNEXE B.....	61
	ANNEXE C.....	97
	ANNEXE D.....	101
	ANNEXE E.....	109

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Profils sociodémographique et professionnel des participants (N=195)	18
Tableau 2 : Caractéristiques des organisations sondées (N=195).....	19
Tableau 3 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités – Compétence 1	22
Tableau 4 : Fréquence de collaboration entre les participants et différents acteurs – Compétence 1.....	23
Tableau 5 : Importance moyenne accordée aux qualités et aptitudes – Compétence 1	23
Tableau 6 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités – Compétence 2	24
Tableau 7 : Fréquence de collaboration entre les participants et différents acteurs – Compétence 2.....	25
Tableau 8 : Importance moyenne accordée aux qualités et aptitudes – Compétence 2	25
Tableau 9 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités – Compétence 3	26
Tableau 10 : Importance moyenne accordée aux qualités et aptitudes – Compétence 3	27
Tableau 11 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités – Compétence 4	27
Tableau 12 : Collaboration entre les participants et différents acteurs – Compétence 4.....	28
Tableau 13 : Interlocuteurs ou publics cibles des participants – Compétence 4	28
Tableau 14 : Importance moyenne accordée aux qualités et aptitudes – Compétence 4.....	29
Tableau 15 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités - Programmes de gestion des absences	30
Tableau 16 : Perception de l'importance de différents leviers en regard du retour au travail, par grande catégorie (N=124)	34
Tableau 17 : Perception de l'importance de différents obstacles en regard du retour au travail, par grande catégorie (N=124)	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Paradigme d'incapacité au travail ¹²	3
Figure 2 : Éléments-pivots en regard du retour au travail, tels que perçus par les participants	37

1. INTRODUCTION

1.1 Problématique de santé et de sécurité du travail

Chaque année, un nombre considérable de travailleurs doit s'absenter du travail pendant plusieurs mois et même plusieurs années en raison de problèmes de santé physique ou mentale. Parmi ceux-ci, un certain nombre aura de la difficulté à réintégrer leur poste régulier ou le marché du travail. Ces difficultés sont dénommées « incapacité au travail ». Ainsi, dans une organisation, des travailleurs peuvent éprouver des difficultés à se maintenir au travail (incapacité partielle au travail) ou doivent s'absenter de façon prolongée en raison de problèmes de santé (incapacité totale au travail). Les problèmes de santé menant à l'absentéisme au travail sont généralement associés à des accidents de travail, des maladies professionnelles ou encore à d'autres problèmes de santé tels que l'épuisement professionnel ou la dépression. À ce sujet, l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST, 2011) a montré que près de 238 000 travailleurs ont déclaré s'être absentes du travail dans l'année précédant l'enquête en raison d'un trouble musculosquelettique (TMS) perçu comme étant principalement lié au travail. Elle a aussi montré que près de 50 % des travailleurs qui se sont absentes du travail en raison de symptômes dépressifs l'ont fait pendant 11 jours ouvrables ou plus, soit plus de deux semaines, et qu'environ le quart d'entre eux en a été absent pendant plus de 60 jours ouvrables, soit approximativement plus de trois mois.¹ Il est reconnu que les conséquences de l'absentéisme sont considérables d'un point de vue humain, en plus d'entraîner des coûts importants. D'ailleurs, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) souligne que « les dépenses au titre des prestations d'invalidité¹ représentent désormais un poids important pour les finances publiques dans la plupart des pays de l'OCDE et freinent la croissance économique en diminuant l'offre effective de main-d'œuvre ». ² De plus, malgré que l'incidence de l'absentéisme au travail semble avoir légèrement diminué au cours des dernières années, ces coûts ne cessent d'augmenter.

Par ailleurs, comme mentionné les coûts ne sont pas que d'ordre financier, mais également humain. Le travail est l'activité principale de l'adulte et une source d'autonomie financière, de statut social, de réalisation et de gestion du temps et de l'espace.³ Dès les années 90, Baril et coll.⁴ ont démontré dans une étude sur l'issue du processus de réadaptation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)² que les coûts humains découlant de ces incapacités au travail prolongées liées à un TMS étaient considérables. Par exemple, les travailleurs pouvaient vivre des inquiétudes et de l'insécurité causées par : l'imprécision sur leur état de santé et la méconnaissance des règles administratives et légales, une perte de motivation face à la réinsertion professionnelle, un isolement social, une baisse de la qualité de vie et un sentiment de perte de dignité et d'autonomie. D'autres études documentant également ces aspects ont été menées par la suite.⁵⁻⁸ De plus, il a été démontré qu'être sans emploi était associé à un taux de mortalité plus élevé, une faible santé générale, une utilisation plus élevée de médicaments et un nombre plus élevé de consultations médicales et d'hospitalisations alors que favoriser le retour

¹ L'invalidité est le terme courant pour exprimer une incapacité partielle ou totale à travailler.

² Depuis le 1^{er} janvier 2016, la CSST est devenue la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESTT).

au travail permettait de diminuer les risques d'incapacité à long terme et les effets physiques et mentaux associés, de diminuer la pauvreté et d'améliorer la qualité de vie et le bien-être.⁹⁻¹¹

Étant donné l'ampleur des coûts financiers et humains qu'occasionne l'incapacité au travail, plusieurs stratégies ont été élaborées dans le but de favoriser le retour au travail des travailleurs. Comme il le sera exposé dans les prochains paragraphes, plusieurs études ont suggéré que la présence d'un coordonnateur de retour au travail (CoRAT) permettait de réduire les incapacités prolongées et les coûts associés en assurant une collaboration entre les employeurs, les travailleurs, les assureurs et les pourvoyeurs de soins de santé. Bien que ce rôle soit préconisé dans plusieurs écrits, la réalité du Québec sur les pratiques d'un CoRAT dans les organisations reste encore inconnue.

La prochaine section présentera un survol de l'état des connaissances sur la prise en charge de l'incapacité au travail et des études portant sur la coordination du retour au travail.

1.2 État des connaissances scientifiques

1.2.1 Paradigme de l'incapacité au travail

Au début des années 1980, les modèles de prise en charge de l'incapacité au travail mettaient l'accent sur la réduction ou la disparition de la déficience, c'est-à-dire de la lésion ayant déclenché l'incapacité. Or, il a été démontré que ce type d'intervention est peu efficace pour aider les personnes à retourner au travail. Par la suite, plusieurs études ont établi que les facteurs qui empêchaient le travailleur de reprendre son emploi étaient peu associés à la maladie, mais plutôt aux incapacités qui en découlaient.¹² Ces résultats convergents ont permis l'émergence d'un nouveau paradigme décrivant la construction et le maintien de l'incapacité au travail. Ce paradigme propose de prendre en compte non seulement les caractéristiques du travailleur, mais aussi celles de son environnement composé de trois principaux systèmes sociaux impliqués soit le système de soins de santé (chargé du traitement de la maladie), l'environnement de travail et le système d'indemnisation (qui varie selon le contexte légal et social)^{12,13} (voir la figure 1). Ce paradigme est maintenant largement accepté tant par la communauté scientifique que par les professionnels de terrain. Ainsi, l'intervention ne repose plus strictement sur la réduction de la déficience, mais plutôt sur la prévention ou la réduction de l'incapacité. De nombreuses études reconnaissent maintenant que la plupart des facteurs qui entravent le retour au travail sont peu associés à la déficience originale, mais surtout reliés à des facteurs psychosociaux et environnementaux.^{12,14-19} Par exemple, le niveau de satisfaction de la personne à l'égard de son travail, la disponibilité de tâches allégées, la culture de l'entreprise ou encore les craintes de l'individu quant à la reprise du travail sont des facteurs contributifs à l'absence prolongée du travail.^{16,20} Cette transformation majeure de la compréhension des causes de l'absentéisme au travail a permis de passer d'un modèle conceptuel dit « médical », mettant l'accent sur la compréhension et le traitement de la maladie, à un modèle biopsychosocial, où il importe surtout de considérer la complexité de l'être humain et de son environnement.²¹⁻²⁴ Par conséquent, cela exige pour les intervenants et les chercheurs d'aller au-delà du diagnostic médical et de tenter de saisir ce qui, dans l'interaction entre les caractéristiques personnelles et environnementales, maintient le travailleur en incapacité ou, au contraire, le rend apte à reprendre ses activités professionnelles.⁴

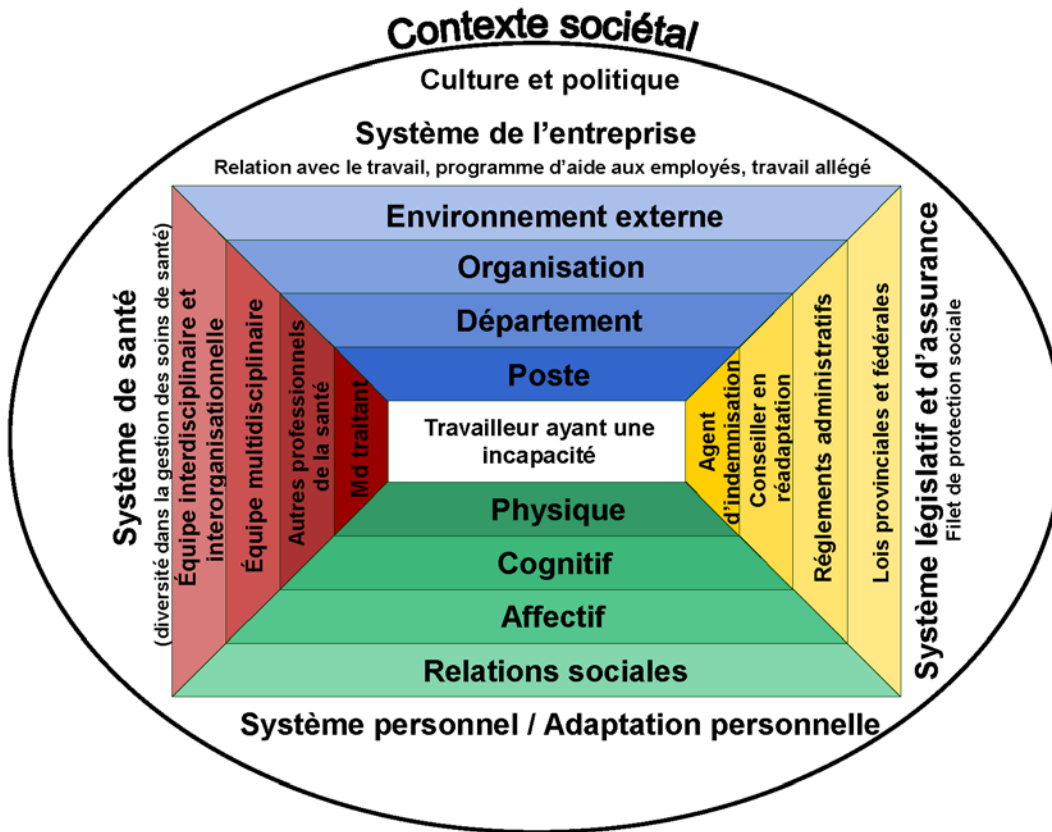


Figure 1 : Paradigme d'incapacité au travail¹²

1.2.2 *Prise en charge de travailleurs ayant une incapacité au travail et implication des acteurs du milieu de travail*

Dans le domaine de la prise en charge des personnes absentes du travail, diverses approches d'intervention ont été implantées et évaluées. Plusieurs études de qualité sur les programmes de retour au travail portent sur l'intervention clinique en réadaptation (système de santé). Pour les travailleurs en absence prolongée, des interventions interdisciplinaires de retour au travail ont été démontrées efficaces pour la réduction de l'intensité de la douleur, de la durée d'arrêt de travail et de l'incapacité.²⁵⁻³⁴ Également, les connaissances scientifiques indiquent que les professionnels doivent privilégier une intervention rapide directement dans le milieu de travail réel du travailleur.^{25,30} La réinsertion rapide du travailleur à son poste favoriserait le maintien ou la réappropriation de son rôle dans son environnement social et physique.^{35,36}

Outre le système de santé, un rôle de plus en plus grand est attribué au système de l'entreprise en matière d'intervention précoce de retour au travail. Depuis les deux dernières décennies, nous observons une émergence de l'intérêt des entreprises à s'investir dans les programmes de

promotion de la santé et de gestion de l'invalidité.³⁷ Il existe des évidences modérées à fortes que de tels programmes sont efficaces et que le ratio coût/efficacité est avantageux.³⁷⁻⁴⁰ Les évidences suggèrent également que, dès l'apparition d'une incapacité au travail, il faut préconiser une intervention de la part des milieux de travail visant à rassurer le travailleur, à s'assurer de fournir un encadrement adéquat et à coordonner les soins pour faciliter l'accès aux évaluations/traitements appropriés et à fournir des mesures d'accommodement au travail.^{14,28,41-46} Aussi, une bonne gestion de l'incapacité dès son apparition, un maintien du lien d'emploi avec l'employeur, une collaboration et une communication entre les différents partenaires concernés et la présence d'un environnement favorable sont des atouts pour obtenir du succès dans une démarche de retour au travail.^{14,41,43,47-53} Plus récemment, les rôles spécifiques du superviseur ou gestionnaire immédiat et des collègues de travail lors du processus de retour au travail se sont précisés.^{41,43,51,53}

1.2.3 Émergence d'un nouveau rôle : le coordonnateur de retour au travail (CoRAT)

En réponse aux besoins de favoriser une bonne gestion de l'invalidité et l'application des pratiques optimales en entreprise, un nouveau rôle a émergé : le CoRAT. Il est un professionnel qui vise à favoriser le retour au travail d'un travailleur ayant une incapacité en œuvrant avec tous les acteurs pouvant être impliqués dans le processus, tels que le supérieur ou gestionnaire immédiat, les professionnels de la santé, l'assureur ou encore le représentant syndical.⁴¹

Il ressort d'une revue systématique de la littérature faite en 2005 et portant sur les interventions de retour au travail qu'il existe des évidences modérées que la coordination du retour au travail est associée à une durée d'incapacité plus courte et à une réduction importante des coûts de l'absentéisme.¹⁴ Les auteurs de cette étude avancent qu'il s'agit d'une avenue prometteuse, mais que plus d'études comprenant un suivi à long terme sont requises pour étudier l'impact des variations de la coordination du retour au travail, par exemple pour comparer l'efficacité des interventions en entreprise ou celles offertes par une tierce partie.¹⁴ Cette revue systématique comprenait dix études de qualité et seulement quatre d'entre elles comportaient une intervention incluant un CoRAT.⁵⁴⁻⁵⁹ Une méta-analyse publiée en 2012, regroupant des essais contrôlés qui incluaient des activités de coordination du retour au travail et des travailleurs en absence depuis au moins quatre semaines, est parvenue à des résultats semblables.⁶⁰ Il ressort de la mise en commun des essais sélectionnés^{26,29,61-66} que la qualité des évidences est modérée en ce qui a trait au retour au travail à court terme. En somme, il apparaît nécessaire de poursuivre les études afin d'évaluer si les programmes incluant des activités de coordination au retour au travail donnent des effets positifs qui se maintiennent dans le temps et également si le ratio coût/efficacité est avantageux à long terme. Des études non incluses dans cette revue systématique et cette méta-analyse ont évalué des programmes de coordination du retour au travail dans des entreprises et ont obtenu des résultats positifs. Par exemple, Ahrens et Mullholland (2001)⁶⁷ ont démontré, sur un suivi sur sept ans, que la présence d'un coordonnateur de retour au travail dans une entreprise en construction avait permis de réduire de 40 % les coûts d'indemnisation et d'incapacité à long terme. Aussi, Burton et Conti (2000)⁶⁸ ont obtenu une réduction de la durée de l'incapacité après avoir implanté un programme de gestion de l'invalidité incluant une coordination du retour au travail, dans une grande société à Chicago. Ainsi, à la lumière de l'état des connaissances

actuelles, la mise en place d'un CoRAT apparaît comme une solution prometteuse pour favoriser le retour au travail et réduire les coûts directs et indirects de l'incapacité au travail.

Plus récemment, un groupe de chercheurs canadiens et américains ont uni leurs efforts pour tenter de cerner les tâches, activités, qualités et compétences requises des CoRAT. Leur première étude a été une revue de la littérature comprenant 22 études qui visait à décrire les activités des CoRAT auprès de travailleurs absents du travail en raison de problèmes de santé physique.⁶⁹ Cette revue a permis de déterminer 29 tâches et activités liées au rôle de CoRAT, par exemple : « rencontrer le travailleur, son supérieur et les autres intervenants en milieu de travail », « évaluer les facteurs de l'environnement de travail pouvant faire obstacle au retour au travail », « organiser une séance de remue-méninges pour trouver des solutions possibles », « faciliter l'accord entre les parties impliquées quant aux accommodements à préconiser », « attribuer les responsabilités pour mettre en œuvre des modifications au poste de travail », ou encore « répondre aux préoccupations individuelles du travailleur ». Les auteurs ont regroupé chacune de ces tâches et activités sous ce qu'ils ont défini comme les six compétences de base du CoRAT: 1) l'évaluation ergonomique et du milieu de travail, 2) l'entrevue clinique, 3) la résolution de problèmes sociaux, 4) la médiation en milieu de travail, (5) la connaissance de l'entreprise et des aspects légaux, ainsi que 6) la connaissance des conditions médicales. En complément à cette revue, une deuxième étude réalisée à partir d'entrevues auprès des chercheurs des études retenues dans la précédente a été effectuée afin d'obtenir un plus grand éventail des compétences indispensables. Dix compétences ont été dégagées : 1) les qualités requises (être positif, être flexible, etc.), 2) les connaissances de base (interventions ergonomiques, connaissance des lois en matière d'indemnisation et des droits des travailleurs, etc.), 3) la focalisation sur le retour au travail (ne pas se laisser distraire par les problèmes médicaux et garder le cap sur l'objectif de retour au travail, défendre les intérêts des travailleurs), 4) les habiletés organisationnelles et administratives (avoir un bon sens de l'organisation, être capable de bien gérer son temps, etc.), 5) les habiletés en évaluation (évaluer les exigences du poste de travail, être empathique avec toutes les parties impliquées quant à l'impact qu'a sur eux le travailleur blessé, etc.), 6) les habiletés en matière de communication (établir une communication efficace avec toutes les parties impliquées, faciliter la communication entre le travailleur blessé et son supérieur, etc.), 7) les habiletés en matière de relations interpersonnelles (être capable de se mettre dans la peau du travailleur ou du supérieur, développer et maintenir de bonnes relations avec toutes les parties, etc.), 8) les habiletés en résolution de conflits (avoir de bonnes aptitudes en négociation, être capable de demeurer neutre et de ne pas poser de jugements), 9) les habiletés en matière de résolution de problèmes (démontrer une ouverture d'esprit, être orienté sur les solutions et non sur les problèmes, etc.) et 10) les habiletés en ce qui concerne la facilitation du retour au travail (être capable d'établir sa crédibilité au travail et de mobiliser toutes les parties dans le processus de retour au travail, etc.). Selon les chercheurs interviewés, le CoRAT a joué un rôle très important, voire primordial, dans le succès de leurs programmes de retour au travail. Les résultats des entrevues suggèrent aussi que le CoRAT doit avoir des aptitudes particulières pour évoluer dans un contexte où les dynamiques relationnelles sont complexes, par exemple entre le milieu de travail, l'assureur et le médecin.⁷⁰

Les chercheurs ont poursuivi en réalisant une étude sur les compétences requises des CoRAT dans trois pays (Canada, États-Unis et Australie), dont la méthodologie s'appuie sur huit groupes de discussion menés auprès de 75 coordonnateurs d'expérience. Cette étude a permis de lister

plusieurs compétences requises en huit catégories distinctes, soit la crédibilité professionnelle, la communication, la gestion de conflit, l'évaluation, la résolution de problème, l'administration, les attributs personnels et la collecte d'information.⁷¹ Par la suite, un sondage en ligne a été effectué auprès de 148 coordonnateurs afin d'évaluer l'importance accordée à ces compétences. Parmi celles jugées les plus importantes, on retrouve entre autres « respecter et maintenir la confidentialité », « avoir des pratiques éthiques », « avoir de bonnes habiletés d'écoute », « être capable de bien communiquer à l'oral et à l'écrit », « être cohérent entre ce qui est dit et ce qui est fait » et « être engagé en regard de l'objectif d'un retour au travail rapide ». Parmi celles jugées les moins importantes, on retrouve notamment « être en mesure de fournir des ressources et un soutien à la famille du travailleur », « s'enquérir de l'impact qu'a l'absence ou le retour au travail d'un employé sur ses collègues de travail », « avoir des compétences en évaluation médicale » et « être au fait de l'impact des différences socioculturelles sur le retour au travail ». Dans l'ensemble, les auteurs constatent qu'il existe un consensus chez les répondants quant à la perception de l'importance des différentes compétences. Dans une autre étude, menée en Australie auprès de 25 coordonnateurs chargés du retour au travail d'infirmières ayant été blessées, James et coll. (2011)⁷² ont dégagé certains propos lors de groupes de discussion à savoir que les attributs personnels tels qu'une habileté à gagner la confiance des gens, à être un « vecteur de bonne volonté » et à gérer adéquatement les conflits étaient jugés autant, voire plus importants, que d'avoir une connaissance du système d'indemnisation des travailleurs et des conséquences des absences sur l'organisation ou d'avoir une expertise médicale ou en ergonomie. De plus, de bonnes habiletés en communication, la capacité de préserver la confidentialité, de démontrer de l'empathie et d'être en mesure d'établir un climat de confiance ont été définies comme nécessaires dans le cadre des processus de retour au travail. Une étude très semblable, parue en 2014 et menée auprès de CoRAT australiens impliqués dans le développement et l'implantation de politiques et procédures au sein d'organisations œuvrant dans différents secteurs, a donné des résultats qui concordent avec les précédents.⁷³

D'autres auteurs ont également abordé les défis d'assumer le rôle de CoRAT dans une organisation. Hormis les divergences d'opinions et les conflits d'intérêts pouvant exister entre les acteurs impliqués dans les processus de retour au travail,⁷⁴ les CoRAT doivent composer avec d'autres défis dans le cadre de leur pratique, par exemple devoir assumer des rôles multiples, avoir une charge de travail trop lourde par rapport au temps imparti, subir les impacts émotionnels associés aux situations difficiles vécues par certains travailleurs, composer avec l'absence de tâches allégées dans l'organisation et l'insuffisance de soutien et de collaboration de la part du milieu de travail.⁷⁵ En outre, plusieurs leviers et obstacles au retour au travail peuvent faciliter ou complexifier la tâche des CoRAT. Southgate et coll. (2011)⁷⁶ ont interrogé directement des CoRAT pour cerner les facteurs qui facilitent le retour au travail pour des infirmières. Il s'est avéré qu'un employeur traitant les infirmières comme des ressources précieuses, offrant un large éventail de tâches allégées, proposant un plan de retour au travail tenant compte des circonstances de vie (p. ex. responsabilités financières et familiales) et favorisant l'établissement d'une relation entre le CoRAT et l'infirmière basée sur le soutien dès le début de l'absence constituent des leviers favorables au retour au travail. Lemieux et coll. (2011)⁷⁷, à la suite d'entrevues menées auprès de 11 supérieurs ayant de l'expérience en matière de retour au travail d'employés aux prises avec des troubles mentaux communs, ont dégagé trois groupes de leviers et d'obstacles associés : au travailleur, au contexte de travail et au processus de retour au travail. Entre autres, l'étude mentionne l'isolement du travailleur, son degré

d'insatisfaction au travail, les préjugés envers les troubles de santé mentale et le manque d'information quant à la condition ou au diagnostic du travailleur. Il reste qu'un grand nombre de leviers et d'obstacles concernent les contacts et suivis entre le travailleur absent et son supérieur, reconnu comme un acteur-pivot dans le processus de retour au travail d'un employé.⁷⁸ À cet égard, le manque d'action concertée, définie comme la mise en commun des ressources et de l'expertise de différents acteurs dans le but d'atteindre un objectif commun de retour au travail durable,⁷⁹ est un obstacle perçu comme important par les supérieurs.⁷⁷ Or, rappelons que plusieurs auteurs reconnaissent que la personne toute désignée pour assurer la planification et le bon déroulement de l'action concertée est certainement le CoRAT.^{41,43,79}

En résumé, il apparaît que la présence d'un CoRAT serait favorable à la réduction des incapacités prolongées en assurant une collaboration entre les employeurs, les assureurs et les pourvoyeurs de soins de santé, pour ne nommer que ceux-ci.^{14,69} Bien que les écrits semblent diverger au regard de la notion de compétence - faisant tantôt référence à des tâches, des activités ou des connaissances, tantôt à des habiletés, des qualités ou des aptitudes -, il n'en demeure pas moins que la fonction de CoRAT exige d'agir sur plusieurs fronts, d'afficher diverses dispositions et de collaborer avec différents acteurs. Cette fonction demande également de relever de nombreux défis, tant en regard de la pratique qu'en regard des retours au travail. Or, tel que mentionné précédemment, la réalité du Québec sur les pratiques des CoRAT dans les organisations reste encore inconnue.

2. OBJECTIFS

L'objectif général de cette étude est de décrire les pratiques des personnes impliquées dans la coordination du retour au travail dans de grandes organisations au Québec.

De façon plus précise, les objectifs spécifiques de cette étude sont de :

1. Décrire les personnes impliquées dans la coordination du retour au travail, de même que les organisations pour lesquelles elles travaillent.
2. Décrire les tâches et activités réalisées par ces personnes, identifier les acteurs avec lesquels elles sont appelées à collaborer, ainsi qu'établir les qualités et aptitudes requises pour effectuer la coordination du retour au travail.
3. Explorer les leviers et les obstacles à l'accomplissement des tâches et activités, de même que ceux associés au retour au travail.

3. MÉTHODE

La méthode retenue pour cette étude était le sondage en ligne⁸⁰ auprès de CoRAT œuvrant dans de grandes organisations.

3.1 Définition et sélection de la population à l'étude

La population à l'étude était l'ensemble des personnes impliquées dans la coordination du retour au travail dans les grandes organisations privées et publiques au Québec. Les grandes organisations se caractérisent par un nombre d'employés égal ou supérieur à 500.⁸¹ Cette décision reposait d'une part sur le fait que les mesures implantées en termes de santé et de sécurité sont réputées être différentes dans de grandes organisations en comparaison à des petites et moyennes entreprises (PME), où il est moins probable de voir une personne assignée à la coordination des retours au travail et, d'autre part, pour obtenir une plus grande homogénéité des mesures en termes de santé et de sécurité. Aussi, bien que les PME représentent la majorité des entreprises québécoises, les grandes organisations sont celles qui créent le plus d'emploi.⁸²

3.1.1 Base de sondage

La base de sondage a été constituée à partir des informations provenant de divers sites internet. Plus précisément, il s'agissait : 1) du classement du journal *Les Affaires* des 500 plus importantes sociétés, 2) du répertoire du Centre de recherche industrielle du Québec contenant de l'information sur les entreprises industrielles et commerciales du Québec, 3) le Registre des entreprises du Québec, 4) le site internet du Réseau des entreprises canadiennes d'Industrie Canada et 5) l'Information sur le marché du travail du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Au total, ce sont 652 organisations privées et publiques potentiellement admissibles qui ont été répertoriées après avoir éliminé les doublons. Ces 652 organisations et leurs coordonnées ont été consignées dans un fichier Excel.

Les critères d'admissibilité des participants étaient: 1) être responsable de la coordination du retour au travail pour les employés de l'organisation, 2) avoir été impliqué dans la coordination du retour au travail d'au moins une personne au cours de la dernière année, peu importe le motif d'absence, et 3) travailler pour une organisation privée ou publique comptant 500 employés ou plus au Québec.

Pour vérifier l'admissibilité des participants et des organisations, un assistant de recherche a contacté par téléphone leur service des ressources humaines. Par contre, pour les organisations du réseau de la santé et celles regroupant une ou des usines, entre autres, il a généralement été nécessaire de demander à parler à une personne du bureau ou service de santé ou encore à un responsable de la santé et sécurité du travail.

3.1.2 Stratégie d'échantillonnage

Pour ce type de population à l'étude, le taux de réponse attendu varie de 30 % à 50 %.^{83,84} Étant donné que la base de sondage contenait seulement 652 organisations avant une vérification des critères d'admissibilité directement avec un interlocuteur de l'organisation, aucune stratégie d'échantillonnage n'a été mise de l'avant. Ainsi, le maximum de participants a été contacté sur une période de six mois. L'échantillon obtenu en est un de convenance puisque toutes les personnes admissibles et intéressées pouvaient compléter le sondage sur le web.

3.2 Étapes de la construction du questionnaire

La première version du questionnaire d'enquête a été élaborée par les chercheurs de l'équipe. Les sources ont été une recension des écrits, l'expérience des chercheurs en entreprise au regard de la gestion des absences et des retours au travail et trois entrevues exploratoires menées auprès d'interlocuteurs clés (guide d'entrevue disponible à l'annexe A). Ces derniers faisaient partie de deux grandes organisations du secteur privé et d'une organisation du secteur public. La recension des écrits a permis de répertorier plusieurs tâches et activités que les CoRAT sont appelés à effectuer dans le cadre de leur travail, de même que diverses qualités et attitudes requises pour exercer celui-ci. Quelques obstacles et leviers à la pratique et au retour au travail ont aussi été identifiés à cette étape. Les entrevues exploratoires ont permis de bonifier ces informations et de les contextualiser au Québec.

Une première version du questionnaire, programmée dans le logiciel de sondage en ligne SurveyMonkey,⁸⁵ a été soumise aux mêmes interlocuteurs ayant participé aux entrevues exploratoires. Ils devaient, dans un premier temps, remplir le questionnaire comme un répondant réel et déterminer le temps requis pour y répondre. Dans un deuxième temps, ils devaient évaluer les aspects suivants : la qualité de la présentation, la clarté des instructions, la présence de problèmes d'application logicielle et l'acceptabilité des questions. Aussi, il leur était possible de suggérer des catégories de réponse supplémentaires ou de donner leur avis sur l'utilité des questions ouvertes.^{80,86}

À partir des commentaires mineurs reçus, une deuxième version du questionnaire a été réalisée. Il s'agit de celle qui a été utilisée pour la collecte de données auprès de notre population.

3.3 Variables à l'étude

En ce qui concerne l'objectif 1, les variables mesurées ont trait au profil sociodémographique (sexe, catégorie d'âge, scolarité, etc.) et au profil professionnel des participants (titre d'emploi, ancienneté dans l'emploi actuellement occupé, nombre de travailleurs sous la responsabilité des répondants pour la gestion des absences, etc.). Ceux-ci ont eu à fournir leurs réponses surtout à l'aide d'échelles nominales et ordinales comportant un nombre variable de choix. Dans certains cas, le sondage sur le web était programmé de telle sorte qu'il fallait saisir manuellement la réponse (ex. : titre d'emploi, ancienneté, etc.). La même approche a été utilisée en ce qui concerne les caractéristiques des organisations sondées (secteur d'activité, nombre de sites au Québec, pourcentage approximatif de personnes absentes, etc.).

Pour l'objectif 2, la définition du concept de compétence utilisée correspond à celle de Tardif, soit « un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». ⁸⁷ Nous avons donc déterminé qu'une compétence se caractérisait par : (1) plusieurs tâches ou activités, (2) la collaboration entre des parties prenantes (la littérature suggère que différents acteurs peuvent se joindre aux efforts de coordination du retour au travail) et (3) quelques qualités ou aptitudes essentielles. En choisissant une telle définition et une telle caractérisation, le but principal était de pallier les divergences et écarts observés entre les différents écrits en ce qui a trait à la définition même de « compétence » et de fournir une grille analytique permettant de mieux en cerner les composantes. Il s'agissait aussi d'offrir une structure plus systématique au sondage en ligne pour les répondants ainsi qu'un cadre pour la présentation des résultats de cet objectif. Quatre grandes compétences chez les CoRAT ont été établies : « adapter ses pratiques aux besoins et aux capacités du travailleur absent et en processus de retour au travail », « mettre à contribution les acteurs concernés du milieu de travail et les ressources externes appropriées dans le cadre du processus de retour au travail d'un employé », « développer des pratiques qui cadrent avec les lois, règlements, conventions et procédures en lien avec les absences et le retour au travail » et « revoir ou s'interroger sur ses pratiques et conceptions à l'égard des absences et de la santé au travail, et convier les différents acteurs du milieu de travail à en faire autant ». Concrètement, 49 tâches et activités pouvant être effectuées par les CoRAT dans le cadre de leur travail ont été retenues, puis regroupées sous l'une ou l'autre de ces quatre grandes compétences. Neuf autres tâches et activités ayant trait à l'implication dans les programmes de gestion des absences, qui ne cadraient pas dans l'une ou l'autre de ces compétences, ont également été incluses. Ensuite, divers collaborateurs potentiels ont été considérés : le travailleur, le supérieur ou gestionnaire, le représentant syndical, le conseiller en ressources humaines, les professionnels de la santé, les représentants de l'assureur, les collègues du travailleur et d'autres gestionnaires des absences dans l'organisation. Enfin, 24 qualités ou aptitudes, aussi regroupées sous l'une ou l'autre des quatre grandes compétences, ont été retenues.

En ce qui concerne l'objectif 3, divers leviers et obstacles à la pratique ont été considérés et les participants ont eu à fournir leurs réponses à l'aide d'échelles nominales et ordinales comportant un nombre variable de choix. Pour ce qui est des 53 leviers et obstacles au retour au travail considérés, la manière de répondre était uniforme et est décrite ci-bas.

Une échelle ordinale a été utilisée pour documenter la fréquence des tâches ou activités (« 4 » = souvent, « 3 » = à l'occasion, « 2 » = rarement et « 1 » = jamais). La fréquence de collaboration des CoRAT avec différents acteurs (le travailleur, le supérieur ou gestionnaire immédiat, le représentant syndical, etc.) a été mesurée à l'aide d'une échelle ordinale (« 4 » = souvent, « 3 » = à l'occasion, « 2 » = rarement et « 1 » = jamais). Aussi, les qualités et aptitudes requises pour un CoRAT ont été évaluées avec le même type d'échelle (« 4 » = très important, « 3 » = assez important, « 2 » = peu important et « 1 » = pas du tout important). En ce qui concerne les leviers et obstacles à la pratique (collaboration, soutien et reconnaissance de la part des supérieurs, des gestionnaires, des directeurs et du syndicat des travailleurs, etc.), les participants ont eu à formuler leurs réponses à l'aide d'échelles nominales et ordinales qui comportaient un nombre variable de choix. Enfin, en ce qui concerne la perception des leviers et obstacles au retour au

travail, les choix de réponses proposés étaient les mêmes que pour les qualités et aptitudes requises.

Le temps nécessaire pour compléter le sondage était de 30 à 45 minutes. Le questionnaire utilisé dans le sondage est disponible à l'annexe B.

3.4 Collecte des données

L'ensemble du recrutement s'est déroulé en utilisant successivement les 11 phases regroupant environ 60 organisations. Pour chaque phase, une fois que les critères d'admissibilité à l'étude furent vérifiés lors d'un contact téléphonique et que les objectifs et la nature du projet eurent été expliqués, le participant était convié à nous transmettre son courriel afin de recevoir une invitation pour le sondage. Cette dernière contenait les informations pertinentes en lien avec le projet, c'est-à-dire les objectifs poursuivis, l'énoncé de confidentialité, les coordonnées pour nous rejoindre en cas de questions ainsi qu'un lien URL sur lequel il est possible de cliquer afin d'accéder au sondage en ligne. Il est à noter qu'il n'était pas fait mention de la somme de 25 \$, remise à chacun en guise de remerciement pour sa participation, lors de l'échange téléphonique. Cette information était disponible seulement dans le texte d'invitation du sondage.

Deux semaines après l'envoi initial de l'invitation par courriel, une première relance était faite auprès de tous les non-répondants de la phase. Environ trois semaines plus tard, une deuxième relance était effectuée auprès de ceux qui n'avaient toujours pas rempli le sondage sur le web. Chaque organisation a été contactée au moins à cinq reprises. Après quatre tentatives ou plus, si nous n'avions rejoint personne ou tombions à répétition sur une boîte vocale, un message descriptif avec invitation à nous rappeler était laissé.⁸⁰

3.5 Contrôle des biais

Des stratégies ont été mises de l'avant afin de minimiser les biais potentiels pouvant nuire à la validité interne et à la validité externe de l'étude. Les deux principaux types identifiés sont les biais de couverture et les biais de non-réponse.

Les biais de couverture sont présents lorsque tous les membres d'une population à l'étude n'ont pas une chance équivalente et non nulle de participer au sondage.⁸⁰ Afin de minimiser ces biais, nous avons, comme indiqué précédemment, consulté différents sites internet dans le but de constituer une liste des organisations potentiellement admissibles la plus complète possible. Aussi, nous avons inclus des organisations comptant un peu moins de 500 employés, au cas où leurs effectifs auraient dépassé ce nombre depuis la dernière mise à jour des sites. En dépit de ces précautions, il est fort probable que des organisations admissibles n'aient pas été incluses alors qu'elles auraient dû l'être. Cependant, il est impossible d'en évaluer le nombre exact. À l'inverse, les filtres de recherche qu'il était possible d'appliquer étaient plus ou moins précis selon le site internet consulté. Cela a probablement fait augmenter le nombre de non admissibles.

Quant aux biais de non-réponse, ils sont présents quand un nombre élevé de sujets ne répondent pas au sondage ou quand ces derniers ont des caractéristiques différentes des répondants.⁸⁰ Afin de maximiser le taux de réponse, deux rappels ont été effectués à la suite de l'envoi de

l'invitation. De plus, le document de présentation du projet (envoyé sur demande) et le sondage sur le web incluaient le logo du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Champlain–Charles-Le Moyne et celui de l'Université de Sherbrooke, ceci pouvant rehausser la crédibilité de l'étude. Enfin, l'incitatif financier et notre engagement à fournir les faits saillants du sondage aux participants intéressés à les recevoir ont pu favoriser la collaboration des personnes ciblées.

3.6 Analyse des données

Avant tout, les coefficients alpha de Cronbach ont été estimés afin d'évaluer la cohérence interne entre les items (tâches et activités) liés à chacune des quatre compétences proposées dans le questionnaire. Pour les objectifs 1 et 2, visant à décrire les caractéristiques des participants et des organisations, de même que les tâches et activités effectuées par les participants, des analyses statistiques descriptives (fréquences, moyennes et écarts-types) ont d'abord été réalisées.

Pour les quatre grandes compétences de l'étude, un score d'intensité de mise en application (variable dépendante) a été calculé en additionnant les réponses fournies à chacune des tâches et activités, pour chaque participant. Pour les variables indépendantes, compte tenu de leur nombre élevé, une première étape a été effectuée, afin d'en réduire le nombre à inclure dans les modèles de régression. Selon la nature des variables à l'étude, des corrélations et des tests de t ont été menés sur les caractéristiques des participants et de leur organisation. En présence d'associations statistiquement significatives, les variables ont été incluses dans les analyses de régressions linéaires. L'approche de type pas-à-pas (*stepwise*) a été utilisée. Ainsi, ces analyses ont permis d'établir quelles sont les variables expliquant le mieux la variation en regard des scores d'intensité. La valeur du R^2 ajusté a été retenue pour faire état de la proportion de la variance expliquée par ces variables.

Pour les collaborateurs des participants, seules les fréquences sont présentées. Pour les qualités et aptitudes requises, les moyennes de l'importance et les écarts-types sont présentés. Pour les leviers et obstacles au retour au travail, les moyennes de l'importance et les écarts-types sont également exposés. De plus, pour ces derniers, des analyses différenciées selon diverses caractéristiques des participants et des organisations ont été menées à l'aide de test de t .

Pour l'ensemble des analyses bivariées et multivariées, les écarts, associations ou différences ont été jugés statistiquement significatifs lorsque la marge d'erreur était de moins de 5 %. Toutes les analyses statistiques présentées dans ce rapport ont été réalisées avec la version 18 du logiciel PASW.⁸⁸

Puisque la base de données dans PASW était automatiquement créée à partir de SurveyMonkey, aucune saisie de données, susceptible d'induire des erreurs, n'a été nécessaire. Un livre de codes a toutefois été conçu afin de consigner la manière dont certaines variables ont été calculées, recodées ou bien créées.

3.7 Considérations éthiques

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne. Pour le sondage en ligne, le Comité n'a pas jugé nécessaire qu'un formulaire de

consentement soit signé par les participants. Des informations détaillées en lien avec l'étude, à même de les amener à exercer un consentement éclairé, étaient fournies dans le courriel d'invitation avec le lien URL permettant d'accéder au sondage à remplir en ligne. Toutefois, les interlocuteurs clés ayant participé aux entrevues exploratoires ont tous signé un formulaire de consentement éclairé attestant qu'ils étaient d'accord avec le fait que leurs propos fassent l'objet d'un enregistrement audio.

Les informations relatives aux noms et coordonnées des participants et des organisations ont été informatisées dans une base de données sur Microsoft Excel 2007 et sécurisées par un mot de passe. En outre, ces mêmes informations ont été détruites après l'importation des données de SurveyMonkey à PASW.

4. RÉSULTATS

En bout de piste, 471 des 652 organisations initialement considérées étaient admissibles à l'étude. Le motif de non-admissibilité le plus fréquent a été « moins de 500 employés au Québec ». D'autres motifs se sont aussi présentés, notamment « gestion de l'invalidité et coordination de retour au travail faite de façon indépendante par chacun des franchisés de l'organisation » et « organisation fermée ou fusionnée à une autre ». Pour 91 organisations, il n'a pas été possible de parler à une personne en charge de la coordination du retour au travail, afin de lui proposer de participer au sondage en ligne. En outre, nous avons essuyé 53 refus, généralement attribuables à un manque de temps. Au total, ce sont donc 327 invitations par courriel qui ont été envoyées et 195 sondages qui ont été entièrement remplis entre avril et octobre 2014. Par rapport au nombre d'organisations admissibles, le taux de réponse est de 41,4 % (195/471). Par rapport au nombre d'invitations envoyées, ce taux est de 59,6 % (195/327).

Dans les prochaines pages, les principaux résultats sont présentés, et ce, en fonction des trois objectifs de l'étude.

4.1 Objectif 1 : Décrire les personnes impliquées dans la coordination du retour au travail, de même que les organisations pour lesquelles elles travaillent

4.1.1 Profils sociodémographique et professionnel des participants

Le tableau 1 présente les données des profils sociodémographique et professionnel des participants au sondage sur le web. Le portrait sociodémographique type est le suivant : une femme (76,7 %), âgée entre 35 et 54 ans (64,3 %), titulaire d'un diplôme universitaire (82,6 %) et formée dans des domaines variés, quoique plus souvent en ressources humaines (35,9 %). Le portrait professionnel type est celui-ci : active dans le domaine de la gestion de l'invalidité depuis près de 13 ans (moyenne de 12,81 ans) et dans l'emploi actuellement occupé depuis un peu plus de sept ans (moyenne de 7,25 ans), à la fois en charge de la gestion des dossiers d'invalidité et des dossiers de la CSST (84,6 %) et ayant sous sa responsabilité entre 500 et 1000 employés (32,8 %) ou entre 1001 et 5000 employés (36,4 %). De plus, les participants peuvent avoir des titres d'emploi assez variés. Parmi les plus fréquents, on trouve notamment « directeur des ressources humaines » (11,8 %), « responsable de la rémunération, de la paie et/ou des avantages sociaux » (11,8 %), « conseiller en santé et sécurité du travail » (10,8 %) et « coordonnateur des ressources humaines » (9,7 %). La présence du mot « invalidité » dans le titre d'emploi est toutefois peu répandue, ayant été notée chez seulement 8,2 % des réponses.

Tableau 1 : Profils sociodémographique et professionnel des participants (N=195)

Variables	N (%)
Sexe	
Homme	45 (23,3)
Femme	148 (76,7)
Catégories d'âge	
18 à 34 ans	38 (19,7)
35 à 54 ans	124 (64,3)
55 ans ou plus	31 (20,0)
Domaine de formation (plusieurs mentions possibles)	
En ressources humaines	70 (35,9)
En administration	53 (27,2)
En relations industrielles	50 (25,6)
En soins infirmiers ou SST*	52 (26,7)
Autres	43 (22,1)
Plus haut niveau d'études complété	
Secondaire ou moins	8 (4,1)
Collégial	26 (13,4)
Universitaire	141 (82,6)
Titre d'emploi	
Directeur des ressources humaines	23 (11,8)
Responsable rémunération, paie et/ou avantages sociaux	23 (11,8)
Conseiller en santé et sécurité du travail	21 (10,8)
Coordonnateur des ressources humaines	19 (9,7)
Conseiller en ressources humaines	17 (8,7)
Agent de gestion du personnel de la présence au travail	17 (8,7)
Chef de service, santé et sécurité du travail	14 (7,2)
Infirmier	10 (5,1)
Coordonnateur, santé et sécurité du travail	10 (5,1)
Autres	41 (21,1)
Nombre moyen d'années de travail dans le domaine de la gestion des absences (É.T)	12,81 (8,59)
Nombre moyen d'années dans l'emploi actuellement occupé (É.T)	7,25 (6,78)
Responsabilité en matière de gestion des absences	
S'occupe uniquement des dossiers d'invalidité	30 (15,4)
S'occupe à la fois de la gestion des dossiers d'invalidité et des dossiers CSST	165 (84,6)
Nombre de travailleurs sous la responsabilité des participants pour la gestion des absences	
Plus de 5000	13 (6,7)
Entre 1001 et 5000	71 (36,4)
Entre 500 et 1000	64 (32,8)
Entre 100 et 499	31 (24,2)

*SST : santé et sécurité du travail

4.1.2 Caractéristiques des organisations sondées

Le tableau 2 présente les caractéristiques détaillées des organisations sondées. Ces organisations, majoritairement privées (57,9 %), s'inscrivent dans différents secteurs d'activité. Dans l'ensemble, les organisations les mieux représentées sont celles des secteurs des soins de santé et de l'assistance sociale (22,1 %), de la fabrication (16,4 %), des services d'enseignement (8,2 %), du commerce de détail (8,2 %) et des services professionnels, scientifiques et techniques (8,7 %). Sans égard à leur localisation, près de neuf organisations sur dix (87,2 %) sont réparties dans deux sites ou plus. De ce nombre, la quasi-totalité a au moins deux sites au Québec (92,9 %) et plusieurs disposent d'au moins un site dans une autre province canadienne (43,5 %), voire à l'extérieur du Canada (31,2 %). Les participants rapportent que les façons de faire en matière de

gestion des absences sont, d'un site à l'autre au Québec, majoritairement les mêmes (63,5 %) ou sinon très semblables (20,5 %). Quant aux façons de faire d'une province canadienne à l'autre, un peu plus de variations sont observées : 27,0 % rapportent qu'elles sont les mêmes, 28,4 % qu'elles sont très semblables et environ le tiers (32,4 %) qu'elles sont plutôt semblables. Les organisations sondées comptent principalement entre 500 et 1000 employés (53,8 %) ou entre 1000 et 5000 (36,9 %) au Québec. La majorité des participants a déclaré que la totalité ou la plupart des employés sont syndiqués (65,6 %) et que le personnel syndiqué est affilié à deux syndicats ou plus (83,8 %).

Règle générale, la gestion de l'invalidité et la coordination du retour au travail sont rattachées au service des ressources humaines d'une organisation (78,5 %). Environ huit participants sur dix sont toujours ou souvent informés du diagnostic des travailleurs en absence (82,6 %); le reste (17,4 %) en est informé à l'occasion ou rarement, voire jamais. Environ la moitié des organisations participantes font appel à une firme externe dans le cadre de la gestion de l'invalidité, que ce soit pour la totalité ou une partie des dossiers (48,2 %). Un peu plus de six participants sur dix (61,5 %) rapportent que leur organisation fait usage de postes réguliers, mais jugés moins exigeants souvent ou à l'occasion, pour les employés en assignation temporaire ou en reprise progressive du travail. Ils sont environ deux fois moins nombreux, soit 29,2 %, à rapporter que leur organisation va jusqu'à créer de nouveaux postes avec tâches allégées, souvent ou à l'occasion, pour ces mêmes employés. Signalons que la présence de TMS et de troubles de santé mentale rapportés par les participants sont quasi *ex aequo* au regard du motif d'absence le plus important (46,1 % et 47,7 %, respectivement) et que le taux d'absence se situe rarement à 10 % ou plus (7,9 %). Les profils complets et détaillés des participants et des organisations sont disponibles à l'annexe C.

Tableau 2 : Caractéristiques des organisations sondées (N=195)

Variables	N (%)
Nature de l'organisation	
Publique	82 (42,1)
Privée	113 (57,9)
Secteur d'activité autodéclaré	
Administrations publiques	13 (6,7)
Commerce de détail	16 (8,2)
Fabrication	32 (16,4)
Services d'enseignement	16 (8,2)
Services professionnels, scientifiques et techniques	17 (8,7)
Soins de santé et assistance sociale	43 (22,1)
Transport et entreposage	11 (5,6)
Autres	47 (24,1)
Nombre de sites de l'organisation, sans égard à leur localisation	
Un seul site	25 (12,8)
Deux sites ou plus	170 (87,2)
Nombre de sites au Québec (sous-échantillon, n = 170)	
Organisations comptant 2 sites ou plus	158 (92,9)
Organisations ne comptant pas 2 sites ou plus	12 (7,1)
Nombre de sites dans une autre province canadienne (sous-échantillon, n = 170)	
Organisations comptant au moins 1 site	74 (43,5)
Organisations ne comptant aucun site	96 (56,5)
Nombre de sites à l'extérieur du Canada (sous-échantillon, n = 170)	
Organisations comptant au moins un site	53 (31,2)
Organisations ne comptant aucun site	117 (68,8)

Variables	N (%)
Nombre de travailleurs au Québec	
Plus de 10 000	7 (3,6)
Entre 5000 et 10 000	11 (5,6)
Entre 1000 et 5000	72 (36,9)
Entre 500 et 1000	105 (53,8)
Département ou structure de rattachement de la gestion de l'invalidité	
Ressources humaines	153 (78,5)
Santé et sécurité du travail	15 (7,7)
Services de santé	18 (9,2)
Administration, paye et/ou avantages sociaux	6 (3,1)
Autres	3 (1,5)
Nombre moyen de personnes chargées de la gestion de l'invalidité et de la coordination de retour au travail, pour le Québec au complet (É.T)*	3,52 (4,16)
Existence de services de santé ou d'un bureau de santé	
Oui, existence	82 (42,1)
Non, absence	113 (57,9)
Organisations faisant appel à une firme externe dans le cadre de la gestion de l'invalidité	
Oui, pour la totalité des dossiers d'invalidité	22 (11,3)
Oui, mais pour une partie des dossiers d'invalidité	72 (36,9)
Non	101 (51,8)
Existence d'un programme d'aide aux travailleurs vivant des difficultés (ex. : PAE)	
Oui, existence	182 (93,3)
Non, absence	13 (6,7)
Proportion des employés syndiqués	
La totalité	24 (12,3)
La plupart	104 (53,3)
Une minorité	20 (10,3)
Aucun	47 (24,1)
Répartition des employés syndiqués (sous-échantillon, n = 148)	
Un même syndicat	24 (16,2)
Deux syndicats ou plus	124 (83,8)
Pourcentage approximatif de personnes absentes du travail	
Moins de 1 %	37 (20,7)
Entre 1 et 3 %	43 (24,0)
Entre 4 et 6 %	51 (28,6)
Entre 7 et 9 %	34 (19,0)
10 % ou plus	14 (7,9)
Motif d'absence le plus fréquent	
Troubles musculosquelettiques	89 (46,1)
Troubles de santé mentale	92 (47,7)
Maladies cardiaques	1 (0,5)
Maladies chroniques (diabète, migraines, asthme, etc.)	8 (4,1)
Cancers	3 (1,6)

* Écart-type

Des différences statistiquement significatives ont été notées entre les organisations publiques et les organisations privées. Les tests de khi-carré ont en effet montré que les organisations publiques sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un bureau ou des services de santé (65,9 % contre 24,8 %, $p=0,000$), à avoir la totalité ou la majorité de leurs employés syndiqués (96,3 % contre 43,4 %, $p=0,000$), à afficher un taux d'absence du travail supérieur à 6 % (38,4 % contre 18,9 %, $p=0,000$), à rapporter l'existence d'un programme d'aide aux travailleurs vivant des difficultés (100,0 % contre 88,5 %, $p=0,001$) et à avoir comme premier motif d'absence les troubles de santé mentale (61,0 % contre 37,8 %, $p=0,000$). De plus, les participants des organisations publiques sont plus susceptibles que ceux des organisations privées à toujours ou souvent être informés du diagnostic des travailleurs absents (93,9 % contre 74,3 %, $p=0,000$). En ce qui concerne les organisations privées, elles sont proportionnellement plus nombreuses que

les organisations publiques à faire appel à une firme externe pour la gestion des dossiers d'invalidité, que ce soit pour la totalité ou une partie d'entre eux (55,8 % contre 37,8 %, $p=0,013$).

Par ailleurs, il n'a pas été possible de comparer les caractéristiques des répondants à celles des non-répondants. En effet, les CoRAT n'étaient pas dans l'obligation de s'identifier en répondant au sondage sur le web, notamment afin de préserver leur anonymat. Par conséquent, il était impossible d'établir une correspondance entre les invitations envoyées et les sondages remplis ou non. Ainsi, outre de savoir qu'ils correspondent aux critères d'admissibilité de l'étude, nous n'avons pas d'information plus précise quant aux caractéristiques des non-répondants.

4.2 Objectif 2 : Décrire les tâches et activités réalisées par les participants, identifier les acteurs avec lesquels ils sont appelés à collaborer, ainsi qu'établir les qualités et aptitudes requises pour effectuer la coordination du retour au travail

Avant d'aborder les principaux résultats de l'objectif 2, la qualité des regroupements des énoncés (tâches et activités) sous les quatre compétences retenues dans le questionnaire a été évaluée et s'est révélée « satisfaisante ».⁸⁹ En effet, les valeurs des alphas de Cronbach, qui varient entre 0,756 et 0,922, montrent bien la cohérence interne.

Dans les prochaines pages, les principaux résultats sont présentés. Des résultats complets et détaillés par rapport aux tâches et activités réalisées par les participants, aux acteurs avec lesquels ils collaborent et aux qualités et aptitudes requises sont disponibles à l'annexe D.

Une tâche ou une activité est perçue comme particulièrement fréquente quand la moyenne des réponses se situe entre 3,01 et 4,00. Nous avons donc opté pour une décision reposant sur les descripteurs. Ainsi, pour la fréquence, tout ce qui est au-dessus de 3,00 (3 signifiait « à l'occasion » et 4 « souvent ») est fait plus souvent qu'à l'occasion. Une logique similaire s'applique pour les qualités et aptitudes.

4.2.1 Compétence 1 : Adapter ses pratiques aux besoins et aux capacités du travailleur absent et en processus de retour au travail

4.2.1.1 Les tâches et activités

Parmi les vingt tâches et activités regroupées sous cette compétence, neuf d'entre elles sont fréquemment effectuées par les participants. Du lot, contacter le travailleur absent et utiliser le diagnostic médical et les limitations fonctionnelles pour la planification du retour au travail sont particulièrement fréquentes. Les tâches et activités consistant à tenir compte des différences culturelles et de leur impact sur la gestion des absences, et à conseiller le travailleur pour l'aider à apprécier et souligner ses forces sont, par contre, beaucoup moins fréquemment effectuées. Le tableau 3 présente la fréquence moyenne de réalisation de chacune de ces tâches et activités.

Tableau 3 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités – Compétence 1

Tâches et activités	Moyenne (É.T.)*
Les plus fréquentes	
Contacter le travailleur absent	3,66 (0,65)
Utiliser le diagnostic médical et les limitations pour la planification du retour au travail	3,48 (0,80)
Suivre les progrès de l'employé afin d'atteindre les objectifs de retour au travail régulier	3,28 (0,83)
Évaluer les facteurs du milieu de travail pouvant freiner le retour au travail	3,28 (0,80)
Identifier des tâches convenant aux capacités du travailleur	3,28 (0,81)
S'assurer de bien maîtriser la terminologie médicale	3,27 (0,93)
Clarifier les attentes mutuelles et la nature de votre relation avec le travailleur	3,25 (0,76)
Évaluer les capacités de l'employé de retour au travail après une absence	3,15 (0,97)
Identifier les réactions émotionnelles du travailleur par rapport à son absence	3,10 (0,79)
Les moins fréquentes	
Tenir compte des différences culturelles et l'impact de celles-ci sur la gestion des absences	2,09 (0,91)
Conseiller le travailleur pour l'aider à apprécier et souligner ses forces	2,42 (0,94)
Aider le travailleur à comprendre son stress et à y faire face	2,55 (0,96)
Évaluer le soutien dont bénéficie le travailleur (la famille, les amis et la communauté)	2,62 (0,97)
Revoir la charge de travail avec l'employé	2,65 (0,91)
Reconnaître les problèmes psychologiques (dépression, idées suicidaires) qui nécessitent une consultation rapide ou qui doivent être envoyés à un spécialiste	2,86 (0,90)
Rencontrer le travailleur absent pour montrer de l'intérêt à son égard	2,90 (0,96)
Analyser les besoins d'aménagements du travail	2,91 (0,86)
Analyser les postures demandées au poste de travail de l'employé	2,95 (0,91)
Aider le travailleur si son état de santé se détériore à la suite du retour au travail	2,96 (0,86)
Identifier les facteurs pouvant nuire à la motivation du travailleur relativement à sa réadaptation	2,99 (0,90)

* Écart-type

Étant donné que vingt tâches et activités étaient regroupées sous la Compétence 1, le score d'intensité de mise en application de celles-ci pouvait varier entre 20 et 80 pour chacun des participants sondés. D'un point de vue global, le score moyen s'est établi à 59,7 et le score médian à 62,0. Une analyse de régression a permis de montrer que trois variables permettaient d'expliquer 19,5 % de la variance totale ajustée de ce score ($F(3, 175) = 15,353, p = 0,000$) : avoir été formé dans le domaine des soins infirmiers ou de la SST (par rapport à d'autres domaines) ($t = -4,095, p = 0,000, \beta = -0,282$), posséder un plus grand nombre d'années d'expérience dans l'emploi occupé ($t = 3,722, p = 0,000, \beta = 0,251$) et travailler pour une organisation publique (par rapport à privée) ($t = -3,146, p = 0,002, \beta = -0,217$). D'autres variables, malgré la présence de corrélations significatives au départ, ont été incluses dans le modèle de régression, mais ne se sont pas avérées significatives pour expliquer la variance : le taux d'absence du travail, la présence d'un bureau ou de services de santé et la proportion d'employés syndiqués.

4.2.1.2 Les collaborateurs

Environ les trois quarts des participants ont déclaré collaborer souvent avec le supérieur ou gestionnaire immédiat du travailleur en absence et avec le travailleur lui-même. Par contre, les participants sont proportionnellement moins nombreux à déclarer collaborer souvent avec le conseiller en ressources humaines, le représentant de l'assureur, les professionnels de la santé et le représentant syndical, pour ne nommer que ceux-ci. Le tableau 4 présente la fréquence de collaboration entre les participants et différents acteurs.

**Tableau 4 : Fréquence de collaboration entre les participants et différents acteurs –
Compétence 1**

Acteurs	N (%)			
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Le supérieur ou gestionnaire immédiat	147 (75,4)	45 (23,1)	2 (1,0)	1 (0,5)
Le travailleur	146 (74,9)	34 (17,4)	14 (7,2)	1 (0,5)
Le conseiller en ressources humaines	88 (45,1)	72 (36,9)	15 (7,7)	20 (10,3)
Le représentant de l'assureur	72 (36,9)	55 (28,2)	36 (18,5)	32 (16,4)
Les professionnels de la santé	44 (22,6)	97 (49,7)	32 (16,4)	22 (11,3)
Un autre gestionnaire des absences de votre organisation	31 (15,9)	57 (29,2)	33 (16,9)	74 (37,9)
Le représentant syndical	24 (12,3)	68 (34,9)	51 (26,2)	52 (26,7)
Les collègues du travailleur	1 (0,5)	29 (14,9)	88 (45,1)	77 (39,5)

4.2.1.3 Les qualités et aptitudes à démontrer

Les participants sondés sont d'avis que les sept qualités et aptitudes leur ayant été présentées pour la Compétence 1 sont toutes importantes dans l'exercice de leurs fonctions. En effet, la moyenne des réponses a été supérieure à 3,01 pour chacune d'entre elles. Les trois qualités et aptitudes jugées les plus importantes consistent à avoir une bonne écoute, à être capable de mériter la confiance du travailleur et à faire preuve de tact. Le tableau 5 présente l'importance moyenne accordée à chaque qualité ou aptitude.

Tableau 5 : Importance moyenne accordée aux qualités et aptitudes – Compétence 1

Qualités et aptitudes	Moyenne (É.T.)*
Avoir une bonne écoute	3,88 (0,33)
Être capable de mériter la confiance du travailleur	3,87 (0,34)
Faire preuve de tact	3,82 (0,42)
Être positif	3,78 (0,44)
Être empathique	3,69 (0,50)
Être flexible	3,57 (0,56)
Être capable de croire en la valeur de chacun	3,52 (0,57)

* Écart-type

4.2.2 **Compétence 2 : Mettre à contribution les acteurs concernés du milieu de travail et les ressources externes appropriées dans le cadre du processus de retour au travail d'un employé**

4.2.2.1 Les tâches et activités

Parmi les quinze tâches et activités regroupées sous cette compétence, déterminer si des aménagements du travail sont possibles, coordonner les ressources en milieu de travail pour

mettre en œuvre les plans de retour au travail et collaborer avec le représentant de l'assureur afin que les services soient coordonnés, appropriés et rendus en temps opportun constituent les tâches et activités les plus fréquemment effectuées par les participants. Toutefois, communiquer avec la famille du travailleur absent, évaluer l'impact de l'absence du travailleur sur les autres travailleurs de l'organisation ainsi que sélectionner les professionnels de la santé en fonction des besoins du travailleur sont les tâches et activités les moins souvent effectuées. Le tableau 6 présente la fréquence moyenne de réalisation de chacune de ces tâches et activités.

Tableau 6 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités – Compétence 2

Tâches et activités	Moyenne (É.T.)*
<i>Les plus fréquentes</i>	
Déterminer si des aménagements du travail sont possibles	3,08 (0,79)
Coordonner les ressources en milieu de travail pour mettre en œuvre les plans de retour au travail	3,04 (0,92)
Collaborer avec le représentant de l'assureur afin que les services soient coordonnés, appropriés et rendus en temps opportun	3,02 (1,06)
<i>Les moins fréquentes</i>	
Communiquer avec la famille du travailleur absent	1,54 (0,66)
Évaluer l'impact de l'absence du travailleur sur les autres travailleurs de l'organisation	2,33 (0,94)
Sélectionner les professionnels de la santé en fonction des besoins du travailleur (physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, etc.)	2,47 (1,00)
Communiquer avec le médecin traitant ou d'autres spécialistes pour faciliter la planification du retour au travail	2,59 (1,03)
Communiquer avec les professionnels de la santé impliqués, lors du retour au travail d'un employé	2,59 (0,92)
Participer à la création d'un poste de travail allégé	2,60 (0,97)
Rédiger des plans de retour au travail	2,79 (1,08)
Indiquer la nature du problème d'un travailleur lorsque celui-ci est référé au représentant de l'assureur	2,81 (1,07)
Rapporter aux personnes concernées les progrès d'un travailleur	2,81 (0,96)
Participer à un remue-ménages pour trouver des tâches adaptées convenant au travailleur	2,82 (0,89)
Évaluer les risques reliés au travail	2,96 (0,95)
Consulter le représentant de l'assureur au sujet des capacités fonctionnelles, des pronostics et des plans de traitement pour un travailleur	2,98 (1,08)

* Écart-type

Quinze tâches et activités étant incluses sous la Compétence 2, le score d'intensité de mise en application de celles-ci pouvait varier entre 15 et 60. Pour l'ensemble des répondants, le score moyen s'est établi à 40,4 et le score médian à 42,0. Une analyse de régression a montré que deux variables permettaient d'expliquer 6,3 % de la variance totale ajustée de ce score ($F(2, 176) = 6,961, p=0,001$) : avoir été formé dans le domaine des soins infirmiers ou de la SST (par rapport à d'autres domaines) ($t=-2,434, p=0,000, \beta=-0,182$) et l'augmentation du taux d'employés absents du travail ($t=2,169, p=0,031, \beta=0,162$). Trois autres variables avaient initialement été incluses dans le modèle de régression, mais ne se sont finalement pas avérées significatives dans l'explication de la variance : le nombre d'années d'expérience dans le domaine de la gestion des absences, la présence d'un bureau ou de services de santé et le fait que l'organisation ne fasse pas appel à une firme externe pour la gestion des dossiers d'invalidité.

4.2.2.2 Les collaborateurs

Au même titre que pour la Compétence 1, les participants ont déclaré collaborer régulièrement avec le supérieur ou gestionnaire immédiat du travailleur en absence et avec le travailleur lui-même, mais nettement moins souvent avec les autres acteurs. Le tableau 7 présente la fréquence de collaboration entre les participants et différents acteurs.

**Tableau 7 : Fréquence de collaboration entre les participants et différents acteurs –
Compétence 2**

Acteurs	N (%)			
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Le supérieur ou gestionnaire immédiat	163 (83,6)	21 (10,8)	11 (5,6)	0 (0)
Le travailleur	154 (79,0)	27 (13,8)	11 (5,6)	3 (1,5)
Le conseiller en ressources humaines	82 (42,1)	65 (33,3)	26 (13,3)	22 (11,3)
Le représentant de l'assureur	72 (36,9)	54 (27,7)	34 (17,4)	35 (17,9)
Les professionnels de la santé	41 (21,0)	83 (42,6)	44 (22,6)	27 (13,8)
Un autre gestionnaire des absences de votre organisation	28 (14,4)	45 (23,1)	43 (22,1)	79 (40,5)
Le représentant syndical	27 (13,8)	63 (32,3)	45 (23,1)	60 (30,8)
Les collègues du travailleur	7 (3,6)	24 (12,3)	76 (39,0)	88 (45,1)

4.2.2.3 Les qualités et aptitudes à démontrer

Les participants sont d'avis que les neuf qualités et aptitudes associées à la Compétence 2 sont importantes à démontrer dans le cadre de leur travail. Du lot, il reste que quatre d'entre elles se démarquent un peu plus, soit savoir préserver la confidentialité, être capable de mériter la confiance des différents acteurs, être capable d'établir sa crédibilité dans le milieu de travail et être capable d'établir une communication efficace. Le tableau 8 présente l'importance moyenne accordée à chaque qualité ou aptitude.

Tableau 8 : Importance moyenne accordée aux qualités et aptitudes – Compétence 2

Qualités et aptitudes	Moyenne (É.T.)*
Savoir préserver la confidentialité	3,94 (0,24)
Être capable de mériter la confiance des différents acteurs	3,85 (0,38)
Être capable d'établir sa crédibilité dans le milieu de travail	3,84 (0,37)
Être capable d'établir une communication efficace	3,84 (0,37)
Être capable d'établir des priorités	3,67 (0,49)
Être créatif dans la résolution de problèmes	3,54 (0,63)
Être habile en négociation, médiation ou résolution de conflits	3,49(0,65)
Être un leader	3,39 (0,72)
Être capable de se porter à la défense du travailleur	3,08 (0,63)

* Écart-type

4.2.3 **Compétence 3 : Développer des pratiques qui cadrent avec les lois, règlements, conventions et procédures en lien avec les absences et le retour au travail**

4.2.3.1 Les tâches et activités

La Compétence 3 compte huit tâches et activités, et diffère sensiblement des deux premières. D'une part, elle n'exige pas la collaboration directe d'autres acteurs et, d'autre part, la moyenne des fréquences a été supérieure à 3,01 pour chacune des tâches et activités incluses, cela traduisant leur importance dans la pratique des participants. Il n'en demeure pas moins que certaines sont plus fréquemment effectuées que d'autres, en particulier appliquer les lois, politiques et règlements concernant les absences et le retour au travail, exécuter différentes tâches administratives et remplir des formulaires ainsi que se mettre à jour par rapport aux lois, politiques et règlements concernant les absences et le retour au travail. Le tableau 9 présente la fréquence moyenne de réalisation de chacune de ces tâches et activités.

Tableau 9 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités – Compétence 3

Tâches et activités	Moyenne (É.T.)*
Appliquer les lois, politiques et règlements concernant les absences et le retour au travail	3,83 (0,48)
Se mettre à jour par rapport aux lois, politiques et règlements concernant les absences et le retour au travail	3,46 (0,64)
Exécuter différentes tâches administratives et remplir des formulaires (par exemple pour les réclamations)	3,46 (0,78)
Informers les travailleurs relativement aux programmes de retour au travail	3,44 (0,75)
Diriger les travailleurs aux bonnes instances (SAAQ, CSST, IVAC, etc.)	3,32 (0,77)
Informers les travailleurs au sujet de leurs droits en vertu de la loi	3,26 (0,85)
Rédiger des notes et rapports sur les retours au travail	3,11 (0,93)
Tenir compte de l'ancienneté du travailleur et, plus généralement, des conventions collectives	3,07 (1,16)

* Écart-type

Puisque huit tâches et activités étaient incluses sous la Compétence 3, le score d'intensité de mise en application de celles-ci pouvait varier entre 8 et 32. Pour l'ensemble des participants, les scores moyen et médian se sont établis à 27,0. Une analyse de régression a montré que trois variables permettaient d'expliquer 11,6 % de la variance totale ajustée de ce score ($F(3, 175) = 8,788, p=0,000$) : le fait que la totalité ou la majorité des employés soient syndiqués (par rapport à une minorité ou aucun) ($t=-3,335, p=0,001, \beta=-0,237$), le fait que l'organisation ne fasse pas appel à une firme externe pour la gestion des dossiers d'invalidité (par rapport à faire appel à une telle firme) ($t=2,560, p=0,011, \beta=0,182$) et l'augmentation du nombre d'années d'expérience dans le domaine de la gestion des absences ($t=2,149, p=0,033, \beta=0,152$). Quatre autres variables avaient été incluses dans le modèle de régression, mais n'ont pas été retenues pour expliquer la variance : le nombre d'années d'expérience dans l'emploi actuellement occupé, la présence d'un bureau ou de services de santé, le taux d'absence du travail, de même qu'une formation dans le domaine des soins infirmiers ou de la SST.

4.2.3.2 Les qualités et aptitudes à démontrer

Quatre qualités et aptitudes en lien avec la Compétence 3 ont été présentées aux participants. Selon ces derniers, il est légèrement plus important d'être respectueux des normes et d'avoir un

bon sens de l'analyse qu'être organisé et méthodique. Le tableau 10 présente l'importance moyenne accordée à ces dernières.

Tableau 10 : Importance moyenne accordée aux qualités et aptitudes – Compétence 3

Qualités et aptitudes	Moyenne (É.T.)*
Être respectueux des normes	3,84 (0,37)
Avoir un bon sens de l'analyse	3,82 (0,40)
Être organisé	3,77 (0,42)
Être méthodique	3,68 (0,49)

* Écart-type

4.2.4 Compétence 4 : Revoir/S'interroger sur ses pratiques et conceptions à l'égard des absences et de la santé au travail, et convier les différents acteurs du milieu de travail à en faire autant

4.2.4.1 Les tâches et activités

Cette compétence regroupe six tâches et activités parmi lesquelles quatre se sont avérées fréquemment effectuées par les participants. De ce nombre, mettre ses connaissances à jour dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail et de la réadaptation et faire de la prévention en matière de santé et sécurité au travail sont les plus courantes. Les deux tâches ou activités les moins souvent faites par les participants sont procéder à l'évaluation de la performance des activités ou initiatives de l'organisation en matière de santé et sécurité au travail ainsi que sensibiliser les milieux de travail aux préjugés et stéréotypes envers les personnes ayant des incapacités au travail. Le tableau 11 présente la fréquence moyenne de réalisation de ces tâches et activités.

Tableau 11 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités – Compétence 4

Tâches et activités	Moyenne (É.T.)*
<i>Les plus fréquentes</i>	
Mettre ses connaissances à jour dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail et de la réadaptation (lecture, formation continue, participation à des colloques, etc.)	3,30 (0,68)
Faire de la prévention en matière de santé et sécurité au travail	3,26 (0,92)
Analyser les pratiques de l'organisation en matière de gestion des absences et de santé et sécurité au travail afin de les optimiser	3,13 (0,83)
Faire la promotion, en milieu de travail, des activités ou initiatives en matière de santé et sécurité au travail	3,07 (0,93)
<i>Les moins fréquentes</i>	
Procéder à l'évaluation de la performance des activités ou initiatives de l'organisation en matière de santé et sécurité au travail	2,64 (0,98)
Sensibiliser les milieux de travail aux préjugés et stéréotypes envers les personnes ayant des incapacités au travail	2,90 (0,78)

* Écart-type

Comme six tâches et activités étaient incluses sous la Compétence 4, le score d'intensité de mise en application de celles-ci pouvait varier entre 6 et 24. Une analyse de régression a montré que deux variables permettaient d'expliquer 8,5 % de la variance totale ajustée de ce score ($F(2,176) = 9,294, p=0,000$) : avoir été formé dans le domaine des soins infirmiers ou de la SST

(par rapport à d'autres domaines) ($t=-2,566$, $p=0,011$, $\beta=-0,189$) et l'augmentation du taux d'employés absents du travail ($t=2,755$, $p=0,006$, $\beta=0,203$). Quatre autres variables avaient au départ été incluses dans le modèle de régression, mais ne se sont finalement pas avérées significatives dans l'explication de la variance : le nombre d'années d'expérience dans le domaine de la gestion des absences, la présence d'un bureau ou de services de santé, le fait de travailler pour une organisation publique et la proportion d'employés syndiqués.

4.2.4.2 Les collaborateurs

Lorsqu'il s'agit d'analyser les pratiques en matière de gestion des absences et de santé et sécurité au travail de l'organisation afin de les optimiser et de procéder à l'évaluation de la performance des activités ou initiatives de l'organisation en matière de SST, ce sont les supérieurs ou gestionnaires immédiats et les conseillers en ressources humaines qui sont appelés le plus souvent à travailler avec les participants. Par contre, les travailleurs et représentants syndicaux le sont beaucoup moins. Le tableau 12 présente les résultats en lien avec la collaboration des participants avec différents acteurs.

Tableau 12 : Collaboration entre les participants et différents acteurs – Compétence 4

Tâches/activités	Acteurs impliqués, mention « Oui » - N (%)			
	Les travailleurs	Les supérieurs ou gestionnaires immédiats	Les représentants syndicaux	Les conseillers en ressources humaines
Analyser les pratiques en matière de gestion des absences et de santé et sécurité au travail de l'organisation, afin de les optimiser	36 (18,5)	136 (69,7)	50 (25,6)	130 (66,7)
Procéder à l'évaluation de la performance des activités ou initiatives de l'organisation en matière de santé et sécurité au travail	38 (19,5)	124 (63,6)	47 (24,1)	108 (55,4)

4.2.4.3 Les publics cibles

Pour les tâches et activités consistant à sensibiliser aux préjugés et stéréotypes envers les personnes ayant des incapacités, à faire de la prévention en matière de santé et sécurité au travail et à faire la promotion des activités ou initiatives en matière de santé et sécurité au travail, il est moins question de collaborateurs que de publics cibles. Ainsi, pour ces trois tâches et activités, le principal public cible est constitué des supérieurs ou gestionnaires immédiats. Le deuxième public cible en importance est composé des travailleurs. Enfin, dans une mesure moindre mais tout de même significative, les conseillers en ressources humaines et les représentants syndicaux constituent eux aussi des publics cibles. Le tableau 13 présente les résultats en lien avec les publics cibles des participants.

Tableau 13 : Interlocuteurs ou publics cibles des participants – Compétence 4

Tâches/activités	Public cible, mention « Oui » - N (%)
------------------	---------------------------------------

	Les travailleurs	Les supérieurs ou gestionnaires immédiats	Les représentants syndicaux	Les conseillers en ressources humaines
Sensibiliser aux préjugés et stéréotypes envers les personnes ayant des incapacités	92 (47,2)	178 (91,3)	37 (19,0)	75 (38,5)
Faire de la prévention en matière de santé et sécurité au travail	165 (84,6)	166 (85,1)	93 (47,7)	78 (40,0)
Faire la promotion des activités ou initiatives en matière de santé et sécurité au travail	160 (82,1)	163 (83,6)	94 (48,2)	85 (43,6)

4.2.4.4 Les qualités et aptitudes à démontrer

Parmi les quatre qualités et aptitudes incluses dans le sondage, les participants ont déterminé qu’être un bon communicateur et être ouvert d’esprit étaient les deux plus importantes, encore plus qu’être persuasif et être curieux. Le tableau 14 présente l’importance moyenne accordée à ces dernières.

Tableau 14 : Importance moyenne accordée aux qualités et aptitudes – Compétence 4

Qualités et aptitudes	Moyenne (É.T.)*
Être un bon communicateur	3,77 (0,43)
Être ouvert d’esprit	3,74 (0,47)
Être persuasif	3,57 (0,57)
Être curieux	3,38 (0,64)

* Écart-type

4.2.5 Implication dans les programmes de gestion des absences

La quasi-totalité des participants (91,8 %) s’est dite impliquée dans les programmes de gestion des absences, que ce soit dans l’élaboration, la coordination, l’évaluation ou la promotion de ceux-ci. Les tâches ou activités consistant à coordonner de tels programmes et à élaborer des politiques, procédures et lignes directrices pour ceux-ci sont les plus fréquemment effectuées. En contrepartie, les tâches ou activités consistant à mener des recherches et publier les résultats d’études en lien avec ces programmes, à élaborer des plans d’affaires et des stratégies pour ces programmes, de même qu’à assurer la formation associée à ces programmes sont les activités les moins fréquemment réalisées. Le tableau 15 présente la fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités associées à ces programmes.

Tableau 15 : Fréquence moyenne de réalisation des tâches et activités - Programmes de gestion des absences

Tâches et activités	Moyenne (É.T.)*
<i>Les plus fréquentes</i>	
Coordonner ces programmes	3,49 (0,77)
Élaborer des politiques, procédures et lignes directrices pour ces programmes	3,12 (0,90)
<i>Les moins fréquentes</i>	
Mener des recherches et publier les résultats d'études en lien avec ces programmes	1,74 (0,89)
Élaborer des plans d'affaires et des stratégies pour ces programmes	2,36 (0,99)
Assurer la formation associée à ces programmes	2,60 (1,00)
Promouvoir un changement d'attitude et de comportement chez les représentants des milieux de travail, afin de soutenir les objectifs de ces programmes	2,83 (0,87)
Effectuer des analyses coûts-avantages de ces programmes	2,84 (0,96)
Promouvoir ces programmes auprès des syndicats, de la direction et autres acteurs du milieu de travail	2,88 (0,97)
Utiliser des systèmes de gestion de l'information dans le cadre de ces programmes, afin de faire une surveillance des types d'absence, des coûts et des résultats obtenus	2,99 (1,03)

* Écart-type

4.3 Objectif 3 : Explorer les leviers et les obstacles à l'accomplissement des tâches et activités, de même que ceux associés au retour au travail

4.3.1 Les obstacles et leviers à la pratique

Les leviers et obstacles ont été regroupés en trois catégories liées 1) à la structure ou l'organisation de la gestion des absences et des retours au travail, 2) au travail du participant ou au travail du participant et de son équipe et 3) au type de trouble de santé. Les données complètes et détaillées sont disponibles à l'annexe E.

4.3.1.1 En lien avec la structure ou l'organisation de la gestion des absences et des retours au travail

Dans près de huit organisations sondées sur dix (79,4 %), il existe une politique, des procédures, ou un document énonçant les lignes directrices en matière de gestion des absences et des retours au travail. Les participants sont d'avis que leurs décisions et actions se basent en grande partie sur ceux-ci (71,2 %), voire complètement (19,9 %). De plus, la grande majorité considère que les procédures en matière de gestion des absences et des retours au travail sont clairement ou bien définies (77,8 %) et que, généralement, celles-ci font à l'occasion l'objet de révisions ou d'ajouts.

Des rencontres incluant différents acteurs de l'organisation pour effectuer des suivis des dossiers des travailleurs sont assez fréquemment planifiées. En effet, la majorité des participants (68,1 %) rapportent que ces rencontres ont lieu à chaque semaine ou bien une fois ou deux par mois. Il n'en demeure pas moins que dans environ le tiers des organisations (31,9 %), ce genre de rencontres n'a lieu que quelques fois par année, si ce n'est moins souvent. Par ailleurs, la fréquence de tenue des comités paritaires, où il est discuté de la gestion des absences et des retours au travail, est globalement peu élevée : 64,2 % des participants ont répondu que ces comités se réunissaient rarement ou jamais. Enfin, un peu plus de six participants sur dix

(60,3 %) ont indiqué qu'il existe, dans leur organisation, un système informatique bien établi ou un logiciel permettant de faire une gestion des dossiers d'absences et des retours au travail.

Des analyses différenciées en fonction des caractéristiques des organisations ont été menées. Seules des différences statistiquement significatives ont été observées lorsque des rencontres incluant différents acteurs de l'organisation pour effectuer des suivis des dossiers des travailleurs ont lieu. Ainsi, les tests de khi-carré ont montré que ces rencontres sont plus susceptibles d'être tenues au moins une fois ou deux par mois dans les organisations ayant un bureau ou des services de santé (78,0 % contre 60,2 %, $p=0,008$), de même que dans celles où la totalité ou la plupart des employés sont syndiqués (77,3 % contre 49,3 %, $p=0,000$).

4.3.1.2 En lien avec le travail du participant ou du travail du participant et de son équipe

L'environnement de travail et les conditions d'exercice des fonctions sont dans l'ensemble fort favorables aux participants ou à l'équipe qu'ils dirigent ou dont ils font partie. Plus de neuf participants sur dix (91,8 %) considèrent que leurs initiatives et nouvelles idées en matière de gestion des absences et des retours au travail sont très ou plutôt bien accueillies par leurs supérieurs. Dans des taux semblables, les participants sont d'avis que leur travail fait l'objet d'un certain ou d'un grand soutien de la part de leurs supérieurs, des gestionnaires, des directeurs et du syndicat des travailleurs (90,2 %), que la collaboration dont ils bénéficient de la part de ces mêmes acteurs est plutôt ou très bonne (95,4 %) et que la communication entre les différents acteurs impliqués dans le processus de retour au travail d'un employé est plutôt ou très bonne (96,3 %). Dans une proportion légèrement moins élevée mais néanmoins importante (76,3 %), les participants jugent que leur travail fait l'objet d'une certaine ou d'une grande reconnaissance.

Par ailleurs, les participants disent bénéficier d'une bonne notoriété auprès des travailleurs de leur organisation. En effet, 90,7 % des participants rapportent qu'un bon nombre ou à peu près tous les travailleurs sont au courant de leur rôle. Règle générale (60,7 %), les participants ont le sentiment que les travailleurs les perçoivent comme étant neutres; ils ont l'impression que les participants représentent autant l'intérêt de l'employeur que leur propre intérêt. Il reste que 36,1 % des participants considèrent que les travailleurs les perçoivent comme étant avant tout les représentants de l'intérêt de l'employeur, et moins du leur. Dans un autre ordre d'idées, environ le tiers des participants (33,6 %) trouvent que leur charge de travail est trop lourde tandis que les autres jugent qu'elle est tout à fait convenable.

Étant donné la polarisation des réponses des participants, des analyses différenciées ont pu être effectuées, mais seulement en regard de la reconnaissance dont leur travail fait l'objet, de la perception qu'ont d'eux les employés en processus de retour au travail et de l'importance de leur charge de travail. Les variables indépendantes utilisées pour ces analyses sont les mêmes qu'au point précédent.

Les participants travaillant dans une organisation publique sont proportionnellement plus nombreux que ceux travaillant dans une organisation privée à considérer que leur travail fait l'objet d'une grande ou d'une certaine reconnaissance (87,5 % contre 71,6 %, $p=0,009$). Les participants travaillant pour une organisation où la totalité ou la majorité des employés sont

syndiqués sont aussi, toutes proportions gardées, plus nombreux que ceux travaillant pour une organisation où une minorité ou aucun employé n'est syndiqué à considérer que leur travail fait l'objet d'une grande ou d'une certaine reconnaissance (83,3 % contre 68,3 %, $p=0,018$).

Plusieurs différences significatives ont été relevées en ce qui a trait à la perception des employés en processus de retour au travail, à l'égard des participants. Les tests de khi-carré ont montré que les participants des organisations publiques sont proportionnellement plus nombreux que ceux des organisations privées à penser que ces employés ont l'impression qu'ils représentent davantage l'intérêt de l'employeur que le leur³ (55,1 % contre 24,5 %, $p=0,000$). Les participants qui travaillent dans une organisation où il y a un bureau ou des services de santé, en comparaison à ceux qui travaillent dans une organisation où il n'y en a pas, sont également proportionnellement plus nombreux à penser cela (48,1 % contre 29,0 %, $p=0,007$). Il en est de même pour les participants travaillant pour une organisation comptant plus de 5000 employés au Québec, comparativement à entre 500 et 1000 employés, et à entre 1001 et 5000 employés (61,1 % contre 26,7 % et 46,4 % respectivement, $p=0,003$); une tendance similaire est notée en regard du nombre d'employés sous la responsabilité des participants. Le constat est identique lorsqu'on compare les participants qui ont rapporté un taux d'absence de 4 % ou plus avec ceux ayant rapporté un taux de 3 % ou moins (46,9 % contre 21,1 %, $p=0,007$) et lorsqu'on compare les participants travaillant dans une organisation où la totalité ou la plupart des employés sont syndiqués par rapport à la minorité ou aucun employé (46,3 % contre 20,0 %, $p=0,000$). En contrepartie, les participants qui travaillent pour une organisation faisant appel à une firme externe pour la gestion des dossiers d'invalidité sont proportionnellement plus nombreux que ceux travaillant pour une organisation ne faisant pas affaire avec une telle firme à penser que les employés en processus de retour au travail les perçoivent comme étant neutres (70,0 % contre 56,1 %, $p=0,049$).

En ce qui concerne la charge de travail, les participants travaillant pour une organisation comptant plus de 5000 employés au Québec, comparativement à entre 500 et 1000 employés et à entre 1001 et 5000 employés, sont proportionnellement plus nombreux à considérer que leur charge de travail est trop lourde (50,0 % contre 25,7 % et 40,8 % respectivement, $p=0,034$). En outre, les participants qui travaillent pour une organisation faisant appel à une firme externe pour la gestion des dossiers d'invalidité sont proportionnellement plus nombreux que ceux travaillant pour une organisation ne faisant pas affaire avec une telle firme à considérer que leur charge de travail est convenable (74,2 % contre 59,4 %, $p=0,029$).

4.3.1.3 En lien avec le type de trouble de santé

En définitive, les troubles de santé mentale et les TMS ne poseraient pas les mêmes défis aux participants. Alors que les deux tiers de ceux-ci (66,5 %) considèrent qu'il est beaucoup plus ou un peu plus difficile de gérer les cas de troubles de santé mentale que les cas de TMS, seulement 6,2 % considèrent à l'inverse qu'il est beaucoup plus ou un peu plus difficile de gérer les cas de TMS que les cas de troubles de santé mentale.

³ L'autre choix de réponse qui a été considéré pour les analyses était « Ils ont l'impression que je suis neutre, c'est-à-dire que je représente autant l'intérêt de l'employeur que le leur ».

Plusieurs motifs sont invoqués pour justifier la plus grande difficulté associée à la gestion des troubles de santé mentale, chacun récoltant un bon nombre de mentions. Celui établi comme étant le plus important est la stigmatisation, les préjugés ou l'inconfort de la part des collègues ou de l'employeur (n=33). Ce motif est suivi de très près par la complexité des cas, le caractère multifactoriel des troubles de santé mentale ou le fait que chaque cas soit différent (n=32). L'aspect subjectif et le caractère moins tangible des troubles de santé mentale comparativement aux TMS (n=29), de même que les diagnostics peu clairs ou plus flous (n=27) comptent aussi parmi les motifs ayant obtenu le plus de mentions.

Trois motifs ont récolté moins de vingt mentions chacun, mais ils s'avèrent tout de même non négligeables : la difficulté de confier des tâches allégées, de modifier le poste de travail ou une réintégration aux tâches plus ardue (n=18), des absences plus longues, des rechutes fréquentes ou un risque de chronicité plus élevé (n=16) et le déni de l'employé, le fait qu'il ne reconnaisse pas son problème ou ne veuille pas en parler (n=14).

4.3.2 Les leviers et obstacles au retour au travail

La section du sondage en ligne sur l'importance accordée à différents leviers et obstacles au retour au travail des travailleurs absents était facultative. Cette décision a été prise car cet aspect n'était pas initialement inclus dans les objectifs spécifiques du projet et que nous avons voulu éviter que les participants ne remplissent pas totalement le sondage en raison de sa longueur. En effet, celui-ci était déjà passablement long, même sans cette série d'items. Parmi les 195 participants ayant rempli le sondage, 124 ont accepté malgré tout de répondre à cette section, ce qui représente un taux de participation de 63,6 %. Le tableau 16 présente la perception de l'importance de divers leviers en regard du retour au travail, ceux-ci regroupés en quatre grandes catégories. Quant au tableau 17, celui-ci présente la perception des participants quant à plusieurs obstacles au retour au travail, eux aussi divisés en grandes catégories. Ces divisions n'étaient pas présentes dans le sondage, mais sont utilisées afin de faciliter la compréhension. Au même titre que les tâches et activités, un levier est perçu comme particulièrement important quand la moyenne des réponses se situe entre 3,01 et 4,00. Ainsi, tout ce qui est au-dessus de 3,00 (3 signifiait « assez important » et 4 « très important ») est considéré comme étant plus important qu'« assez important ». Il s'agit encore ici d'une décision reposant sur les descripteurs.

4.3.2.1 Les leviers

Quatre grandes catégories regroupent les leviers au retour au travail. Ces catégories concernent les attitudes et dispositions du travailleur, les contacts travailleur-supérieur immédiat, les modalités de reprise du travail ainsi que le soutien et la considération.

Pour la première catégorie, « Attitudes et dispositions du travailleur », le fait que le travailleur soit motivé à retourner au travail ou à y rester après son retour est considéré comme le levier le plus important en regard du retour au travail. De l'avis des participants, il s'agit également du plus important levier parmi l'ensemble leur ayant été présenté. En outre, le fait que le travailleur soit conscient de ses limites et les exprime, de même qu'il soit persévérant, arrivent aussi en

premier en tant que leviers. Toutefois, le fait que le travailleur accepte de moins contrôler sa vie est perçu comme étant moins important que les autres.

Pour la deuxième catégorie, soit « Contacts travailleur-supérieur immédiat », les quatre leviers en faisant partie sont considérés comme particulièrement importants par les participants. Par conséquent, une confiance mutuelle entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et l'employé, une communication régulière entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et le travailleur pour faire état du progrès, une rencontre entre le travailleur et son supérieur ou gestionnaire immédiat lors du premier jour du retour au travail et de la compréhension de la part du supérieur ou gestionnaire immédiat seraient des aspects à ne pas négliger pour favoriser le retour au travail d'un employé absent.

La troisième catégorie, « Modalités de reprise du travail », comprend au total douze leviers. De ce nombre, sept sont considérés importants par les participants et plus particulièrement ceux-ci : informer le travailleur par rapport à son retour au travail, tenir des rencontres de suivi de l'employé durant les premiers jours ou les premières semaines de son retour au travail, pour s'assurer que cela se passe bien ainsi qu'être clair concernant les tâches à réaliser et les attentes au travail. À l'opposé, avoir la possibilité d'occuper un emploi différent avec le même supérieur ou gestionnaire immédiat et un environnement de travail sans excès de stimuli sont considérés comme les leviers au retour au travail les moins importants parmi les cinq dont la moyenne des réponses se situe sous la barre de 3,01.

Enfin, pour la quatrième catégorie nommée « Soutien et considération » le fait que le travailleur ait le sentiment d'être pris au sérieux et qu'il y ait une ambiance de travail agréable sont les deux leviers au travail les plus importants du point de vue des participants. Par contre, la transparence envers les collègues quant à la situation du travailleur est perçue comme étant moins importante que les autres.

Tableau 16 : Perception de l'importance de différents leviers en regard du retour au travail, par grande catégorie (N=124)

Leviers	Moyenne (É.T.)*
Attitudes et dispositions du travailleur	
<i>Les plus importants</i>	
Le travailleur est motivé à retourner au travail ou à y rester après son retour	3,85 (0,40)
Le travailleur est conscient de ses limites et les exprime	3,56 (0,53)
Le travailleur fait preuve de persévérance	3,50 (0,53)
Le travailleur a confiance en lui	3,46 (0,56)
Le travailleur a la capacité d'identifier ses problèmes	3,40 (0,60)
Le travailleur se permet de faire des erreurs	3,23 (0,69)
Le travailleur se fixe des objectifs réalistes en matière de productivité	3,23 (0,65)
<i>Le moins important</i>	
Le travailleur accepte de moins contrôler sa vie	2,97 (0,78)
Contacts travailleur-supérieur immédiat	
Une confiance mutuelle entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et l'employé	3,78 (0,47)
Une communication régulière entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et le travailleur pour faire état du progrès	3,77 (0,46)
Une rencontre entre le travailleur et son supérieur ou gestionnaire immédiat lors du premier jour de retour au travail	3,77 (0,46)
De la compréhension de la part du supérieur ou gestionnaire immédiat	3,74 (0,48)

Modalités de reprise du travail	
Informer le travailleur par rapport à son retour au travail (étapes, tâches, supervision, etc.)	3,76 (0,45)
Des rencontres de suivi de l'employé durant les premiers jours ou les premières semaines de son retour au travail, pour s'assurer que cela se passe bien	3,71 (0,46)
La clarté concernant les tâches à réaliser et les attentes au travail	3,70 (0,51)
L'ajustement de la charge de travail	3,47 (0,58)
La réduction du stress par l'élimination temporaire des tâches stressantes	3,33 (0,59)
Être en mesure de reprendre le travail rapidement	3,32 (0,69)
Une reprise du travail avec des tâches familières et peu complexes	3,26 (0,64)
<i>Les moins importants</i>	
Avoir la possibilité d'occuper un emploi différent avec le même supérieur ou gestionnaire immédiat	2,55 (0,74)
Soutien et considération	
Un environnement de travail sans excès de stimuli (bruits, dérangements, etc.)	2,61 (0,67)
L'employé fixe lui-même son rythme de travail et organise ses tâches	2,77 (0,73)
Au besoin, la présence d'un remplaçant lors du retour au travail	2,78 (0,75)
L'ajustement des heures de travail	2,94 (0,70)
Soutien et considération	
Le travailleur a le sentiment d'être pris au sérieux	3,66 (0,52)
Une ambiance de travail agréable	3,63 (0,52)
De la compréhension et du soutien de la part des collègues	3,43 (0,56)
Un bon soutien de la part des proches (amis, famille, etc.)	3,42 (0,60)
Le travailleur reçoit des compliments ou de l'appréciation de ses collègues et de son supérieur ou gestionnaire immédiat	3,26 (0,61)
<i>Le moins important</i>	
La transparence envers les collègues quant à la situation du travailleur	2,97 (0,75)

* Écart-type

4.3.2.2 Les obstacles

Les obstacles au retour au travail sont classés en cinq catégories, en reprenant sensiblement la même nomenclature que pour les leviers : la catégorie « Attitudes et dispositions du supérieur immédiat » a remplacé la catégorie « Contacts travailleur-supérieur immédiat » et la catégorie « Autres » a été ajoutée afin de regrouper les quelques items n'ayant pas de lien direct avec l'un ou l'autre des regroupements proposés. D'entrée de jeu, il est utile de préciser que la moyenne des réponses s'est située entre 3,01 et 4,00 pour la totalité des obstacles pris en compte dans le sondage, à l'exception d'un seul, soit les contraintes financières de l'organisation. Ainsi, il ne sera question que des obstacles qui se démarquent le plus pour chaque catégorie, malgré que tous soient à considérer, dans les faits, comme des freins potentiels à ne pas négliger en matière de retour au travail.

En ce qui concerne la catégorie « Attitudes et dispositions du travailleur », l'attitude du travailleur pendant son retour au travail est établie par les participants comme l'obstacle étant le plus important. Un historique de multiples absences du travail en raison d'un trouble de santé mentale et/ou de santé physique arrive en deuxième place. Pour la catégorie « Attitudes et dispositions du supérieur immédiat », l'attitude du supérieur ou gestionnaire immédiat pendant le retour au travail et des attentes de rendement élevées de la part du supérieur ou gestionnaire immédiat sont les deux obstacles qui se démarquent le plus.

En ce qui concerne la catégorie « Modalités de reprise du travail », un retour au travail prématuré apparaît comme un obstacle particulièrement important aux yeux des participants. Ensuite, le manque d'actions concertées entre les différents acteurs impliqués dans la démarche de retour au travail est mentionné. Pour la catégorie « Soutien et considération », les participants considèrent

qu'une atmosphère tendue ou une relation conflictuelle avant l'absence du travailleur et l'isolement social au travail sont les deux obstacles les plus importants.

Enfin, parmi les obstacles autres, les participants sont d'avis que le manque de connaissances du médecin traitant au sujet des réalités du milieu de travail et le fait de mettre en doute le diagnostic du travailleur représentent des obstacles au retour au travail à ne pas négliger.

Il est à noter que les analyses différenciées selon diverses caractéristiques des participants et des organisations n'ont pas montré de tendances particulières. Par ailleurs, les données complètes et détaillées en lien avec les leviers et obstacles à la pratique et au retour au travail sont disponibles à l'annexe E.

Tableau 17 : Perception de l'importance de différents obstacles en regard du retour au travail, par grande catégorie (N=124)

Obstacles	Moyenne (É.T.)*
Attitudes et dispositions du travailleur	
L'attitude du travailleur pendant son retour au travail	3,74 (0,49)
Un historique de multiples absences du travail en raison d'un trouble de santé mentale et/ou de santé physique	3,58 (0,61)
Le degré d'insatisfaction au travail	3,56 (0,53)
La présence d'autres facteurs de stress dans la vie personnelle du travailleur	3,53 (0,50)
L'attitude du travailleur pendant son absence	3,29 (0,72)
Attitudes et dispositions du supérieur immédiat	
L'attitude du supérieur ou gestionnaire immédiat pendant le retour au travail	3,75 (0,50)
Des attentes de rendement élevées de la part du supérieur ou gestionnaire immédiat	3,52 (0,67)
Le manque d'implication du supérieur ou gestionnaire immédiat dans le plan de retour au travail	3,49 (0,68)
L'attitude du supérieur ou gestionnaire immédiat pendant l'absence du travailleur	3,27 (0,71)
Le manque de connaissances du supérieur ou gestionnaire immédiat par rapport aux troubles de santé mentale	3,17 (0,67)
Le manque de connaissances du supérieur ou gestionnaire immédiat par rapport aux troubles de santé physique	3,05 (0,65)
Modalités de reprise du travail	
Un retour au travail prématuré	3,50 (0,55)
Le manque d'actions concertées entre les différents acteurs impliqués dans la démarche de retour au travail	3,44 (0,64)
Le manque ou l'absence de contacts entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et le travailleur, avant le retour au travail	3,31 (0,78)
Soutien et considération	
Une atmosphère tendue ou une relation conflictuelle avant l'absence du travailleur	3,76 (0,43)
L'isolement social au travail	3,61 (0,52)
Les préjugés envers les troubles de santé mentale	3,40 (0,65)
Autres	
Le manque de connaissances du médecin traitant au sujet des réalités du milieu de travail	3,34 (0,70)
La mise en doute du diagnostic du travailleur	3,27 (0,75)
Le manque d'information quant au diagnostic ou quant à la condition du travailleur	3,11 (0,77)
<i>Le moins important</i>	
Les contraintes financières de l'organisation	2,65 (0,84)

* Écart-type

La figure 2 illustre les éléments-pivots qui se dégagent des résultats précédents. Un élément-pivot est neutre, c'est-à-dire qu'il peut devenir un levier pour le retour au travail s'il est présent ou positif ou, à l'inverse, se révéler un obstacle s'il est absent ou négatif. Seuls les éléments perçus à la fois comme leviers et comme obstacles sont rapportés.

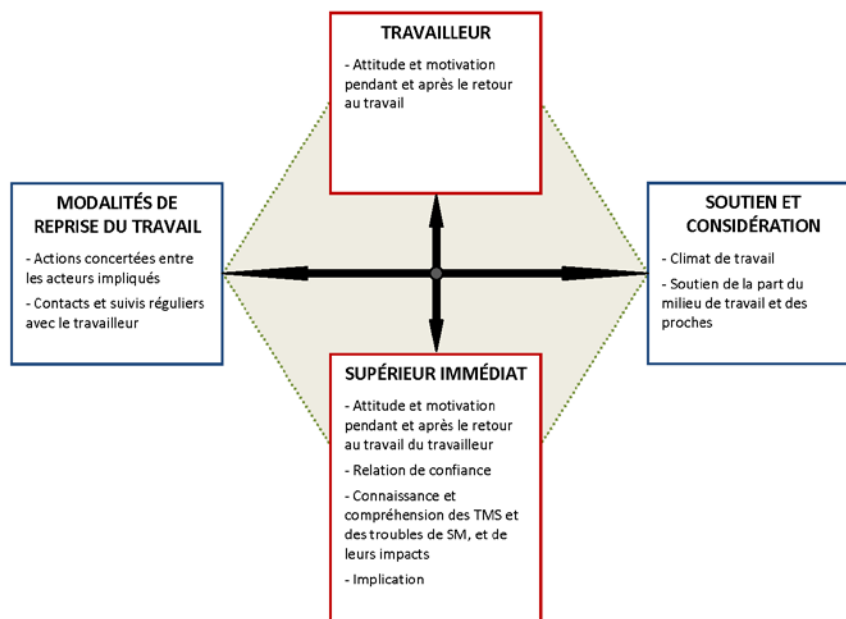


Figure 2 : Éléments-pivots en regard du retour au travail, tels que perçus par les participants

5. DISCUSSION

Cette étude consistait principalement à décrire les pratiques des personnes impliquées dans la coordination du retour au travail dans de grandes organisations au Québec. Le portrait-type de ces personnes est une femme, âgée entre 35 et 54 ans, titulaire d'un diplôme universitaire et formée dans des domaines variés, mais plus souvent en ressources humaines, active dans le domaine de la gestion de l'invalidité depuis près de 13 ans, dans l'emploi actuel depuis un peu plus de sept ans et à la fois en charge de la gestion des dossiers d'invalidité et des dossiers de la CSST.

Le premier constat de l'étude est de reconnaître que ces personnes peuvent avoir des titres d'emploi assez variés, par exemple directeur des ressources humaines, responsable de la rémunération, conseiller en SST et conseiller en ressources humaines. Dans les faits, le mot « invalidité » est très peu présent dans les titres d'emploi, sans compter que les expressions « coordination » et « retour au travail » en sont tout simplement absentes. Ces résultats suggèrent que le rôle de gestion de l'invalidité et de coordination du retour au travail ne constitue, pour un certain nombre des personnes interrogées, qu'une « tâche » parmi un éventail associé à leurs fonctions. En d'autres termes, il ne s'agit pas d'une spécialisation, mais plutôt d'une portion de leur travail.

Les tâches et activités

Les résultats obtenus ont permis de mettre en lumière qu'environ la moitié des tâches et activités incluses dans le sondage en ligne se sont avérées fréquemment réalisées (score moyen de 3,01 ou plus), celles-ci appartenant à l'une ou l'autre des quatre grandes compétences dégagées par l'équipe de recherche. Rappelons que nous avons généré une liste de 49 tâches et activités regroupées en quatre compétences alors que Shaw et coll.⁶⁹ ont défini 29 tâches réparties en six compétences et Pransky et coll.⁷¹ huit compétences. Nous constatons que les personnes interrogées au Québec, qui se reconnaissent en partie ou en totalité dans le rôle du CoRAT, ont des activités se superposant à celles décrites par Shaw et coll.⁶⁹ dans sa recension de 22 études. Par contre, comme mentionné plus tôt, notre liste de tâches et d'activités est beaucoup plus exhaustive que la leur, cela s'expliquant par l'ajout d'écrits complémentaires^{72,73}, les entrevues exploratoires menées avec des interlocuteurs-clés et également par la contribution du groupe de chercheurs concernés. En effet, la complémentarité en regard des disciplines (ergonomie, psychologie et ergothérapie) a permis de préciser les énoncés. Pour les résultats qui présentent de faibles fréquences d'application tels que « communiquer avec la famille du travailleur absent », « évaluer l'impact de l'absence du travailleur sur les autres travailleurs de l'organisation », et « tenir compte des différences culturelles et l'impact de celles-ci sur la gestion des absences », ceux-ci concordent avec les résultats obtenus par Pransky et coll.⁷¹

En somme, en ce qui concerne les tâches et activités, les personnes interrogées au Québec œuvrant dans de grandes organisations semblent avoir des pratiques semblables à celles décrites dans les études disponibles. Toutefois, il demeure difficile d'établir une correspondance parfaite puisque les énoncés sont parfois formulés d'une façon différente et que la conception même d'une compétence varie entre les études. En effet, dans l'étude de Shaw et coll.⁶⁹, les auteurs énoncent leurs compétences comme étant soit du savoir factuel (connaissance de l'entreprise, des

aspects légaux et des conditions médicales), soit du savoir-faire (évaluation ergonomique et du milieu de travail, résolution de problèmes sociaux et médiation en milieu de travail). De la même manière, Pransky et coll.⁷¹ font référence à du savoir-être (attributs personnels et crédibilité professionnelle) et à du savoir-faire (gestion de conflit, évaluation, résolution de problème et collecte d'information). En ce qui nous concerne, la définition de compétence retenue consiste en « un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». ⁸⁷ En outre, la richesse de notre démarche a été d'avoir démontré, grâce au calcul des alphas de Cronbach, que les tâches et activités regroupées sous quatre grandes compétences s'avéraient être apparentées. Par conséquent, malgré le manque de possibilités en matière de comparaison des compétences, la qualité de notre démarche est soutenue.

Plusieurs associations significatives ont été relevées entre l'intensité de mise en application des tâches et activités associées aux compétences et les caractéristiques des participants ou celles des organisations. Des régularités ont été constatées. Le nombre d'années d'expérience dans la gestion des absences et le taux d'absence de l'organisation sont positivement corrélés au score d'intensité de mise en application des tâches et activités de chaque compétence. De plus, les participants possédant une formation en soins infirmiers ou en SST et ceux travaillant pour une organisation ayant des services ou un bureau de santé affichent des scores d'intensité moyens plus élevés que ceux pour lesquels ce n'est pas le cas. D'autres caractéristiques, telles que l'augmentation du nombre d'années d'expérience dans l'emploi actuel, le fait de travailler pour une organisation publique par rapport à une organisation privée, le fait de travailler pour une organisation où la totalité ou la majorité des employés sont syndiqués par rapport à une minorité d'employés ou aucun employé, ainsi que le fait qu'une organisation ne fasse pas appel à une firme externe pour la gestion des dossiers d'invalidité par rapport à une organisation faisant appel à une telle firme, sont pour leur part associées à deux ou trois des quatre grandes compétences de l'étude. Par ailleurs, il apparaît que la taille de l'organisation et le nombre de personnes en charge de la gestion de l'invalidité pour le Québec ne sont associés à aucune des compétences. Ainsi, le profil qui se dessine est tout à fait cohérent : l'intensité de mise en application des tâches et activités est plus importante lorsque le participant est davantage expérimenté dans la gestion des absences, lorsque les absences sont plus nombreuses et lorsque la gestion des invalidités et la coordination du retour au travail sont assurées par des personnes ayant une formation en santé. Dans les écrits disponibles actuellement, ces liens n'avaient jamais été documentés, mais s'avèrent, à notre avis, très logiques.

De plus, les analyses de régression portant sur l'intensité de mise en application des tâches et activités associées aux compétences ont révélé que le pourcentage de la variation expliquée n'était satisfaisant que pour la Compétence 1, celui-ci s'établissant à 20,8 %. Les variables retenues étaient le nombre d'années d'expérience dans l'emploi actuel, le fait de travailler pour une organisation publique et le fait de posséder une formation en soins infirmiers ou en SST. Notons tout de même que cette dernière variable était, finalement, incluse dans le modèle de régression de trois des quatre grandes compétences. Ainsi, le fait de posséder une formation en soins infirmiers ou en SST serait une caractéristique-pivot pour un déploiement plus important des tâches et activités étudiées. Malheureusement, le nombre de participants déclarant avoir une telle formation ne nous permet pas de procéder à des croisements plus fins. Cependant, il s'avère que ce profil est plus cohérent avec le paradigme d'incapacité présenté.¹² En effet, une personne

formée en santé, œuvrant en organisation et visant le maintien au travail en santé des employés, possède au départ les connaissances des systèmes de l'environnement de travail, du système de la santé et de l'individu. Cette complémentarité suggère une plus grande compréhension des facteurs pouvant contribuer à l'incapacité au travail et à leurs interactions. Cela correspond plus au profil des CoRAT ayant une formation en soins infirmiers qu'à celui de ceux ayant une formation en SST, ces derniers ayant une expertise plus avancée dans le système de l'environnement de travail et celui relié à l'individu. De plus, l'étude de Burton et Conti recommande aussi que le CoRAT soit formé en santé.⁶⁸ Au Québec, cette recommandation n'est plausible que si la coordination du retour au travail est la fonction première des personnes. Comme nous l'avons vu dans nos résultats, cela ne semble pas être une pratique répandue au Québec. Par conséquent, cela soulève deux questions : la formation des personnes qui assument ce rôle de façon partielle dans leur fonction est-elle adéquate et les connaissances relatives à la santé des personnes sont-elles suffisantes?

En fonction de différents contextes, l'interrogation qui demeure est l'efficacité des pratiques sur des aspects tels que la durée des absences du travail, le nombre de rechutes et les coûts associés. Dans un premier temps, il pourrait être pertinent de comparer ces aspects dans une organisation qui gère l'invalidité et coordonne le retour au travail entièrement à l'interne avec une autre qui confie ces mandats partiellement ou en grande partie à l'externe. Dans un deuxième temps, ces aspects pourraient être comparés dans une organisation dont le CoRAT dispose d'un bureau ou de services de santé, avec une autre qui n'en dispose pas. Dans un troisième temps - et malgré que notre étude ait montré que les répondants bénéficiaient de bons leviers pour les soutenir dans leur pratique (p. ex. : reconnaissance, communication, collaboration et soutien), il pourrait être pertinent d'étudier et de comparer ces mêmes aspects selon que le CoRAT bénéficie de bons appuis dans sa pratique ou qu'il ne puisse compter que sur des appuis moins importants. De plus, une autre interrogation demeure aussi par rapport à l'impact d'exercer le rôle de CoRAT à temps partiel ou à temps plein. Est-ce que cela influence les pratiques? Ainsi, pour optimiser les pratiques des CoRAT, une étude coût-efficacité comparative réalisée en fonction de différents contextes et divers profils de CoRAT pourrait s'avérer très utile tant pour les employeurs que pour les employés. Dans cette même perspective, une étude documentant la concordance entre les profils de pratique des CoRAT et les valeurs et la culture des organisations pourrait également nous éclairer. En effet, dans une étude de Durand et coll.⁴¹ sur les pratiques optimales en gestion des absences et en coordination du retour au travail, il a été clairement établi que pour que de telles démarches s'implantent en entreprise et soient acceptées par les différentes parties (employeur, employés, syndicat), celles-ci doivent s'inscrire dans des politiques plus larges favorisant le maintien en santé des employés. Par conséquent, les pratiques du CoRAT touchant l'incapacité au travail devraient s'insérer dans des efforts plus importants visant la santé en général des travailleurs. Cet aspect n'a pas été abordé que brièvement dans la présente étude, lors de la présentation des résultats en lien avec la Compétence 4.

Les collaborateurs

Dans les écrits sur les pratiques optimales en gestion de l'invalidité et en coordination du retour au travail,^{41,53} la nature et l'importance de la collaboration entre les différents acteurs sont clairement énoncées. Dans notre sondage, ce thème a principalement été traité au travers des compétences 1 et 2, qui peuvent nécessiter une collaboration de la part de différents acteurs,

qu'ils soient physiquement présents dans le milieu de travail ou en dehors de celui-ci. Les résultats montrent que les participants sont appelés à travailler régulièrement avec le travailleur en absence et son supérieur ou gestionnaire immédiat, mais moins fréquemment avec le conseiller en ressources humaines, l'assureur et les professionnels de la santé. En ce qui concerne la collaboration avec le représentant syndical et les collègues du travailleur absent, elle est encore moins fréquente et pourrait être qualifiée de marginale. Ainsi, nos résultats convergent parfaitement avec les études qui ont démontré le caractère crucial de la participation du supérieur ou gestionnaire immédiat dans les démarches et le processus entourant le retour au travail.^{41,77,78}

Par ailleurs, seulement environ les deux tiers des organisations sondées tiennent des rencontres de suivi en équipe pour discuter de l'évolution des cas d'absence. Il n'y aurait pas, non plus, de comités paritaires pour discuter de la gestion des absences dans environ les deux tiers des organisations. Ainsi, bien que plusieurs auteurs estiment que l'action concertée est un levier de premier ordre permettant de rallier les divers acteurs (collègues, supérieur, assureur, syndicat, professionnels de la santé) vers un objectif commun de retour au travail,^{41,43,90} nos résultats suggèrent que les CoRAT interrogés se centrent surtout sur la dyade travailleur-superviseur. Entre autres, la collaboration avec les collègues du travailleur absent est complètement ignorée. Or, les études montrent que lorsque le problème ayant entraîné l'absence du travailleur est un trouble de santé mentale, cette collaboration devient extrêmement importante et facilitante pour le retour au travail.^{41,43,90} Également, dans bien des organisations, l'absence d'un travailleur et son retour progressif au travail augmentent de façon significative la charge de travail de ses collègues. Or, cette situation occasionne parfois une surcharge qui peut avoir des impacts négatifs si elle perdure. En effet, elle peut altérer les relations de travail ou encore occasionner un épuisement chez les collègues de ce travailleur et faire en sorte qu'ils développent eux aussi un problème de santé.^{41,43,90} Il apparaît ainsi qu'un écart important existe avec les pratiques optimales de collaboration, reconnues comme des conditions de succès de retour et de maintien au travail. Dans des recherches futures, l'effet de l'implantation d'un modèle de collaboration plus intégré entre les différents acteurs pourrait être évalué.

Les qualités et aptitudes requises

Vingt-quatre qualités et aptitudes, rattachées à l'une ou l'autre des quatre grandes compétences, ont été prises en compte dans l'étude. Du lot, on retrouvait notamment « Avoir une bonne écoute », « Savoir préserver la confidentialité », « Être respectueux des normes » et « Être un bon communicateur ». De l'avis des participants, il est important de démontrer, sans exception, l'ensemble de ces qualités et aptitudes dans le cadre de leurs fonctions. Il est peu étonnant que toutes les qualités et aptitudes incluses soient considérées comme importantes, étant donné qu'une bonne part d'entre elles ont été extraites ou dérivées de travaux dans lesquels elles étaient toutes jugées importantes.^{71,74} Il faut toutefois garder en tête que le fait de juger de l'importance d'une qualité ou d'une aptitude est différent de la démonstration de celle-ci dans le cadre de sa pratique professionnelle. Plusieurs études ont documenté les perceptions que peuvent avoir les acteurs les uns envers les autres.^{91,92} Il serait intéressant d'aller un peu plus loin et d'examiner la manifestation des qualités et aptitudes des CoRAT durant les processus de retour au travail, dans l'optique de documenter si celles-ci s'actualisent dans les actions.⁹³

Les leviers et les obstacles à l'accomplissement des tâches et au retour au travail

L'environnement de travail et les conditions d'exercice de leurs fonctions sont dans l'ensemble jugés fort favorables par les participants. Cependant, ils rapportent éprouver beaucoup plus de difficultés à gérer les troubles de santé mentale que les troubles musculosquelettiques, et ce, pour plusieurs raisons déjà connues dont : la stigmatisation et les préjugés, la complexité accrue des cas et les diagnostics moins clairs ou plus flous.⁹⁴⁻⁹⁶ Ces difficultés ont déjà été nommées par d'autres auteurs et s'expliquent en bonne partie par le manque de connaissances des acteurs par rapport aux troubles de santé mentale, amenant des craintes quant au risque de participer à l'aggravation de la maladie, à la possibilité de crise au travail ou au suicide du travailleur.^{43,90,97,98} L'impact d'un programme de formation en santé mentale pour les CoRAT constitue sans doute une avenue de recherche intéressante à explorer.

Plusieurs leviers et obstacles au retour au travail sont considérés comme importants, dont un bon nombre associé aux attitudes et dispositions du supérieur immédiat ainsi qu'aux contacts entre ce dernier et le travailleur. D'autres sont liés aux attitudes et dispositions du travailleur, aux modalités du retour au travail, de même qu'au soutien et à la considération dont bénéficie le travailleur. Ces derniers facteurs ont déjà été mentionnés dans d'autres études.^{5,41,51,99} Des analyses différenciées selon diverses caractéristiques des participants et des organisations n'ont pas montré de tendances particulières. Ainsi, il apparaît que la perception de ces divers leviers et obstacles est commune aux personnes interrogées travaillant dans de grandes organisations du Québec. Comme mentionné dans la section sur la collaboration, la participation du supérieur ou gestionnaire immédiat dans les démarches et le processus entourant le retour au travail d'un employé constitue un rôle-pivot de l'action concertée.^{41,43,90} Plusieurs questions peuvent ici se poser. Est-ce que les structures des organisations favorisent la participation active des supérieurs ou gestionnaires immédiats dans les retours au travail? Si oui, comment? Par exemple, quel est l'impact sur le supérieur ou gestionnaire immédiat d'intégrer une personne qui ne peut réaliser que 50 % de ses tâches régulières? Est-ce que la stratégie d'engager le travailleur en incapacité partielle à titre de « surnuméraire » (personne nommée pour une période indéterminée à un poste qui n'est pas considéré comme permanent) est systématique? La valeur du temps accordé à l'accompagnement d'un travailleur en retour progressif au travail est-elle reconnue lors de l'évaluation de rendement du supérieur? Est-ce que l'organisation met principalement l'accent sur le rendement sans tenir compte des ressources effectives? Quels sont les incitatifs réels du supérieur ou gestionnaire immédiat à être actif dans les processus de retour au travail des employés? Ainsi, il est possible que la structure même des postes dans lesquels les supérieurs ou gestionnaires immédiats évoluent influence directement leur engagement auprès des travailleurs reprenant leur travail. Il serait intéressant de poursuivre les recherches dans l'optique de dégager les modèles de gestion qui favoriseraient une participation active de ces acteurs dans les processus retour au travail, et ce, dans différents secteurs d'activité.

Profil des organisations

L'intérêt premier de cette étude était la description des pratiques des personnes impliquées dans la coordination du retour au travail dans de grandes organisations au Québec. Il est toutefois nécessaire de revenir sur ces organisations. En dépit du fait que l'échantillon en soit un de convenance, la distribution des organisations selon leur nature (privée ou publique), le nombre

d'employés au Québec, le taux de syndicalisation et le nombre de sites dans la province porte à croire qu'il est assez représentatif de l'ensemble des grandes organisations du Québec. Aussi, la distribution des organisations dans les 20 secteurs d'activité montre le large spectre représenté. Il est important de noter qu'à l'intérieur même d'un secteur, les caractéristiques et réalités des organisations peuvent varier substantiellement. Par exemple, dans le secteur de la fabrication, nous pouvons autant nous retrouver avec une organisation se spécialisant dans la fabrication de pièces automobiles qu'avec une organisation se spécialisant dans la fabrication de produits alimentaires.

Cette étude pourrait être poursuivie en explorant plus à fond certains secteurs d'activité qui comportent des taux élevés d'absentéisme afin d'évaluer les profils de CoRAT à privilégier et leurs pratiques. Des recommandations pourraient aussi être formulées en fonction des contraintes particulières de secteurs d'activité, par exemple la construction ainsi que les soins de santé et l'assistance sociale.

5.1 Forces et limites de l'étude

Plusieurs aspects militent en faveur de la robustesse des résultats de notre étude : la taille appréciable de l'échantillon (N=195), le taux de réponse satisfaisant et la qualité de la démarche de conception du questionnaire. Comme mentionné, l'élaboration du questionnaire a reposé sur une recension des écrits, l'expérience des chercheurs en entreprise au regard de la gestion des absences et des retours au travail et trois entrevues exploratoires menées auprès d'interlocuteurs clés. Le questionnaire a ensuite été prétesté. Cette démarche assure la fiabilité et la représentativité des données obtenues. Également, l'importation des données de SurveyMonkey à PASW réduit les biais attribuables à la manipulation des données par une tierce partie.

La participation à l'étude reposait sur une base volontaire, ce qui a pu influencer à la hausse la fréquence rapportée de réalisation des tâches et activités et l'importance accordée aux qualités et aptitudes. En effet, des fréquences très élevées ont été relevées dans la distribution des réponses, plus spécifiquement en regard de la réalisation des tâches et activités, de l'importance accordée aux qualités et aptitudes et de celle attribuée aux leviers et obstacles au retour au travail. Ce constat nous apparaît toutefois peu surprenant, car plusieurs variables en lien avec ces aspects étaient ressorties comme importantes et déterminantes dans les études antérieures ainsi que dans nos entrevues face à face. Cependant, nos résultats ont sans doute été influencés par le choix des échelles. Ainsi, pour les tâches et activités, il aurait été souhaitable d'ajouter le descripteur « Toujours » aux choix de réponse. Par ailleurs, nous avons choisi de transformer la fréquence de réalisation des tâches et activités en scores numériques et d'effectuer des analyses de régression à partir de ceux-ci. Cependant, cela entraîne une certaine perte d'information et de précision, sans compter que la spécificité de chaque tâche ou activité s'en trouve diminuée. En effet, plusieurs associations et corrélations significatives - certaines plus d'intérêt que d'autres - ont été relevées pour des tâches ou activités considérées individuellement, mais n'ont pas été présentées dans le rapport. L'idée, avec une telle façon de procéder, était de s'en tenir à l'essentiel afin d'éviter que le lecteur ne se retrouve submergé d'informations. Rappelons également que les regroupements des tâches et activités ont tous présenté des valeurs de cohérence interne appréciables (alphas de Cronbach entre 0,756 et 0,922), cela confirmant la légitimité de procéder à des analyses en ayant recours aux scores.

Aussi, il demeure une certaine incertitude quant au choix de la personne interrogée : était-ce la meilleure pour répondre au sondage dans l'organisation, et ce, malgré un processus de sélection rigoureux? Précisons toutefois que peu nombreuses ont été les occasions, au moment des contacts téléphoniques, où le choix de la personne ciblée s'est avéré ardu. Enfin, il n'a pas été possible de comparer les caractéristiques des répondants à celles des non-répondants, ceci étant attribuable au fait qu'ils n'étaient tenus de donner leur identité en répondant au sondage en ligne. Nous ne détenons donc pas d'information précise quant aux caractéristiques des non-répondants; cela demeure une limite de cette étude.

5.2 Autres pistes de recherche

Plusieurs pistes de recherche pertinentes en regard des résultats actuels ont été énumérées précédemment. Nous les avons regroupées :

- Quels sont les impacts de différents contextes de pratique des CoRAT sur l'efficacité et le coût-efficacité de la coordination du retour au travail?
- Est-ce que les connaissances en santé des CoRAT, qui assument ce rôle de façon partielle, sont suffisantes pour adopter des pratiques optimales?
- Est-ce que les pratiques des CoRAT dans les organisations s'inscrivent de façon cohérente avec les valeurs de l'entreprise?
- Quels sont les effets de l'implantation de modèles de collaboration intégrés entre les différents acteurs sur les pratiques des CoRAT et les durées d'absence des travailleurs?
- Est-ce que les CoRAT manifestent véritablement les qualités et attitudes qu'ils jugent requises dans le cadre de leur fonction (empathie, écoute, etc.)?
- Quels sont les modèles de gestion qui favoriseraient une participation active des supérieurs ou gestionnaires immédiats dans le retour au travail des employés?
- De quelles façons pourrait-on favoriser une participation accrue et optimale des collègues aux efforts de retour au travail, sachant à la fois qu'ils peuvent être des acteurs importants et qu'un retour au travail n'est pas sans conséquence sur eux (p. ex. une surcharge de travail)?
- Dans les organisations présentant des taux d'absentéisme importants, quels sont les profils de CoRAT et les pratiques à privilégier?
- Enfin, quel est le point de vue des CoRAT quant aux habiletés requises selon que le travailleur est de retour au travail à la suite d'un TMS ou d'un trouble de santé mentale? Ces deux conditions différant dans leur genèse et traitement, il est possible qu'elles ne requièrent pas le même genre d'habiletés.

Nous avons amorcé notre réflexion sur le CoRAT en partant des grandes organisations. Or, la grande majorité des travailleurs du Québec évoluent dans de petites ou moyennes entreprises (PME). La problématique y est donc significativement différente étant donné les limites de ressources et d'expertise, et le fait que les PME soient souvent associées à des mutuelles de prévention. Il serait donc opportun de tenter de cerner ce qui s'y passe et ce qu'il en est des pratiques des CoRAT. Il est probable que les résultats seraient différents de ceux présentés ici, sur plusieurs plans. Pour améliorer la santé des travailleurs et également celle des organisations, plusieurs recherches demeurent à faire dans les prochaines années.

6. RETOMBÉES ET CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire, pour la première fois au Québec, la pratique des personnes impliquées dans la coordination du retour au travail dans de grandes organisations. Cette pratique semble relativement homogène et s'insère généralement dans un ensemble de tâches plus variées. Cette étude permet de souligner encore une fois que la gestion des troubles de santé mentale semble plus difficile que celles des TMS, que le rôle du supérieur ou gestionnaire immédiat est essentiel pour favoriser un processus fluide et que des efforts importants sont nécessaires pour intégrer l'action concertée dans ces milieux. Par conséquent, en fonction des difficultés soulevées, les CoRAT ou les gestionnaires immédiats pourraient être soutenus par de la formation. Des réflexions plus approfondies sur les structures et le niveau d'engagement des acteurs en place sont également de mise. Il ne faut pas oublier que cette étude reflète des pratiques dans des organisations somme toute en bonne santé et l'exploration du rôle des personnes impliquées dans la coordination du retour au travail doit être poursuivie dans le contexte de petites et moyennes entreprises.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., et al. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Québec: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.
2. OCDE (2010). *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles - Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*: Éditions OCDE.
3. Limoges, J., Lemaire, R. & Dodier, F. (1987). *Trouver son travail*. Montréal: Éditions Fides.
4. Baril, R., Martin, J. C., Lapointe, C. & Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Montréal: IRSST.
5. Coutu, M. F., Côté, D. & Baril, R. (2013). The Work-Disabled Patient. In P. Loisel et J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*. New York, US: Springer Science+Business Media.
6. Docherty, D. & McColl, M. A. (2003). Illness stories: themes emerging through narrative. *Soc Work Health Care*, 37(1), 19-39.
7. Johansson, U. & Tham, K. (2006). The meaning of work after acquired brain injury. *Am J Occup Ther*, 60(1), 60-69.
8. Shaw, L., Segal, R., Polatajko, H. & Harburn, K. (2002). Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disabil Rehabil*, 24(4), 185-195.
9. Black, C. (2003). *Working for a healthier tomorrow*. London: TSO.
10. Waddell, G. & Aylward, M. (2005). *The scientific and conceptual basis of incapacity benefits*. United Kingdom: The Stationery Office.
11. Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and wellbeing?* Norwich, UK: The Stationery Office.
12. Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., et al. (2001). *Disability prevention: the new paradigm of management of occupational back pain*. Disease Management & Health Outcomes.
13. Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M., et al. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524.

14. Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., et al. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.
15. Marois, E. (2007). *Étude des facteurs prédictifs et obstacles du retour au travail chez les personnes en incapacité de travail prolongée ayant participé à un programme de réadaptation au travail*. Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec, Canada.
16. Waddell, G., Burton, A. K. & Main, C. J. (2003). *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. London, UK: Royal Society of Medicine Press.
17. van Griensven, H., Strong, J. & Unruh, A. M. (Eds.). (2013). *Pain: a textbook for health professionals*. London, UK: Churchill Livingstone.
18. Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J. & Main, C. J. (2011). Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*, 91(5), 737-753.
19. Gebhart, G. F. & Schmidt, R. F. (Eds.). (2013). *Encyclopedia of Pain*. New York, US: Springer Reference.
20. Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25(9), 1148-1156.
21. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
22. Main, C. J. & Watson, P. J. (1999). Psychological aspects of pain. *Manual Therapy*, 4(4), 203-215.
23. Pincus, T., Vlaeyen, J. W., Kendall, N. A., Von Korff, M. R., Kalauokalani, D. A. & Reis, S. (2002). Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. *Spine*, 27(5), E133-138.
24. Waddell, G. (1987). A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*, 12(7), 632-644.
25. Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P. M., De Vet, H. C. W., Knol, D. L., Loisel, P., et al. (2007). Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: Graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine*, 32(3), 291-298.
26. Bultmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T. & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*, 19(1), 81-93.

27. Guzmán, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: Systematic review. *British Medical Journal*, 322(7301), 1511-1516.
28. Krause, N., Dasinger, L. K. & Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(2), 113-139.
29. Lambeek, L. C., Van Mechelen, W., Knol, D. L., Loisel, P. & Anema, J. R. (2010). Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ (Online)*, 340(7749), 750.
30. Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., et al. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911-2918.
31. Loisel, P., Lemaire, J., Poitras, S., Durand, M. J., Champagne, F., Stock, S., et al. (2002). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med*, 59(12), 807-815.
32. Schonstein, E., Kenny, D., Keating, J., Koes, B. & Herbert, R. D. (2003). Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review. *Spine*, 28(19), E391-395.
33. Steenstra, I. A., Anema, J. R., van Tulder, M. W., Bongers, P. M., de Vet, H. C. & van Mechelen, W. (2006). Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain. *J Occup Rehabil*, 16(4), 557-578.
34. Williams, R. M., Westmorland, M. G., Lin, C. A., Schmuck, G. & Creen, M. (2007). Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 29(8), 607-624.
35. Durand, M. J., Loisel, P. & Durand, P. (1998). Therapeutic return to work as an intervention of centralized rehabilitation in work environment: Description and theoretical foundations. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 72-80.
36. Durand, M.-J. & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *PISTES*, 3(2), www.unites.uqam.ca/pistes/v3n2/articles/v3n2a5.htm.
37. Pelletier, K. R. (2001). A review and analysis of the clinical- and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998-2000 Update. *American Journal of Health Promotion*, 16(2), 107-116.
38. Pelletier, K. R. (2005). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: Update VI 2000-2004. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(10), 1051-1058.

39. Pelletier, K. R. (2009). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: Update VII 2004-2008. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(7), 822-837.
40. Pelletier, K. R. (2011). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: Update VIII 2008 to 2010. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(11), 1310-1331.
41. Durand, M. J., Corbiere, M., Coutu, M. F., Reinharz, D. & Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589.
42. Rossignol, M., Abenhaim, L., Séguin, P., Neveu, A., Collet, J. P., Ducruet, T., et al. (2000). Coordination of primary health care for back pain: A randomized controlled trial. *Spine*, 25(2), 251-259.
43. St-Arnaud, L., Briand, C., Corbière, M., Durand, M.-J., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., et al. (2011). *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale. Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
44. Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC (2010). *Best Practices for Return-to-Work/Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions: Final Report*. Vancouver, BC.
45. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Managing long-term sickness and incapacity for work*. Manchester, England.
46. Orygen Youth Health Research Centre - Centre for Youth Mental Health (2011). *Helping employees successfully return to work following depression, anxiety or a related mental health problem. Guidelines for organisations*. Melbourne, Australia: University of Melbourne.
47. Briand, C., Durand, M. J., St-Arnaud, L. & Corbière, M. (2008). How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(2), 207-217.
48. Campbell, J., Wright, C., Moseley, A., Chilvers, R., Richards, S. & Stabb, L. (2007). *Avoiding long-term incapacity for work: developing an early intervention in primary care*. Devon, UK: Peninsula Medical School, Primary Care Research Group.
49. Corbière, M. & Shen, J. (2006). A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 261-288.

50. Durand, M. J., Vézina, N., Loisel, P., Baril, R., Richard, M. C. & Diallo, B. (2007). Workplace interventions for workers with musculoskeletal disabilities: A descriptive review of content. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 123-136.
51. Pomaki, G., Franche, R. L., Khushrushahi, N., Murray, E., Lampinen, T. & Mah, P. (2010). *Best practices for return-to-work/stay-at-work interventions for workers with mental health conditions*. Vancouver, BC: Occupational Health and Safety Agency for HealthCare in BC.
52. Waddell, G., Burton, A. K. & Kendall, N. A. S. (2008). *Vocational rehabilitation: What works, for whom, and when?* London, UK: The Stationery Office.
53. Dewa, C. S., Trojanowski, L., Joosen, M. & Bonato, S. (2015). Employer Best Practice Guidelines for the Return-to-Work of Workers on Mental Disorder-related Disability Leave: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, à paraître.
54. Amick Iii, B. C., Habeck, R. V., Hunt, A., Fossel, A. H., Chapin, A., Keller, R. B., et al. (2000). Measuring the impact of organizational behaviors on work disability prevention and management. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10(1), 21-38.
55. Arnetz, B. B., Sjögren, B., Rydén, B. & Meisel, R. (2003). Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(5), 499-506.
56. Habeck, R. V., Hunt, H. A. & VanTol, B. (1999). Workplace factors associated with preventing and managing work disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(2), 98-139.
57. Hunt, H. A. & Habeck, R. V. (1993). *The Michigan disability prevention study*. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.
58. Yassi, A., Khokhar, J., Tate, R., Cooper, J., Snow, C. & Vallentyne, S. (1995). The epidemiology of back injuries in nurses at a large Canadian tertiary care hospital: implications for prevention. *Occupational Medicine*, 45(4), 215-220.
59. Yassi, A., Tate, R., Cooper, J. E., Snow, C., Vallentyne, S. & Khokhar, J. B. (1995). Early intervention for back-injured nurses at a large Canadian tertiary care hospital: an evaluation of the effectiveness and cost benefits of a two-year pilot project. *Occupational Medicine*, 45(4), 209-214.
60. Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C. A., de Boer, W. E. L., Zimbrun, T., Guyatt, G. H., et al. (2012). Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE*, 7(11), e49760.

61. Davey, C., Cornes, P. & Aitken, C. (1993). Evaluating a rehabilitation co-ordinator service for personal injury claimants. *Int J Rehabil Res*, 16(1), 49-53.
62. Donceel, P., Du Bois, M. & Lahaye, D. (1999). Return to work after surgery for lumbar disc herniation. A rehabilitation-oriented approach in insurance medicine. *Spine*, 24(9), 872-876.
63. Feuerstein, M., Huang, G. D., Ortiz, J. M., Shaw, W. S., Miller, V. I. & Wood, P. M. (2003). Integrated case management for work-related upper-extremity disorders: impact of patient satisfaction on health and work status. *J Occup Environ Med*, 45(8), 803-812.
64. Lindh, M., Lurie, M. & Sanne, H. (1997). A randomized prospective study of vocational outcome in rehabilitation of patients with non-specific musculoskeletal pain: a multidisciplinary approach to patients identified after 90 days of sick-leave. *Scand J Rehabil Med*, 29(2), 103-112.
65. Rossignol, M., Abenhaim, L., Seguin, P., Neveu, A., Collet, J. P., Ducruet, T., et al. (2000). Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine*, 25(2), 251-258.
66. van der Feltz-Cornelis, C. M., Hoedeman, R., de Jong, F. J., Meeuwissen, J. A., Drewes, H. W., van der Laan, N. C., et al. (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 6, 375-385.
67. Ahrens, A. & Mulholland, K. (2001). Vocational rehabilitation and the evolution of disability management: An organizational case study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 15(1), 39-46.
68. Burton, W. N. & Conti, D. J. (2000). Disability management: Corporate medical department management of employee health and productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42(10), 1006-1012.
69. Shaw, W., Hong, Q. N., Pransky, G. & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 2-15.
70. Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Hong, Q. N. & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability and Rehabilitation*, 32(1), 72-78.
71. Pransky, G., Shaw, W. S., Loisel, P., Hong, Q. N. & Désorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 41-48.

72. James, C., Southgate, E., Kable, A., Rivett, D. A., Guest, M. & Bohatko-Naismith, J. (2011). The return-to-work coordinator role: qualitative insights for nursing. *J Occup Rehabil*, 21(2), 220-227.
73. Bohatko-Naismith, J., James, C., Guest, M. & Rivett, D. A. (2014). The Role of the Australian Workplace Return to Work Coordinator: Essential Qualities and Attributes. *J Occup Rehabil*, 21, 220-227.
74. Cheng, A., Loisel, P. & Feuerstein, M. (2011). Return-to-Work Activities in a Chinese Cultural Context. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 44-54.
75. James, C., Southgate, E., Kable, A., Rivett, D., Guest, M. & Bohatko-Naismith, J. (2011). The Return-To-Work Coordinator Role: Qualitative Insights for Nursing. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 220-227.
76. Southgate, E., James, C., Kable, A., Bohatko-Naismith, J., Rivett, D. & Guest, M. (2011). Workplace injury and nurses: Insights from focus groups with Australian return-to-work coordinators. *Nurs Health Sci*, 13(2), 192-198.
77. Lemieux, P., Durand, M.-J. & Hong, Q. (2011). Supervisors' Perception of the Factors Influencing the Return to Work of Workers with Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 293-303.
78. Lemieux, P., Corbière, M. & Durand, M.-J. (2011). Retour et réintégration au travail de personne avec un trouble mental : le rôle du supérieur immédiat. In M. Corbière et M.-J. Durand (Eds.), *Du trouble de santé mentale à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (pp. 315-338). Québec: Presses de l'Université du Québec.
79. Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Corbière, M., Loisel, P., Nastasia, I. & Lemieux, P. (2012). *Étude des déterminants de l'incapacité au travail dans une agence gouvernementale du Québec - Volet programme de réadaptation au travail*. Québec: Gouvernement du Québec.
80. Dillman, D. A., Smyth, J. D. & Christian, L. M. (2014). *Internet, Phone Mail and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method (4th Edition)*. New York: Wiley Publishing.
81. Leung, D., Rispoli, L. & Gibson, B. (2011). *Les petites, moyennes et grandes entreprises dans l'économie canadienne : mesure de leur contribution au produit intérieur brut en 2005*. Ottawa: Statistique Canada.
82. Drouin, G. (2009). L'ossature économique du Québec en péril? *Desjardins Entreprises: Parlons Économie*, 1(2), 6-8.
83. Archer, T. M. (2008). Response rates to expect from web-based surveys and what to do about it. *Journal of Extension*, 46(3).

-
84. Coutu, M. F., Nastasia, I., Durand, M. J., Corbière, M., Loisel, P., Lemieux, P., et al. (2010). *Développement d'une approche systématique d'identification des déterminants de l'incapacité au travail liés au travail et à la santé psychologique des travailleurs dans un secteur ciblé*. Montréal: IRSST.
 85. SurveyMonkey Inc. (2014). Palo Alto, CA: SurveyMonkey Inc.
 86. Statistique Canada (2003). *Méthodes et pratiques d'enquête*. Ottawa: Ministre de l'Industrie.
 87. Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière éducation.
 88. SPSS Inc. (2009). PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago, IL: SPSS Inc.
 89. George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
 90. St-Arnaud, L. & Pelletier, M. (2013). *Guide soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi. Faciliter le retour au travail d'un employé à la suite d'une absence liée à un problème de santé psychologique*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail - Université Laval.
 91. Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D. & Collie, A. (2014). Healing or Harming? Healthcare Provider Interactions with Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems. *J Occup Rehabil*, 29, 29.
 92. Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D. & Collie, A. (2014). Interactions Between Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems: A Systematic Review of Qualitative Research Literature. *J Occup Rehabil*, 16, 16.
 93. Lecomte, C. & Savard, R. (2006). *Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité*. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
 94. Drouin, M.-S. (2011). Pathologies des troubles mentaux transitoires et graves en interaction avec les caractéristiques de la personnalité. In M. Corbière et M.-J. Durand (Eds.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (pp. 77-108). Québec: Presses de l'Université du Québec.
 95. Stuart, H. (2011). Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail. In M. Corbière et M.-J. Durand (Eds.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (pp. 339-362). Québec: Presses de l'Université du Québec.

96. Peer, J. E. & Tenhula, W. (2016). Return to Work in Depression and Anxiety. In Z. I. Schultz et J. R. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work: From Research to Practice* (pp. 633-652). Boston, MA: Springer US.
97. Mental Health Commission of Canada (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB.
98. Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. H. & Morare, M. N. (2011). Registered nurses' experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 950-958.
99. Fournier, L., Roberge, P. & Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal: Centre de recherche du CHUM.

ANNEXE A

Guide pour les entrevues exploratoires

1. Dans un premier temps, quel est votre rôle au sein de l'entreprise et quelles tâches êtes-vous typiquement appelé à exécuter?
 - Déterminer la structure hiérarchique;
 - Vérifier s'il y a d'autres personnes avec les mêmes fonctions;
 - Vérifier la composition de l'équipe de travail;
 - Vérifier le % du temps de travail requis pour la gestion des dossiers d'absence.

2. À votre connaissance, quelle est l'ampleur des absences en raison des troubles musculosquelettiques (TMS) ou de santé mentale (SM) dans votre entreprise?

3. Dans votre entreprise, fait-on usage de l'assignation temporaire pour les TMS et les troubles de santé mentale? Si oui, quelle est votre rôle dans ce processus?
 - Établir le ratio assignation temporaire/absence du travail;
 - Déterminer le niveau de facilité/difficulté associé au processus d'assignation temporaire + en établir les causes.

4. Pouvez-vous me décrire qui se passe à partir du moment que vous êtes mis au courant qu'un travailleur est absent en raison d'un TMS ou de SM?
 - Établir le temps généralement requis avant d'être mis au courant d'une absence;
 - Vérifier s'il existe une structure formelle (dépistage systématique, cas par cas, procédure selon atteinte, etc.) + qui s'occupe de quoi.

5. Dans la gestion d'un cas d'absence au travail, avec qui êtes-vous appelé à travailler? Quelle est l'implication de chacun des acteurs dans le retour au travail d'un employé?
 - Si besoin, faire mention du gestionnaire, du supérieur, des collègues, du médecin, du syndicat, etc.;
 - Établir qui détient le pouvoir décisionnel dans la gestion d'un cas d'absence;
 - Vérifier si fait appel au comité de santé et sécurité au travail, à des ressources extérieures (intervenants en santé, services médicaux, etc.), etc.;
 - Déterminer comment se fait le choix et la coordination des services.

6. Quelles sont les obstacles à votre pratique? Autrement dit, qu'est-ce qui peut compliquer votre gestion d'un cas d'incapacité au travail?
 - Demander de citer des exemples.

7. Au contraire, quels sont des éléments pouvant faciliter votre pratique? En d'autres termes, qu'est-ce qui peut faciliter votre gestion d'un cas d'incapacité au travail?
 - Demander de citer des exemples.

8. Comment êtes-vous généralement perçu par les différents acteurs impliqués dans le retour au travail d'un employé et par l'employé absent lui-même?
 - Déterminer le niveau de communication entre les acteurs, la reconnaissance et le soutien;
 - Invoquer la question de la neutralité.

9. À votre avis, quelles sont les compétences et qualités requises pour une personne comme vous, chargée du retour au travail des personnes en situation d'incapacité?

10. Selon vous, quels sont les savoirs et connaissances qu'une personne en charge des retours au travail se doit de posséder?
 - S'informer des tâches et activités réalisées;
 - Vérifier si participation à des activités de perfectionnement ou à de la formation continue;
 - Vérifier si s'intéresse/se tient au courant de la littérature professionnelle/scientifique récente.

11. Dans votre entreprise, quels sont les aspects qui mériteraient d'être améliorés en regard du retour au travail?
 - Déterminer s'il y a des activités ou une politique de santé au travail, de même que des initiatives en matière de prévention des risques et de l'incapacité;
 - Établir s'il y a promotion de ces activités, politiques ou initiatives;
 - Établir s'il y a évaluation de la performance de ces activités, politiques ou initiatives.

12. Avez-vous d'autres points dont vous aimeriez nous faire part?

ANNEXE B

Bonjour,

Vous êtes invité à participer à une étude parce que vous êtes impliqué dans la gestion des absences dans votre organisation.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET PARTICIPATION

L'objectif général de cette étude, financée par l'Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST), est de tracer un portrait des pratiques de gestion des absences dans les grandes entreprises du Québec. Plus précisément, il s'agit de mieux connaître le profil des personnes travaillant dans ce domaine, leurs tâches, les connaissances et compétences requises ainsi que les leviers et obstacles associés à leurs pratiques.

Vous ne serez sollicités qu'une fois dans le cadre de l'étude, soit pour répondre à ce sondage web. Lorsque celui-ci aura entièrement été complété et que vous aurez inscrit le numéro d'identifiant que nous vous avons fourni, un dédommagement de 25\$ vous sera envoyé, dans un délai de 6 semaines, afin de vous remercier de votre participation.

Veillez noter qu'il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses; vous répondez à ce sondage au meilleur de votre connaissance. Ainsi, il n'est pas requis de consulter vos collègues de travail ou des rapports ou registres de votre organisation en lien avec la gestion des absences.

Ce sondage doit idéalement être complété en une seule fois. Si vous devez l'interrompre, par exemple à mi-chemin, assurez-vous de laisser la fenêtre de votre navigateur web ouverte pour être en mesure de le poursuivre plus tard, sans avoir à recommencer du début. En effet, vos réponses ne seront sauvegardées que si le sondage a entièrement été complété.

CONFIDENTIALITÉ

Nous assurons la confidentialité des informations recueillies lors de votre participation à l'étude. Les informations dont vous nous ferez part serviront à des fins scientifiques et la plus stricte confidentialité sera respectée. En ce sens, ni votre identité, ni celle de votre organisation, ne seront dévoilées.

Seuls des résultats dénominalisés seront présentés. Ces résultats seront diffusés sous forme de rapports, d'articles scientifiques ou de présentations dans des colloques.

Votre participation à cette étude est volontaire et vous êtes ainsi libre de refuser d'y participer. Toutefois, en y participant, vous nous aiderez à mieux comprendre vos réalités et à élaborer des guides de pratique qui pourront être utiles dans le cadre de la gestion des absences.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Michael Bernier, coordonnateur de l'étude, au (450) 463-1835 poste 61786.

Il est également possible de communiquer avec Marie-José Durand, chercheure principale, au (450) 463-1835 poste 61466.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que participant à une étude, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoine au (450) 466-5000, poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoine au (450) 466-5434.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

1. Avant toute chose, nous aimerions savoir si vous êtes appelé à faire la gestion des dossiers d'invalidité seulement ou bien la gestion des dossiers d'invalidité et des dossiers CSST (maladie et accident professionnels) à la fois.

- La gestion des dossiers d'invalidité seulement
- La gestion des dossiers d'invalidité et celle des dossiers CSST

Pour l'ensemble du questionnaire, veuillez noter que nous utiliserons généralement l'expression "gestion des absences" pour faire référence autant à la gestion des dossiers CSST qu'à celle des dossiers d'invalidité, ceci incluant la coordination des retours au travail.

Dans un premier temps, nous aimerions en connaître davantage sur votre formation, votre parcours professionnel et votre organisation.

2. Depuis combien d'années travaillez-vous dans le domaine de la gestion des absences?

Inscrire le nombre (arrondir,
au besoin)

3. Depuis combien d'années occupez-vous votre emploi actuel?

Inscrire le nombre (arrondir,
au besoin)

4. Quel est le titre de votre fonction actuelle?

5. Dans quel(s) domaine(s) avez-vous été formé?

Vous pouvez cocher plus d'une case.

- En ressources humaines
 En administration
 En relations industrielles
 En soins infirmiers ou sciences infirmières
 Autre (veuillez préciser)

6. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété?

- Secondaire ou moins
 Études collégiales/CÉGEP - Secteur préuniversitaire
 Études collégiales/CÉGEP - Secteur technique
 Études universitaires de premier cycle - Baccalauréat
 Études universitaires de second cycle - Maîtrise
 Études universitaires de troisième cycle - Doctorat
 Autre (veuillez préciser)

7. Votre organisation est-elle publique ou privée?

- Publique
 Privée

8. Dans votre organisation, à quel département ou structure êtes-vous rattaché?

- Ressources humaines
- Santé et sécurité du travail
- Services de santé
- Autre (veuillez préciser)

9. Les organisations comme la vôtre peuvent compter plus d'un site (bureau, usine, succursale, etc.), que ce soit au Québec, dans une autre province canadienne ou à l'extérieur du Canada. Lequel(s) des choix suivants correspond(ent) à votre organisation?

Vous pouvez cocher plus d'une case.

- Mon organisation compte un seul site au Québec
- Mon organisation compte 2 sites ou plus au Québec
- Mon organisation compte au moins un site dans une autre province canadienne
- Mon organisation compte au moins un site à l'extérieur du Canada

10. Lequel des choix suivants correspond le mieux à la gestion des absences dans votre organisation au Québec, d'un site à l'autre?

- Les façons de faire sont les mêmes
- Les façons de faire sont très semblables
- Les façons de faire sont plutôt semblables
- Les façons de faire sont plutôt différentes
- Les façons de faire sont très différentes
- Les façons de faire ne sont pas du tout les mêmes

11. Dans quelle mesure les pratiques et procédures en matière de gestion des absences sont elles semblables ou différentes d'une province à l'autre?

- Les pratiques et procédures sont les mêmes
- Les pratiques et procédures sont très semblables
- Les pratiques et procédures sont plutôt semblables
- Les pratiques et procédures sont plutôt différentes
- Les pratiques et procédures sont très différentes
- Les pratiques et procédures ne sont pas du tout les mêmes

12. Votre organisation est-elle régie par des lois canadiennes en matière de gestion des invalidités?

- Oui
 Non

13. Dans votre organisation, y a-t-il des services de santé ou un bureau de santé?

- Oui
 Non

14. Parmi les professionnels suivants, lequel ou lesquels font partie des services de santé ou du bureau de santé?

Vous pouvez cocher plus d'une case.

- Médecin(s)
 Physiothérapeute(s)
 Ergothérapeute(s)
 Infirmier(s)
 Autre (veuillez préciser)

15. Dans le cadre de la gestion des invalidités, est-ce que votre organisation fait appel à une firme externe?

- Oui, pour la totalité des dossiers d'invalidité
 Oui, mais pour une partie des dossiers d'invalidité
 Non

16. Dans votre organisation, existe-t-il un programme d'aide aux travailleurs vivant des difficultés (ex. : PAE)?

- Oui
 Non

17. Au meilleur de votre connaissance, combien de travailleurs votre organisation compte-elle au Québec?

- Plus de 10 000 travailleurs
- Entre 5000 et 10 000 travailleurs
- Entre 1000 et 5000 travailleurs
- Entre 500 et 1000 travailleurs
- Entre 400 et 500 travailleurs
- Moins de 400 travailleurs

18. En vous incluant, combien de personnes sont chargées de la gestion des invalidités et des retours au travail dans votre organisation, pour le Québec au complet? S'il s'agit de vous seulement, inscrire "1".

Inscrire le nombre (donner une approximation, au besoin)

19. Quel est le nombre de travailleurs dont vous êtes responsable pour la gestion des absences?

- Plus de 5000 travailleurs
- Entre 1000 et 5000 travailleurs
- Entre 500 et 1000 travailleurs
- Entre 400 et 499 travailleurs
- Entre 300 et 399 travailleurs
- Entre 200 et 299 travailleurs
- Entre 100 et 199 travailleurs
- Entre 50 et 99 travailleurs
- Moins de 50 travailleurs

20. Les travailleurs dont vous êtes responsable sont-ils syndiqués?

- Oui, la totalité
- Oui, la plupart
- Oui, une minorité
- Non

21. Ces travailleurs syndiqués font-ils partie d'un même syndicat ou sont-ils répartis en deux syndicats ou plus?

- Un même syndicat
- Deux syndicats ou plus

22. Dans votre organisation, quelles sont la ou les personnes, autres que vous, directement impliquées dans la gestion des absences?

Vous pouvez cocher plus d'une case.

- Technicien(s) en administration
- Conseiller(s) ou responsable(s) des ressources humaines
- Représentant(s) du comité de santé et sécurité au travail
- Représentant(s) syndical(aux)
- Autre (veuillez préciser)

23. Quelle est la ou les personnes habituellement chargées de rapporter les absences des travailleurs à l'organisation?

Vous pouvez cocher plus d'une case.

- Le travailleur lui-même
- Les collègues de travail
- Le représentant syndical
- Le supérieur ou gestionnaire immédiat
- Le technicien en administration
- L'agent ou le fournisseur de services externes
- Les services de santé de l'organisation
- Autre (veuillez préciser)

24. Êtes-vous informé du diagnostic du travailleur en absence?

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Oui, à l'occasion
- Oui, mais rarement
- Non, jamais

25. Dans votre organisation, quel est le pourcentage approximatif de personnes absentes du travail?

Inscrire le %

26. Veuillez classer les motifs d'absence suivants selon leur ordre d'importance, "1" étant le plus important et "5" le moins important pour votre organisation.

<input type="text"/>	En raison de troubles musculosquelettiques
<input type="text"/>	En raison de troubles de santé mentale
<input type="text"/>	En raison de maladies cardiaques
<input type="text"/>	En raison de maladies chroniques (diabète, migraines, asthme, troubles du sommeil, sclérose en plaques, etc.)
<input type="text"/>	En raison de cancers

Les prochaines questions portent sur les tâches et activités que vous pouvez être appelé à effectuer dans le cadre de votre travail, de même que sur les aptitudes et qualités pouvant être requises. Pour faciliter la compréhension, nous avons regroupé ces tâches et activités de même que ces aptitudes et qualités sous quatre grands domaines de « compétences ». Les voici :

COMPÉTENCE 1 : « ADAPTER SES PRATIQUES AUX BESOINS ET CAPACITÉS DU TRAVAILLEUR EN ABSENCE ET EN PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL »

COMPÉTENCE 2 : « METTRE À CONTRIBUTION LES ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL CONCERNÉS ET LES RESSOURCES EXTERNES APPROPRIÉES DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL D'UN EMPLOYÉ »

COMPÉTENCE 3 : « DÉVELOPPER DES PRATIQUES QUI CADRENT AVEC LES LOIS, RÉGLEMENTS, CONVENTIONS ET PROCÉDURES EN LIEN AVEC LES ABSENCES ET LE RETOUR AU TRAVAIL »

COMPÉTENCE 4 : « REVOIR/S'INTERROGER SUR SES PRATIQUES ET CONCEPTIONS À L'ÉGARD DES ABSENCES ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, ET CONVIER LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL À EN FAIRE AUTANT »

COMPÉTENCE 1 : « ADAPTER SES PRATIQUES AUX BESOINS ET CAPACITÉS DU TRAVAILLEUR EN ABSENCE ET EN PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL »

27. À quelle fréquence avez-vous à effectuer les différentes tâches ou activités suivantes, en lien avec la compétence 1 ?

COMPÉTENCE 1 : « ADAPTER SES PRATIQUES AUX BESOINS ET CAPACITÉS DU TRAVAILLEUR EN ABSENCE ET EN PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL »

	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Clarifier les attentes mutuelles et la nature de votre relation avec le travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identifier les réactions émotionnelles du travailleur par rapport à son absence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconnaître les problèmes psychologiques (dépression, idées suicidaires) qui nécessitent une consultation rapide ou qui doivent être référés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Évaluer le support dont bénéficie le travailleur (la famille, les amis et la communauté)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identifier les facteurs pouvant nuire à la motivation du travailleur relativement à sa réadaptation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenir compte des différences culturelles et l'impact de celles-ci sur la gestion des absences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contacter le travailleur absent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rencontrer le travailleur absent pour montrer de l'intérêt à son égard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Évaluer les facteurs du milieu de travail pouvant freiner le retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analyser les postures demandées au poste de travail de l'employé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analyser les besoins d'aménagements du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identifier des tâches convenant aux capacités du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revoir la charge de travail avec l'employé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliser le diagnostic médical et les limitations pour la planification du retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'assurer de bien maîtriser la terminologie médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Évaluer les capacités de l'employé de retour au travail après une absence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suivre les progrès de l'employé afin d'atteindre les objectifs de retour au travail régulier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aider le travailleur à comprendre son stress et à y faire face	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseiller le travailleur pour l'aider à apprécier et souligner ses forces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aider le travailleur si son état se détériore à la suite du retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. À quelle fréquence êtes-vous généralement appelé à travailler avec chacun des acteurs suivants, en lien avec la compétence 1?

COMPÉTENCE 1 : « ADAPTER SES PRATIQUES AUX BESOINS ET CAPACITÉS DU TRAVAILLEUR EN ABSENCE ET EN PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL »

	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Le travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le supérieur ou gestionnaire immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le représentant syndical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le conseiller en ressources humaines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le représentant de l'assureur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les collègues du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un autre gestionnaire des absences de votre organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Dans quelle mesure est-il important pour vous de démontrer les qualités et aptitudes suivantes, en lien avec la compétence 1?

COMPÉTENCE 1 : « ADAPTER SES PRATIQUES AUX BESOINS ET CAPACITÉS DU TRAVAILLEUR EN ABSENCE ET EN PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL »

	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important
Être positif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être capable de croire en la valeur de chacun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être flexible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être empathique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire preuve de tact	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir une bonne écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être capable d'aller chercher la confiance du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMPÉTENCE 2 : « METTRE À CONTRIBUTION LES ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL CONCERNÉS ET LES RESSOURCES EXTERNES APPROPRIÉES DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL D'UN EMPLOYÉ »

30. À quelle fréquence avez-vous à effectuer les différentes tâches ou activités suivantes, en lien avec la compétence 2?

COMPÉTENCE 2 : « METTRE À CONTRIBUTION LES ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL CONCERNÉS ET LES RESSOURCES EXTERNES APPROPRIÉES DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL D'UN EMPLOYÉ »

	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Sélectionner les professionnels de la santé en fonction des besoins du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communiquer avec les professionnels de la santé impliqués, lors du retour au travail d'un employé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indiquer la nature du problème d'un travailleur lorsque celui-ci est référé au représentant de l'assureur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborer avec le représentant de l'assureur afin que les services soient coordonnés, appropriés et rendus en temps opportun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulter le représentant de l'assureur au sujet des capacités fonctionnelles, des pronostics et des plans de traitement pour un travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participer à un remue-méninges pour trouver des tâches adaptées convenant au travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Déterminer si des aménagements du travail sont possibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participer à la création d'un poste de travail allégé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Évaluer l'impact de l'absence du travailleur sur les autres travailleurs de l'organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communiquer avec la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

famille du travailleur absent				
Rédiger des plans de retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordonner les ressources en milieu de travail pour mettre en œuvre les plans de retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Communiquer avec le médecin traitant ou d'autres spécialistes pour faciliter la planification du retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rapporter aux personnes concernées les progrès d'un travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Évaluer les risques reliés au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. À quelle fréquence êtes-vous généralement appelé à travailler avec chacun des acteurs suivants, en lien avec la compétence 2?				
COMPÉTENCE 2 : « METTRE À CONTRIBUTION LES ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL CONCERNÉS ET LES RESSOURCES EXTERNES APPROPRIÉES DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL D'UN EMPLOYÉ »				
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Le travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le supérieur ou gestionnaire immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le représentant syndical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le conseiller en ressources humaines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le représentant de l'assureur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les collègues du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un autre gestionnaire des absences de votre organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. À quelle fréquence des comités paritaires sont-ils tenus afin de discuter de la gestion des absences?

- Souvent
 À l'occasion
 Rarement
 Jamais

33. Dans quelle mesure est-il important pour vous de démontrer les qualités et aptitudes suivantes, en lien avec la compétence 2?

COMPÉTENCE 2 : « METTRE À CONTRIBUTION LES ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL CONCERNÉS ET LES RESSOURCES EXTERNES APPROPRIÉES DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL D'UN EMPLOYÉ »

	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important
Être habile en négociation, médiation ou résolution de conflits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être créatif dans la résolution de problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être capable de se porter à la défense du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être capable d'établir une communication efficace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être un leader	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être capable d'établir sa crédibilité dans le milieu de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être capable d'aller chercher la confiance des différents acteurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Savoir préserver la confidentialité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être capable d'établir des priorités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMPÉTENCE 3 : « DÉVELOPPER DES PRATIQUES QUI CADRENT AVEC LES LOIS, RÉGLEMENTS, CONVENTIONS ET PROCÉDURES EN LIEN AVEC LES ABSENCES ET LE RETOUR AU TRAVAIL »

34. À quelle fréquence avez-vous à effectuer les différentes tâches ou activités suivantes, en lien avec la compétence 3?

COMPÉTENCE 3 : « DÉVELOPPER DES PRATIQUES QUI CADRENT AVEC LES LOIS, RÉGLEMENTS, CONVENTIONS ET PROCÉDURES EN LIEN AVEC LES ABSENCES ET LE RETOUR AU TRAVAIL »

	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Se mettre à jour par rapport aux lois, politiques et règlements concernant les absences et le retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appliquer les lois, politiques et règlements concernant les absences et le retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informar les travailleurs au sujet de leurs droits en vertu de la loi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informar les travailleurs relativement aux programmes de retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenir compte de l'ancienneté du travailleur et, plus généralement, des conventions collectives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rédiger des notes et rapports sur les retours au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exécuter différentes tâches administratives et remplir des formulaires (par exemple pour les réclamations)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Dans quelle mesure est-il important pour vous de démontrer les qualités et aptitudes suivantes, en lien avec la compétence 3?

COMPÉTENCE 3 : « DÉVELOPPER DES PRATIQUES QUI CADRENT AVEC LES LOIS, RÈGLEMENTS, CONVENTIONS ET PROCÉDURES EN LIEN AVEC LES ABSENCES ET LE RETOUR AU TRAVAIL »

	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important
Être méthodique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir un bon sens de l'analyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être respectueux des normes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être organisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMPÉTENCE 4 : « REVOIR/S'INTERROGER SUR SES PRATIQUES ET CONCEPTIONS À L'ÉGARD DES ABSENCES ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, ET CONVIER LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL À EN FAIRE AUTANT »

36. À quelle fréquence avez-vous à effectuer les différentes tâches ou activités suivantes, en lien avec la compétence 4?

COMPÉTENCE 4 : « REVOIR/S'INTERROGER SUR SES PRATIQUES ET CONCEPTIONS À L'ÉGARD DES ABSENCES ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, ET CONVIER LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL À EN FAIRE AUTANT »

	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Sensibiliser les gens aux préjugés et stéréotypes envers les personnes ayant des incapacités au travail, en milieu de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire de la prévention en matière de santé et sécurité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire la promotion, en milieu de travail, des activités ou initiatives en matière de santé et sécurité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procéder à l'évaluation de la performance des activités ou initiatives de l'organisation en matière de santé et sécurité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analyser les pratiques de l'organisation en matière de gestion des absences et de santé et sécurité au travail afin de les optimiser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mettre ses connaissances à jour dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail et de la réadaptation (lecture, formation continue, participation à des colloques, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Quels sont généralement vos interlocuteurs ou vos publics-cibles pour les tâches ou activités en lien avec la compétence 4 apparaissant ci-dessous? Cochez autant de cases que nécessaire.

COMPÉTENCE 4 : « REVOIR/S'INTERROGER SUR SES PRATIQUES ET CONCEPTIONS À L'ÉGARD DES ABSENCES ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, ET CONVIER LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL À EN FAIRE AUTANT »

	Les travailleurs	Les supérieurs ou gestionnaires immédiats	Les représentants syndicaux	Les conseillers en ressources humaines	Autres, précisez dans l'espace ci-bas
Sensibiliser aux préjugés et stéréotypes envers les personnes ayant des incapacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire de la prévention en matière de santé et sécurité au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire la promotion, en milieu de travail, des activités ou initiatives en matière de santé et sécurité au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (veuillez préciser)

38. Avec qui êtes-vous généralement appelé à travailler, en lien avec la compétence 4, pour les 2 tâches ou activités ci-dessous? Cochez autant de cases que nécessaire.

COMPÉTENCE 4 : « REVOIR/S'INTERROGER SUR SES PRATIQUES ET CONCEPTIONS À L'ÉGARD DES ABSENCES ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, ET CONVIER LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL À EN FAIRE AUTANT »

	Les travailleurs	Les supérieurs ou gestionnaires immédiats	Les représentants syndicaux	Les conseillers en ressources humaines	Autres, précisez dans l'espace ci-bas	Aucun autre
Analyser les pratiques en matière de gestion des absences et de santé et sécurité au travail de l'organisation, afin de les optimiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procéder à l'évaluation de la performance des activités ou initiatives de l'organisation en matière de santé et sécurité au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (veuillez préciser)

39. Dans le cadre de votre travail, dans quelle mesure est-il important de démontrer les qualités et aptitudes suivantes, en lien avec la compétence 4?

	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important
Être un bon communicateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être ouvert d'esprit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être curieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être persuasif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Dans votre organisation, fait-on usage de postes réguliers mais jugés moins exigeants pour les employés en assignation temporaire ou en reprise progressive du travail?

- Oui, souvent
- Oui, à l'occasion
- Oui, mais rarement
- Non, jamais

41. En général, dans quelle mesure est-ce facile ou difficile d'attribuer un poste régulier mais jugé moins exigeant?

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile

42. Devez-vous tenir compte de l'ancienneté dans l'attribution des postes réguliers mais jugés moins exigeants pour les employés en assignation temporaire ou en reprise du travail?

- Oui
- Non

43. Dans votre organisation, crée-t-on de nouveaux postes allégés pour les employés en assignation temporaire ou en reprise du travail?

- Oui, souvent
- Oui, à l'occasion
- Oui, mais rarement
- Non, jamais

44. En général, dans quelle mesure est-ce facile ou difficile de créer un nouveau poste allégé?

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile

45. Devez-vous tenir compte de l'ancienneté dans l'attribution des nouveaux postes allégés pour les employés en assignation temporaire ou en reprise du travail?

Oui

Non

46. En ce qui concerne les programmes de gestion des absences, êtes-vous impliqué dans au moins l'un des volets suivants : l'élaboration, la coordination, l'évaluation ou la promotion de ces programmes?

Oui

Non

47. Dans le cadre de ces programmes, vous pouvez être appelé(e) à effectuer différentes tâches ou activités. Pour chacune de celles-ci, veuillez indiquer à quelle fréquence vous avez à les effectuer.

	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Coordonner ces programmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effectuer des analyses coûts-avantages de ces programmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Élaborer des politiques, procédures et lignes directrices pour ces programmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Élaborer des plans d'affaires et des stratégies pour ces programmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promouvoir ces programmes auprès des syndicats, de la direction et autres acteurs du milieu de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer la formation associée à ces programmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promouvoir un changement d'attitude et de comportement chez les représentants des milieux de travail, afin de soutenir les objectifs de ces programmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliser des systèmes de gestion de l'information dans le cadre de ces programmes, afin de faire une surveillance des types d'absence, des coûts et des résultats obtenus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mener des recherches et publier les résultats d'études en lien avec ces programmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les prochaines questions portent sur des aspects qui peuvent faciliter votre travail ou, au contraire, le rendre plus complexe.

48. Dans votre organisation, existe-t-il des procédures, une politique ou un document énonçant les lignes directrices en matière de gestion des absences?

- Oui
- Non
- Non, mais l'on prévoit en élaborer un ou il y en a déjà un en cours d'élaboration

49. Dans quelle mesure ces procédures, cette politique ou ce document orientent-ils vos décisions et actions lors de la gestion des absences?

- Vos décisions et actions se basent complètement sur ceux-ci
- Vos décisions et actions se basent en grande partie sur ceux-ci
- Vos décisions et actions se basent partiellement sur ceux-ci
- Vos décisions et actions ne se basent pratiquement pas sur ceux-ci
- Je n'en connais pas le contenu

50. Qui sont les personnes ayant été désignées pour élaborer ces procédures, cette politique ou ce document?

- Vous-mêmes seulement
- Vous-même avec des gens de votre organisation ayant des fonctions identiques ou semblables aux vôtres
- Vous-mêmes avec des gens de votre organisation ayant des fonctions diverses
- D'autres personnes de votre organisation
- Des ressources externes
- Autre (veuillez préciser)

51. Qui sont ces autres personnes de votre organisation ou ces ressources externes?

52. Lequel des énoncés suivants correspond le mieux aux procédures en matière de gestion des absences dans votre organisation?

- Les procédures sont clairement définies
- Les procédures sont bien définies et font à l'occasion l'objet de révisions ou d'ajouts
- Les procédures sont bien définies et font rarement l'objet de révisions ou d'ajouts
- Les procédures sont plus ou moins bien définies et rien n'est fait pour améliorer la situation
- Les procédures sont plus ou moins bien définies, mais l'on travaille à mieux les circonscrire
- Les procédures sont mal définies

53. En général, de quelle manière vos initiatives et nouvelles idées en matière de gestion des absences sont-elles accueillies par vos supérieurs?

- Elles sont très bien accueillies
- Elles sont plutôt bien accueillies
- Elles sont plutôt mal accueillies
- Elles sont très mal accueillies
- Je ne propose pas vraiment de nouvelles idées ou d'initiatives
- Je ne sais pas

54. En général, par qui les décisions concernant la gestion des absences sont-elles prises?

- Par vous uniquement
- Conjointement par vous et une autre personne désignée à cet effet
- Conjointement par vous et une autre personne qui n'est pas toujours la même
- Par vous et plusieurs autres personnes
- Vous n'êtes pas vraiment impliqué dans ces décisions
- Autre (veuillez préciser)

55. Qui est cette personne ou qui sont ces personnes?

56. Parmi les énoncés suivants, lequel correspond le mieux au degré de reconnaissance dont vous ou vous et votre équipe bénéficiez en milieu de travail?

- Mon/notre travail fait l'objet d'une grande reconnaissance
- Mon/notre travail fait l'objet d'une certaine reconnaissance
- Mon/notre travail ne fait pas tellement l'objet d'une reconnaissance
- Mon/notre travail ne fait pas du tout l'objet d'une reconnaissance
- Je ne sais pas

57. Parmi les énoncés suivants, lequel correspond le mieux au degré de soutien global dont vous ou vous et votre équipe bénéficiez de la part de vos supérieurs, des gestionnaires, des directeurs et du syndicat des travailleurs?

- Mon/notre travail fait l'objet d'un grand soutien
- Mon/notre travail fait l'objet d'un certain soutien
- Mon/notre travail ne fait pas tellement l'objet de soutien
- Mon/notre travail ne fait pas du tout l'objet de soutien

58. Parmi les énoncés suivants, lequel correspond le mieux au degré de collaboration global dont vous ou vous et votre équipe bénéficiez de la part de vos supérieurs, des gestionnaires, des directeurs et du syndicat des travailleurs?

- Leur collaboration est très bonne
- Leur collaboration est plutôt bonne
- Leur collaboration est plutôt mauvaise
- Leur collaboration est très mauvaise

59. En général, comment qualifieriez-vous la communication entre les différents acteurs impliqués dans le processus de retour au travail d'un employé?

- La communication est très bonne
- La communication est plutôt bonne
- La communication est plutôt mauvaise
- La communication est très mauvaise

60. Selon vous, quelle est votre notoriété ou celle de votre équipe auprès des travailleurs qui sont sous votre « responsabilité »?

- À peu près tous les travailleurs sont au courant de mon/notre rôle
- Un bon nombre des travailleurs sont au courant de mon/notre rôle
- Peu de travailleurs sont au courant de mon/notre rôle
- À peu près aucun travailleur n'est au courant de mon/notre rôle

61. Selon vous, comment les employés en processus de retour au travail ou ceux qui sont sous votre « responsabilité » vous perçoivent-ils ou perçoivent-ils votre équipe?

- Ils ont l'impression que je représente davantage l'intérêt de l'employeur que le leur
- Ils me perçoivent comme étant neutre, c'est-à-dire qu'ils ont l'impression que nous représentons autant l'intérêt de l'employeur que leur propre intérêt
- Ils ont l'impression que je représente davantage leur intérêt que celui l'employeur

62. À quelle fréquence des rencontres incluant différents acteurs de votre organisation sont-elles habituellement planifiées, pour effectuer des suivis des dossiers des travailleurs?

- À chaque semaine
- Une fois ou deux par mois
- Quelques fois par année
- Environ une fois par année
- Moins souvent
- Jamais

63. Avez-vous à votre disposition un système informatique bien établi ou un logiciel vous permettant de faire une bonne gestion de vos dossiers d'absences?

- Oui
- Non
- Non, on prévoit mettre un tel système sur pied sous peu ou faire l'acquisition d'un logiciel à cette fin

64. En ce qui concerne votre charge de travail, lequel des énoncés suivants correspond le mieux à votre situation?

- Elle est trop lourde
- Elle est convenable
- Elle n'est pas très importante

65. Lequel des énoncés suivants correspond le mieux à votre opinion quant à la gestion des troubles musculosquelettiques et de santé mentale?

- Il est beaucoup plus difficile de gérer les cas de troubles de santé mentale que les cas de troubles musculosquelettiques
- Il est un peu plus difficile de gérer les cas de troubles de santé mentale que les cas de troubles musculosquelettiques
- La gestion de chacun de ces deux types de troubles représente un défi comparable
- Il est un peu plus difficile de gérer les cas de troubles musculosquelettiques que les cas de troubles de santé mentale
- Il est beaucoup plus difficile de gérer les cas de troubles musculosquelettiques que les cas de troubles de santé mentale

66. Pour quelle(s) raison(s)?

Raison 1

Raison 2

Raison 3

Les prochaines questions portent sur des éléments pouvant faciliter le retour ou le maintien au travail d'un employé ou, au contraire, faire obstacle à ceux-ci.

67. Différents facteurs peuvent contribuer à faciliter le retour au travail ou le maintien au travail après une absence prolongée. Pour chacun des facteurs suivants, veuillez indiquer dans quelle mesure chacun vous apparaît important.

	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important
Le travailleur a le sentiment d'être pris au sérieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travailleur est conscient de ses limites et les exprime	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La réduction du stress par l'élimination temporaire des tâches stressantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'ajustement de la charge de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La clarté concernant les tâches à réaliser et les attentes au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une ambiance de travail agréable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une reprise du travail avec des tâches familières et peu complexes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'employé fixe lui-même son rythme de travail et organise ses tâches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un environnement de travail sans excès de stimuli (bruits, dérangements, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'ajustement des heures de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une communication régulière entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et le travailleur pour faire état du progrès	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la compréhension de la part du supérieur ou gestionnaire immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une confiance mutuelle entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et l'employé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De la compréhension et du soutien de la part des collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le travailleur reçoit des compliments ou de l'appréciation de ses collègues et de son supérieur ou gestionnaire immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La transparence envers les collègues quant à la situation du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travailleur se fixe des objectifs réalistes en matière de productivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travailleur a la capacité d'identifier ses problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travailleur a confiance en lui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travailleur fait preuve de persévérance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travailleur se permet de faire des erreurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travailleur accepte de moins contrôler sa vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travailleur est motivé à retourner au travail ou à y rester après son retour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un bon soutien de la part des proches (amis, famille, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Être en mesure de reprendre le travail rapidement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir la possibilité d'occuper un emploi différent avec le même supérieur ou gestionnaire immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au besoin, la présence d'un remplaçant lors du retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une rencontre entre le travailleur et son supérieur ou gestionnaire immédiat lors du premier jour de retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des rencontres de suivi de l'employé durant les premiers jours ou les premières semaines de son retour au travail, pour s'assurer que cela se passe bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informé le travailleur par rapport à son retour au travail (étapes, tâches,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

supervision, etc.)

68. Au contraire, différents facteurs peuvent contribuer à faire obstacle au retour au travail ou au maintien au travail après une absence prolongée. Pour chacun des facteurs suivants, veuillez indiquer dans quelle mesure chacun vous apparaît important en tant qu'obstacle.

	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important
L'isolement social au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La présence d'autres facteurs de stress dans la vie personnelle du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le degré d'insatisfaction au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les contraintes financières de l'organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un historique de multiples absences du travail en raison d'un trouble de santé mentale et/ou de santé physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un retour au travail prématuré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les préjugés envers les troubles de santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une atmosphère tendue ou une relation conflictuelle avant l'absence du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des changements dans l'organisation pendant l'absence du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque de connaissance du supérieur ou gestionnaire immédiat par rapport aux troubles de santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque de connaissance du supérieur ou gestionnaire immédiat par rapport aux troubles de santé physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La mise en doute du diagnostic du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque d'information quant au diagnostic ou quant à la condition du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque ou l'absence de contact entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et le travailleur,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

avant le retour au travail				
Le manque d'implication du supérieur ou gestionnaire immédiat dans le plan de retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une équipe de travail peu ou mal préparée pour le retour d'un travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des attentes de rendement élevées de la part du supérieur ou gestionnaire immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attitude du supérieur ou gestionnaire immédiat pendant l'absence du travailleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attitude du supérieur ou gestionnaire immédiat pendant le retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attitude du travailleur pendant son absence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attitude du travailleur pendant son retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque d'action concertée entre les différents acteurs impliqués dans la démarche de retour au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque de connaissances du médecin traitant au sujet des réalités du milieu de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour terminer, voici quelques questions sur vous ainsi qu'un espace pour que vous puissiez indiquer des commentaires, si nécessaire

69. Quel est votre sexe ?

- Homme
 Femme

70. Dans laquelle des catégories d'âges suivantes vous situez-vous?

- 18 à 24 ans
 25 à 34 ans
 35 à 44 ans
 45 à 54 ans
 55 à 64 ans
 65 ans ou plus

71. Si vous avez des commentaires dont vous aimeriez nous faire part, veuillez utiliser les lignes ci-dessous.

·

·

·

72. Veuillez SVP inscrire le numéro d'identifiant que nous vous avons transmis dans le courriel d'invitation pour remplir ce sondage. Nous pourrions ainsi vous faire parvenir la somme de 25\$ en guise de dédommagement pour votre participation.

Merci pour votre précieuse collaboration!

ANNEXE C

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET PROFESSIONNEL DES PARTICIPANTS (N=195)

Variables	N (%)
Sexe	
Homme	45 (23,3)
Femme	148 (76,7)
Catégorie d'âge	
18 à 24 ans	4 (2,1)
25 à 34 ans	34 (17,6)
35 à 44 ans	64 (33,2)
45 à 54 ans	60 (31,1)
55 à 64 ans	30 (15,5)
65 ans ou plus	1 (0,5)
Domaine de formation (plusieurs mentions possibles)	
En ressources humaines	70 (35,9)
En administration	53 (27,2)
En relations industrielles	50 (25,6)
En soins infirmiers ou SST	52 (26,7)
Autres	43 (22,1)
Plus haut niveau d'études complété	
Secondaire ou moins	8 (4,1)
Études collégiales CÉGEP - Secteur préuniversitaire	4 (2,1)
Études collégiales CÉGEP - Secteur technique	22 (11,3)
Études universitaires de premier cycle - Baccalauréat	110 (56,4)
Études universitaires de second cycle - Maîtrise	31 (15,9)
Études universitaires de troisième cycle - Doctorat	0 (0)
Études universitaires - Certificat ou programme court (santé et sécurité du travail, ressources humaines, etc.)	20 (10,3)
Titre d'emploi	
Agent de gestion du personnel / de la présence au travail	17 (8,7)
Conseiller en gestion de l'invalidité	5 (2,6)
Conseiller en gestion de l'invalidité et santé et sécurité	3 (1,5)
Conseiller en ressources humaines	17 (8,7)
Conseiller en santé et sécurité du travail	21 (10,8)
Conseiller en relations de travail	4 (2,1)
Coordonnateur, ressources humaines	19 (9,7)
Coordonnateur, santé et sécurité du travail	10 (5,1)
Chef de service, ressources humaines	8 (4,1)
Chef de service, santé et sécurité du travail	14 (7,2)
Directeur des ressources humaines	23 (11,8)
Directeur de la santé et sécurité du travail	4 (2,1)
Gestionnaire de l'invalidité	7 (3,6)
Gestionnaire du service médical	2 (1,0)
Responsable rémunération, paie et/ou avantages sociaux	23 (11,8)
Technicien en avantages sociaux	3 (1,5)
Technicien en ressources humaines	4 (2,1)
Infirmier	10 (5,1)
Infirmier, gestion de l'invalidité	1 (0,5)
Nombre moyen d'années de travail dans le domaine de la gestion des absences (É.T.)	12,81 (8,59)
Nombre moyen d'années dans l'emploi actuellement occupé (É.T.)	7,25 (6,78)
Responsabilité en matière de gestion des absences	
S'occupe uniquement des dossiers d'invalidité	30 (15,4)
S'occupe à la fois de la gestion des dossiers d'invalidité et de ceux d'invalidité	165 (84,6)

Variabiles	N (%)
Nombre de travailleurs sous la responsabilité des répondants pour la gestion des absences	
Plus de 5000	13 (6,7)
Entre 1001 et 5000	71 (36,4)
Entre 500 et 1000	64 (32,8)
Entre 400 et 499	20 (10,3)
Entre 300 et 399	11 (5,6)
Entre 200 et 299	5 (2,6)
Entre 100 et 199	4 (2,1)
Entre 50 et 99	4 (2,1)
Moins de 50	3 (1,5)

CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISATIONS SONDEES (N=195)

Variabiles	N (%)
Nature de l'organisation	
Publique	82 (42,1)
Privée	113 (57,9)
Secteur d'activité autodéclaré	
Administrations publiques	13 (6,7)
Agriculture, foresterie, pêche et chasse	4 (2,1)
Arts, spectacles et loisirs	7 (3,6)
Commerce de détail	16 (8,2)
Commerce de gros	7 (3,6)
Construction	9 (4,6)
Extraction minière et extraction de pétrole et de gaz	3 (1,5)
Fabrication	32 (16,4)
Finance et assurances	7 (3,6)
Gestion de sociétés et d'entreprises	0 (0)
Hébergement et services de restauration	2 (1,0)
Industrie de l'information et industrie culturelle	4 (2,1)
Services administratifs, services de soutien, services de gestion des déchets et services d'assainissement	3 (1,5)
Services d'enseignement	16 (8,2)
Services immobiliers et services de location et de location	0 (0)
Services professionnels, scientifiques et techniques	17 (8,7)
Services publics	1 (0,5)
Soins de santé et assistance sociale	43 (22,1)
Transport et entreposage	11 (5,6)
Nombre de sites de l'organisation, sans égard à leur localisation	
Un seul site	25 (12,8)
Deux sites ou plus	170 (87,2)
Nombre de sites au Québec (sous-échantillon, n = 170)	
Organisations comptant 2 sites ou plus	158 (92,9)
Organisations ne comptant pas 2 sites ou plus	12 (7,1)
Nombre de sites dans une autre province canadienne (sous-échantillon, n = 170)	
Organisations comptant au moins 1 site	74 (43,5)
Organisations ne comptant aucun site	96 (56,5)
Nombre de sites à l'extérieur du Canada (sous-échantillon, n = 170)	
Organisations comptant au moins un site	53 (31,2)
Organisations ne comptant aucun site	117 (68,8)
Nombre de travailleurs au Québec	
Plus de 10 000	7 (3,6)
Entre 5000 et 10 000	11 (5,6)
Entre 1000 et 5000	72 (36,9)
Entre 500 et 1000	105 (53,8)

Variables	N (%)
Département ou structure de rattachement de la gestion des invalidités	
Ressources humaines	153 (78,5)
Santé et sécurité du travail	15 (7,7)
Services de santé	18 (9,2)
Administration, paye et/ou avantages sociaux	6 (3,1)
Autre	3 (1,5)
Nombre moyen de personnes chargées de la gestion des invalidités et des retours au travail, pour le Québec au complet (É.T.)	3,52 (4,16)
Existence de services de santé ou d'un bureau de santé	
Oui, existence	82 (42,1)
Non, absence	113 (57,9)
Organisations faisant appel à une firme externe dans le cadre de la gestion des invalidités	
Oui, pour la totalité des dossiers d'invalidité	22 (11,3)
Oui, mais pour une partie des dossiers d'invalidité	72 (36,9)
Non	101 (51,8)
Existence d'un programme d'aide aux travailleurs vivant des difficultés (ex. : PAE)	
Oui, existence	182 (93,3)
Non, absence	13 (6,7)
Proportion des employés syndiqués	
La totalité	24 (12,3)
La plupart	104 (53,3)
Une minorité	20 (10,3)
Aucun	47 (24,1)
Répartition des employés syndiqués (sous-échantillon, n = 148)	
Un même syndicat	24 (16,2)
Deux syndicats ou plus	124 (83,8)
Pourcentage approximatif de personnes absentes du travail	
Moins de 1 %	37 (20,7)
Entre 1 et 3 %	43 (24,0)
Entre 4 et 6 %	51 (28,6)
Entre 7 et 9 %	34 (19,0)
10 % ou plus	14 (7,9)
Motif d'absence le plus fréquent	
Troubles musculosquelettiques	89 (46,1)
Troubles de santé mentale	92 (47,7)
Maladies cardiaques	1 (0,5)
Maladies chroniques (diabète, migraines, asthme, etc.)	8 (4,1)
Cancers	3 (1,6)

ANNEXE D

COMPÉTENCE 1 : « ADAPTER SES PRATIQUES AUX BESOINS ET AUX CAPACITÉS DU TRAVAILLEUR ABSENT ET EN PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL » (N=195)

Tâches/activités	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais	
Contacter le travailleur absent	146 (74,9)	34 (17,4)	13 (6,7)	2 (1,0)	3,66 (0,65)
Utiliser le diagnostic médical et les limitations pour la planification du retour au travail	123 (63,1)	49 (25,1)	16 (8,2)	7 (3,6)	3,48 (0,80)
S'assurer de bien maîtriser la terminologie médicale	104 (53,3)	52 (26,7)	26 (13,3)	13 (6,7)	3,27 (0,93)
Suivre les progrès de l'employé afin d'atteindre les objectifs de retour au travail régulier	95 (48,7)	67 (34,4)	26 (13,3)	7 (3,6)	3,28 (0,83)
Évaluer les facteurs du milieu de travail pouvant freiner le retour au travail	91 (46,7)	74 (37,9)	24 (12,3)	6 (3,1)	3,28 (0,80)
Identifier des tâches convenant aux capacités du travailleur	91 (46,7)	74 (37,9)	23 (11,8)	7 (3,6)	3,28 (0,81)
Évaluer les capacités de l'employé de retour au travail après une absence	89 (45,6)	64 (32,8)	24 (12,3)	18 (9,2)	3,15 (0,97)
Clarifier les attentes mutuelles et la nature de votre relation avec le travailleur	83 (42,6)	81 (41,5)	28 (14,4)	3 (1,5)	3,25 (0,76)
Identifier les facteurs pouvant nuire à la motivation du travailleur relativement à sa réadaptation	67 (34,4)	71 (36,4)	46 (23,6)	11 (5,6)	2,99 (0,90)
Identifier les réactions émotionnelles du travailleur par rapport à son absence	65 (33,3)	91 (46,7)	33 (16,9)	6 (3,1)	3,10 (0,79)
Aider le travailleur si son état de santé se détériore à la suite du retour au travail	59 (30,3)	80 (41,0)	46 (23,6)	10 (5,1)	2,96 (0,86)
Rencontrer le travailleur absent pour montrer de l'intérêt à son égard	59 (30,3)	77 (39,5)	39 (20,0)	20 (10,3)	2,90 (0,96)
Analyser les postures demandées au poste de travail de l'employé	58 (29,7)	86 (44,1)	34 (17,4)	17 (8,7)	2,95 (0,91)
Reconnaître les problèmes psychologiques (dépression, idées suicidaires) qui nécessitent une consultation rapide ou qui doivent être envoyés à un spécialiste	53 (27,2)	76 (39,0)	52 (26,7)	14 (7,2)	2,86 (0,90)
Analyser les besoins d'aménagement du travail	49 (25,1)	93 (47,7)	39 (20,0)	14 (7,2)	2,91 (0,86)
Évaluer le support dont bénéficie le travailleur (la famille, les amis et la communauté)	45 (23,1)	54 (27,7)	73 (37,4)	23 (11,8)	2,62 (0,97)
Revoir la charge de travail avec l'employé	37 (19,0)	74 (37,9)	63 (32,3)	21 (10,8)	2,65 (0,91)
Aider le travailleur à comprendre son stress et à y faire face	36 (18,5)	65 (33,3)	64 (32,8)	30 (15,4)	2,55 (0,96)
Conseiller le travailleur pour l'aider à apprécier et souligner ses forces	25 (12,8)	69 (35,4)	64 (32,8)	37 (19,0)	2,42 (0,94)
Tenir compte des différences culturelles et l'impact de celles-ci sur la gestion des absences	15 (7,7)	45 (23,1)	77 (39,5)	58 (29,7)	2,09 (0,91)

COMPÉTENCE 1 - ÉQUIPE DE TRAVAIL (N=195)

Acteurs	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais	
Le supérieur ou gestionnaire immédiat	147 (75,4)	45 (23,1)	2 (1,0)	1 (0,5)	3,73 (0,50)
Le travailleur	146 (74,9)	34 (17,4)	14 (7,2)	1 (0,5)	3,67 (0,63)
Le conseiller en ressources humaines	88 (45,1)	72 (36,9)	15 (7,7)	20 (10,3)	3,17 (0,96)
Le représentant de l'assureur	72 (36,9)	55 (28,2)	36 (18,5)	32 (16,4)	2,86 (1,09)
Le représentant syndical	24 (12,3)	68 (34,9)	51 (26,2)	52 (26,7)	2,33 (1,00)
Les professionnels de la santé	44 (22,6)	97 (49,7)	32 (16,4)	22 (11,3)	2,84 (0,91)
Un autre gestionnaire des absences de votre organisation	31 (15,9)	57 (29,2)	33 (16,9)	74 (37,9)	2,23 (1,12)
Les collègues du travailleur	1 (0,5)	29 (14,9)	88 (45,1)	77 (39,5)	1,76 (0,72)

COMPÉTENCE 1 - QUALITÉS ET APTITUDES (N=195)

Qualités et aptitudes	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important	
Avoir une bonne écoute	171 (87,7)	24 (12,3)	0 (0)	0 (0)	3,88 (0,33)
Être capable d'aller chercher la confiance du travailleur	170 (87,2)	25 (12,8)	0 (0)	0 (0)	3,87 (0,34)
Faire preuve de tact	161 (82,6)	32 (16,4)	2 (1,0)	0 (0)	3,82 (0,42)
Être positif	154 (79,0)	39 (20,0)	2 (1,0)	0 (0)	3,78 (0,44)
Être empathique	138 (70,8)	54 (27,7)	3 (1,5)	0 (0)	3,69 (0,50)
Être flexible	116 (59,5)	75 (38,5)	3 (1,5)	1 (0,5)	3,57 (0,56)
Être capable de croire en la valeur de chacun	109 (55,9)	79 (40,5)	7 (3,6)	0 (0)	3,52 (0,57)

COMPÉTENCE 2 : « METTRE À CONTRIBUTION LES ACTEURS CONCERNÉS DU MILIEU DE TRAVAIL ET LES RESSOURCES EXTERNES APPROPRIÉES DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL D'UN EMPLOYÉ »

Tâches/activités	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais	
Collaborer avec le représentant de l'assureur afin que les services soient coordonnés, appropriés et rendus en temps opportun	83 (42,6)	60 (30,8)	25 (12,8)	27 (13,8)	3,02 (1,06)
Consulter le représentant de l'assureur au sujet des capacités fonctionnelles, des pronostics et des plans de traitement pour un travailleur	82 (42,1)	56 (28,7)	29 (14,9)	28 (14,4)	2,98 (1,08)
Coordonner les ressources en milieu de travail pour mettre en œuvre les plans de retour au travail	72 (36,9)	72 (36,9)	37 (19,0)	14 (7,2)	3,04 (0,92)
Rédiger des plans de retour au travail	66 (33,8)	53 (27,2)	45 (23,1)	31 (15,9)	2,79 (1,08)
Évaluer les risques reliés au travail	65 (33,3)	77 (39,5)	34 (17,4)	19 (9,7)	2,96 (0,95)
Indiquer la nature du problème d'un travailleur lorsque celui-ci est référé au représentant de l'assureur	62 (31,8)	67 (34,4)	32 (16,4)	34 (17,4)	2,81 (1,07)
Déterminer si des aménagements du travail sont possibles	60 (30,8)	100 (51,3)	26 (13,3)	9 (4,6)	3,08 (0,79)
Rapporter aux personnes concernées les progrès d'un travailleur	53 (27,2)	73 (37,4)	48 (24,6)	21 (10,8)	2,81 (0,96)
Participer à un remue-ménages pour trouver des tâches adaptées convenant au travailleur	46 (23,6)	84 (43,1)	49 (25,1)	16 (8,2)	2,82 (0,89)
Communiquer avec le médecin traitant ou d'autres spécialistes pour faciliter la planification du retour au travail	46 (23,6)	58 (29,7)	57 (29,2)	34 (17,4)	2,59 (1,03)
Participer à la création d'un poste de travail allégé	38 (19,5)	70 (35,9)	58 (29,7)	29 (14,9)	2,60 (0,97)
Communiquer avec les professionnels de la santé impliqués, lors du retour au travail d'un employé	31 (15,9)	82 (42,1)	54 (27,7)	28 (14,4)	2,59 (0,92)
Sélectionner les professionnels de la santé en fonction des besoins du travailleur (physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, etc.)	30 (15,4)	74 (37,9)	48 (24,6)	43 (22,1)	2,47 (1,00)
Évaluer l'impact de l'absence du travailleur sur les autres travailleurs de l'organisation	22 (11,3)	63 (32,3)	68 (34,9)	42 (21,5)	2,33 (0,94)
Communiquer avec la famille du travailleur absent	1 (0,5)	15 (7,7)	73 (37,4)	106 (54,4)	1,54 (0,66)

COMPÉTENCE 2 - ÉQUIPE DE TRAVAIL (N=195)

Acteurs	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais	
Le supérieur ou gestionnaire immédiat	163 (83,6)	21 (10,8)	11 (5,6)	0 (0)	3,78 (0,54)
Le travailleur	154 (79,0)	27 (13,8)	11 (5,6)	3 (1,5)	3,70 (0,65)
Le conseiller en ressources humaines	82 (42,1)	65 (33,3)	26 (13,3)	22 (11,3)	3,06 (1,00)
Le représentant de l'assureur	72 (36,9)	54 (27,7)	34 (17,4)	35 (17,9)	2,84 (1,11)
Les professionnels de la santé	41 (21,0)	83 (42,6)	44 (22,6)	27 (13,8)	2,71 (0,95)
Un autre gestionnaire des absences de votre organisation	28 (14,4)	45 (23,1)	43 (22,1)	79 (40,5)	2,11 (1,10)
Le représentant syndical	27 (13,8)	63 (32,3)	45 (23,1)	60 (30,8)	2,29 (1,05)
Les collègues du travailleur	7 (3,6)	24 (12,3)	76 (39,0)	88 (45,1)	1,74 (0,810)

COMPÉTENCE 2 - QUALITÉS ET APTITUDES (N=195)

Qualités et aptitudes	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important	
Savoir préserver la confidentialité	183 (93,8)	12 (6,2)	0 (0)	0 (0)	3,94 (0,24)
Être capable d'aller chercher la confiance des différents acteurs	166 (85,1)	28 (14,4)	1 (0,5)	0 (0)	3,85 (0,38)
Être capable d'établir sa crédibilité dans le milieu de travail	163 (83,6)	32 (16,4)	0 (0)	0 (0)	3,84 (0,37)
Être capable d'établir une communication efficace	163 (83,6)	32 (16,4)	0 (0)	0 (0)	3,84 (0,37)
Être capable d'établir des priorités	132 (67,7)	61 (31,3)	2 (1,0)	0 (0)	3,67 (0,49)
Être créatif dans la résolution de problèmes	118 (60,5)	67 (34,4)	8 (4,1)	2 (1,0)	3,54 (0,63)
Être habile en négociation, médiation ou résolution de conflits	109 (55,9)	74 (37,9)	10 (5,1)	2 (1,0)	3,49 (0,65)
Être un leader	101 (51,8)	71 (36,4)	21 (10,8)	2 (1,0)	3,39 (0,72)
Être capable de se porter à la défense du travailleur	47 (24,1)	116 (59,5)	32 (16,4)	0 (0)	3,08 (0,63)

COMPÉTENCE 3 : « DÉVELOPPER DES PRATIQUES QUI CADRENT AVEC LES LOIS, RÈGLEMENTS, CONVENTIONS ET PROCÉDURES EN LIEN AVEC LES ABSENCES ET LE RETOUR AU TRAVAIL »

Tâches/activités	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais	
Appliquer les lois, politiques et règlements concernant les absences et le retour au travail	169 (86,7)	21 (10,8)	3 (1,5)	2 (1,0)	3,83 (0,48)
Exécuter différentes tâches administratives et remplir des formulaires (par exemple pour les réclamations)	121 (62,1)	47 (24,1)	23 (11,8)	4 (2,1)	3,46 (0,78)
Informers les travailleurs relativement aux programmes de retour au travail	113 (57,9)	59 (30,3)	19 (9,7)	4 (2,1)	3,44 (0,75)
Tenir compte de l'ancienneté du travailleur et, plus généralement, des conventions collectives	106 (54,4)	29 (14,9)	28 (14,4)	32 (16,4)	3,07 (1,16)
Se mettre à jour par rapport aux lois, politiques et règlements concernant les absences et le retour au travail	104 (53,3)	79 (40,5)	10 (5,1)	2 (1,0)	3,46 (0,64)
Informers les travailleurs au sujet de leurs droits en vertu de la loi	96 (49,2)	60 (30,8)	33 (16,9)	6 (3,1)	3,26 (0,85)
Diriger les travailleurs aux bonnes instances (SAAQ, CSST, IVAC, etc.)	95 (48,7)	72 (36,9)	24 (12,3)	4 (2,1)	3,32 (0,77)
Rédiger des notes et rapports sur les retours au travail	80 (41,0)	71 (36,4)	29 (14,9)	15 (7,7)	3,11 (0,93)

COMPÉTENCE 3 - QUALITÉS ET APTITUDES (N=195)

Qualités et aptitudes	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important	
Être respectueux des normes	164 (84,1)	31 (15,9)	0 (0)	0 (0)	3,84 (0,37)
Avoir un bon sens de l'analyse	160 (82,1)	34 (17,4)	1 (0,5)	0 (0)	3,82 (0,40)
Être organisé	151 (77,4)	44 (22,6)	0 (0)	0 (0)	3,77 (0,42)
Être méthodique	134 (68,7)	59 (30,3)	2 (1,0)	0 (0)	3,68 (0,49)

**COMPÉTENCE 4 : « REVOIR/S'INTERROGER SUR SES PRATIQUES ET CONCEPTIONS
À L'ÉGARD DES ABSENCES ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, ET CONVIER LES
DIFFÉRENTS ACTEURS DU MILIEU DE TRAVAIL À EN FAIRE AUTANT »**

Tâches/activités	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais	
Faire de la prévention en matière de santé et sécurité au travail	101 (51,8)	55 (28,2)	27 (13,8)	12 (6,2)	3,26 (0,92)
Mettre ses connaissances à jour dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail, et de la réadaptation (lecture, formation continue, participation à des colloques, etc.)	81 (41,5)	94 (48,2)	18 (9,2)	2 (1,0)	3,30 (0,68)
Faire la promotion, en milieu de travail, des activités ou initiatives en matière de santé et sécurité au travail	77 (39,5)	69 (35,4)	35 (17,9)	14 (7,2)	3,07 (0,93)
Analyser les pratiques de l'organisation en matière de gestion des absences et de santé et sécurité au travail afin de les optimiser	70 (35,9)	92 (47,2)	22 (11,3)	11 (5,6)	3,13 (0,83)
Sensibiliser les gens aux préjugés et stéréotypes envers les personnes ayant des incapacités au travail, en milieu de travail	40 (20,5)	106 (54,4)	39 (20,0)	10 (5,1)	2,90 (0,78)
Procéder à l'évaluation de la performance des activités ou initiatives de l'organisation en matière de santé et sécurité au travail	38 (19,5)	81 (41,5)	44 (22,6)	32 (16,4)	2,64 (0,98)

COMPÉTENCE 4 - ÉQUIPE DE TRAVAIL (N=195)

Tâches/activités	Acteurs impliqués, mentions « Oui » - N (%)					
	Les travailleurs	Les supérieurs ou gestionnaires immédiats	Les représentants syndicaux	Les conseillers en ressources humaines	Autres	Aucun autre
Analyser les pratiques en matière de gestion des absences et de santé et sécurité au travail de l'organisation, afin de les optimiser	36 (18,5)	136 (69,7)	50 (25,6)	130 (66,7)	47 (24,1)	11 (5,6)
Procéder à l'évaluation de la performance des activités ou initiatives de l'organisation en matière de santé et sécurité au travail	38 (19,5)	124 (63,6)	47 (24,1)	108 (55,4)	37 (19,0)	23 (11,8)

COMPÉTENCE 4 - PUBLICS CIBLES (N=195)

Tâches/activités	Publics cibles concernés, mentions « Oui » - N (%)				
	Les travailleurs	Les supérieurs ou gestionnaires immédiats	Les représentants syndicaux	Les conseillers en ressources humaines	Autres
Sensibiliser aux préjugés et stéréotypes envers les personnes ayant des incapacités	92 (47,2)	178 (91,3)	37 (19,0)	75 (38,5)	11 (5,6)
Faire de la prévention en matière de santé et sécurité au travail	165 (84,6)	166 (85,1)	93 (47,7)	78 (40,0)	12 (6,2)
Faire la promotion, en milieu de travail, des activités ou initiatives en matière de santé et sécurité au travail	160 (82,1)	163 (83,6)	94 (48,2)	85 (43,6)	15 (7,7)

COMPÉTENCE 4 - QUALITÉS ET APTITUDES (N=195)

Qualités et aptitudes	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important	
Être un bon communicateur	152 (77,9)	42 (21,5)	1 (0,5)	0 (0)	3,77 (0,43)
Être ouvert d'esprit	147 (75,4)	45 (23,1)	1 (0,5)	0 (0)	3,74 (0,47)
Être persuasif	118 (60,5)	71 (36,4)	5 (2,6)	1 (0,5)	3,57 (0,57)
Être curieux	90 (46,2)	90 (46,2)	14 (7,2)	1 (0,5)	3,38 (0,64)

IMPLICATION DANS LES PROGRAMMES DE GESTION DES ABSENCES (N=179)

Tâches/activités	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais	
Coordonner ces programmes	111 (62,0)	52 (29,1)	9 (5,0)	7 (3,9)	3,49 (0,77)
Utiliser des systèmes de gestion de l'information dans le cadre de ces programmes, afin de faire une surveillance des types d'absence, des coûts et des résultats obtenus	74 (41,3)	50 (27,9)	35 (19,6)	20 (11,2)	2,99 (1,03)
Élaborer des politiques, procédures et lignes directrices pour ces programmes	69 (38,5)	76 (42,5)	20 (11,2)	14 (7,8)	3,12 (0,90)
Promouvoir ces programmes auprès des syndicats, de la direction et des autres acteurs du milieu de travail	50 (27,9)	80 (44,7)	26 (14,5)	23 (12,8)	2,88 (0,97)
Effectuer des analyses coûts-avantages de ces programmes	49 (27,4)	74 (41,3)	35 (19,6)	21 (11,7)	2,84 (0,96)
Promouvoir un changement d'attitude et de comportement chez les représentants des milieux de travail, afin de soutenir les objectifs de ces programmes	41 (22,9)	79 (44,1)	46 (25,7)	13 (7,3)	2,83 (0,87)
Assurer la formation associée à ces programmes	38 (21,2)	60 (33,5)	52 (29,1)	29 (16,2)	2,60 (1,00)
Élaborer des plans d'affaires et des stratégies pour ces programmes	25 (14,0)	57 (31,8)	55 (30,7)	42 (23,5)	2,36 (0,99)
Mener des recherches et publier les résultats d'études en lien avec ces programmes	9 (5,0)	27 (15,1)	52 (29,1)	91 (50,8)	1,74 (0,89)

ANNEXE E

OBSTACLES ET LEVIERS À LA PRATIQUE (N=194)

Obstacles et leviers	N (%)
Existence de procédures, d'une politique ou d'un document énonçant les lignes directrices en matière de gestion des absences et des retours au travail	
Oui, existence	154 (79,4)
Non	25 (12,9)
Non, mais il est prévu d'en élaborer un ou il y en a déjà un en cours d'élaboration	15 (7,7)
Mesure avec laquelle les procédures, la politique ou le document orientent les décisions et actions lors de la gestion des absences et des retours au travail (N=156)	
Les décisions et actions se basent complètement sur ceux-ci	31 (19,9)
Les décisions et actions se basent en grande partie sur ceux-ci	111 (71,2)
Les décisions et actions se basent partiellement sur ceux-ci	12 (7,7)
Les décisions et actions ne se basent pratiquement pas sur ceux-ci	1 (0,6)
Le répondant n'en connaît pas le contenu	1 (0,6)
Définition et révision des procédures en matière de gestion des absences et des retours au travail dans les organisations	
Les procédures sont clairement définies	22 (11,3)
Les procédures sont bien définies et font à l'occasion l'objet de révisions ou d'ajouts	104 (53,6)
Les procédures sont bien définies et font rarement l'objet de révisions ou d'ajouts	25 (12,9)
Les procédures sont plus ou moins bien définies et rien n'est fait pour améliorer la situation	11 (5,7)
Les procédures sont plus ou moins bien définies, mais l'on travaille à mieux les circonscrire	28 (14,4)
Les procédures sont mal définies	4 (2,1)
Manière dont les initiatives et nouvelles idées en matière de gestion des absences et des retours au travail sont accueillies par les supérieurs des répondants	
Elles sont très bien accueillies	71 (36,6)
Elles sont plutôt bien accueillies	107 (55,2)
Elles sont plutôt mal accueillies	3 (1,5)
Elles sont très mal accueillies	1 (0,5)
Le répondant ne propose pas vraiment de nouvelles idées ou d'initiatives	8 (4,1)
Le répondant ne sait pas	4 (2,1)
Degré de reconnaissance dont le répondant ou le répondant et son équipe bénéficient en milieu de travail	
Leur travail fait l'objet d'une grande reconnaissance	42 (21,6)
Leur travail fait l'objet d'une certaine reconnaissance	106 (54,6)
Leur travail ne fait pas tellement l'objet d'une reconnaissance	37 (19,1)
Leur travail ne fait pas du tout l'objet d'une reconnaissance	4 (2,1)
Le répondant ne sait pas	5 (2,6)
Degré de soutien global dont le répondant ou le répondant et son équipe bénéficient de la part de leurs supérieurs, des gestionnaires, des directeurs et du syndicat des travailleurs	
Leur travail fait l'objet d'un grand soutien	65 (33,5)
Leur travail fait l'objet d'un certain soutien	110 (56,7)
Leur travail ne fait pas tellement l'objet de soutien	17 (8,8)
Leur travail ne fait pas du tout l'objet de soutien	2 (1,0)
Degré de collaboration global dont le répondant ou le répondant et son équipe bénéficient de la part de leurs supérieurs, des gestionnaires, des directeurs et du syndicat des travailleurs	
Leur collaboration est très bonne	62 (32,0)
Leur collaboration est plutôt bonne	123 (63,4)
Leur collaboration est plutôt mauvaise	9 (4,6)
Leur collaboration est très mauvaise	0 (0)

Obstacles et leviers	N (%)
Qualité de la communication entre les différents acteurs impliqués dans le processus de retour au travail d'un employé La communication est très bonne La communication est plutôt bonne La communication est plutôt mauvaise La communication est très mauvaise	61 (31,4) 126 (64,9) 7 (3,6) 0 (0)
Notoriété du répondant ou celle de son équipe auprès des travailleurs qui sont sous leur « responsabilité » À peu près tous les travailleurs sont au courant de leur rôle Un bon nombre des travailleurs sont au courant de leur rôle Peu de travailleurs sont au courant de leur rôle À peu près aucun travailleur n'est au courant de leur rôle	66 (34,0) 110 (56,7) 18 (9,3) 0 (0)
Perception des employés en processus de retour au travail du répondant ou du répondant et de son équipe Ils ont l'impression que l'intérêt de l'employeur est davantage représenté que le leur Ils perçoivent le répondant ou le répondant et son équipe comme étant neutres, c'est-à-dire qu'ils ont l'impression qu'ils représentent autant l'intérêt de l'employeur que leur propre intérêt Ils ont l'impression que le répondant ou le répondant et son équipe représentent davantage leur intérêt que celui l'employeur	70 (36,1) 118 (60,8) 6 (3,1)
Fréquence à laquelle des rencontres incluant différents acteurs de l'organisation sont habituellement planifiées pour effectuer des suivis des dossiers des travailleurs À chaque semaine Une fois ou deux par mois Quelques fois par année Environ une fois par année Moins souvent Jamais	55 (28,4) 77 (39,7) 41 (21,1) 7 (3,6) 4 (2,1) 10 (5,2)
Existence d'un système informatique bien établi ou d'un logiciel permettant de faire une bonne gestion des dossiers d'absences et de retours au travail Oui Non Non, mais il est prévu de mettre un tel système sur pied sous peu ou de faire l'acquisition d'un logiciel à cette fin	117 (60,3) 60 (30,9) 17 (8,8)
Importance de la charge de travail Elle est trop lourde Elle est convenable Elle n'est pas très importante	65 (33,5) 129 (66,5) 0 (0)
Opinion quant à la gestion des troubles musculosquelettiques et de santé mentale Il est beaucoup plus difficile de gérer les cas de troubles de santé mentale que les cas de troubles musculosquelettiques Il est un peu plus difficile de gérer les cas de troubles de santé mentale que les cas de troubles musculosquelettiques La gestion de chacun de ces deux types de troubles représente un défi comparable Il est un peu plus difficile de gérer les cas de troubles musculosquelettiques que les cas de troubles de santé mentale Il est beaucoup plus difficile de gérer les cas de troubles musculosquelettiques que les cas de troubles de santé mentale	65 (33,5) 64 (33,0) 53 (27,3) 8 (4,1) 4 (2,1)
Fréquence des comités paritaires pour discuter de la gestion des absences Souvent À l'occasion Rarement Jamais	21 (10,8) 49 (25,1) 43 (22,1) 82 (42,1)

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DE DIVERS LEVIERS ASSOCIÉS AU RETOUR AU
 TRAVAIL (N=124)

Leviers	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important	
Le travailleur est motivé à retourner au travail ou à y rester après son retour	107 (86,3)	15 (12,1)	2 (1,6)	0 (0)	3,85 (0,40)
Une confiance mutuelle entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et l'employé	100 (80,6)	21 (16,9)	3 (2,4)	0 (0)	3,78 (0,47)
Une communication régulière entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et le travailleur pour faire état du progrès	98 (79,0)	24 (19,4)	2 (1,6)	0 (0)	3,77 (0,46)
Une rencontre entre le travailleur et son supérieur ou gestionnaire immédiat lors du premier jour de retour au travail	98 (79,0)	24 (19,4)	2 (1,6)	0 (0)	3,77 (0,46)
Informier le travailleur par rapport à son retour au travail (étapes, tâches, supervision, etc.)	95 (76,6)	28 (22,6)	1 (0,8)	0 (0)	3,76 (0,45)
De la compréhension de la part du supérieur ou gestionnaire immédiat	94 (75,8)	28 (22,6)	2 (1,6)	0 (0)	3,74 (0,48)
La clarté concernant les tâches à réaliser et les attentes au travail	90 (72,6)	31 (25,0)	3 (2,4)	0 (0)	3,70 (0,51)
Des rencontres de suivi de l'employé durant les premiers jours ou les premières semaines de son retour au travail, pour s'assurer que cela se passe bien.	88 (71,0)	36 (29,0)	0 (0)	0 (0)	3,71 (0,46)
Le travailleur a le sentiment d'être pris au sérieux	85 (68,5)	36 (29,0)	3 (2,4)	0 (0)	3,66 (0,52)
Une ambiance de travail agréable	80 (64,5)	42 (33,9)	2 (1,6)	0 (0)	3,63 (0,52)
Le travailleur est conscient de ses limites et les exprime	72 (58,1)	50 (40,3)	2 (1,6)	0 (0)	3,56 (0,53)
Le travailleur fait preuve de persévérance	64 (51,6)	58 (46,8)	2 (1,6)	0 (0)	3,50 (0,53)
L'ajustement de la charge de travail	62 (50,0)	59 (47,6)	2 (1,6)	1 (0,8)	3,47 (0,58)
Le travailleur a confiance en lui	61 (49,2)	59 (47,6)	4 (3,2)	0 (0)	3,46 (0,56)
Un bon soutien de la part des proches (amis, famille, etc.)	58 (46,8)	61 (49,2)	4 (3,2)	1 (0,8)	3,42 (0,60)
De la compréhension et du soutien de la part des collègues	57 (46,0)	63 (50,8)	4 (3,2)	0 (0)	3,43 (0,56)
Le travailleur a la capacité d'identifier ses problèmes	57 (46,0)	60 (48,4)	7 (5,6)	0 (0)	3,40 (0,60)
Être en mesure de reprendre le travail rapidement	55 (44,4)	55 (44,4)	13 (10,5)	1 (0,8)	3,32 (0,69)
La réduction du stress par l'élimination temporaire des tâches stressantes	48 (38,7)	70 (56,5)	5 (4,0)	1 (0,8)	3,33 (0,59)
Le travailleur se permet de faire des erreurs	47 (37,9)	59 (47,6)	18 (14,5)	0 (0)	3,23 (0,69)
Une reprise du travail avec des tâches familières et peu complexes	44 (35,5)	69 (55,6)	10 (8,1)	1 (0,8)	3,26 (0,64)
Le travailleur reçoit des compliments ou de l'appréciation de ses collègues et de son supérieur ou gestionnaire immédiat	42 (33,9)	73 (58,9)	8 (6,5)	1 (0,8)	3,26 (0,61)
Le travailleur se fixe des objectifs réalistes en matière de productivité	42 (33,9)	69 (55,6)	12 (9,7)	1 (0,8)	3,23 (0,65)
Le travailleur accepte de moins contrôler sa vie	31 (25,0)	62 (50,0)	27 (21,8)	4 (3,2)	2,97 (0,78)
La transparence envers les collègues quant à la situation du travailleur	29 (23,4)	66 (53,2)	25 (20,2)	4 (3,2)	2,97 (0,75)
L'ajustement des heures de travail	24 (19,4)	72 (58,1)	25 (20,2)	3 (2,4)	2,94 (0,70)
Au besoin, la présence d'un remplaçant lors du retour au travail	20 (16,1)	61 (49,2)	39 (31,5)	4 (3,2)	2,78 (0,75)
L'employé fixe lui-même son rythme de travail et organise ses tâches	18 (14,5)	64 (51,6)	38 (30,6)	4 (3,2)	2,77 (0,73)
Avoir la possibilité d'occuper un emploi différent avec le même supérieur ou gestionnaire immédiat	13 (10,5)	47 (37,9)	59 (47,6)	5 (4,0)	2,55 (0,74)
Un environnement de travail sans excès de stimuli (bruits, dérangements, etc.)	10 (8,1)	59 (47,6)	52 (41,9)	3 (2,4)	2,61 (0,67)

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DE DIVERS OBSTACLES ASSOCIÉS AU RETOUR
AU TRAVAIL (N=124)

Obstacles	N (%)				Moyenne (É.T.)
	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important	
L'attitude du travailleur pendant son retour au travail	(95) 76,6	26 (21,0)	3 (2,4)	0 (0)	3,74 (0,49)
Une atmosphère tendue ou une relation conflictuelle avant l'absence du travailleur	94 (75,8)	30 (24,2)	0 (0)	0 (0)	3,76 (0,43)
L'attitude du supérieur ou gestionnaire immédiat pendant le retour au travail	92 (74,2)	29 (23,4)	3 (2,4)	0 (0)	3,75 (0,50)
Un historique de multiples absences du travail en raison d'un trouble de santé mentale et/ou de santé physique	80 (64,5)	36 (29,0)	8 (6,5)	0 (0)	3,58 (0,61)
L'isolement social au travail	78 (62,9)	44 (35,5)	2 (1,6)	0 (0)	3,61 (0,52)
Des attentes de rendement élevées de la part du supérieur ou gestionnaire immédiat	76 (61,3)	38 (30,6)	9 (7,3)	1 (0,8)	3,52 (0,67)
Le manque d'implication du supérieur ou gestionnaire immédiat dans le plan de retour au travail	73 (58,9)	40 (32,3)	10 (8,1)	1 (0,8)	3,49 (0,68)
Le degré d'insatisfaction au travail	72 (58,1)	50 (40,3)	2 (1,6)	0 (0)	3,56 (0,53)
La présence d'autres facteurs de stress dans la vie personnelle du travailleur	66 (53,2)	58 (46,8)	0 (0)	0 (0)	3,53 (0,50)
Un retour au travail prématuré	65 (52,4)	56 (45,2)	3 (2,4)	0 (0)	3,50 (0,55)
Le manque d'action concertée entre les différents acteurs impliqués dans la démarche de retour au travail	63 (50,8)	53 (42,7)	7 (5,6)	1 (0,8)	3,44 (0,64)
Les préjugés envers les troubles de santé mentale	60 (48,4)	55 (44,4)	8 (6,5)	1 (0,8)	3,40 (0,65)
Le manque ou l'absence de contact entre le supérieur ou gestionnaire immédiat et le travailleur, avant le retour au travail	60 (48,4)	44 (35,5)	18 (14,5)	2 (1,6)	3,31 (0,78)
Le manque de connaissances du médecin traitant au sujet des réalités du milieu de travail	56 (45,2)	56 (45,2)	10 (8,1)	2 (1,6)	3,34 (0,70)
L'attitude du travailleur pendant son absence	54 (43,5)	53 (42,7)	16 (12,9)	1 (0,8)	3,29 (0,72)
La mise en doute du diagnostic du travailleur	53 (42,7)	53 (42,7)	16 (12,9)	2 (1,6)	3,27 (0,75)
L'attitude du supérieur ou gestionnaire immédiat pendant l'absence du travailleur	52 (41,9)	53 (42,7)	19 (15,3)	0 (0)	3,27 (0,71)
Une équipe de travail peu ou mal préparée pour le retour d'un travailleur	44 (35,5)	65 (52,4)	13 (10,5)	2 (1,6)	3,22 (0,69)
Le manque d'information quant au diagnostic ou quant à la condition du travailleur	41 (33,1)	59 (47,6)	21 (16,9)	3 (2,4)	3,11 (0,77)
Le manque de connaissance du supérieur ou gestionnaire immédiat par rapport aux troubles de santé mentale	40 (32,3)	65 (52,4)	19 (15,3)	0 (0)	3,17 (0,67)
Des changements dans l'organisation pendant l'absence du travailleur	29 (23,4)	73 (58,9)	22 (17,7)	0 (0)	3,06 (0,64)
Le manque de connaissance du supérieur ou gestionnaire immédiat par rapport aux troubles de santé physique	28 (22,6)	75 (60,5)	20 (16,1)	1 (0,8)	3,05 (0,65)
Les contraintes financières de l'organisation	19 (15,3)	53 (42,7)	42 (33,9)	10 (8,1)	2,65 (0,84)