

Pratiques des milieux de travail pour assurer un retour en emploi sain et durable

Iuliana Nastasia
Marie-José Durand
Marie-France Coutu
Cécile Collinge
Ana Cibotaru

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-983

NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

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.

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 (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique [InfoIRSST](#)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2017
ISBN : 978-2-89631-959-6
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,
août 2017

Pratiques des milieux de travail pour assurer un retour en emploi sain et durable

Iuliana Nastasia¹, Marie-José Durand², Marie-France Coutu²,
Cécile Collinge¹, Ana Cibotaru²

¹IRSST

²Université de Sherbrooke

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-983



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.

Cliquez recherche



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

Tout d'abord, nous voulons remercier les participants aux études de cas d'avoir si généreusement partagé leur expérience de travail.

Un grand merci s'adresse aux membres du comité de suivi pour leur disponibilité et pour leurs commentaires enrichissants. Ces commentaires ont largement alimenté notre réflexion sur les aspects pratiques de cette étude. Nous tenons à souligner de façon toute particulière le substantiel soutien offert par Diane Parent et Alain Lajoie lors de l'étape de recrutement des organisations participantes.

Nous exprimons notre reconnaissance envers la bibliotechnicienne Lynda Cloutier et à Ginette Vadnais et à Maryse Gagnon, bibliothécaires à l'IRSST, pour leur aide précieuse dans la mise en place de la stratégie de sélection des articles.

Nous voulons également saluer Julien Quertainmont, stagiaire à l'IRSST, qui a participé activement à la cueillette de données et aux analyses dans le cadre d'une première étude de cas, ainsi que Louise Sutton, conseillère en valorisation à l'IRSST, pour avoir piloté les rencontres et les échanges entre l'équipe de recherche et le comité de suivi, et son soutien constant tout au long de ce projet.

SOMMAIRE

Au Québec, la Loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles (LATMP) établit que tout travailleur ayant subi une lésion professionnelle qui porte atteinte à son intégrité physique ou psychique a droit à la réadaptation que requiert son état en vue de sa réinsertion sociale et professionnelle. La LATMP prévoit aussi un droit de retour au travail lorsque le travailleur redevient capable d'exercer son métier. Les organisations et les travailleurs sont donc directement concernés par la mise en place de solutions de retour au travail (RaT) adéquates, durables et efficaces. Alors que la littérature récente nous renseigne abondamment sur les principes d'intervention basés sur les données probantes permettant un RaT sain et durable (pratiques exemplaires), les pratiques des milieux de travail à cet égard auprès des travailleurs ayant subi un trouble musculosquelettique (TMS) ont été, à ce jour, peu étudiées. Globalement, la présente étude vise à évaluer les écarts éventuels entre les pratiques exemplaires de RaT, basées sur des données probantes, et les pratiques actuelles des milieux de travail pour, par la suite, proposer des pistes d'amélioration. Plus précisément, les objectifs spécifiques suivants ont été définis : 1) Identifier les pratiques exemplaires de RaT durable et de prévention de l'incapacité prolongée des travailleurs ayant subi un TMS; 2) Décrire les pratiques actuelles de RaT dans quelques organisations québécoises et déterminer les éléments contextuels facilitant leur mise en place; 3) Explorer les écarts entre les pratiques exemplaires recommandées en recherche et les pratiques actuelles des milieux de travail pour ensuite envisager des façons d'améliorer le transfert entre la théorie et la pratique.

Pour réaliser l'objectif 1, une revue de la littérature intégrative a été complétée. Il s'agit d'une méthode de revue spécifique qui synthétise la littérature théorique et empirique dans le but d'une compréhension exhaustive d'un phénomène. Une recherche systématique des revues de la littérature, rapports scientifiques et guides de pratiques élaborés pour les milieux de travail portant sur les interventions de retour au travail a permis de décrire ce qui est actuellement connu et recommandé en recherche sur les pratiques exemplaires de ce type, et de dégager, à partir d'une grille d'analyse contenant des catégories établies *a priori*, les principaux éléments stratégiques applicables au contexte québécois.

Pour atteindre l'objectif 2, un devis qualitatif de type étude de cas multiples à divers niveaux d'analyses imbriquées a été utilisé afin de recenser, à partir des sources de données complémentaires, les politiques, les procédures et les pratiques de quatre organisations en provenance de deux secteurs d'activité. Le cas, qui sera appelé dans ce rapport cas-organisation, est l'ensemble de procédures (formelles, informelles) et des pratiques de RaT, et de leurs conditions d'application dans un milieu de travail. Trois unités d'analyse ont été considérées pour étudier chaque cas-organisation. La première consistait à rassembler l'ensemble de documents écrits en provenance de l'organisation. Une analyse de contenu a été réalisée sur ceux-ci afin d'établir les procédures formelles de RaT. La deuxième unité d'analyse s'intéressait aux perspectives des acteurs clés engagés de façon générale dans le processus de RaT. Des analyses de contenu réalisées à partir de ces entretiens ont permis de préciser les procédures informelles, les pratiques actuelles et les conditions favorables et défavorables au processus de RaT en général et de décrire le décalage entre ce qui est prescrit par l'organisation à travers des procédures formelles et informelles et ce qui est réalisé dans la pratique. Enfin, la troisième unité d'analyse consistait en un ensemble de situations de RaT, décrites à partir des entretiens avec des

travailleurs et avec des acteurs du retour au travail. Les actions réalisées lors de chaque situation de RaT étaient décrites et synthétisées, et ensuite comparées avec des éléments prescrits contenus dans les procédures formelles ou informelles de l'organisation. Des analyses intracas-organisation ont permis de décrire les procédures, les pratiques et les conditions dans chaque cas-organisation. Des analyses intercas-organisation ont été réalisées afin de décrire les convergences et les divergences entre les procédures, les pratiques et leurs conditions d'application en fonction de différents contextes organisationnels. Au total, pour l'ensemble des cas, 45 entretiens ont été menés avec 32 acteurs clés (travailleurs, conseillers, superviseurs, préventeurs, représentants syndicaux, etc.). Les pratiques et les conditions pour les situations concrètes de RaT ont été décrites à partir des entretiens semi-directifs menés auprès de 14 travailleurs et de 21 acteurs clés du RaT de ces travailleurs.

Pour remplir l'objectif 3, les principaux éléments de pratiques exemplaires, extraits à partir de données probantes issues de la littérature (objectif 1), ont été comparés aux éléments de pratiques actuelles dans les organisations (objectif 2) afin de qualitativement décrire des écarts entre ce qui est recommandé et ce qui est réellement réalisé.

Les résultats de la revue de la littérature ont montré que plusieurs publications s'accordent sur le fait que l'intervention en milieu de travail est efficace. Bien que de nombreuses interventions de ce type aient été proposées et évaluées par les auteurs, peu de travaux établissent un lien d'efficacité entre une stratégie spécifique d'intervention en milieu de travail et le RaT. Des caractéristiques générales de politiques et de procédures d'organisation et des éléments stratégiques d'intervention en milieu de travail (activités, stratégies, ressources) ont été extraits de la littérature pour des fins de comparaison entre les pratiques exemplaires recommandées en recherche et les pratiques actuelles des organisations participantes.

L'étude de cas multiples a permis tout d'abord de décrire les pratiques actuelles pour chaque cas-organisation dans son contexte particulier. Plusieurs constats majeurs semblent se dégager de cette description. Tout d'abord, les activités inscrites dans le cadre des politiques et des procédures organisationnelles sont cohérentes avec les dispositions légales spécifiées dans le cadre de la LATMP (droit de RaT, assignation temporaire, réadaptation, etc.). Toutefois, en ce qui concerne d'autres activités essentielles, qui ne sont pas inscrites dans la loi, elles sont connues, en théorie, de la plupart des acteurs, mais elles sont rarement appliquées dans la réalité. Ensuite, on constate un décalage entre ce qui est inscrit ou reconnu comme procédures de l'organisation et ce qui est effectivement réalisé dans la pratique dans les milieux de travail. Un dernier constat porte sur la diversité de ces pratiques. Par exemple, des actions spécifiques (ex. : assigner le travailleur à des travaux légers, faire en sorte que l'assignation temporaire offre un travail valorisant, reprendre progressivement les exigences des tâches de travail) réalisées par un ou plusieurs acteurs (superviseur, conseiller, travailleur, etc.), des attitudes favorisant la communication et la collaboration entre tous les acteurs, internes et externes, engagés dans le processus de RaT du travailleur, ainsi que l'action concertée entre le superviseur et le travailleur en ce qui concerne les modifications du travail constituent tous des éléments de procédures appliqués différemment, en fonction des différentes conditions présentes dans l'organisation. Le peu de formalisation des politiques et des procédures organisationnelles pourrait expliquer cette diversité. En effet, les procédures formelles (ex. : enquête d'accident, assignation temporaire) sont appliquées de manière différente, et ce, même si les acteurs semblent les connaître. Le peu

de formalisation d'autres éléments de procédure (contacter précocement le travailleur après l'accident, choisir, planifier, implanter et suivre la solution de retour au travail, etc.) laisse place à une diversité des pratiques pour une même catégorie d'acteurs (superviseur, conseiller, syndicat), et pour un même contexte organisationnel.

Enfin, l'étude de cas multiples a permis de mettre en évidence plusieurs convergences et divergences entre les pratiques des organisations participantes. Les convergences se situent dans le domaine de la réalisation des dispositions de lois en matière de prévention (LSST) et de droit de retour au travail (LATMP) et sont spécifiques au contexte du Québec. Ainsi, la mise en place de l'assignation temporaire et de l'adaptation des postes de travail, avant même la consolidation médicale de la blessure, sont rigoureusement appliquées dans toutes les organisations. Ces dispositions découlent d'obligations légales et reflètent les politiques de prévention de la chronicité de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Quant aux divergences, elles sont associées à des éléments du contexte organisationnel. Par exemple, une culture de prévention qui favorise la concertation entre le superviseur et le travailleur permet, selon les acteurs interrogés, non seulement de prévenir d'autres accidents du même type, mais aussi d'accommoder le travailleur dans sa progression vers un rétablissement durable; elle permet aussi aux différents acteurs de mieux se préparer aux situations de RaT. Aussi, l'expérience en matière de RaT des acteurs clés avec des travailleurs de RaT est différente d'une organisation à l'autre. Plus les superviseurs ont de travailleurs sous leur supervision, plus ils ont de chances de faire face à des situations de RaT. À l'antipode, ceux qui supervisent de petites équipes affrontent rarement de telles situations et, à moins d'être bien outillé (formation, procédures avec des rôles et des responsabilités clairement formalisés, etc.), ils sont peu préparés à faire face aux exigences de production tout en respectant les limitations des travailleurs.

La comparaison des pratiques exemplaires issues de la littérature et des pratiques actuelles, décrites à partir de l'étude de cas multiples, a permis de mettre en évidence trois types d'écart. Ils concernent les différentes modalités de réalisation des activités essentielles d'un RaT durable, les structures et les ressources mises à la disposition des acteurs clés au regard des actions associées à ces activités essentielles et de l'absence de formalisation des politiques et des procédures de ces organisations. Certains messages clés peuvent être considérés par les organisations à partir de la mise en évidence de ces écarts pour ensuite envisager des façons d'améliorer le transfert entre la théorie et la pratique. Premièrement, la formalisation de politiques et de procédures de RaT de l'organisation, accompagnée de l'information/formation des acteurs sur les différentes actions à poser, permettrait la clarification de leurs rôles et responsabilités, ainsi que la prise de décision concertée sur des ajustements et modifications au travail et l'amélioration du processus. Ensuite, des ressources et des structures favorisant l'implication du superviseur et du travailleur dans le choix, l'implantation et le suivi de la solution de RaT permettraient de prendre en compte l'adéquation entre les exigences de production et les capacités de rétablissement du travailleur et d'établir un espace de discussion favorable aux ajustements et aux aménagements. La solution de retour au travail devrait être envisagée le plus tôt possible après l'accident, et cela tout en considérant des tâches valorisantes et signifiantes pour le travailleur, et en respectant la progression de ses capacités. Enfin, la coordination par des acteurs en provenance de l'organisation et la réalisation des activités essentielles, telles la communication et la collaboration entre tous les acteurs, internes et externes, devraient favoriser la construction d'une

solution de RaT, adéquate et équitable pour le travailleur et aussi pour les autres travailleurs de l'entreprise. Afin de combler les écarts entre les connaissances théoriques et empiriques, et la pratique courante, quatre pistes d'actions sont à envisager par les organisations : 1) élaborer des procédures formelles et claires et qui précisent les actions associées aux activités essentielles dans le processus de RaT et en fonction des acteurs et des différentes phases du processus de RaT; 2) promouvoir des structures basées sur la communication et la collaboration de tous les acteurs concernés; 3) sensibiliser les gestionnaires et les travailleurs sur l'importance d'un RaT précoce en milieu de travail 4) former les acteurs clés sur les activités essentielles à entreprendre pour faciliter le RaT des travailleurs indemnisés pour des troubles musculosquelettiques.

Les retombées de ces résultats sont multiples. D'un point de vue scientifique, la synthèse de pratiques exemplaires met en évidence des éléments stratégiques (les principales étapes du processus de RaT, les actions/ par phase/étape et par acteur-clé) applicables à différents niveaux d'action (caractéristiques, principes d'action, stratégies essentielles à la réussite du RaT) dans le contexte québécois. D'autre part, l'étude de cas multiples a permis de documenter comment le processus de RaT est compris et appliqué actuellement dans les organisations. La comparaison des résultats issus de l'étude de cas multiples avec ceux issus de la littérature a permis de mettre en évidence plusieurs écarts et de mieux comprendre les éléments contextuels à l'origine de ces variations dans les organisations du Québec. À la connaissance des auteurs, cette étude est une des rares à avoir comparé ce qui est recommandé en recherche avec ce qui est appliqué en pratique dans les organisations, et cela à partir des situations concrètes de RaT. Basée sur l'état actuel des connaissances, cette étude apporte des éléments de réponse à la prise en charge des travailleurs en situation de RaT après un TMS, compte tenu des spécificités de la législation au Québec. D'un point de vue pratique, les résultats de cette étude contribuent à clarifier, pour les milieux de travail participants, les points forts et les points à améliorer en matière de procédures et de pratiques en ce qui concerne leur impact sur le RaT. Cette étude pourrait servir de base à une prochaine étude visant le développement/la révision de la procédure de RaT.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
SOMMAIRE	III
TABLE DE MATIÈRES.....	VII
LISTE DE TABLEAUX.....	XI
LISTE DE FIGURES	XIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	XV
1. INTRODUCTION.....	1
1.1 Problématique de santé et de sécurité au travail	1
1.1.1 L'incapacité au travail : enjeux et conséquences	1
1.1.2 Contexte légal au Québec	2
1.2 État des connaissances scientifiques.....	3
1.2.1 Retour au travail : un enjeu important en prévention de l'incapacité prolongée	3
1.2.2 Pratiques d'intervention de RaT en réadaptation.....	5
1.2.3 Pratiques de retour au travail en milieu de travail	6
1.3 Cadre conceptuel.....	7
2. OBJECTIFS.....	9
2.1 Objectif général.....	9
2.2 Objectifs spécifiques	9
3. MÉTHODOLOGIE.....	11
3.1 Objectif 1 : Déterminer des pratiques exemplaires en milieu de travail	11
3.1.1 Questions de recherche	11
3.1.2 Recherche et sélection de documents	11
3.1.3 Évaluation de la qualité.....	12
3.1.4 Extraction de données	13
3.1.5 Analyses	13
3.1.6 Présentation de résultats.....	14

3.2	Objectif 2 : Décrire les pratiques actuelles et les conditions de retour au travail dans les milieux de travail au Québec	14
3.2.1	Définitions d'un cas et des unités d'analyse.....	14
3.2.2	Sélection des cas.....	15
3.2.3	Sources de données par cas.....	16
3.2.4	Recrutement des travailleurs et des acteurs clés.....	16
3.2.5	Instruments de collecte de données.....	16
3.2.6	Procédure de collecte des données.....	17
3.2.7	Préparation du matériel d'analyse.....	18
3.2.8	Analyses.....	18
3.3	Objectif 3 : Apprécier les écarts entre les pratiques exemplaires (littérature) et les pratiques actuelles (étude des cas multiples)	19
3.4	Éthique et confidentialité	20
4.	RÉSULTATS	21
4.1	Revue de la littérature	21
4.1.1	Description des publications retenues.....	21
4.1.2	Efficacité des interventions en milieu de travail.....	29
4.1.3	Stratégies d'intervention pour un RaT durable en milieu de travail.....	35
4.1.4	Synthèse des pratiques exemplaires.....	42
4.2	Étude de cas multiples	48
4.2.1	Organisation A.....	48
4.2.2	Organisation B.....	56
4.2.3	Organisation C.....	62
4.2.4	Organisation D.....	69
4.2.5	Synthèse de cas.....	75
4.3	Écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles des organisations.	86
5.	DISCUSSION	91
5.1	Pratiques exemplaires de RaT durable	91
5.2	Pratiques actuelles et conditions favorables au RaT durable	92
5.3	Écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles	94
5.4	Applicabilité des résultats	96
5.5	Limites et forces de l'étude	97
5.6	Retombées et perspectives de recherche	98

6. CONCLUSION.....	101
BIBLIOGRAPHIE.....	103
ANNEXE – QUESTIONS ET THÈMES ABORDÉS AVEC LES TRAVAILLEURS ET LES ACTEURS CLÉS DURANT LES ENTREVUES.....	111

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Critères de sélection	12
Tableau 2 :	Description des publications	23
Tableau 3 :	Constats sur l'efficacité des interventions en milieu de travail.....	30
Tableau 4 :	Stratégies d'intervention en milieu de travail (MT).....	38
Tableau 5 :	Lignes directrices et recommandations pour les milieux de travail	40
Tableau 6 :	Pratiques exemplaires en milieu de travail : caractéristiques, éléments stratégiques et activités spécifiques à une phase/étape ou catégorie d'acteurs	44
Tableau 7 :	Organisation A : Procédures, pratiques et conditions d'application	52
Tableau 8 :	Organisation B : Procédures, pratiques et conditions d'application	59
Tableau 9 :	Organisation C : Procédures, pratiques et conditions d'application	66
Tableau 10 :	Organisation D : Procédures, pratiques et conditions d'application	72
Tableau 11 :	Synthèse sur le contexte et les sources d'information par organisation.....	79
Tableau 12 :	Convergences et divergences entre les procédures et les pratiques actuelles des organisations.....	80
Tableau 13 :	Conditions favorables et défavorables évoquées dans les organisations par les différents groupes d'acteurs	84
Tableau 14 :	Écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles	88

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Cadre conceptuel	8
Figure 2 :	Unités d'analyse, méthodes et sources de données utilisées.....	15
Figure 3 :	Résumé de la stratégie de recherche de la littérature	22

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AT	Assignment temporaire
BEM	Bureau d'évaluation médicale
CLP	Commission des lésions professionnelles ¹
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail ²
CSS	Comité de santé et de sécurité
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail ³
ERC	Essai randomisé contrôlé
IVAQ	Indemnisation des victimes d'actes criminels
LATMP	Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
MT	Milieu de travail
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RH	Ressource humaine
RP	Retour progressif
RaT	Retour au travail
RTT	Retour thérapeutique au travail
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
Sem.	Semaine
SST	Santé et sécurité du travail
TMS	Trouble musculosquelettique

¹ Le Tribunal administratif du travail remplace la Commission des lésions professionnelles (CLP) depuis le 1^{er} janvier 2016.

² <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/a-propos-de-la-CNESST/Pages/a-propos-de-la-CNESST.aspx>

³ Depuis le 1^{er} janvier 2016, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) est devenue la Commission des normes, de l'équité et de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

1. INTRODUCTION

1.1 Problématique de santé et de sécurité au travail

1.1.1 L'incapacité au travail : enjeux et conséquences

Malgré les efforts importants investis ces dernières années en prévention, ainsi qu'en santé et en sécurité du travail, tant sur le plan de la recherche que de l'intervention, l'incapacité au travail affecte toujours une proportion importante de la population. En 2010, 5,1 % des employés canadiens à temps plein se sont absentés en raison d'une maladie ou d'une incapacité professionnelle. Au Québec, ce taux s'élevait à 8,9 % (Statistique Canada, 2011). En 2014, selon la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), 82 321 travailleurs ont été victimes d'un accident du travail et 5 725 d'une maladie professionnelle, pour un total de 88 046 travailleurs affectés (CNESST, 2016⁴). Bien que le nombre de lésions soit en baisse au Québec (il y avait 92 112 demandes d'indemnisation pour des accidents et des maladies professionnelles en 2010, 89 640 en 2012 et 88 363 en 2013; CNESST, 2016), il n'en demeure pas moins qu'en moyenne, chaque jour, 225 travailleurs se sont blessés au travail en 2014 (CNESST, 2016).

Les troubles musculosquelettiques (TMS) demeurent une des principales causes d'incapacité chez les travailleurs et comptent parmi les lésions professionnelles les plus coûteuses. Sur le plan médical, les lésions de type troubles musculosquelettiques sont des atteintes inflammatoires ou dégénératives aux structures musculosquelettiques, causées par une sursollicitation articulaire (application d'une force excessive, répétitive ou continue, parfois combinée à une posture contraignante, à l'exposition aux vibrations ou au froid). L'incapacité au travail causée par un TMS est le résultat de l'interaction entre plusieurs facteurs, incluant la condition du travailleur et comment celle-ci est prise en charge par les milieux cliniques et les milieux de travail, les exigences ergonomiques du travail, plusieurs facteurs psychosociaux, ainsi que des contextes plus globaux comme ceux socio-économiques et légaux. Les TMS représentent un lourd fardeau économique pour les employeurs, les milieux de travail, les travailleurs et la société en général; ils provoquent également des souffrances chez les travailleurs concernés ainsi que chez leurs proches.

Au Québec, en 2015, le nombre de lésions de type TMS s'établit à 23 630, représentant 27,0 % des dossiers ouverts et acceptés par la CNESST. Depuis 2012, cette proportion est relativement stable, soit un peu plus du quart des dossiers ouverts et acceptés. En 2015, c'est dans le secteur des services médicaux et sociaux que la proportion de ce type de lésions est la plus forte (41,0 %). De plus, c'est le seul secteur dont la proportion de TMS dépasse le tiers des lésions dans le secteur (CNESST, 2016). Les lésions de type TMS sont concentrées, en 2015, chez le personnel spécialisé et auxiliaires des soins infirmiers et thérapeutiques avec 4 249 cas (19,1 %), ainsi que chez les manutentionnaires et travailleurs assimilés avec 2 111 cas (9,5 %). Pour les années 2012 à 2014, ces deux professions occupent aussi les deux premiers rangs. Toutefois, il

⁴ Depuis le 1er janvier 2016, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) est devenue la Commission des normes, de l'équité et de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

est à mentionner qu'entre 2012 et 2015, ces lésions augmentent de 2,3 % chez le personnel spécialisé et auxiliaires des soins infirmiers et thérapeutiques et diminuent de 13,1 % chez les manutentionnaires et travailleurs assimilés. En 2015, les lésions de type TMS touchent davantage les hommes avec 12 727 cas (57,2 %) que les femmes avec 9 533 cas (42,8 %). Ces proportions sont semblables depuis 2012, même si entre 2012 et 2015 le nombre de lésions TMS diminue de 5,3 % chez les hommes pendant qu'il augmente de 4,0 % chez les femmes. En 2015, le nombre de dossiers TMS est plus élevé respectivement chez les 50 à 54 ans (3 108), les 35 à 39 ans (2 879) et les 45 à 49 ans (2 855). Pour chacune des années 2012 à 2014, le nombre de ces dossiers est plus élevé chez les travailleurs des groupes des 45 à 49 ans et des 50 à 54 ans. Pour l'ensemble de la période 2012 à 2015, le nombre de dossiers est beaucoup plus faible chez les moins de 20 ans et les 60 ans ou plus. En 2015, la région lombaire avec 9 552 cas (42,9 %), l'épaule, incluant la clavicule et l'omoplate avec 2 898 cas (13,0 %) et la région dorsale avec 1 885 cas (8,5 %) sont les sièges de lésion ayant les plus fortes proportions de lésions de type TMS, cumulant près de 65 % des lésions de type TMS. Les entorses, foulures et déchirures au dos représentent plus de 55 % des lésions TMS pour chacune des années 2012 à 2015. Leur nombre est relativement stable durant la période, avec un minimum de 12 934 cas en 2015 et un maximum de 13 101 cas en 2012. Les tendinites à l'épaule, les entorses, foulures, déchirures à l'épaule ou au cou ont également des volumes importants sur la période observée. En 2015, leur nombre s'élève respectivement à 1 414, 1 284 et 899.

Les conséquences de l'incapacité de travail ne sont pas que financières. Un rapport commandé par le Department for Work and Pensions au Royaume-Uni, précise qu'améliorer la santé de la main-d'œuvre est essentiel pour assurer une croissance économique et accroître la justice sociale (Black, 2008). En effet, lorsqu'un travailleur s'absente du travail à la suite d'une lésion professionnelle, de nombreuses répercussions peuvent être notées sur un vaste système interrelié. Ce système implique non seulement le travailleur aux prises avec son problème de santé, mais également son employeur, qui doit faire face aux contraintes de productivité et de rentabilité, ses collègues de travail dont la charge de travail peut être augmentée, ainsi que sa famille et ses amis, dont le bien-être et l'équilibre quotidiens sont susceptibles d'être perturbés (Martin et Baril, 1993). Une étude sur les processus de réinsertion sociale et professionnelle rapporte que les travailleurs ressentent des craintes et de l'insécurité qui découlent de l'imprécision entourant l'évaluation de leur état de santé et de la méconnaissance des règles administratives et légales. Aussi, ils ressentiraient une perte de motivation à l'égard de leur réinsertion professionnelle, de l'isolement social, une baisse de la qualité de vie et un sentiment de perte de dignité et d'autonomie (Baril *et al.*, 1994). Par conséquent, puisque l'incapacité au travail constitue un enjeu d'une telle importance, tant au plan socio-économique qu'individuel, la mise en place des pratiques gagnantes de retour au travail (RaT) devrait intéresser autant les gestionnaires que les travailleurs ou leurs représentants.

1.1.2 Contexte légal au Québec

Au Québec, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, adoptée en 1985, s'applique aux travailleurs victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et dont l'employeur a un établissement au Québec lorsque l'accident survient ou la maladie est contractée (Arguin *et al.*, 1999, Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles L.R.Q. c.A-3.001). Entre autres, cette loi prévoit le droit au RaT du travailleur victime d'un

accident du travail ou d'une maladie professionnelle, dès que sa blessure est consolidée ou que sa santé le permet. La durée de ce droit est limitée dans le temps. Ce droit permet au travailleur de conserver la priorité d'emploi chez son employeur pendant un an à partir du début de l'absence si l'organisation compte 20 travailleurs ou moins, ou pendant deux ans, si son organisation rassemble 21 travailleurs ou plus. Si un travailleur n'est plus capable d'occuper son emploi en raison de dommages permanents, son employeur doit modifier ses tâches ou adapter son poste de travail en conséquence. Si cela s'avère impossible, l'employeur doit lui offrir le premier emploi convenable disponible. L'assignation temporaire (AT) à un travail allégé constitue un droit que la loi confère à l'employeur et dont il est le seul à pouvoir prendre l'initiative de l'exercer. Cette assignation, comme son nom l'indique, doit être temporaire; elle doit consister en une activité productive et en lien avec le type d'activités de l'organisation; et elle doit favoriser le retour du travailleur à ses tâches régulières (CNESST, 2015, Politique 3.06). L'employeur, qui désire assigner un travail temporaire à un travailleur, doit fournir au médecin une description complète du poste de travail envisagé, la durée de l'assignation, les tâches à accomplir et la charge de travail, les conditions de l'emploi et les horaires prévus, puis la faire approuver par le médecin du travailleur (LATMP, article 179). Selon la loi, ce travail doit être favorable à la réadaptation de l'individu (Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, L.R.Q. c.A-3.001). Au besoin, le travailleur a aussi droit à un programme de réadaptation (physique, sociale et professionnelle) pour lui permettre de retrouver son emploi ou, si cela est impossible, d'avoir accès à un autre emploi. Il est important de souligner qu'au Québec, la convention collective en vigueur dans l'établissement ou le comité de santé et de sécurité détermine comment le retour au travail s'effectuera. En l'absence d'une convention collective ou d'un comité, le travailleur et l'employeur doivent s'entendre. La CNESST n'intervient qu'en dernier lieu, à la demande soit du travailleur, soit de l'employeur.

Afin d'épauler les organisations dans l'application de la loi, dès 1993, la CNESST a élaboré une politique de maintien du lien d'emploi dont le principal objectif est d'accroître le pourcentage de travailleurs qui retournent chez leur employeur à la suite d'un accident de travail ou à une maladie professionnelle (CSST, 1993). Dans le cadre de cette politique, les organisations québécoises doivent favoriser un retour sain et durable du travailleur. Les employeurs et les acteurs responsables des programmes de gestion des absences et de réinsertion des travailleurs après une absence due à une blessure ou maladie professionnelle sont donc directement concernés. À la connaissance des auteurs, il n'y a pas eu d'études pour décrire comment cette politique est appliquée en milieu de travail ou pour recenser les différentes conditions d'application dans les organisations.

1.2 État des connaissances scientifiques

1.2.1 Retour au travail : un enjeu important en prévention de l'incapacité prolongée

Plusieurs recherches ont été menées sur les facteurs déterminants de l'incapacité au travail. L'importance de facteurs autres que cliniques et démographiques a été mise de l'avant, dans la littérature, depuis environ trois décennies (Spitzer, 1986). Par la suite, plusieurs études ont confirmé qu'un RaT le plus tôt possible après la guérison complète d'une blessure ou d'une maladie est dans l'intérêt de tous. De façon générale, en recherche, le RaT des travailleurs ayant

subi un accident de travail ou une maladie professionnelle est reconnu actuellement comme un enjeu important non seulement pour le travailleur et ses proches, mais aussi pour l'organisation, le système de santé, le régime d'indemnisation et la société en général (Frank *et al.*, 1998, Loisel *et al.*, 2001a, Pransky *et al.*, 2004, Young *et al.*, 2010).

Des progrès importants ont été enregistrés lors des trois dernières décennies en matière de conceptualisation du RaT. En général, dans les études pronostiques, le concept de RaT est utilisé en tant que mesure du taux des victimes qui se remettent d'une incapacité et est alors associé à la reprise d'une activité productive ou encore, dans les études évaluatives, pour mesurer des effets à la suite d'une intervention précise. Néanmoins, actuellement, on reconnaît de plus en plus l'intérêt de considérer le RaT comme un processus, un ensemble de facteurs liés à la mise en œuvre d'une intervention interdisciplinaire de réadaptation au travail effectuée dans un but de réinsertion dans le milieu de travail, avant ou après le retour physique au travail (Loisel *et al.*, 2005, Pransky *et al.*, 2004). Conceptualisé en tant que processus, le RaT comporte plusieurs phases/étapes : l'absence, le retour, le maintien et l'avancement professionnel (Young *et al.*, 2005). Des efforts considérables ont été déployés en recherche pour élaborer des modèles explicatifs de l'incapacité et du RaT. L'approche biomédicale traditionnelle, mettant l'accent sur une vision de l'incapacité fondée sur la maladie, et préconisant essentiellement des traitements axés sur l'identification et l'éradication de la cause des symptômes, s'est révélée insuffisante pour agir sur l'ensemble du processus de l'incapacité et de RaT. Le modèle conceptuel dominant actuellement utilisé pour comprendre le phénomène de l'incapacité au travail est le modèle biopsychosocial (Gatchel, 2004; Verbrugge et Jette, 1994, Feuerstein, 1991). Ce modèle, quoiqu'il considère les causes anatomiques susceptibles d'être corrigées, invite à se tourner davantage vers des déterminants et des systèmes plus complexes, à l'intérieur desquels les intervenants et leurs interactions, ainsi que le rôle du contexte et de l'individu sont mis de l'avant (Loisel *et al.*, 2005). Le modèle biopsychosocial intègre des facteurs économiques, sociaux, physiques et environnementaux au processus d'établissement de l'incapacité et au processus d'intervention, tout en soulignant la relation entre les environnements physique et social de l'incapacité de travail et l'importance des facteurs externes qui influent sur le développement de l'incapacité de travail (Durand *et al.*, 2002, Loisel *et al.*, 2001a).

En ce qui concerne la gestion des cas d'incapacité et de RaT en réadaptation, plusieurs recherches ont montré que l'incapacité est due non seulement à des traits personnels du travailleur (physiques et psychologiques), mais aussi à son environnement – le milieu de travail, le régime d'indemnisation et même le système de prestation de soins de santé (Durand *et al.*, 2002, Loisel *et al.*, 2001a). Ainsi, l'ancien modèle basé uniquement sur le traitement de la maladie se transforme peu à peu en une approche de gestion de l'incapacité fondée sur la réassurance du patient et sur une intervention relative aux milieux de travail (Loisel 2005, Durand *et al.*, 2002, Loisel *et al.*, 2001, Frank *et al.*, 1998). Cette approche de la prévention de l'incapacité, qui encourage les cliniciens, les employeurs, les syndicats et les assureurs, de même que les chercheurs du domaine, à travailler ensemble sous l'angle du paradigme de l'incapacité, semble être la meilleure façon d'assurer un RaT sain et durable et d'éviter une évolution indue vers une incapacité prolongée (Loisel *et al.*, 2001). En adoptant ce modèle, le problème de l'incapacité est reconnu aujourd'hui comme étant complexe et multidimensionnel et nécessitant une mobilisation de toutes les parties intéressées (assureur, système de santé, organisation,

système du travailleur), afin d'apporter des solutions de RaT adéquates, concrètes et durables, ainsi qu'efficaces pour les organisations et les parties concernées.

1.2.2 Pratiques d'intervention de RaT en réadaptation

Le processus de RaT présente de nombreux défis pour les employés, les employeurs, les fournisseurs de soins de santé et les assureurs (Waddell *et al.*, 2002, Loisel *et al.*, 2005). Les connaissances sont abondantes en ce qui concerne les facteurs cliniques, administratifs, organisationnels et individuels à l'œuvre dans le processus de RaT (Frank *et al.*, 1998, Loisel *et al.*, 2001, Pransky *et al.*, 2004). Suite aux recherches menées pour intervenir sur ces différents facteurs, plusieurs données probantes sont disponibles notamment en ce qui a trait aux principes d'intervention en réadaptation des travailleurs ayant subi des TMS et pour préparer un RaT réussi (la gestion prompte de l'incapacité dès son apparition, le rôle du superviseur dans l'assignation des tâches de travail, l'adéquation entre les exigences du travail et les capacités du travailleur, la collaboration et la communication efficaces entre les acteurs des différents systèmes interpelés). À cet effet, des interventions de RaT se déroulant en organisation, tels l'assignation temporaire (AT), les travaux légers, l'exposition graduelle au travail, le retour progressif au travail, le retour thérapeutique au travail, ont été amplement décrites dans la littérature en réadaptation (Durand 2001, Krause *et al.*, 1998, Loisel *et al.*, 1994). On connaît toutefois peu de choses sur le contenu et la pérennité des ajustements de tâches appliqués dans le cadre de ces interventions.

Des interventions novatrices ont été proposées, mais l'évaluation de leur mise en œuvre et de leurs résultats à long terme fournit encore peu de preuves concluantes de leur efficacité. Des avancées sont à noter dans le domaine de l'intervention en réadaptation relativement à la préparation et à la réalisation du RaT adéquat et durable en organisation (Loisel *et al.*, 2005, Franche *et al.*, 2005, Durand *et al.*, 2007, Waddell *et al.*, 2009). Il a été ainsi montré que l'intervention par une équipe multidisciplinaire permet de cibler les travailleurs à risque d'incapacité prolongée et d'établir les facteurs sur lesquels agir en priorité (Anema *et al.*, 2007, Loisel *et al.*, 2005). Aussi, les démarches d'ergonomie participative, dont l'efficacité a été démontrée dans certains contextes, sont considérées aujourd'hui comme un défi prometteur à relever pour des interventions gagnantes en RaT dans les organisations (Anema *et al.*, 2003, Loisel *et al.*, 2001b, Vermeulen *et al.*, 2011). De fait, la nécessité d'impliquer les milieux de travail pour répondre aux besoins des individus et les aider à surmonter leurs incapacités est de plus en plus reconnue en recherche. La gestion du RaT présuppose, en effet, que les organisations assument la responsabilité de la prévention, de la précocité des interventions et de la réinsertion des travailleurs handicapés ou blessés (Waddell *et al.*, 2002). Des pratiques basées sur des données probantes – appelées, dans le cadre du présent projet de recherche, des pratiques exemplaires – ont également été associées aux différents acteurs clés engagés dans ce processus (p. ex. : médecin, physiothérapeute, coordonnateur du RaT, superviseur) et à une prise en charge adéquate des travailleurs en réadaptation (Krause *et al.*, 1998, Stock *et al.*, 1999, Baril *et al.*, 2000, Pransky *et al.*, 2004, Loisel *et al.*, 2005, Campbell *et al.*, 2007, Franche *et al.*, 2005, MacEachen *et al.*, 2006, Durand *et al.*, 2007).

Il semble y avoir consensus parmi les chercheurs sur le fait que l'intervention en milieu de travail est essentielle en prévention de l'incapacité prolongée (Anema *et al.*, 2004, Durand *et al.*, 2007,

Franche *et al.*, 2005, Krause *et al.*, 1998, Loisel *et al.*, 2005, MacEachen *et al.*, 2006, Nastasia *et al.*, 2011, Schultz *et al.*, 2007, Steenstra *et al.*, 2009). Toutefois, il est clair que ce type d'intervention reflète beaucoup plus souvent les préoccupations des intervenants en réadaptation que celles des milieux de travail. De plus, les études qui rapportent de telles interventions décrivent trop peu le contexte réel de l'organisation, ainsi que le contexte de travail lors de la reprise d'activités du travailleur. Par exemple, réaliser un retour progressif au travail peut comporter un effet thérapeutique non négligeable pour le travailleur en voie de rétablissement qui se sent appuyé et traité équitablement par son employeur (Durand *et al.*, 2007). Or, des études rapportent que dans certaines organisations, dès que le travailleur est compté parmi le personnel, il doit être performant sous peine d'être considéré comme un facteur d'instabilité de la production (Waddell *et al.*, 2008).

1.2.3 Pratiques de retour au travail en milieu de travail

Comme mentionné auparavant, on s'est beaucoup intéressé aux pratiques des différents professionnels en réadaptation (médecin, physiothérapeute, psychologue, etc.) en milieu de travail pour préparer le RaT, mais très peu à la description des pratiques des organisations dans leur contexte d'application et par les différents acteurs du RaT dans les organisations. Des écarts semblent subsister entre les pratiques basées sur les données probantes, telles que décrites dans la littérature (pratiques exemplaires), et leur implantation réelle dans les milieux de travail (pratiques actuelles). Par exemple, il est maintenant reconnu que le maintien du lien entre le superviseur et le travailleur est essentiel pour que ce dernier reprenne confiance en lui et envisage positivement le RaT (Nieuwenhuijsen *et al.*, 2004). En effet, une étude-terrain récente réalisée au Québec révèle notamment que, dans certaines organisations, les superviseurs reçoivent des consignes claires de la part de leurs organisations de ne pas contacter le travailleur afin d'éviter les plaintes de harcèlement, et de ne pas lui parler de ses problèmes de santé lors de son retour (Lemieux *et al.*, 2010). Il semble donc que les éléments stratégiques mis de l'avant dans la littérature pour réussir un RaT sain et durable et prévenir l'incapacité prolongée ne sont pas d'emblée mis en œuvre au sein des organisations. La compréhension de la nature du « comment » et du « pourquoi » de ces écarts, et ce, du point de vue des acteurs engagés dans le processus de RaT dans les organisations, permettrait d'envisager l'adaptation de ces divers éléments stratégiques aux contextes variés des organisations.

Deux études pionnières décrivant les pratiques des organisations québécoises ont proposé des explications sur les dimensions à l'œuvre et sur les rôles des différents acteurs (travailleur, superviseur, gestionnaire, représentant syndical, assureur, collègue) dans le processus de RaT (Baril *et al.*, 2000, Stock *et al.*, 1999). L'étude de Baril *et al.*, (2000) est remarquable de par le modèle théorique et les différentes dimensions organisationnelles mises de l'avant pour expliquer la capacité des organisations à maintenir le lien d'emploi des travailleurs ayant subi une lésion professionnelle. Pour sa part, l'étude de Stock *et al.*, (1999) trace un portrait des facteurs favorisant ou pouvant compromettre le RaT dans les organisations du secteur électrique et électronique. Cette étude a par ailleurs servi au développement des outils d'aide à la décision (Stock *et al.*, 2005) destinés aux acteurs des organisations pour les aider à mieux prendre en compte les risques de TMS dans le cadre de leurs interventions. Toutefois, la perspective à la fois systémique et générique de ces études n'a pas permis une description des actions mises en œuvre dans les milieux de pratique par les acteurs engagés dans le processus de RaT en organisation.

Or, le potentiel de telles connaissances empiriques est immense sur le plan de compréhension des conditions à l'œuvre dans les organisations, et de potentiel d'intégration des éléments stratégiques dans la conception et l'implantation des approches visant un retour sain, durable et efficace des travailleurs victimes d'un TMS.

Pour conclure, en dépit de progrès en recherche sur l'intervention en réadaptation lors des trois dernières décennies, notamment en ce qui concerne l'intérêt pour le RaT, il est toujours impossible de déterminer comment les données probantes (pratiques exemplaires) sont concrètement appliquées en milieu de travail. Selon cette perspective, la raison d'être du présent projet est de décrire des pratiques d'organisation, afin de mieux comprendre comment celles qualifiées d'exemplaires dans la littérature sont intégrées dans les façons de faire des organisations québécoises en matière de RaT, ainsi que de mieux connaître les conditions qui favorisent un RaT sain, durable et efficace.

1.3 Cadre conceptuel

La figure 1 présente le cadre conceptuel de cette recherche. Elle met en évidence le processus dynamique de coconstruction entre les produits de la recherche (pratiques exemplaires) et les pratiques en milieux de travail (pratiques actuelles). Ce processus de coconstruction permettrait d'établir des pratiques optimales, favorables à un RaT sain et durable des travailleurs affectés de TMS et adaptées à différents contextes organisationnels. Selon cette dynamique, les pratiques optimales constitueraient le résultat de l'intégration et de l'adaptation des pratiques exemplaires, basées sur des données probantes issues de la recherche, aux pratiques organisationnelles actuelles, et cela tout en tenant compte des particularités de chaque milieu de travail. Pour la réalisation de ce processus, plusieurs étapes seraient nécessaires. Tout d'abord, il est essentiel d'établir en quoi consistent les pratiques exemplaires. Ensuite, il est nécessaire de déterminer ce qui est actuellement fait en matière de RaT, d'apprécier les écarts par rapport à ce qui est recommandé, et d'élaborer des solutions pour les réduire.

Enfin, pour arriver à déterminer des pratiques optimales pour un contexte particulier, un processus de consultation des parties concernées (milieux de travail, parties prenantes au processus de RaT) semble nécessaire afin de s'assurer de l'adaptabilité des solutions envisagées et de l'adhésion des acteurs. Les résultats issus de ce projet pourront servir à la réalisation de cette dernière étape subséquente.

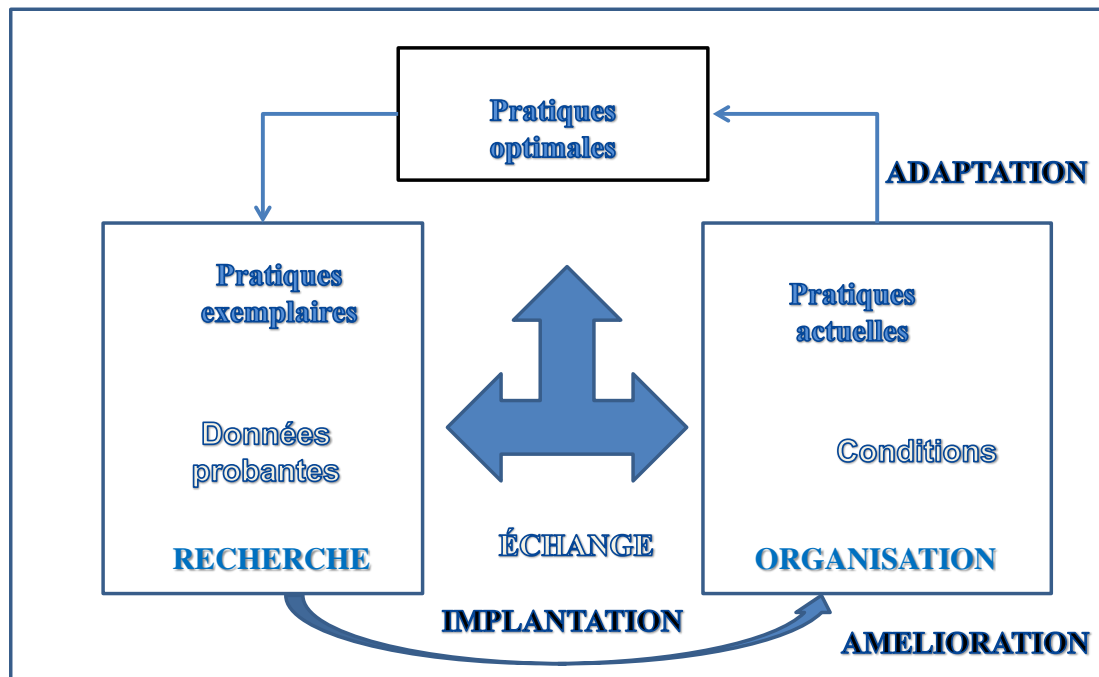


Figure 1 : Cadre conceptuel

2. OBJECTIFS

2.1 Objectif général

L'objectif global de ce projet est de déterminer et de décrire les écarts entre les pratiques exemplaires, basées sur des données probantes de la recherche, et les pratiques actuelles de quelques organisations au Québec, en ce qui concerne le RaT des travailleurs ayant subi un TMS. Ultimement, la réalisation de cet objectif devrait permettre de proposer des pistes de réflexion pour réduire ces écarts.

L'hypothèse sur laquelle repose le présent projet est que peu de pratiques exemplaires, définies à l'aide de données probantes, sont actuellement mises en œuvre dans les organisations québécoises. Or, l'appréciation des écarts entre ce qui est recommandé et ce qui est actuellement réalisé devrait permettre de mieux comprendre les voies de leur amélioration et de leur transformation en des pratiques optimales.

2.2 Objectifs spécifiques

- 1) Déterminer, à partir de la littérature, les pratiques exemplaires de RaT durable et de prévention de l'incapacité prolongée des travailleurs ayant subi un TMS;
- 2) Décrire des pratiques actuelles de RaT et établir les conditions facilitant leur mise en place dans les milieux de travail québécois;
- 3) Apprécier les écarts entre les pratiques exemplaires recommandées par la science et les pratiques actuelles des milieux de travail.

3. MÉTHODOLOGIE

Plusieurs méthodes ont été utilisées afin de répondre aux trois objectifs de l'étude. Par souci de clarté, la méthodologie sera présentée de façon distincte pour chaque objectif.

Pour l'objectif 1, afin de déterminer les pratiques exemplaires en milieu de travail, une revue intégrative de la littérature a été réalisée.

Pour l'objectif 2, dans le but de décrire les procédures et les pratiques des milieux de travail et d'établir les éléments contextuels facilitant leur mise en place dans les milieux de travail québécois, une étude de cas multiples a été effectuée. Le cas a été défini comme l'ensemble des procédures formelles, informelles et des pratiques d'un milieu de travail en ce qui concerne le RaT. Pour apprécier chaque cas, quatre sources de données ont été utilisées : des documents d'organisation, des entretiens auprès de travailleurs de RaT après une blessure musculosquelettique reliée au travail, auprès d'acteurs du RaT de ces travailleurs et auprès de ceux généralement engagés dans un tel processus de RaT.

Pour l'objectif 3, afin d'apprécier les écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre en milieu de travail, un devis qualitatif de type descriptif a été utilisé.

3.1 Objectif 1 : Déterminer des pratiques exemplaires en milieu de travail

Dans un premier temps, une revue de la littérature intégrative (Grant, 2009) a été complétée. La revue intégrative est une méthode de revue spécifique qui synthétise la littérature théorique et empirique dans le but de permettre une compréhension exhaustive d'un phénomène. La présentation de la méthodologie s'appuie sur les lignes directrices de la revue intégrative (Grant, 2009, Whittemore et Knafelz 2005).

3.1.1 Questions de recherche

Deux questions de recherche étaient considérées dans la revue : 1) décrire les caractéristiques et les composantes des interventions en milieux de travail permettant de réaliser un RaT sain et durable; 2) déterminer les éléments contextuels facilitant leur mise en place dans les milieux de travail québécois.

3.1.2 Recherche et sélection de documents

Des recherches systématiques de la littérature publiées après 1986 ont été réalisées par une bibliothécaire spécialisée dans 11 bases de données électroniques : PUBMED, EMBASE, PSYCINFO, ERGONOMICS ABSTRACTS, ABI-INFORM, INRS, Social SciSearch, PASCAL, FRANCIS, OSHUPDATE, OSHLINE-CANADIANA. L'année 1986, année de publication du rapport Spitzer (1986), a été retenue comme année de départ pour la recherche de références pertinentes. Ce document a marqué le développement de la recherche sur l'importance des aspects autres que cliniques (importance des facteurs biopsychosociaux) chez des affections vertébrales chez les travailleurs de RaT. Par ailleurs, à partir du constat formulé par ce groupe

de travail, soit que la capacité de revenir au travail diminuerait avec l'augmentation du nombre de jours passés en incapacité de travail, toute une série d'interventions cliniques et non cliniques ont été testées en recherche afin de réduire le risque d'incapacité prolongée par un RaT précoce en emploi. Les descripteurs des bases de données ont été recherchés à l'aide de mots clés reliés à l'intervention en milieu de travail pour des travailleurs de RaT après avoir subi un TMS (RaT, intervention, pratique, TMS d'origine professionnelle, douleurs, entreprise). Une recherche manuelle a également été effectuée en consultant la bibliographie et la liste des documents. Ceux qui ont été retenus ne se limitaient pas aux articles scientifiques publiés. Des rapports de recherche, des thèses, des mémoires, ainsi que des chapitres de livres et des guides de pratique ont aussi été considérés. La recherche documentaire a été essentiellement réalisée sur une période de deux mois, de septembre et à novembre 2012. Une mise à jour a été réalisée en début de l'année 2016 (février). Seulement les documents en français et en anglais ont été retenus. Le tableau 1 décrit précisément les critères de sélection de cette étude.

Tableau 1 : Critères de sélection

Les critères d'inclusion :

Formes : revue de la littérature qualitative ou quantitative, guides de pratique, rapports et guides empiriques, basés sur différents niveaux d'évidence (revue systématique avec et sans évaluation de la qualité, méta-analyse, revue intégrative, revue de revues, opinions d'experts);

Thèmes : intervention de RaT, programmes de gestion des absences ou de l'incapacité au travail, pratiques et stratégies organisationnelles de RaT dans le milieu de travail;

Les critères d'exclusion :

Formes : livres, actes de conférences, études d'essai contrôlé randomisé (ECR), étude de cohorte et toutes les autres études qui ne sont pas des revues;

Thèmes : interventions et programmes de prévention primaire, de gestion de la douleur sans absence au travail, programmes d'aide aux employés, programmes de promotion de la santé, programmes de réadaptation exclusivement cliniques et sans visée claire de RaT (ex. les études de réadaptation en clinique médicale).

3.1.3 Évaluation de la qualité

Contrairement aux revues systématiques classiques pour lesquelles l'évaluation de la qualité est basée sur une hiérarchie des évidences, il n'y a pas eu d'évaluation systématique de la qualité des documents recensés dans la présente revue. Ce choix repose sur le fait que la majorité des documents retenus (revues, revues de revues, rapports) présentaient une évaluation de la qualité des preuves des articles originaux et cela par des méthodes standardisées (GRADE, PRISMA, GRACE, etc.). Toutefois, un jugement de pertinence et de rigueur scientifique (méthodologie, interprétation) a été porté par les membres de l'équipe de recherche sur chacun des documents à l'étude. Ce jugement a permis de pondérer l'importance des résultats.

3.1.4 Extraction de données

Les documents retenus ont tout d'abord été annotés et ensuite classés sous différentes rubriques dans une base Excel. Une grille d'extraction de données a été développée par les membres de l'équipe de recherche en fonction des différents éléments recherchés. Deux types de rubriques étaient contenus dans cette grille. Le premier type était de nature descriptive; il s'agissait des auteurs, de l'année, de l'objectif principal (efficacité, description de composante(s), description des concepts dans un cadre d'intervention en milieu de travail), du nombre et du type d'articles revus, de la plage des années couvertes, du site et du stade de blessure étudiée, des populations à l'étude. Le deuxième type de rubrique était de nature analytique. Il s'agissait de découper l'information pertinente contenue dans le document et de la catégoriser dans l'une des rubriques suivantes : 1) type de programme, de politique, de procédure et de composante(s) en milieu de travail; 2) méthode d'évaluation de la qualité des articles retenus; 3) constats sur l'efficacité des interventions de RaT et sur les mesures utilisées; 4) concepts et théories sous-jacents aux composantes en milieu de travail; 5) ressources du programme; 6) éléments de la démarche; 7) rôle et responsabilités des acteurs; 8) éléments de contexte.

3.1.5 Analyses

Tout d'abord, des analyses descriptives des publications ont permis de caractériser l'étendue de l'application de données probantes extraites : pays, auteurs, année de publication, nombre, type et année de publication des articles, site et stade de blessure TMS étudiée et objectif principal (évaluation de l'efficacité ou des éléments stratégiques d'interventions). Ensuite, des analyses de contenu ont été réalisées. Des unités sémantiques de base (thèmes) (Bardin *et al.*, 1977, Negura *et al.*, 2006) ont tout d'abord été repérées en fonction du type d'objectif (efficacité des interventions et stratégies appliquées en milieu de travail). Pour cela, à partir d'une lecture attentive des articles, les idées significatives étaient tout d'abord repérées, codifiées et catégorisées en fonction des questions précises de la revue (rubriques) (Negura *et al.*, 2006). Les thèmes identifiés concernaient des éléments d'efficacité ou des éléments stratégiques référant à une politique, pratique, intervention, ou concept et mécanisme d'action en milieu de travail. Les rubriques étaient constituées des éléments stratégiques ou des pratiques exemplaires.

La comparaison des rubriques ainsi constituées entre les différentes publications, par type de publication (revue, rapport empirique, guide de pratique), a permis de déterminer et de synthétiser les données probantes et les convergences des conclusions des auteurs, et ainsi de dégager des patrons de pratiques exemplaires. Dans le cas de certaines publications empiriques (guides de pratique), cette comparaison a été restreinte à quelques rubriques, puisque les informations sur certaines catégories étaient absentes ou publiées ailleurs.

La prise de décision en ce qui concerne l'extraction des informations par rubrique et l'attribution des thèmes (codification) était basée sur un processus de recherche de consensus entre deux des membres de l'équipe de recherche. Les documents ont été analysés de façon individuelle par deux membres de l'équipe et les résultats ont par la suite été comparés. Les écarts ont fait l'objet de discussions. Le taux d'accord entre les juges variait entre 80 et 90 % selon les rubriques.

3.1.6 Présentation de résultats

Des tableaux ont été constitués en fonction des questions explorées par la revue (description des articles, efficacité des programmes d'intervention et de leurs composantes en milieu de travail, description et évaluation des différentes stratégies de RaT, etc.). Un premier tableau présente les analyses descriptives des publications revues. Ensuite, un deuxième tableau dresse les constats et conclusions de différents auteurs sur l'efficacité de l'intervention de RaT et la description de(s) composante(s) en milieu de travail. Un troisième tableau comprend la description des principales composantes présentées par les auteurs comme efficaces ou prometteuses en matière de RaT. Enfin, un dernier tableau synthétise les principaux éléments de pratiques exemplaires en fonction de leur mécanisme et de la convergence entre les différents écrits. Une liste extraite de ce tableau a par ailleurs servi dans le cadre de l'objectif 3 à décrire les écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles, et pour envisager des façons d'améliorer le transfert entre la théorie et la pratique.

3.2 Objectif 2 : Décrire les pratiques actuelles et les conditions de retour au travail dans les milieux de travail au Québec

Un devis d'étude de cas multiples avec des niveaux d'analyse imbriqués a été utilisé pour atteindre cet objectif (Yin, 2003). Ce type de devis est particulièrement utile dans les situations où l'on veut approfondir la compréhension des phénomènes complexes, dans des situations où les chercheurs ont peu de contrôle sur les événements étudiés, et dans des situations où l'attention est dirigée vers des phénomènes contemporains dans un contexte de vie réelle (Collerette, 1997; Eisenhardt, 1989; Yin 2003). L'étude de cas multiples permet d'avoir une vision élargie de la problématique; son utilisation étant conseillée, de préférence, quand il y a peu de connaissances sur le sujet, et quand l'objet d'étude est complexe et lié à différents enjeux contextuels (Yin, 2003).

3.2.1 Définitions d'un cas et des unités d'analyse

Le cas, qui sera nommé dans cette étude cas-organisation, est défini comme l'ensemble des procédures (formelles, informelles) et des pratiques de RaT, ainsi que de leurs conditions d'application dans un milieu de travail. Trois unités d'analyses ont été considérées pour la documentation de chaque cas-organisation : les documents écrits de l'organisation (A), les représentations que se font les acteurs génériques du processus de RaT, C) des situations concrètes de RaT de travailleurs. La figure 2 présente une synthèse des sources, méthodes et unités d'analyses réalisées par cas-organisation, ainsi que de différents niveaux d'informations recherchées.

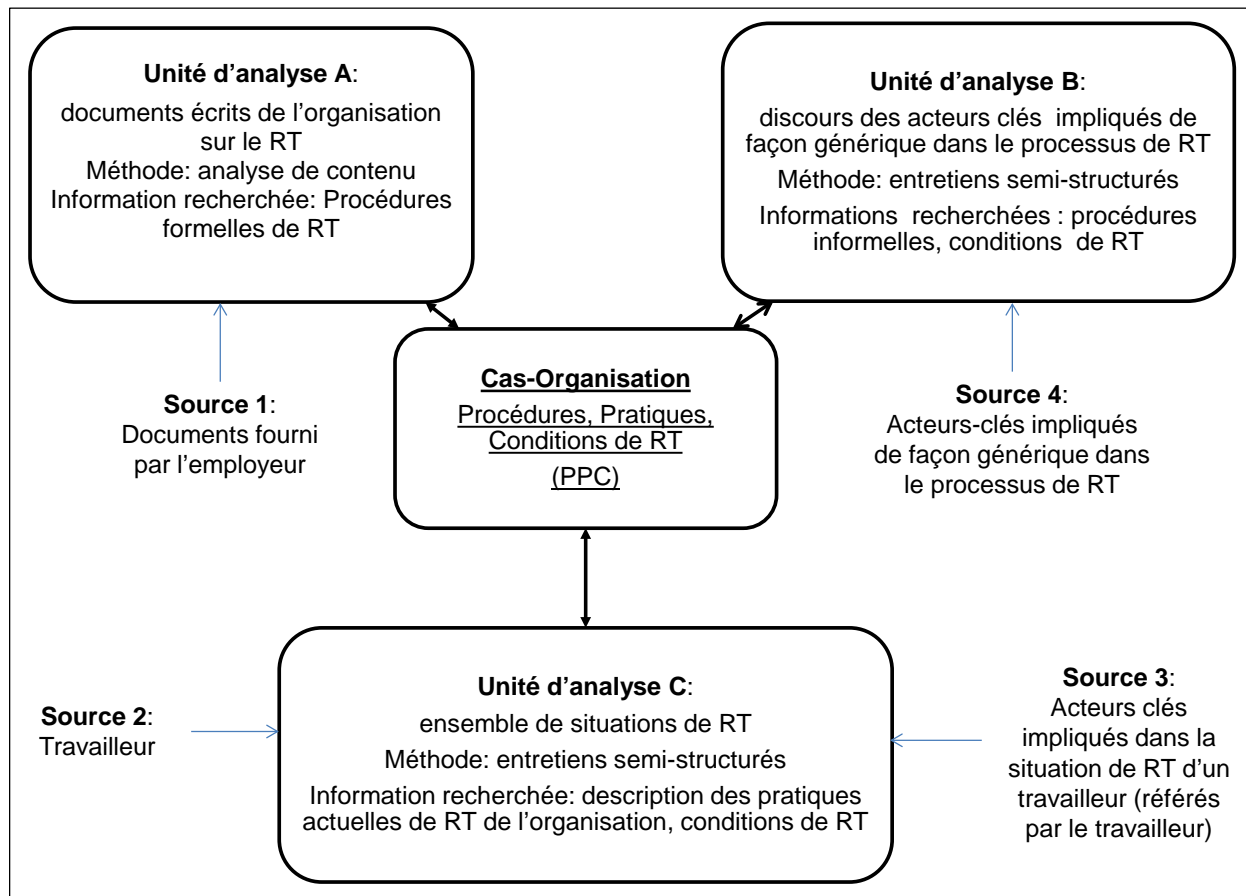


Figure 2 : Unités d’analyse, méthodes et sources de données utilisées

3.2.2 Sélection des cas

Quatre organisations, deux entreprises privées et deux organisations publiques, constituent la base de cas-organisations pour cette recherche. Le recrutement des organisations a été facilité grâce à la collaboration de six associations – patronales, syndicales et paritaires. Vingt entreprises et organisations publiques ont été sollicitées et le projet de recherche a été présenté à dix d’entre elles. Une certaine variété était recherchée en ce qui concerne le contexte d’organisation : différents secteurs d’activité, caractéristiques variables (p. ex. : taille, syndicalisation, secteurs prioritaires sur les règlements de la CNESST, secteurs à main-d’œuvre majoritairement féminine ou masculine).

Pour un cas-organisation, plusieurs situations de retour au travail (unité d’analyse C) ont été décrites par différents acteurs clés. Une situation de retour au travail était l’ensemble des pratiques mises en œuvre par les acteurs clés engagés dans une situation de RaT et des perceptions autant des travailleurs que des acteurs clés à cet égard, ainsi que des conditions facilitantes ou défavorables à un RaT durable.

3.2.3 Sources de données par cas

Les données sur chaque cas-organisation proviennent de quatre sources : 1) documents fournis par l'organisation; 2) travailleurs de retour au travail après un trouble musculosquelettique; 3) acteurs clés impliqués directement dans les situations de retour au travail de ces travailleurs (conseillers RH, superviseur, préventeur, etc.); 4) acteurs clés impliqués de manière générale dans le processus de RaT (gestionnaires, représentant syndical, etc.).

3.2.4 Recrutement des travailleurs et des acteurs clés

La sélection des travailleurs s'est faite avec le concours de la personne responsable de la gestion des cas de RaT dans l'organisation. Les critères d'inclusion des travailleurs à l'étude étaient : être de RaT depuis 6 mois après une absence de son travail régulier d'au moins 6 semaines dans les 2 années ayant précédé l'étude, à cause d'un diagnostic de trouble musculosquelettique relié au travail et accepté par la CNESST. Les critères d'exclusion étaient : avoir un dossier litigieux, être assigné définitivement à un autre poste à cause de l'accident, être en situation conflictuelle avec les gestionnaires, les collègues ou les représentants syndicaux. La participation au projet était volontaire.

Pour le recrutement des acteurs clés, le travailleur interviewé devait indiquer qui, dans son milieu de travail, avait joué un rôle dans le processus de son RaT. Entre deux et cinq acteurs clés différents étaient nommés par travailleur. Dans la mesure du possible, les acteurs clés nommés par le travailleur ont été rencontrés. Au moment des entretiens, certaines personnes avaient changé de poste ou d'organisation, ou étaient absentes pour un congé de maternité. Les acteurs clés nommés par les travailleurs et rencontrés étaient : représentant de l'employeur, conseiller en RaT, superviseur, représentant syndical, préventeur, intervenant externe, collègue.

Enfin, pour les acteurs clés engagés, en général, dans un processus de RaT (source 4), il s'agissait d'un membre de la haute direction, avec une vision d'ensemble du processus de RaT de l'organisation, de quelques superviseurs et conseillers en RaT qui n'occupaient pas, au moment de l'accident du travailleur, le poste détenu lors de l'entrevue. Par exemple, c'est le cas d'un préventeur nouvellement embauché ou d'un superviseur qui venait de changer de fonction dans l'organisation.

3.2.5 Instruments de collecte de données

Deux guides d'entretien ont été élaborés par le professionnel de recherche et un des chercheurs de l'équipe, environ un mois avant le début de la collecte de données. Pour la préparation de ces guides, les informations sociodémographiques à collecter et les thèmes à aborder lors des entretiens étaient inspirés des travaux menés par deux des membres de l'équipe de recherche (Durand *et al.*, 2014). Afin d'aider les acteurs clés à structurer leur discours sur le RaT, les thèmes abordés lors des entretiens semi-directifs se rapportaient principalement aux différentes phases/étapes du RaT (Durand *et al.*, 2014) : 1) accident, 2) absence, 3) assignation temporaire, 4) retour progressif, 5) RaT à son poste et à ses tâches régulières, 6) suivi. Des questions concernaient également les aménagements éventuels réalisés à la suite de l'accident, de même

que les facteurs qui ont pu favoriser ou défavoriser un RaT sain et durable. Un tableau présentant les différents thèmes abordés lors des entretiens par groupe d'acteurs est présenté en l'annexe 1.

Un premier guide était conçu pour recueillir les perspectives des travailleurs. Il comportait deux parties. Une première partie concernait des questions sociodémographiques : l'âge, le sexe, l'ancienneté dans l'organisation et au poste de travail occupé au moment de l'accident, la nature de tâches. La deuxième partie comprenait des thèmes portant sur l'expérience du travailleur lors de sa situation de RaT.

Le deuxième guide, conçu pour recueillir les perspectives des acteurs clés, comportait aussi deux parties. La première concernait le titre du poste de l'acteur, sa formation et son ancienneté dans l'organisation et, en général, son expérience des situations de RaT. En deuxième partie, les thèmes étaient abordés en fonction de la source considérée, c'est-à-dire du type d'acteur. Pour les acteurs clés engagés dans une ou plusieurs situations de RaT des travailleurs susmentionnés, les thèmes portaient sur les actions concrètes réalisées, ainsi que sur les conditions favorables ou défavorables à la réalisation du RaT durable perçues selon la situation vécue. Pour les acteurs qui n'avaient pas participé à aucune des situations de RaT mentionnées plus haut, les thèmes de cette deuxième partie portaient sur les pratiques organisationnelles : procédures, responsabilités dans le RaT, conditions d'exercice de ces responsabilités, conditions favorables ou défavorables, selon eux, pour un processus de RaT durable.

3.2.6 Procédure de collecte des données

Une personne-ressource, qui servait d'interface entre l'équipe de recherche et l'organisation, devait réunir les documents internes des organisations sur le RaT (source 1). Ainsi, le professionnel de recherche de l'équipe a pu colliger tous les documents concernant le processus de RaT : politiques, procédures, formulaires, etc.

Les données sur les perspectives de travailleurs (source 2) et les perspectives de deux catégories d'acteurs clés (source 3 et source 4) étaient obtenues lors des entretiens semi-directifs, qui se déroulaient chacun en deux parties distinctes. La première partie consistait en la présentation des objectifs de l'entretien et du formulaire de consentement éthique, la période de questions sur le projet et sur la procédure éthique, ainsi qu'en la signature du formulaire de consentement. Cette première partie de l'entretien durait environ une dizaine de minutes.

Dans la deuxième partie, après avoir obtenu les informations sociodémographiques du travailleur, ou les informations concernant la fonction, la formation et l'expérience de l'acteur clé, le travailleur devait raconter son RaT, depuis l'accident jusqu'à la stabilisation de sa situation après son RaT définitif. Quant aux acteurs clés impliqués directement dans les situations de RaT, ils devaient d'abord expliquer les procédures de RaT et le rôle qu'ils jouaient dans le processus de RaT, puis raconter comment ce processus s'était concrètement déroulé. Aux acteurs impliqués de manière générale dans le processus de RaT, il était demandé d'expliquer les procédures de l'organisation en matière de RaT et déterminer les conditions favorables et défavorables au RaT durable. Cette deuxième partie de l'entretien pouvait durer plus ou moins une heure, selon la qualité des échanges.

Chaque personne avait accordé son consentement à participer à un entretien qui faisait l'objet d'un enregistrement sur bande audio. La collecte de données a été réalisée par le professionnel de recherche et un des chercheurs de l'équipe entre janvier 2014 et septembre 2015. Elle s'est déroulée de façon intensive ou étalée dans le temps en fonction des disponibilités des organisations.

3.2.7 Préparation du matériel d'analyse

Les documents remis par les organisations ont été numérisés et intégrés, par cas-organisation, à la base de données créée à l'aide du logiciel QSR.N'VIVO (Gibbs, 2002). Les entretiens ont tout d'abord été retranscrits sous forme de comptes rendus. Le compte rendu consistait dans une transcription structurée des réponses obtenues par thème. L'entretien étant de type semi-directif, les thèmes des comptes rendus ont différé légèrement des questions incluses dans les guides d'entretien. Chaque compte rendu était rédigé en fonction des thèmes suivants : 1) procédures de RaT; 2) période d'absence ou qui précède le retour au poste de travail régulier ou occupé avant l'accident; 3) période d'assignation temporaire; 4) période de retour progressif; 5) contacts durant l'absence, l'assignation temporaire et le retour progressif; 6) évaluation des capacités et des exigences du poste; 7) aménagements physiques et organisationnels; 8) retour au travail régulier; 9) suivi; 10) facteurs favorables et défavorables au RaT; 11) autres commentaires. Les comptes rendus ont par la suite été transférés dans le logiciel NVivo suivant la séquence temporelle du processus de RaT.

L'organisation du matériel et la codification ont été réalisées à l'aide du logiciel QSR.NVIVO (Gibbs, 2002). Les catégories principales contenues dans l'arbre de codification étaient préétablies en fonction des thèmes abordés lors des entretiens semi-structurés : 1) les acteurs clés, 2) la description de l'entreprise/organisation, 3) les procédures, 4) les phases/étapes du RaT à la suite de l'accident, 5) les facteurs favorables ou défavorables au RaT, 6) les perceptions positives et négatives du processus de RaT ainsi que les irritants, 7) les suggestions et pistes de solutions.

De façon à s'assurer que les thèmes attribués aux différentes catégories étaient clairs, pertinents et fidèles à leurs définitions, la codification nécessitait l'obtention d'un niveau d'accord de plus de 80 % entre le principal codeur et un des chercheurs; les deux étant formés à l'analyse de contenu. Les analyses ont été réalisées entre août 2014 et septembre 2015.

3.2.8 Analyses

Des analyses de contenu (Bardin, 1977; Landry, 1997) ont été appliquées sur l'ensemble du matériel. Les travaux réalisés ont comporté plusieurs niveaux d'analyse imbriqués. Tout d'abord, des analyses intra cas-organisation visaient à documenter, par organisation participante, les unités d'analyse retenues en fonction des questions de recherche. Rappelons que la première unité d'analyse consistait en des documents écrits en provenance de l'organisation, révélateurs des politiques et des procédures organisationnelles. Des analyses du contenu de ces documents ont permis d'identifier les procédures formelles de RaT et d'en décrire les principaux éléments.

La deuxième unité d'analyse consistait en un ensemble de situations de RaT. Chaque situation de RaT était tout d'abord décrite, selon les perspectives des travailleurs et des autres acteurs clés impliqués directement dans le RaT en ce qui concerne : l'événement accidentel, de l'accident à l'absence, l'AT, le RP, le retour au travail régulier, le suivi, l'évaluation de capacité et du travail, les aménagements du travail, les facteurs favorables et défavorables, les émotions. Par la suite, l'ensemble de situations était synthétisé par thème (déclaration de l'accident, échange d'information sur le dossier, enquête d'accident, information transmise au syndicat, autorisation médicale de l'AT, budget de l'AT, tâches de l'AT, RaT, évaluation, solutions préventives, RaT définitif, suivi, litige, rôle du médecin de l'employeur), tout en distinguant entre les éléments de procédure et les pratiques évoqués par les différentes catégories d'acteurs (travailleur, conseiller en RaT, superviseur, représentant de l'employeur, représentant syndical, préventeur, intervenant externe, collègue). Les différentes conditions favorables ou défavorables évoquées à l'égard de ces situations étaient également notées en fonction de chaque élément de procédure. Des comparaisons entre les situations de RaT ont permis d'établir des convergences et des divergences entre la mise en œuvre de ces pratiques dans une même organisation, ainsi que les correspondances entre ce qui y est prescrit et ce qui y est actuellement réalisé.

La troisième unité d'analyse consistait en différentes perspectives des acteurs impliqués de façon générale dans le processus de RaT (gestionnaire de RaT, syndicat, etc.). Des analyses de contenu ont été réalisées à partir des comptes rendus des entretiens avec ces acteurs. Ils ont permis de compléter les procédures formelles avec des éléments de procédure informelle et de mieux décrire le contexte, les conditions favorables et défavorables au RaT dans les organisations. Ensuite, des comparaisons entre les procédures formelles (unité d'analyse A) et informelles (unité d'analyse B), ainsi qu'avec les pratiques de l'organisation (unité d'analyse C) ont permis de vérifier, d'une part, s'il y a correspondance ou décalage entre ce qui est prescrit et ce qui est actuellement réalisé dans chaque organisation et, d'autre part, entre les conditions rapportées favorables ou défavorables au RaT dans une même organisation.

Par la suite, des analyses intercas-organisations visaient, elles, à mettre en évidence les convergences et les divergences entre les procédures et les pratiques de quatre organisations, ainsi qu'entre leurs conditions d'exercice favorables ou défavorables. À cette fin, des comparaisons entre les cas-organisation ont été effectuées pour chaque unité d'analyse.

Toute analyse a été réalisée par deux membres de l'équipe et soumise à une procédure d'accord par consensus.

3.3 Objectif 3 : Apprécier les écarts entre les pratiques exemplaires (littérature) et les pratiques actuelles (étude des cas multiples)

Afin de décrire les écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles des organisations, ainsi que les conditions favorables ou défavorables à leur application en milieu de travail, une analyse comparative a été réalisée à partir des résultats obtenus dans le cadre de la revue intégrative de la littérature (objectif 1) et de l'étude de cas multiples (objectif 2). Des effectifs d'écarts ont été calculés par des éléments de pratiques exemplaires.

Un tableau synthèse a été constitué à partir de la liste des éléments de pratiques exemplaires dressée dans le cadre de l'objectif 1 et de pratiques actuelles étudiées dans le cadre de l'objectif 2. Dans ce tableau, la présence ou l'absence des écarts est rapportée pour les différentes organisations.

3.4 Éthique et confidentialité

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université de Sherbrooke. Les informations recueillies resteront confidentielles et ne seront utilisées qu'aux fins de la recherche. Les participants ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé après qu'un membre de l'équipe de recherche les a informés des objectifs de l'étude, de ce qui est attendu de leur part, ainsi que des éventuels avantages et désavantages liés à la participation à l'étude.

4. RÉSULTATS

4.1 Revue de la littérature

La présentation de résultats s'appuie sur les lignes directrices de la revue intégrative (Whittemore et Knafl, 2005). Comme on peut l'observer dans la figure 3, qui présente le processus de la recherche bibliographique et le nombre de références retenues après chaque étape méthodologique, 1780 titres ont été sélectionnés au départ. Après l'examen des résumés pour en établir la pertinence, 84 documents ont été lus au complet pour vérifier l'application des critères de sélection, critères que respectaient 29 d'entre eux.

4.1.1 Description des publications retenues

Le tableau 2 contient la description des 29 publications retenues selon les auteurs, l'année d'édition, le type de publication, le principal objectif, le site et le stade de la blessure sur lesquels la publication est centrée et la population ciblée. Parmi celles-ci, 3 types de documents ont été analysés : 22 revues de la littérature, 4 rapports de recherche, 3 guides de pratique. Parmi les revues, il y en a 15 de type systématique, dont une seule avec méta-analyse; les autres étaient des revues narratives, intégratives et de type synthèse réaliste.

Les populations étudiées dans les différentes publications étaient diverses : des travailleurs absents ou qui se sont absentés du travail, des travailleurs qui se maintiennent au travail en dépit de symptômes ou des travailleurs qui se sont absentés de leur poste habituel pour différentes périodes de temps. Dix-huit revues sur 22 ciblent les TMS, en général, sans distinction du site de la blessure (bas du dos, membres supérieurs, cou), et souvent d'autres problématiques de santé (santé mentale, problèmes de santé physique, fibromyalgie, ostéo-arthrite, etc.). Des 20 publications qui traitent d'intervention par stade particulier de la blessure – aigu (3 articles), sous-aigu (9 articles), chronique (8 articles) –, dix traitent seulement d'un stade de la blessure. Sur le plan des intervalles considérés par les auteurs pour définir les stades de l'incapacité occasionnée par des blessures musculosquelettiques, même s'ils diffèrent légèrement d'un auteur à un autre, ils semblent généralement conformes aux définitions attribuées par Waddell *et al.*, (2001) : le stade aigu en dessous de 4 semaines, le stade sous-aigu entre 4 et 12 semaines et le stade chronique plus de 12 semaines.

De façon générale, trois types d'objectifs de recherche sur l'intervention étaient poursuivis : 1) déterminer l'efficacité des programmes d'intervention avec une ou plusieurs composantes en milieu de travail (19 articles); 2) décrire les composantes de l'intervention en milieu de travail (types d'actions, démarche, acteurs) et les mécanismes sous-jacents au processus (3 articles et 4 rapports); 3) déterminer les conditions favorisant l'implantation de ces composantes et leur assimilation en milieu de travail (3 guides de pratique).

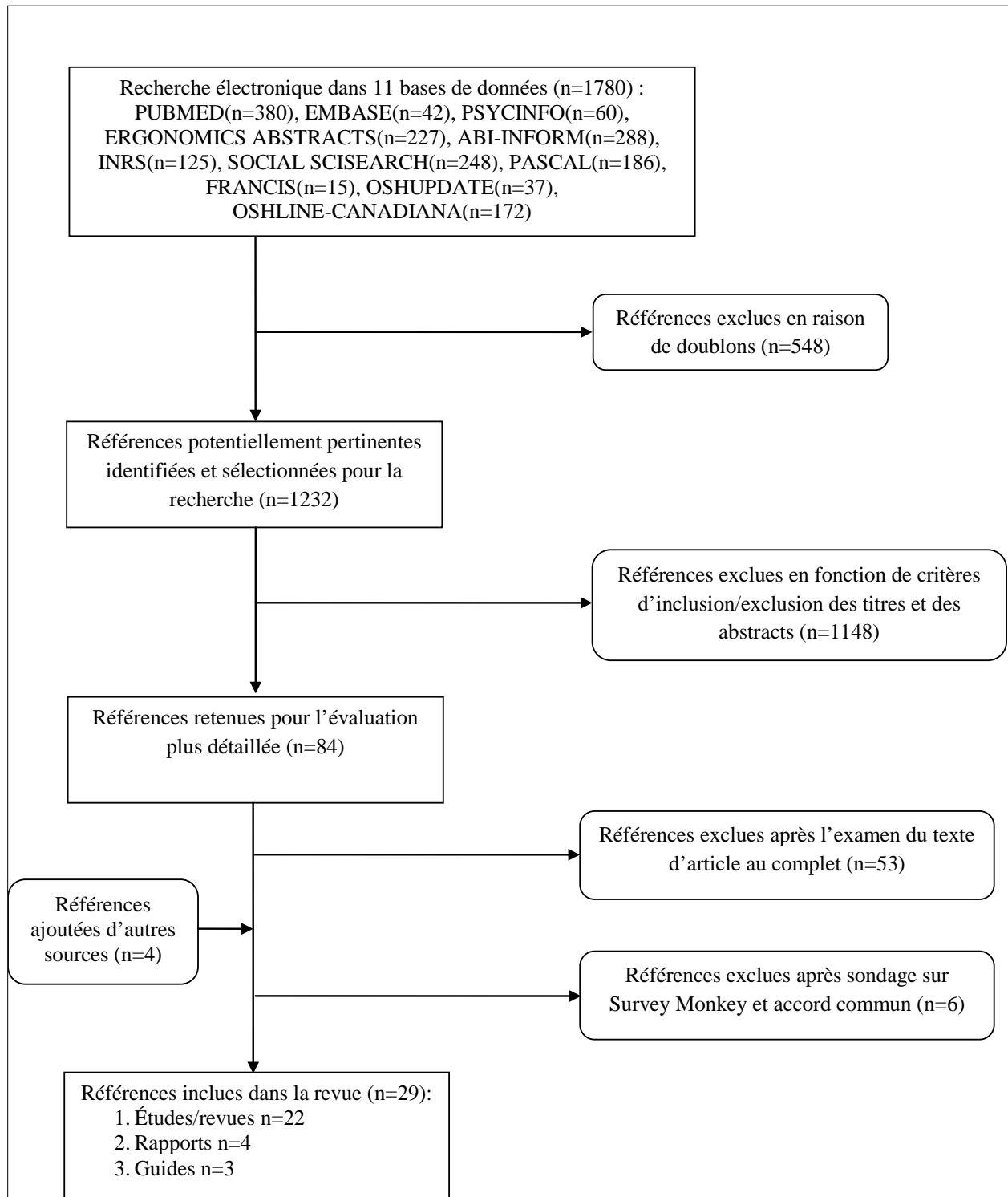


Figure 3 : Résumé de la stratégie de recherche de la littérature

Tableau 2 : Description des publications

Auteur(s) Année	Type de publication/ Nombre d'articles	Objectif	Site de blessure	Population Durée de l'absence	Stade de blessure Problématique de santé
Aas <i>et al.</i> , 2011	Revue systématique (Cochrane) N = 10 études, dont 2 méta-analyses 1991-2008	Évaluer l'efficacité des interventions en MT	Cou	Travailleurs présents ou absents du travail. Durée de l'absence : N/A.	Aiguë : < 6 sem. Sous-aiguë : 6-12sem. Chronique : >12sem.
Boocock <i>et al.</i> , 2007	Revue systématique N = 31 études 1999-2004	Évaluer les résultats des interventions ergonomiques en prévention primaire/secondaire ou tertiaire de TMS.	TMS Cou + membres supérieurs + fibromyalgie	Travailleurs suivis ≥ 2 mois. Durée de l'absence : N/A	N/A
Briand <i>et al.</i> , 2008	Revue des revues systématiques; N = 14 études 2000-2006	Établir les composantes des interventions de réadaptation au travail.	Blessures physiques : TMS, etc.	Travailleurs absents au travail. Durée de l'absence : N/A	Sous-aiguë : 4-6 sem. Chronique : >6 sem.
Burton <i>et al.</i> , 2009	Revue systématique narrative; N réf*=101 1995-2007	Déterminer des stratégies de gestion des TMS	Membres supérieurs	Adultes en âge de travailler Durée de l'absence : N/A	N/A
Carroll <i>et al.</i> , 2010	Revue systématique narrative; N = 13 articles, 14 études économiques 1992-2007	Évaluer l'efficacité des interventions impliquant le MT pour améliorer les taux de RaT (comparaison avec les interventions qui ne l'impliquent pas)	Bas du dos	Travailleurs, temps complet ou temps partiel. Durée de l'absence, longue durée : ≥ 2 sem.	N/A
Durand <i>et al.</i> , 2014	Revue de revues N= 17 documents (articles, revues,	Identifier les meilleures pratiques de gestion des absences du travail et proposer	TMS et troubles mentaux courants	Travailleurs absents. Durée de l'absence- N/A	N/A

Auteur(s) Année	Type de publication/ Nombre d'articles	Objectif	Site de blessure	Population Durée de l'absence	Stade de blessure Problématique de santé
	guides) 2003-2012	une approche de RaT destinée à assister les organisations			
Durand <i>et al.</i> , 2007	Revue descriptive N = 21 articles, 16 études 1992-2004	Déterminer les objectifs des interventions en MT menées dans le contexte d'un programme de réadaptation et décrire les activités de mise en œuvre	TMS	Travailleurs : absents > 50 % du temps de travail. Durée de l'absence : N/A	N/A
Elders <i>et al.</i> , 2000	Revue systématique N = 12 articles 1977-1998	Évaluer l'efficacité des stratégies de RaT pour prévenir l'absence prolongée	Dos : douleur non spécifique	Travailleurs Durée de l'absence : <1 an	Aigu : <30 jours Sous-aigu : entre 30 jours et 12 semaines Chronique : ≥12 sem.
Franche <i>et al.</i> , 2005	Revue systématique N = 25 articles, 10 études 1994-2003	Évaluer l'efficacité des interventions de RaT en MT	TMS et autres conditions associées avec douleur	Travailleurs absents, indemnisés et non indemnisés Durée de l'absence : N/A	N/A
Higgins <i>et al.</i> , 2012	Revue réaliste N=269 articles 1976-2011	Identifier et évaluer les théories dominantes sous-jacentes aux meilleures pratiques de gestion de l'absence prolongée en MT	Maladie ou blessure, incluant des TMS	Travailleurs absents Durée de l'absence : longue durée : ≥ 4 sem.	N/A
Hlobil <i>et al.</i> , 2005	Revue systématique N = 13 articles, 9 essais randomisés contrôlés (ERC) 1992-2004	Explorer l'efficacité des interventions de RaT sur l'absentéisme, l'état fonctionnel et les douleurs par rapport aux soins habituels.	Bas du dos : douleur non spécifique	Travailleurs absents Durée de l'absence : N/A	Sous-aigu : entre 4 sem. et 3 mois
Hoefsmit <i>et al.</i> , 2012	Revue systématique	Identifier les caractéristiques des interventions qui facilitent	Douleur, incluant la douleur	Travailleurs absents indépendamment de	N/A

Auteur(s) Année	Type de publication/ Nombre d'articles	Objectif	Site de blessure	Population Durée de l'absence	Stade de blessure Problématique de santé
	N = 23 articles 1997-2010	le RaT après une absence.	associée à un TMS	leur diagnostic. Durée de l'absence : N/A	
Lysaght <i>et al.</i> ,2010	Revue intégrative N = 37 articles 1984-2008	Examiner les meilleures pratiques en réadaptation et réinsertion au travail.	TMS	Travailleurs Durée de l'absence : N/A	Aigu : ≤ 12 sem.
MacEachen <i>et al.</i> ,2006	Revue systématique N = 13 études qualitatives 1994-2003	Mieux comprendre les dimensions, le processus et les pratiques de RaT.	TMS + douleur	Travailleurs Durée de l'absence : N/A	N/A
Ozguler <i>et al.</i> ,2004	Revue de revues N = 10 articles 1996-2003	Recenser les interventions efficaces sur le RaT.	Bas du dos	Patients lombalgiques Durée de l'absence : > 3-4 sem.	Sous-aigu : de 3-4 sem. à 3 mois Chronique : 3 à 6 mois
Palmer <i>et al.</i> ,2012	Revue systématique N = 42 études, dont 34 sur des ERC 1992-2010	Évaluer l'efficacité des interventions en MT afin de gérer les absences liées à la perte d'emploi.	TMS	Travailleurs absents Durée de l'absence : 12 mois	N/A
Schandelmaier <i>et al.</i> ,2012	Revue systématique et méta-analyse N = 17 articles, dont 8 sur des ERC 1993-2010	Comparer l'efficacité des programmes de coordination du RaT pour prévenir l'incapacité prolongée au travail par rapport aux pratiques habituelles en gestion de l'incapacité	TMS	Travailleurs de RaT pour au moins 80 % de leur temps de travail. Durée d'absence : 4 sem.	N/A
van Oostrom <i>et al.</i> ,2009	Revue systématique (Cochrane) N = 15 articles, dont 6	Déterminer l'efficacité des interventions en MT par rapport aux soins cliniques	Incapacité provoquée par tout type de	Travailleurs, adultes en âge de travailler, en congé maladie	N/A

Auteur(s) Année	Type de publication/ Nombre d'articles	Objectif	Site de blessure	Population Durée de l'absence	Stade de blessure Problématique de santé
	sur des ERC. 1994-2007	usuels sur les résultats liés au travail et à la santé.	conditions, TMS inclus	Durée de l'absence : long terme.	
Waddell et Burton 2001	Revue systématique N =34 articles 1993-2000	Fournir des preuves scientifiques afin de développer un guide de santé au travail pour la gestion des maux de dos professionnels.	Blessure au dos	Adultes en âge de travailler Durée de l'absence : N/A	Aigu : < 4 sem., Sous-aigu : 4-12 sem. Chronique : ≥ 12 sem.
Williams <i>et al.</i> ,2007	Revue systématique N = 15 articles, 10 études. 1991-2004	Évaluer l'efficacité d'interventions de réadaptation en MT	Blessure au dos, TMS lié au travail	Travailleurs. Durée de l'absence : N/A	N/A
Williams <i>et al.</i> ,2004	Revue systématique N = 8 études. 1991-2003.	Évaluer l'efficacité des interventions de réadaptation.	Membres supérieurs (troubles simultanés au cou et aux membres supérieurs).	Patients, utilisateurs d'écran et de souris d'ordinateur Durée de l'absence : N/A	N/A
Williams et Westmorland 2002	Revue descriptive des pratiques des milieux de travail N =31. 1990-2002	Décrire les principales composantes des programmes de gestion de l'invalidité en MT	TMS	Travailleurs Durée de l'absence : N/A	N/A
Campbell <i>et al.</i> ,2007	Rapport de revues (communications, revues systématiques, méta-analyses et rapports) 1999-2007	Évaluer l'efficacité des interventions de RaT et déterminer les composantes de ces interventions	Problèmes de santé courants : dos et autres TMS.	Adultes en âge de travailler actuellement en réadaptation ou de RaT Durée de l'absence : N/A	Aigu : < 6 sem. Sous-aigu : 6-12 sem. Chronique : ≥12 sem.

Auteur(s) Année	Type de publication/ Nombre d'articles	Objectif	Site de blessure	Population Durée de l'absence	Stade de blessure Problématique de santé
Gensby <i>et al.</i> ,2012. Workplace	Rapport de revues systématiques (type Campbell) N =13 études 1987-2006	Évaluer l'efficacité et examiner les composantes des programmes de gestion de l'incapacité du travail avec la promotion du RaT	TMS	Travailleurs en congé avec incapacité de travail. Durée de l'absence : long terme	N/A
Podniece <i>et al.</i> ,2007	Rapport N =117 références 1996-2007	Évaluer l'efficacité des interventions et des politiques de rétention, de réintégration et de réadaptation des travailleurs blessés	TMS (blessure au dos + membres supérieurs + membres inférieurs)	Travailleurs Durée de l'absence : N/A	Aigu : 4, 6 sem. Sous-aigu : 4 et 12 sem. Chronique : >12 sem.
Waddell <i>et al.</i> ,2008	Rapport Revue systématique 2000-2008	Fournir une base de données pour le développement de politiques de réadaptation professionnelle	Problèmes de santé courants : TMS	Adultes en âge de travailler. Durée de l'absence : long terme	N/A
NICE 2009 ⁵	Guide NICE N = 13 documents 2007-2008	Fournir des recommandations sur la gestion des absences causées par des maladies de longue durée et de l'incapacité	TMS	Travailleurs Durée de l'absence : ≥4 sem. (longue)	N/A
Kendall <i>et al.</i> ,2009 ⁶	Guide d'intervention basé sur l'identification des obstacles de RaT	Identifier les obstacles au RaT en utilisant le cadre de référence des drapeaux psychosociaux.	TMS	Travailleurs Durée de l'absence : N/A	Aigu : < 2 sem. Sous-aigu : 2-12 sem. Chronique : >12 sem.
Stock <i>et al.</i> ,2005 ⁷	Guide et outils pour le maintien et RaT (guide	Proposer une approche pour mettre en place un programme	TMS (liés ou non au travail).	Travailleurs Durée de l'absence : <	N/A

⁵ <http://www.nice.org.uk/guidance/ph19>

⁶ www.tsoshop.co.uk/flags

Auteur(s) Année	Type de publication/ Nombre d'articles	Objectif	Site de blessure	Population Durée de l'absence	Stade de blessure Problématique de santé
	maison)	de maintien et de RaT.		90 jours	

MT : milieu de travail

ERC : essai randomisé contrôlé

N/A : non abordée

sem. : semaine.

⁷ <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/OMRT-FR.pdf>

4.1.2 Efficacité des interventions en milieu de travail

De façon générale, comme on peut l'observer dans l'ensemble du tableau 3, plusieurs recherches s'accordent sur le fait que les politiques, programmes, interventions et stratégies avec composantes en milieu de travail sont efficaces pour le RaT. Plus spécifiquement, plusieurs auteurs constatent l'efficacité des combinaisons entre composantes cliniques et interventions en milieu de travail. Toutefois, peu de travaux établissent un lien d'efficacité entre une composante en particulier en milieu de travail et le RaT. De plus, le niveau de preuve d'efficacité est relativement hétérogène en ce qui concerne la qualité des études recensées.

Les différentes composantes évaluées en milieu de travail sont de nature différente : intervention ergonomique (Aas *et al.*, 2011, Burton *et al.*, 2009, Elders *et al.*, 2000, Franche *et al.*, 2005, Williams *et al.*, 2007, Williams *et al.*, 2004), intervention comportementale ou cognitivo-comportementale (Cambell *et al.*, 2007, Ozguler et coll., 2004), activité physique, exercices, école de dos (Boocock et coll., 2007, Elders *et al.*, 2000, Ozguler *et al.*, 2004, Waddell et Burton, 2001), éducation et information (Aas *et al.*, 2011, Burton *et al.*, 2009, Campbell *et al.*, 2007, Williams *et al.*, 2004), relaxation, pause (Williams *et al.*, 2004), ajustement et modification de tâche, poste et environnement de travail (Boocock *et al.*, 2007, Burton *et al.*, 2009, Franche *et al.*, 2005, Hoefsmit *et al.*, 2012, Palmer *et al.*, 2012).

L'efficacité de ces combinaisons dépend de nombreux facteurs reliés au contexte d'implantation en milieu de travail : les politiques et programmes de gestion d'incapacité qui encouragent les travailleurs à rester actifs par le RaT progressif (Hoefsmit *et al.*, 2012, Palmer *et al.*, 2012) et les modifications de travail (Williams et Westmorland, 2002, Williams *et al.*, 2004), une approche proactive (Waddell *et al.*, 2008) et participative – implication active des acteurs – (Carroll *et al.*, 2010), le contact précoce avec le travailleur (Franche *et al.*, 2005), l'intervention précoce (autour de 6 semaines après l'apparition de la douleur) (Burton *et al.*, 2009, Campbell *et al.*, 2007, Carroll *et al.*, 2010, Williams *et al.*, 2007), la coordination du RaT (Franche *et al.*, 2005, Schandelmaier *et al.*, 2012, Williams *et al.*, 2004), etc.

La majorité des interventions en milieu de travail qui ont fait l'objet d'une évaluation sont menées par une équipe de recherche multidisciplinaire en collaboration avec les milieux de travail. Elles peuvent être spécifiques ou non spécifiques au type de TMS (dos, cou, etc.) et au stade (aigu/sous-aigu/chronique) (Elders *et al.*, 2000, Waddell *et al.*, 2001, Palmer *et al.*, 2012) ou à un secteur d'activité (manufacturier, bureautique, hospitalier, centre d'appel, construction).

La mesure la plus communément utilisée pour évaluer l'efficacité et l'effet des interventions sur le RaT est la durée de l'absence avant la reprise du travail ou le pourcentage des travailleurs effectivement retournés au travail. Seulement quelques revues font état du maintien des effets de ces interventions dans le temps, en milieu de travail (Aas *et al.*, 2011, Elders *et al.*, 2000, Franche *et al.*, 2005, Hlobil et coll., 2005, Hoefsmit *et al.*, 2012, Palmer *et al.*, 2012, Schandelmaier *et al.*, 2012, van Oostrom *et al.*, 2009, Waddell et Burton 2001, Williams *et al.*, 2004, 2007, Williams et Westmorland, 2002, Gensby *et al.*, 2012).

Tableau 3 : Constats sur l'efficacité⁸ des interventions en milieu de travail

Auteur(s) Année	Type de programmes et site de blessure	Variable de résultats de RaT mesurés	Constat sur l'efficacité des programmes et de leurs composantes en milieu de travail
Aas <i>et al.</i> , 2011** ^{Q9}	Programmes de RaT Cou	Durée de l'absence Maintien des effets : 3, 6, 12 mois	L'intervention en MT (éducation, principes ergonomiques, activité physique) réduit l'absentéisme parmi les travailleurs à 6 mois d'absence.
Boocock <i>et al.</i> , 2007** ^Q	Programmes en prévention primaire/secondaire ou tertiaire Cou et membres supérieurs	État de santé et douleur	Efficacité des <i>ajustements mécaniques</i> , de l' <i>exercice</i> et des <i>modifications de l'environnement de travail</i> , du poste de travail ainsi que de l' <i>équipement</i> sur l'état de la santé et la douleur.
Burton <i>et al.</i> , 2009** ^Q	Interventions de RaT TMS, membres supérieurs Contextes : travail sur écran d'ordinateur, travail manuel.	Durée de l'absence	Les <i>arrangements et les adaptations ergonomiques</i> (temporaires et transitionnelles) sont favorables au RaT. Le <i>RaT précoce</i> est facilité par l'intervention multimodale incluant le fait de fournir de l'information précise et de l'encouragement à l'activité au travail. Les approches <i>intégratives</i> sont efficaces pour les TMS en général ou pour les troubles de membres supérieurs, p. ex., l'intervention de type <i>case management</i> .
Carroll <i>et al.</i> , 2010* ^Q	Stratégies de RaT Dos : subaigu	Taux de RaT	Les interventions avec une <i>composante en MT</i> sont plus efficaces que celles sans une telle composante. Impliquer les travailleurs, les professionnels de la santé et les employeurs dans la réalisation des modifications du travail représente une amélioration plus effective que d'autres interventions. Le <i>RaT précoce</i> en MT est efficace.
Elders <i>et al.</i>	Interventions	Taux de RaT	L' <i>intervention ergonomique avec école de dos</i> est efficace après 60 jours

⁸ Pour rapporter l'efficacité des interventions, les auteurs réfèrent à des études réalisées avec des méthodologies diverses : méta-analyse, essai randomisé contrôlé, comparaison des programmes ou des interventions avec des soins usuels.

⁹ Les auteurs font des recommandations en matière d'efficacité (qualité de la preuve) en fonction de la qualité et des niveaux des évidences de preuves. Des essais randomisés contrôlés (ERC) peuvent faire l'objet ou non des méta-analyses.

Auteur(s) Année	Type de programmes et site de blessure	Variable de résultats de RaT mesurés	Constat sur l'efficacité des programmes et de leurs composantes en milieu de travail
<i>al.</i> ,2000* ^Q	ergonomiques en prévention secondaire Dos : aigu, subaigu et chronique	Maintien des effets : 0- 360 jours	dès le début, en phase subaiguë) en comparaison avec l'intervention « école de dos ». Composantes de l'intervention ergonomique : exercice, conditionnement physique, formation sur les méthodes de travail et techniques de levage).
Franche <i>et</i> <i>al.</i> ,2005** ^Q	Stratégies de RaT TMS et autres conditions associées à la douleur	Durée d'absence Maintien des effets : plus de 1 an	<i>L'offre d'ajustement, le contact entre le professionnel de la santé et le MT, le contact précoce avec le travailleur par le MT, la visite ergonomique du poste de travail et la présence d'un coordonnateur de RaT</i> réduisent la durée de l'incapacité et les coûts associés.
Hlobil <i>et</i> <i>al.</i> ,2005** ^Q	Programme de restauration fonctionnelle avec composante en MT (douleur sous-aiguë) Dos	Taux de RaT et jours d'absence Maintien des effets : 6 mois, ≥12 mois	La <i>restauration fonctionnelle précoce</i> en équipe multidisciplinaire et en MT est efficace sur le taux de RaT après 6 mois d'absence et sur la réduction du nombre de jours d'absence de travail après 12 mois.
Hoefsmit <i>et</i> <i>al.</i> 2012* ^Q	Multi-interventions de RaT précoces avec composante en MT Problèmes physiques : TMS	Taux de RaT Maintien des effets : ≤ 6 sem., 12 mois	<i>L'intervention multidisciplinaire</i> apparaît efficace pour des groupes cibles multiples (ex. : douleur au dos, troubles d'ajustement). Les activités planifiées en fonction d'un calendrier prédéfini sont effectives. La combinaison de l' <i>encouragement</i> du T à rester actif et du <i>RaT graduel</i> est effective. Le <i>contact avec l'employeur et avec le MT</i> améliore le RaT à 12 mois de suivi par rapport au traitement habituel
Ozguler <i>et</i> <i>al.</i> ,2004* ^Q	Interventions de RaT des sujets lombalgiques	Durée d'absence	Les interventions efficaces comportent une composante cognitivo- comportementale, la <i>réduction des peurs</i> . L'un des contenus essentiels des interventions en milieu de travail est de <i>rendre le sujet actif</i> malgré sa lombalgie (école de dos, encouragement à l'activité).
Palmer <i>et</i> <i>al.</i> ,2012* ^Q	Interventions pour gérer les absences et les pertes d'emploi en MT TMS	Taux de RaT Nombre moyen de jours d'absence Perte d'emploi pour des raisons de santé pendant la période de référence pour le suivi	Parmi les interventions testées, aucune ne semble supérieure. Les interventions plus complexes et plus intenses sont moins efficaces que celles plus <i>simples</i> et <i>moins intenses</i> . Les interventions <i>courtes</i> (<12 heures) sont plus efficaces que celles qui prennent plus de temps (32 heures, très peu de bénéfiques). Les interventions qui nécessitent des <i>ajustements</i> sont plus bénéfiques à une réduction du nombre de jours perdus.

Auteur(s) Année	Type de programmes et site de blessure	Variable de résultats de RaT mesurés	Constat sur l'efficacité des programmes et de leurs composantes en milieu de travail
Schandelmaier <i>et al.</i> ,2012** ^Q	Programmes de RaT pour des travailleurs en incapacité TMS	Maintien des effets : 3, 6, 12 mois Absence long terme : Nombre de jours d'absence Taux de RaT Maintien des effets : 6, 12, 16, 60 mois.	Les interventions exigeant la <i>graduation des tâches</i> sont positives Les bénéfiques sont plus grands pour le <i>T</i> avec <12 sem. d'absence par rapport à <i>T</i> . avec > 3, 6 et 12 mois d'absence. La <i>coordination du RaT</i> a un petit effet, probablement important en bénéfice absolu (la probabilité que des patients ayant une incapacité retournent travailler), même si avec peu de bénéfiques en matière de santé et de stabilité. Le temps qu'un RaT devienne stable est évalué à 1 an.
van Oostrom <i>et al.</i> ,2009** ^Q (ERC)	Interventions de RaT en MT Incapacité à cause d'un problème de santé : TMS	Nombre de jours d'absence Maintien des effets : 12 mois	L' <i>intervention en MT</i> réduit l'absence de travail par rapport aux soins habituels (résultat différent sur le plan de l'état de santé des <i>T</i>) Composantes de l'intervention en MT : <i>modifications de</i> <i>l'environnement et du poste de travail, de l'aménagement, de</i> <i>l'équipement, changement des conditions de travail, mode de gestion des</i> <i>absences.</i>
Waddell et Burton 2001** ^Q	Programme combinant des interventions cliniques, de réadaptation et de gestion des absences en MT Dos	Nombre de jours d'absence. Maintien des effets : 4 sem., 12 sem., 1 an.	Stratégies organisationnelles et de gestion des absences en MT réduisent l'absentéisme et les pertes associées (phase aiguë). Offrir, de façon temporaire, du <i>travail léger</i> et des <i>tâches modifiées</i> facilite le RaT et réduit le temps d'absence de travail (<i>phase sous</i> <i>aiguë</i>) : Pour le patient qui a de la difficulté à retourner aux activités normales à 4 et à 12 sem. d'absence, changer le traitement de symptômes pour un <i>traitement de type école de dos</i> peut réduire l'incapacité chronique et l'absence maladie. On ne connaît toutefois pas le contenu ou l'intensité optimale de telles combinaisons. Une <i>combinaison optimale</i> de gestion clinique, d'un programme de réadaptation et d'interventions organisationnelles est plus efficace que chacune des composantes utilisées individuellement.
Williams <i>et al.</i> ,2007** ^Q	Interventions de réadaptation en MT Dos	Taux d'absence : nombre de jours avant le RaT Maintien des effets : 7 sem., 6 sem., 24mois.	L' <i>intervention précoce de réadaptation en MT</i> est efficace pour retourner au travail les travailleurs plus rapidement et réduire le temps d'absence. L' <i>intervention ergonomique</i> , telle que l'ergonomie participative, l'adaptation du MT, l'adaptation des tâches et des heures de travail, le

Auteur(s) Année	Type de programmes et site de blessure	Variable de résultats de RaT mesurés	Constat sur l'efficacité des programmes et de leurs composantes en milieu de travail
Williams <i>et al.</i> , 2004 ** ^Q	Interventions de réadaptation en MT. TMS, M. Sup.	Absentéisme, état fonctionnel, intensité de la douleur, coûts médicaux. Maintien des effets : 6 mois, 1 an	rôle joué par le superviseur, est efficace pour le RaT. Les <i>modifications</i> (conception clavier, pauses de relaxation), la formation de gestionnaires pour faire des accommodations et les programmes d'exercices ont un impact positif sur le RaT. Offrir de la <i>physiothérapie en MT</i> peut être efficace pour réduire le temps perdu et les coûts médicaux. Pour les individus dont le poste de travail a été analysé, on observe plus des modifications du travail et moins d'absentéisme. La <i>formation en ergonomie des coordonnateurs de RaT</i> est associée à un changement de pratiques par rapport à l'adéquation des accommodations.
Williams et Westmorland 2002* ^Q	Programmes de gestion de l'incapacité en MT TMS, aigu, subaigu, chronique	Durée de l'absence, état fonctionnel, satisfaction, Maintien des effets : 2, 6, 12, 24 mois.	Les politiques et programmes de gestion de l'incapacité qui ont une composante de <i>modification du travail</i> , doublent le taux de succès du RaT et sont efficaces.
Campbell <i>et al.</i> , 2007** ^Q	Intervention multidisciplinaire précoce Problèmes de santé courants : dos	Taux de RaT Durée de l'absence Statut d'emploi et de RaT.	<i>L'intervention multidisciplinaire précoce</i> (après la 6 sem. de l'apparition de la douleur) est plus efficace que l'intervention usuelle ou unidisciplinaire. L'intervention multidisciplinaire optimale doit être centrée sur le RaT et inclure : exercices, thérapie cognitive comportementale, éléments organisationnels et d'éducation. La <i>communication</i> effective et la <i>collaboration</i> active entre les professionnels de la santé, ceux du MT et le <i>T</i> déterminent la réussite du RaT.
Gensby <i>et al.</i> , 2012* ^Q	Programmes de gestion de l'incapacité utilisés par les employeurs pour prévenir l'incapacité prolongée et favoriser le RaT. TMS et autres blessures physiques	Durée et taux de RaT, cumul de jours d'absence, état fonctionnel. Maintien des effets : 4, 8, 12 mois.	Manque d'évidences sur l'efficacité des programmes de gestion de l'incapacité et de RaT pourvus par les employeurs. Ne peut pas déterminer si certaines composantes spécifiques de ces programmes sont efficaces pour le RaT.
Podniece <i>et al.</i> , 2007* ^Q	Interventions et politiques de rétention,	Taux de RaT	Une <i>combinaison optimale</i> d'intervention clinique, de programme de réadaptation en MT (ceintures lombaires, corsets, exercices, travail

Auteur(s) Année	Type de programmes et site de blessure	Variable de résultats de RaT mesurés	Constat sur l'efficacité des programmes et de leurs composantes en milieu de travail
	réintégration et réadaptation Dos, membres supérieurs		modifié) est plus efficace que chacune des composantes utilisées individuellement.
Waddell <i>et al.</i> , 2008** ^Q Rapport :	Politiques de réadaptation professionnelle et de RaT TMS, problème de santé courante	Taux de RaT, durée d'absence	Les <i>approches proactives</i> en gestion des absences en MT et <i>l'offre temporaire de travail modifié et d'accommodations</i> réduisent la durée d'absence et augmentent les taux de RaT. Le RaT est plus efficace si l'intervention est localisée en MT. La gestion de l'absentéisme et de l'incapacité est efficace et peut avoir réduit l'absentéisme de 20-60 % en Grande-Bretagne.

Légende :

Q Évaluation de la qualité de la preuve

* Les revues font des recommandations en ce qui concerne l'efficacité en fonction de la qualité des articles étudiés, sans que des niveaux d'évidence des preuves soient établis.

** Les revues font des recommandations d'efficacité en fonction de la qualité et des niveaux des évidences des preuves. Des essais randomisés contrôlés (ERC) peuvent ou non être inclus dans ces revues et être sujets à des méta-analyses.

T Travailleur

MT Milieu de travail

RaT Retour au travail

4.1.3 Stratégies d'intervention pour un RaT durable en milieu de travail

Le tableau 4 décrit les stratégies de RaT durable en milieu de travail (démarche, actions, acteurs), décrites dans des revues de la littérature narratives, intégratives, réalistes, descriptives, qualitatives et qui portent sur d'autres enjeux que l'efficacité. Le tableau 5 regroupe, celles décrites dans les guides de bonnes pratiques de RaT destinées aux organisations.

De façon générale, les auteurs détaillent des principes et des lignes d'action que l'employeur devrait prendre en compte dans la formulation de politiques et procédures organisationnelles (Durand *et al.*, 2007, Higgins *et al.*, 2012, NICE 2009, Stock *et al.*, 2005). Les principaux éléments mentionnés concernent l'instauration d'une culture de prévention de l'incapacité (Higgins *et al.*, 2012, MacEachen *et al.*, 2006), l'information et la formation adéquate des acteurs (Durand *et al.*, 2007, Higgins *et al.*, 2012), la référence à des ressources externes spécialisées (programme de réadaptation multidisciplinaire, ergonome) pour évaluer l'adéquation entre les capacités du travailleur et les exigences de son travail, et pour intervenir dans le cas des conditions physiques ou mentales complexes (Briand *et al.*, 2008, Durand *et al.*, 2007, Higgins *et al.*, 2012). Toutefois, les rôles et les responsabilités des différents groupes d'acteurs du processus de RaT en milieu de travail (ex. : superviseur, coordonnateur du RaT), ainsi que le contenu éducationnel et informationnel lié à leur application sont plutôt rarement précisés par les auteurs (Durand *et al.*, 2014, Lysaght *et al.*, 2010).

Certains auteurs vont plus loin dans la description de stratégies d'intervention pour un RaT durable et décrivent des activités essentielles à réaliser en milieu de travail. Elles sont spécifiques à une étape/un moment du RaT (Durand *et al.*, 2014, Kendall *et al.*, 2009, NICE 2009, Stock *et al.*, 2005), ou à une catégorie d'acteurs (ex. réalisation du premier contact avec le travailleur, le plus tôt après l'accident, par le superviseur; Durand *et al.*, 2014). L'évaluation du travailleur, de ses tâches et de l'environnement de travail semble être une des activités essentielles à la planification de la solution de RaT, activité collaborative qui consiste en plusieurs actions que les divers acteurs doivent entreprendre (Durand *et al.*, 2014, Higgins *et al.*, 2012, Durand *et al.*, 2007). De même, les aménagements nécessaires au travail sont essentiels à la reprise harmonieuse de celui-ci après une absence prolongée ou non, et à son maintien, sans rechute, récurrence ou aggravation de la blessure. La solution de RaT la plus mentionnée est l'offre de travail modifié temporaire, transitoire ou permanent (Durand *et al.*, 2014, Higgins *et al.*, 2012, Lysaght *et al.*, 2010, Durand *et al.*, 2007, MacEachen *et al.*, 2006 NICE 2009, Stock *et al.*, 2005). L'offre de travail modifié comporte des tâches allégées, des accommodations (ex. : permettre au travailleur de recevoir des soins pendant les heures de travail, de changer de quart de travail, d'utiliser une chaise, d'alterner des postes avec exigences cumulées moindres, d'occuper un poste surnuméraire), des ajustements (ex. ajustement de la hauteur d'une table), des adaptations (ex. : mettre en place la rotation de postes, réaffecter le travailleur, modifier le poste de travail). Il semble essentiel pour maintenir élevée la motivation du travailleur que les tâches allégées soient dans son atelier ou dans son service, et si ce n'est pas possible, dans un autre atelier ou service dans lequel le travail reste signifiant et productif (MacEachen *et al.*, 2006, Stock *et al.*, 2005). L'offre de retour progressif (modification transitoire) consiste en la reprise progressive des horaires ou des tâches de travail régulières. Elle constitue une alternative

permettant au travailleur de reprendre graduellement ses tâches régulières au fur et à mesure du rétablissement de ses capacités après une période d'absence prolongée (Durand *et al.*, 2014, NICE 2009, Kendall *et al.*, 2009, Durand *et al.*, 2007, MacEachen *et al.*, 2006). L'offre de réaménagement (modification permanente) consiste dans la reconception du poste de travail, la redistribution des tâches, l'acquisition d'un nouvel équipement, le réaménagement des lieux de travail (Stock *et al.*, 2005). En plus de permettre l'accommodation des travailleurs aux prises avec des limitations permanentes, ces solutions peuvent aussi avoir un impact positif important sur la prévention des TMS chez les autres travailleurs de l'organisation.

Ensemble ou séparément, plusieurs acteurs clés ont la responsabilité de ces actions. Le gestionnaire de cas, le travailleur, le superviseur, le représentant syndical, le coordonnateur de RaT et le préventeur sont parmi les plus mentionnés. Les rôles des différents acteurs sont précisés en fonction du contexte d'intervention : programme essentiellement en milieu de travail (Durand *et al.*, 2014, Higgins *et al.*, 2012, Kendall *et al.*, 2009, MacEachen *et al.*, 2006, Stock *et al.*, 2005) ou programme de réadaptation avec une ou plusieurs composantes en milieu de travail (Briand *et al.*, 2008, Durand *et al.*, 2007, Lysaght *et al.*, 2010, NICE 2009).

L'acteur responsable des contacts avec le système de santé et l'assureur est, en général, la personne responsable de la gestion des absences, ou le coordonnateur de RaT, s'il y en a un dans l'organisation (Briand *et al.*, 2008, Durand *et al.*, 2014, Higgins *et al.*, 2012, NICE 2009). Il planifie et coordonne l'implantation des actions (moment, enchaînement de différentes actions, communication) lors du retour progressif ou définitif au travail régulier. Il est responsable de la communication avec les acteurs représentant le système de santé (médecin), l'assureur (conseiller, agent) et avec ceux de l'organisation, et il agit pour mobiliser ces différentes parties autour d'un but commun : le RaT sain et durable. En maintenant un contact régulier avec le travailleur, il peut lui donner de l'information sur le processus et le rassurer à propos des intentions de l'employeur. Le coordonnateur s'assure de l'implication active du superviseur et du travailleur pour tout ce qui concerne l'aménagement du travail. À ce sujet, il communique avec le syndicat pour s'assurer, entre autres, de ne pas porter préjudice aux autres travailleurs dans l'organisation (Durand *et al.*, 2014).

Le superviseur est un autre acteur important dans le processus de RaT, en raison de sa connaissance des exigences du travail. Il participe à la planification du RaT et à l'aménagement des tâches afin qu'elles soient adéquates, appropriées (allégées ou régulières, reprises progressivement) et conformes aux restrictions prescrites par le médecin. Il prépare le collectif à l'implantation du plan de RaT et à l'accueil du travailleur. Il lui revient de faire participer le travailleur et ses coéquipiers au développement et à l'implantation des solutions incluses dans le plan de RaT, d'en faire le suivi et de les ajuster au besoin aux progrès accomplis par le travailleur (Durand *et al.*, 2014). Les coéquipiers du travailleur blessé jouent, eux aussi, un rôle important d'entraide et d'appui au travailleur lors de son RaT (Durand *et al.*, 2014, Kendall *et al.*, 2009).

D'autres acteurs peuvent être impliqués dans le processus de RaT. Par exemple, des professionnels de santé peuvent être invités au besoin à intervenir en milieu de travail pour évaluer l'adéquation entre les restrictions (capacités) prescrites par le médecin traitant et les exigences des tâches de travail, et ensuite suggérer des modifications. Toutefois, plusieurs

auteurs s'entendent que, afin de réduire l'absence et favoriser le RaT, le moment opportun de prise en charge par un professionnel ou une équipe de professionnels de la santé se situe entre les 4^e et 12^e semaines après la survenue de la douleur, soit dans le stade subaigu (Higgins *et al.*,2012, Kendall *et al.*,2009, NICE 2009, Lysaght *et al.*,2009).

Enfin, plusieurs stratégies organisationnelles, concernant l'ensemble des étapes du processus de RaT et des acteurs concernés par les enjeux de SST, sont mises de l'avant par les auteurs comme favorisant le processus de RaT durable. De telles stratégies facilitent le processus de RaT : information (Durand *et al.*,2014, Briand *et al.*,2008), coordination (Briand *et al.*,2008, Higgins *et al.*,2012, NICE 2009), communication (Higgins *et al.*,2012, Briand *et al.*,2008, Durand *et al.*,2007), collaboration (Durand *et al.*,2014, NICE 2009), éducation et soutien aux travailleurs et aux autres acteurs en milieu de travail (Higgins *et al.*,2012, Lysaght *et al.*,2010, Durand *et al.*,2007, Stock *et al.*,2005).

Tableau 4 : Stratégies d'intervention en milieu de travail (MT)

Auteur année	Type de programme/site de blessure	Démarche	Action	Acteurs
Briand <i>et al.</i> , 2008	Programmes d'intervention de RaT. TMS causant l'incapacité au travail	Contact entre le milieu de santé, le représentant de l'assureur et le MT (employeur, syndicat) Séances d'information Visite en MT Évaluation Développement d'un plan de RaT	Coordonner Informers les acteurs du MT Communiquer	Praticien en MT (ergo-physio thérapeute, ergonome) Gestionnaire des cas d'incapacité Équipe multidisciplinaire (physio+ psychologue+ ergonome + ergothérapeute, etc.)
Durand <i>et al.</i> , 2014	Meilleures pratiques de RaT et de gestion des absences du travail et RaT. TMS ou troubles mentaux courants	Absence et période de récupération Contact initial du <i>T</i> Évaluation du <i>T</i> et de ses tâches, de la flexibilité des accommodations : faisabilité, disponibilité des tâches, en fonction de la convention collective Développement d'un plan de RaT Reprise du travail Suivi	Réceptionner le certificat médical Informers le coordonnateur de RaT Information au <i>T</i> Identifier les barrières au RaT Aménager le travail : ajustements, accommodations, modifications Appui au <i>T</i> et au superviseur Accueil du <i>T</i> Réassurance et encouragement du <i>T</i> Rétroaction au <i>T</i> Action concertée	Employeur Responsable de la gestion des absences <i>Superviseur</i> Coéquipiers Coordonnateur <i>T</i>
Durand <i>et al.</i> , 2007	Interventions en MT menées dans le contexte d'un programme de réadaptation professionnelle. TMS	Observations (ex. : postures, efforts, enchaînement des tâches, rythme) Discussions, réunions, entretiens en MT Consultation des documents de l'organisation (ex. rapports d'accident) Communiquer les résultats	Recueil d'information en MT Formation adaptée Travail modifié : développer, prioriser, obtenir consensus, implanter et suivre les modifications Retour progressif	Professionnel de santé (ex. ergothérapeute) Professionnel du travail (ex. : ergonome, hygiéniste industriel) Équipe multidisciplinaire

Auteur année	Type de programme/site de blessure	Démarche	Action	Acteurs
		aux acteurs		
Higgins <i>et al.</i> , 2012 ^Q	Meilleures pratiques de gestion de l'absence prolongée (≥ 4 sem.) en MT	Évaluation des exigences du travail (évaluation ergonomique) Contact régulier avec le travailleur	Utiliser des procédures et politiques robustes et proactives Communiquer Coordonner Soutenir le <i>T</i> et le <i>S</i> Appuyer le personnel apprécié Identifier <i>précocement</i> des obstacles Aménager temporairement le travail (ex. : réduction des heures de travail, changements dans l'attribution des tâches, redéploiement) Offrir une formation adéquate Combiner des mesures préventives et incitatives	Professionnel en réadaptation Employeur Gestionnaire des absences <i>S</i> <i>T</i>
Lysaght <i>et al.</i> , 2010	Meilleures pratiques en réadaptation et réinsertion. TMS, stade aigu : ≤ 12 sem.	Réunions Analyses sur le site de travail	Intervenir <i>précocement</i> Aménager le travail Reprendre graduellement le travail Offrir une formation adéquate	<i>T</i> <i>S</i> Professionnel de santé en MT
MacEachen <i>et al.</i> , 2006 ^Q	Pratiques de RaT après la survenue d'une blessure de travail. TMS	Choix des tâches modifiées Suivi	Établir un contact précoce avec le <i>T</i> Fournir de l'information sur le processus de RaT Aménager le travail Faire des arrangements (ergonomiques) Actions concertées	<i>S</i> Coéquipiers Employeur <i>T</i> Syndicat

T : travailleur; *S* : superviseur

Tableau 5 : Lignes directrices et recommandations pour les milieux de travail

Auteur Année	Démarche	Action en MT	Acteur
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2009.	<p>Évaluation de la situation du <i>T</i> sur le plan santé et environnement social de travail, en ce qui concerne les obstacles de RaT (ex. les relations de travail) et de perception de la confiance du <i>T</i> de sa capacité à contourner ces obstacles (< 12 sem.)</p> <p>Évaluation des exigences des tâches de travail</p> <p>Planification de RaT : niveau, type et fréquence des interventions et des services, incluant l'appui psychologique</p> <p>Outil pronostique de RaT</p> <p>Entretien combinant évaluation et planification du RaT et impliquant le <i>S</i></p> <p>Implantation et suivi de la solution de RaT</p>	<p>S'adresser à des spécialistes pour des interventions et des services spécifiques et encourager le <i>T</i> à contacter son médecin pour conseil et appui.</p> <p>Offrir aux gens avec un faible pronostic de RaT de prendre part à un programme d'interventions.</p> <p>Modifier ergonomiquement le poste de travail et l'équipement)</p> <p>Retourner le <i>T</i> graduellement au poste de travail régulier, avec augmentation des heures et des jours travaillés</p> <p>Retourner partiellement aux tâches régulières de travail ou redéployer temporairement un autre poste ou d'autres tâches</p> <p>Coordonner le RaT</p> <p>Appuyer les gestionnaires (superviseur et employeur)</p> <p>Favoriser l'action concertée de tous les acteurs du processus de RaT.</p>	<p>Gestionnaire de cas (coordonnateur) : coordonner l'évaluation, la planification et le déploiement des interventions et des services.</p> <p><i>T</i></p> <p>Spécialiste SST</p>
Kendall <i>et al.</i> , 2009.	<p>Démarche/phase de la blessure :</p> <p>Phase aiguë, < 2 sem., pas de ressources intensives : appui, conseil, démanteler mythes et croyances négatives, contrôle des symptômes</p> <p>Sous aiguë, 2-12 sem., moment optimal pour prévenir l'incapacité prolongée</p> <p>Chronique, >12 sem., ressources intensives, objectifs plus difficilement atteignables</p>	<p>Effectuer une procédure de contrôle (audit)</p> <p>Identifier les obstacles :</p> <p>-personnels : attitudes et croyances envers la santé et le travail (incertitude, anxiété, dépression, perte de routine et des habitudes de travail)</p> <p>-reliés à la santé (conseil conflictuel des professionnels, liste d'attente</p>	<p>Système de santé (médecins, professionnels de la santé, pourvoyeurs des services de réadaptation) : négocier des modifications et des accommodations en MT.</p> <p>(superviseur, gestionnaire, RH, spécialiste SST, <i>T</i>.</p> <p>Gestionnaire : résolution de</p>

Auteur Année	Démarche	Action en MT	Acteur
	Désignation des objectifs spécifiques (mesurables, atteignables, avec indication de durée) et permettre leur révision et ajustement, au besoin. Planification des activités en fonction des objectifs progressifs Nommer des responsables et établir des échéanciers	longue pour les traitements, absence maladie prolongée, traitement non efficace, reliés au MT (perte de contact avec le travail, attitude négative, refus d'accommodation ou de travail modifié, compréhension déficiente, désaccord entre le <i>T</i> et l'employeur et le médecin Travail modifié : arrangements transitionnels, temporaires.	problème Autre : époux/épouse, membre de la famille, assureur, gestionnaire de plaintes/cas, collègue, consultant sur le travail, avocat Rôle de tous les acteurs : -Pourvoir le <i>T</i> avec information, conseil, rassurance -Promouvoir l'activité et ses vertus -Démanteler des mythes et des croyances négatives -Partager leurs attentes avec les autres acteurs
Stock <i>et al.</i> , 2005.	Proposer des tâches au médecin traitant Demander des restrictions au médecin traitant Réaliser le suivi auprès du <i>T</i> : immédiat après le RaT (2-3 jours) et périodiquement au 2 sem.) Démarche d'implantation de programme : -Mettre sur pied un comité d'implantation de programme. -Faire le portrait de la situation de l'entreprise. -Analyser les besoins de l'entreprise et fixer les objectifs du programme. -Déterminer le contenu du programme. Implanter et évaluer le programme.	Encourager le <i>T</i> à rester actif Effectuer une prise en charge précoce S'assurer de l'adéquation entre les tâches attribuées au <i>T</i> et ses capacités physiques, modulation selon l'évolution des capacités Aménager le travail (tâches, horaire, équipements, formation à prévoir si nécessaire, etc.) Entreprendre des travaux légers, dans le même atelier ou dans un autre Opter pour un poste surnuméraire Communiquer Consulter les acteurs du processus.	Intervenants qui accompagnent des entreprises dans la mise sur pied de programmes de maintien et de RaT des <i>T</i> Employeur Groupes de travail (représentant en SST, superviseur, RH), dont le rôle est la mise sur pied de mesures structurées de maintien et de RaT. <i>T</i>

T : travailleur; *S* : superviseur; *C* : conseiller; CF : Condition favorable; CD : condition défavorable; MT : Milieu de travail

4.1.4 Synthèse des pratiques exemplaires

Dans le contexte de cette étude, les pratiques exemplaires de RaT en milieu de travail sont définies comme toute(s) composante(s) d'une politique, d'un programme, ou d'une intervention se déroulant en milieu de travail, ou comme toute(s) stratégie(s) organisationnelle(s), évaluée(s) ou décrite(s) comme efficace(s) par les auteurs des différentes publications. Elles sont résumées par auteurs et avec leurs mécanismes sous-jacents dans le tableau 6.

Globalement, on peut distinguer, dans le cadre des pratiques exemplaires, trois types d'éléments : 1) des caractéristiques générales, 2) des éléments stratégiques, 3) des activités spécifiques à une phase/étape ou à un groupe d'acteurs. Les caractéristiques générales comprennent des principes d'action selon le développement des politiques et la formalisation des procédures, l'instauration d'une culture d'organisation favorisant la réintégration après avoir subi un accident, le développement des compétences des acteurs responsables des différents volets, etc. Les éléments stratégiques concernent des approches organisationnelles qui visent l'atteinte d'un sous-objectif lié à l'accomplissement d'un RaT durable (ex. : communication, collaboration, coordination). Enfin, les activités spécifiques rassemblent celles réalisées en milieu de travail, dans une visée de RaT durable, par une catégorie d'acteurs et lors d'une phase/étape particulière du RaT (ex. contact initial avec le travailleur, le plus tôt possible après l'accident, par le superviseur).

Parmi les caractéristiques générales, les politiques et les procédures de RaT robustes et formelles, lorsqu'elles sont connues et suivies par l'ensemble des directions et des services de l'organisation (ressources humaines, production, maintenance, service santé et sécurité, etc.) et par tous les groupes d'acteurs du RaT (gestionnaire, superviseur, travailleur, conseiller en ressources humaines/gestionnaire de cas de RaT, représentant syndical), constituent des composantes essentielles pour un RaT sain et durable. Elles devraient également inclure des procédures systématiques vouées à assurer les liens nécessaires avec les professionnels de santé et les représentants de l'assureur. L'intégration des mesures préventives et des mesures incitatives de RaT figure aussi parmi les principes de base des procédures organisationnelles, afin de mieux prévenir l'incapacité pour tous les travailleurs, avec ou sans symptômes. De même, l'information, l'éducation et la formation des travailleurs et des autres acteurs, la précocité du contact et de l'intervention, l'encouragement du travailleur à rester actif par l'éducation, le reconditionnement, le réentraînement et les écoles de dos centrés sur le RaT sont tous des éléments de procédure visant à ce que le travailleur reprenne confiance en ses capacités. L'intervention précoce est centrale, car plus longtemps un individu est hors travail, plus les obstacles du retour au travail deviennent insurmontables et les difficultés de réintégration professionnelle augmentent (Waddell *et al.*, 2008).

Les éléments stratégiques mis de l'avant par les auteurs comme étant favorables au RaT sont : l'action concertée, l'existence de mécanismes de communication efficaces entre les acteurs, la collaboration entre les acteurs externes (cliniciens, assureurs, professionnels de la santé et du travail, etc.) et internes, la coordination du RaT. En effet, la coordination des actions et l'implication/la participation/la consultation des travailleurs et des superviseurs dans l'élaboration des solutions ou des modifications du processus de RaT constituent des stratégies organisationnelles essentielles, selon plusieurs auteurs, pour le développement, la priorisation, l'implantation et le suivi des solutions de RaT sain et durable.

Plusieurs activités essentielles sont spécifiques à une des phases/étapes du processus de RaT : absence et période de récupération, contact tôt après l'accident avec le travailleur, évaluation de ses tâches, planification du travail et de la solution de RaT, accueil du travailleur lors de la reprise du travail, suivi du RaT. Des actions concrètes et précises, réalisées par un acteur ou une classe d'acteurs lors d'une phase/étape du processus de RaT ou encore à réaliser en continu tout au long du processus de RaT (ajustement et suivi continu des modifications en fonction de l'évolution des capacités), sont décrites par les auteurs comme des éléments d'une démarche en milieu de travail assurant le RaT sain et durable. Par exemple, le fait de contacter le travailleur, tôt après l'accident et pendant l'absence, pour lui offrir de l'aide dans son cheminement de RaT apparaît comme un élément essentiel pouvant favoriser sa participation active dans le processus de RaT. Aussi, l'évaluation de ses tâches, par le superviseur et le cas échéant par un spécialiste, et l'identification de barrières et des obstacles de RaT, par le responsable de RaT, sont des éléments essentiels à la planification de la solution de RaT et lors de la reprise du travail.

Différentes solutions sous forme d'offres de modification du travail sont décrites par les auteurs. De façon générale, on peut observer que le contenu de ces modifications est légèrement différent d'un auteur à l'autre : travaux légers, ajustements, accommodations, adaptations, aménagements physiques. Trois types de mécanismes peuvent toutefois les régir. Premièrement, le fait d'offrir des tâches allégées (temporaires et transitoires) significatives et, si possible, dans le même service permettrait au travailleur de rester lié à son équipe et à son milieu de travail, même s'il n'est pas complètement rétabli et productif. Ensuite, offrir des modifications (temporaires, transitoires) des activités au poste de travail occupé par le travailleur avant l'accident constitue un moyen de lui permettre de reprendre ses activités productives. Le retour progressif au travail par exposition graduelle (tâches, horaires) constitue un moyen pour permettre au travailleur de reprendre graduellement ses activités productives régulières. Enfin, des solutions de réaffectation (permanentes) peuvent être envisagées pour les travailleurs avec des limitations fonctionnelles permanentes.

Enfin, des activités de suivi sont essentielles tout au long de l'élaboration et de l'implantation de la solution de RaT, d'une part, pour rassurer à nouveau le travailleur à l'égard du respect de sa condition et pour l'encourager dans la progression vers le RaT durable et, d'autre part, pour procéder à des ajustements lorsque nécessaire afin d'éviter des rechutes et d'autres blessures.

Toutefois, il faudrait mentionner que peu d'éléments contextuels sont présents dans la littérature scientifique. En effet, même si plusieurs études traitent des pratiques exemplaires de RaT dans le contexte canadien (Franche *et al.*, 2005, Lysaght *et al.*, 2010, MacEachen *et al.*, 2006, Williams et Westmorland, 2002, Williams *et al.*, 2004, Williams *et al.*, 2007) ou québécois (Durand *et al.*, 2007, Briand *et al.*, 2008, Durand *et al.*, 2014, Stock *et al.*, 2005), les études recensées proviennent d'une multitude de pays dont les contextes législatifs diffèrent en ce qui concerne le retour au travail des employés ayant subi des blessures musculosquelettiques reliées au travail.

Tableau 6 : Pratiques exemplaires en milieu de travail : caractéristiques, éléments stratégiques et activités spécifiques à une phase/étape ou catégorie d'acteurs

Caractéristique, élément stratégique et action spécifique	Concept ou mécanisme sous-jacent à l'intervention en milieu de travail	Auteurs
<i>Caractéristiques générales</i>		
Politiques et procédures de RaT (formalisation, robustesse, clarté, précision de rôles et responsabilités)	Même compréhension du processus et des procédures de RaT mis en application dans les pratiques des acteurs.	Gensby <i>et al.</i> ,2012, Higgins <i>et al.</i> ,2012, Podniece <i>et al.</i> ,2007, Waddel <i>et al.</i> ,2012, Williams et Westmorland 2002.
Information, formation et éducation des acteurs sur le processus de RaT	La compréhension des avantages forge la volonté <i>T</i> et des autres acteurs de s'impliquer et renforce la confiance.	Aas <i>et al.</i> ,2011, Campbell <i>et al.</i> ,2007, NICE 2009, Hoefsmit <i>et al.</i> ,2012, Higgins <i>et al.</i> ,2012, MacEachen <i>et al.</i> ,2006, Palmer <i>et al.</i> ,2012
Approche intégrative (culture de prévention : structures et actions de prévention et de gestion des absences en interaction)	Combiner des actions des services de prévention et des services responsables de la gestion des absences et du RaT permet de prévenir de façon plus efficace l'incapacité prolongée.	Boocock <i>et al.</i> ,2007
Approche proactive (culture de prévention : structures et ressources en MT pour retourner tôt le <i>T</i> au travail)	Intervenir tôt permet de prévenir l'aggravation, la complexification due à des facteurs psychosociaux. À partir de 3 mois, plus le temps passe, plus le risque d'incapacité prolongée augmente. Le moment opportun pour intervenir se situe entre 2 sem. et 3 mois	Burton <i>et al.</i> ,2009, Caroll <i>et al.</i> ,2010, Campbell <i>et al.</i> ,2007, Hoefsmit <i>et al.</i> ,2012, Kendall <i>et al.</i> ,2009, MacEachen <i>et al.</i> ,2006, Palmer <i>et al.</i> ,2012, Podniece <i>et al.</i> ,2007, Waddel et Burton 2001, Waddel <i>et al.</i> ,2008, Williams et Westmorland 2002, Williams <i>et al.</i> ,2007
Encouragement du <i>T</i> à rester actif	La rééducation, le reconditionnement, le réentraînement (combinés ou non avec des écoles de dos) redonnent confiance au travailleur dans ses capacités à réaliser le travail.	Elders <i>et al.</i> ,2000, Hlobil <i>et al.</i> ,2005, Hoefsmit <i>et al.</i> ,2012, Ozguler <i>et al.</i> ,2004, Stock <i>et al.</i> ,2005, Campbell <i>et al.</i> ,2007, Podniece <i>et al.</i> ,2007
<i>Éléments stratégiques</i>		
Action concertée, basée sur le processus de recherche de consensus entre les acteurs	Le consensus entre les acteurs réduit les conflits.	Durand <i>et al.</i> ,2014, MacEachen <i>et al.</i> ,2006, NICE 2009
Communication, basée sur la présence	Exprimer ses peurs et ses attentes, et écouter celles	Campbell <i>et al.</i> ,2007, Franche <i>et al.</i> ,2005,

Caractéristique, élément stratégique et action spécifique	Concept ou mécanisme sous-jacent à l'intervention en milieu de travail	Auteurs
des structures et des espaces de discussion (ex. : réunions, comités)	des autres acteurs.	Hoefsmit <i>et al.</i> ,2012, NICE 2009, Palmer <i>et al.</i> ,2012, Waddell <i>et al.</i> ,2008, Williams et Westmorland 2002
Collaboration entre les acteurs externes (cliniciens, assureurs, professionnels de la santé et du travail, etc.) et internes (gestionnaire des absences, coordonnateur, superviseur, etc.) du RaT	Se mobiliser autour d'un objectif commun, même si les intérêts sont divergents et rechercher une solution satisfaisante pour l'ensemble.	Campbell <i>et al.</i> ,2007, Ozguler <i>et al.</i> ,2004,
Coordination du RaT	Agencer les actions de façon à faciliter la collaboration et la mobilisation autour d'un objectif commun.	Schandelmaier <i>et al.</i> ,2012, Waddell <i>et al.</i> ,2008, Williams et Westmorland 2002
Implication/Participation du T dans l'élaboration et la mise en place de la solution	Faciliter le consensus sur les modifications, les accommodations et les conditions de reprise du travail	Caroll <i>et al.</i> ,2010, Higgins <i>et al.</i> 2012, NICE 2009, Williams et Westmorland 2002, Williams <i>et al.</i> ,2007
Implication/Participation du S dans l'élaboration et la mise en place de la solution	Mise à profit des connaissances et des expériences du superviseur en ce qui concerne les exigences du poste de travail et l'équipe responsable des exigences de production.	Durand <i>et al.</i> ,2014, MacEachen <i>et al.</i> ,2006
<u>Activités spécifiques à une phase/étape ou à un groupe d'acteurs</u>		
<i>Absence et période de récupération</i>	Respecter l'équilibre entre les restrictions fonctionnelles du T et les tâches qui lui sont assignées	Durand <i>et al.</i> ,2007, Stock <i>et al.</i> ,2005
Recevoir le certificat médical (<i>gestionnaire</i>)	Prendre connaissance des limitations fonctionnelles, du statut et de la durée de la restauration de leurs capacités.	
Recourir à un coordonnateur de RaT (<i>gestionnaire, responsable de la gestion du RaT</i>)	Vérifier la disponibilité des tâches dans le service et, le cas échéant, dans l'organisation, afin d'évaluer les possibilités de reprise du travail modifié ou régulier.	

Caractéristique, élément stratégique et action spécifique	Concept ou mécanisme sous-jacent à l'intervention en milieu de travail	Auteurs
Proposer des tâches que le médecin traitant pourrait prescrire au <i>T</i> . (<i>coordonnateur, superviseur</i>)	Rassurer le <i>T</i> et l'aider dans la projection du processus Garder le contact du <i>T</i> avec le superviseur et les collègues	Durand <i>et al.</i> ,2014, Durand <i>et al.</i> ,2007, Franche <i>et al.</i> ,2005
<i>Contact initial avec le T</i> , tôt après l'accident : s'informer de sa récupération (<i>superviseur</i>)	<i>Évaluation des tâches du T</i> (<i>superviseur, spécialiste</i>)	Briand <i>et al.</i> ,2008, Durand <i>et al.</i> ,2014, Higgins <i>et al.</i> ,2012, Kendall <i>et al.</i> ,2009, NICE 2009, Palmer <i>et al.</i> ,2012, Stock <i>et al.</i> ,2005
Identifier les barrières et les obstacles au RaT, entretien avec le travailleur (<i>coordonnateur</i>)	Identifier des obstacles au RaT	Durand <i>et al.</i> ,2014, Kendall <i>et al.</i> ,2009, Higgins <i>et al.</i> ,2012, NICE 2009
<i>Planifier la reprise du travail et la solution de RaT</i> (individualisée et coordonnée) et avec offre de travail modifié	Planifier les ressources en fonction de la progression des capacités du travailleur.	Briand <i>et al.</i> ,2008, Durand <i>et al.</i> ,2014, Hoefsmit <i>et al.</i> ,2012, Kendall <i>et al.</i> ,2009, NICE 2009, Schandelmaier <i>et al.</i> ,2012
Offrir de tâches allégées (temporaires et transitoires), significantes et, si possible, dans le même département (ex. réaffectation).	Réduire de façon transitoire et temporaire les exigences de la situation de travail. Offrir un travail significatif, valorisant et productif peut avoir un effet positif sur la guérison complète.	Palmer <i>et al.</i> ,2012, Waddell et Burton 2001, Williams et Westmorland 2002
Offrir des modifications (temporaires, transitoires ou permanentes) du poste de travail occupé par le <i>T</i> avant l'accident : adaptations, ajustements, aménagements physiques ou organisationnels du poste et des tâches de travail.	Ajuster les exigences physiques et organisationnelles du travail en fonction de la progression des capacités du <i>T</i> . Graduellement exposer le <i>T</i> aux exigences du travail constitue un moyen thérapeutique aidant à la guérison plus rapide.	Boocock <i>et al.</i> ,2007, Carroll <i>et al.</i> ,2010, Franche <i>et al.</i> ,2005, Kendall et al 2009, MacEachen <i>et al.</i> ,2006, NICE 2009, Palmer <i>et al.</i> ,2012, Waddell et Burton 2001, Stock <i>et al.</i> ,2005, Waddell <i>et al.</i> ,2008, Williams <i>et al.</i> ,2004, Williams <i>et al.</i> ,2007
Offrir le retour progressif au travail par exposition graduelle (tâches, horaires)	Augmenter de façon transitoire et progressive les exigences de travail.	Durand <i>et al.</i> ,2007, Kendall <i>et al.</i> ,2009, NICE 2009, Palmer <i>et al.</i> ,2012, Williams et Westmorland 2002
<i>Reprise du travail, accueil du T</i>	Rassurer le <i>T</i> (reprise de contact, appartenance à	Durand <i>et al.</i> ,2014, MacEachen <i>et al.</i> ,2006

Caractéristique, élément stratégique et action spécifique	Concept ou mécanisme sous-jacent à l'intervention en milieu de travail	Auteurs
<p>(<i>superviseur, coéquipiers</i>)</p> <p>Accueillir le <i>T</i> : distribuer, assigner les tâches (<i>superviseur</i>)</p> <p>Faire des ajustements chaque jour (<i>superviseur, T</i>).</p> <p>Implantation de la solution de travail modifiée et de suivi auprès du <i>T</i>, tout de suite après le RaT (2-3 jours), et périodiquement aux 2 sem.</p> <p><i>Suivi auprès du T</i></p>	<p>l'équipe et à l'organisation)</p> <p>Assurer le <i>T</i> du respect de ces restrictions dans les tâches à réaliser</p> <p>Ajuster les exigences de travail en fonction de l'évolution des capacités existantes du <i>T</i>.</p>	<p>Durand <i>et al.</i>,2014, Stock <i>et al.</i>,2005, NICE 2009, MacEachen <i>et al.</i>,2006</p>
<p>Offrir de la rétroaction sur la progression du RaT (<i>superviseur</i>)</p> <p>Faire des ajustements sur le plan de RaT, au besoin (<i>coordonnateur</i>)</p>	<p>Favoriser le maintien du RaT dans des conditions saines pour le <i>T</i>.</p>	

T : Travailleur; S : Superviseur

4.2 Étude de cas multiples

Pour la présentation de chaque cas-organisation, un texte descriptif brosse tout d'abord les principales caractéristiques de l'organisation, les documents remis par le représentant de l'employeur, les caractéristiques des travailleurs et de différents acteurs clés interviewés, ainsi que les principaux constats sur les procédures, les pratiques et leurs conditions d'application dans l'organisation. Par la suite, les procédures, les pratiques et les conditions d'application sont présentées de façon détaillée dans un tableau-synthèse.

4.2.1 Organisation A

Contexte

L'employeur A est une organisation publique, du secteur d'activité « soins de santé et assistance sociale ». Elle est située à Montréal et compte plus de 1500 travailleurs, lesquels sont représentés par différents syndicats. La gestion des absences est réalisée par l'employeur. Quatre conseillers en RaT se répartissent le travail, chacun étant responsable des dossiers d'absence de plusieurs services.

Sources de données

La direction de l'organisation a remis à l'équipe de recherche deux documents. Le premier concernait la politique de l'organisation concernant la gestion de l'absence au travail. Cette politique était essentiellement basée sur la durée de l'absence au travail (courte/ longue), sur le type de système (public/privé, fédéral/provincial), sur le type de programme responsable de la protection et de l'indemnisation (CNESSST; Société de l'assurance automobile du Québec [SAAQ]; Indemnisation des victimes d'actes criminels [IVAQ]; programme assurance salaire de l'employeur; Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ]). Le deuxième document constituait la procédure de réintégration des employés ayant des limitations fonctionnelles temporaires.

Cinq travailleurs de l'organisation A ont participé à l'étude, 2 hommes et 3 femmes, âgés entre 30 et 56 ans. Ils travaillent dans les soins de santé ou dans des services connexes et sont tous syndiqués. Leur ancienneté varie de quelques années à plus de 25 ans. Tous ont souffert d'une lésion au dos. Ils ont été absents entre 0 et 7 semaines, en arrêt de travail (AT) entre 6 et 30 semaines et en RP entre 0 et 4 semaines. Au total, ces travailleurs ont vu s'écouler entre 12 et 36 semaines entre le moment de l'accident et celui de leur retour définitif au travail.

Neuf acteurs clés – 6 femmes et 3 hommes – en lien avec au moins un des travailleurs rencontrés ont été interviewés pour compléter l'étude des situations de RaT. Ils ont tous joué un rôle dans le processus de RaT de ce (ou de ces) travailleur(s). Les trois superviseurs interviewés détiennent une formation dans le domaine de la santé, trois ont une formation en gestion ou en SST; leur ancienneté au poste variait, au moment de l'entrevue, de quelques mois à plusieurs dizaines d'années. Les trois conseillers ont bénéficié de formations variées, dont une en SST, et possèdent plusieurs années d'expérience. Le préventeur est infirmier. Le représentant du syndicat était

préposé aux bénéficiaires avant de travailler pour le syndicat à temps plein, ce qu'il fait depuis plus de 10 ans. Le seul collègue rencontré est préposé aux bénéficiaires.

Quatre autres acteurs clés – 2 femmes et 2 hommes – régulièrement engagés dans un processus de RaT en général ou dans des situations de RaT d'autres travailleurs que ceux interviewés ont été interviewés pour compléter l'étude des procédures et pratiques de RaT. Les deux chefs du service de SST, ainsi que les deux superviseurs cumulent des formations universitaires variées, dont une en relations industrielles et en SST, et de nombreuses années d'expérience.

Procédures

Les résultats de l'analyse de documents remis montrent que leur procédure « Réintégration des employés ayant des limitations fonctionnelles temporaires » encadre les modalités à suivre en matière de réintégration au travail (relatives à la gestion de l'AT) à la suite des limitations fonctionnelles temporaires établies par le médecin. Le service SST de la Direction des ressources humaines (RH) a la responsabilité de surveiller l'application de cette politique. Dans le cadre de cette procédure, des rôles et des responsabilités sont désignés pour chaque groupe d'acteurs (employeur, service SST, superviseur, employé et syndicat), en fonction du type d'accident et du programme gouvernemental responsable de l'indemnisation (CNESST, SAAQ, IVAQ, programme assurance salaire de l'employeur; Régie de l'assurance maladie du Québec, RAMQ). Pour ce qui est de la gestion des absences ou du RaT en cas de lésions professionnelles, la direction a précisé qu'elle appliquait la loi. La direction a également fourni quelques exemplaires de formulaires d'assignation temporaire adaptés à différents métiers, ainsi qu'une lettre destinée au médecin traitant pour l'inviter à présenter l'AT à l'organisation. Pour les cas complexes (période d'absence très longue, diagnostic contestable, etc.), l'organisation fait appel aux services d'un médecin-conseil qui, dans certains cas, rencontre le travailleur. Le représentant syndical rencontré a également remis quelques documents à l'équipe de recherche, dont un guide pour le travailleur victime d'un accident du travail ainsi qu'un schéma présentant le cheminement de la procédure que doit suivre le travailleur lors d'un accident du travail.

Plusieurs éléments de procédures informelles ont été identifiés à partir des discours des acteurs clés. Ils détaillent leurs rôles et responsabilités en fonction des différentes phases/étapes du processus de RaT. On note qu'un accent particulier est mis sur des procédures d'enquête, à la suite d'un accident et pendant l'absence du travailleur, ainsi qu'une préoccupation importante en ce qui concerne le respect des limitations fonctionnelles lors de la reprise du travail.

Pratiques actuelles

Les actions concrètes réalisées par les acteurs clés du RaT sont détaillées par élément de procédure, phase/étape du processus de RaT et par groupe d'acteurs, dans le tableau 7. Globalement, il y a correspondance entre ce qui est prescrit (procédures formelles et informelles) et les actions réalisées actuellement dans le cadre du processus de RaT. En effet, les actions entreprises à la suite de l'accident et pendant l'absence des travailleurs étudiés sont semblables à celles signalées dans la procédure susmentionnée. Toutefois, les modalités d'application des différents éléments de procédure, c'est-à-dire les pratiques mises en œuvre par une même catégorie d'acteurs clés (ex. : superviseur, travailleur), présentent des variantes d'application.

Les travailleurs en AT sont payés par l'employeur par le biais d'un budget spécial différent de celui alloué à chaque service ou direction. Certains travailleurs sont assignés à des travaux légers, qui sont perçus comme non signifiants et même humiliants, alors que d'autres travailleurs se voient attribuer des tâches dans leur service ou direction, pouvant ainsi rester en contact avec leurs collègues et superviseurs. Or, même s'il ne participe pas directement ou autant à la production de son équipe, le travailleur peut tout de même aider ses collègues à atteindre les objectifs en cette matière. La procédure de suivi du travailleur réalisant une AT ou un retour progressif est méticuleusement effectuée par certains superviseurs. Toutefois, ils rapportent deux types de comportement. Les premiers offrent une supervision de proximité tandis que d'autres mentionnent ne pas disposer de suffisamment de temps (charge de supervision considérable), de moyens (informations sur les limitations du travailleur) ou de tâches allégées dans leur service. Or, tous ces éléments sont à prendre en considération dans la réalisation des accommodations et des ajustements lors du RaT. En théorie, le préventeur évalue le poste si le travailleur demeure avec des limitations permanentes, ce qui n'était le cas d'aucun des travailleurs rencontrés.

De façon plus spécifique, dans des situations complexes ou litigieuses (rechute, refus systématique du médecin d'approuver l'assignation temporaire), le médecin de l'employeur peut, à la demande du conseiller ou d'un représentant de l'employeur, évaluer le travailleur en le rencontrant ou en analysant son dossier afin de déterminer si le dossier médical peut être contesté. Après avoir rencontré le travailleur ou analysé son dossier, le médecin pourrait ainsi conseiller à la direction de contester le diagnostic, le traitement ou une partie de sa responsabilité à titre d'employeur. De plus, il peut suggérer au médecin traitant une AT ou un RP. Si le médecin de l'employeur a rencontré le travailleur pour évaluer sa condition, soit il a recommandé une formation, soit il a diagnostiqué que le travailleur était apte à retourner au travail. Il peut également, de même que le conseiller, exercer une pression sur le travailleur pour qu'il revienne au travail.

Aussi, à la suite de l'enquête de l'accident, des solutions de nature différente, temporaires ou permanentes, peuvent être proposées : modifications du poste, des équipements, des pièces, des modes opératoires; formation. Le service SST pilote ce dossier, avec une aide technique au besoin. C'est le Service des ressources matérielles qui réalise les aménagements physiques. Le superviseur peut demander du matériel technique ou une vérification des équipements, au besoin. De plus, il peut communiquer avec le préventeur pour qu'il intervienne auprès du Service des ressources matérielles pour accélérer le processus. Dans la plupart des cas étudiés, aucun réaménagement physique n'a eu lieu après l'accident, soit en raison de l'insuffisance des moyens financiers de l'organisation, soit parce que l'accident était attribué au non-respect des méthodes de travail. Toutefois, à la suite d'un accident, le service SST a piloté un réaménagement complet et majeur du poste de travail et il a transmis des consignes à d'autres services, pour prévenir la répétition d'un tel accident. En effet, le superviseur, le préventeur ou le conseiller peuvent proposer au travailleur une formation de rafraîchissement dans le cadre de l'AT, du RP ou lors du RaT au poste régulier dans une optique de prévention, afin d'éviter qu'il se blesse de nouveau. Concrètement, le formateur a proposé des formations de rafraîchissement qui ont été suivies ou pas, en fonction de l'importance et de la priorité accordées par le superviseur à ce moyen de prévention pour éviter qu'il y ait des rechutes ou que d'autres accidents se produisent.

Conditions d'application

Plusieurs conditions favorables et défavorables au processus de RaT sain et durable, spécifiques à une phase/étape, à un système ou à une catégorie d'acteurs du processus de RaT, mentionnées par les acteurs clés sont décrites dans ce même tableau 7. Parmi les conditions favorables mentionnées par plusieurs groupes, on peut noter : la collaboration du travailleur (absence, période d'AT), l'AT du travailleur dans son service et à des tâches significatives, l'augmentation graduelle des exigences de tâches (reprise du travail régulier) et le suivi continu du superviseur afin de s'assurer que le travailleur ne dépasse pas les limites prescrites et qu'il bénéficie de l'aide de ses collègues pour les tâches encore difficiles à réaliser (suivi).

D'autres conditions de nature plus générale, telles la présence de procédures claires et précises, la prise en charge précoce, la collaboration entre les acteurs concernés (la collaboration du médecin traitant), et l'implication, de bonne foi, de tous les acteurs et du travailleur dans son RaT semblent essentielles pour plusieurs des acteurs interviewés dans cette organisation. Les conditions mentionnées, qu'elles soient favorables ou défavorables, correspondent à la présence ou à l'absence de certaines pratiques dans cette organisation. Par exemple, l'AT et le retour progressif sont vus eux-mêmes comme des conditions favorables au RaT, puisqu'ils permettent au travailleur de garder le contact avec le milieu de travail et de se rendre utile auprès de son équipe et de son organisation. De même, l'absence de contre-expertise médicale et de contestation est une autre condition rapportée par les travailleurs comme facilitant le RaT.

Tableau 7 : Organisation A : Procédures, pratiques et conditions d'application

Élément de procédures	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/ Défavorable (CD)
Accident			
<p>Le <i>travailleur (T)</i> informe le <i>superviseur (S)</i> de l'accident, remplit une déclaration d'accident et consulte un <i>médecin</i>.</p> <p>Le <i>S</i> s'assure que le <i>T</i> a bien rempli sa déclaration d'accident; il l'aide au besoin. Puis, il prévient le <i>conseiller (C)</i> de l'accident.</p> <p>Le <i>S</i> réalise une enquête accident.</p> <p>Au besoin, le <i>S</i> met en place des mesures correctives immédiates et communique avec le <i>préventeur</i> ou avec le <i>service SST</i>.</p>	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <p>-Il se présente aux <i>RH</i> avec la déclaration d'accident, les papiers médicaux et la réclamation.</p> <p>-Il se présente au <i>médecin</i> avec un formulaire d'AT.</p> <p>-Il contacte le <i>C</i> – par téléphone ou en personne – après chaque rendez-vous médical.</p> <p>Le <i>S</i> respecte la procédure</p> <p>-Il envoie tout de suite le <i>T</i> consulter un <i>médecin</i>.</p>	<p>Parfois le <i>T</i> contacte le <i>syndicat</i> qui peut lui recommander d'aller voir un <i>médecin</i> en particulier.</p> <p>Parfois, le <i>S</i>, envoie le <i>T</i> voir le <i>C</i></p> <p>Le <i>service SST</i> peut donner des consignes à d'autres services, dans une optique de prévention.</p>	
Absence			
<p>Le <i>T</i> consulte le <i>médecin traitant</i> avec un formulaire d'AT et achemine la déclaration d'accident, les papiers médicaux et la réclamation au <i>C</i></p> <p>Le <i>C</i> envoie les documents requis à la CNESST.</p>	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <p>Le <i>C</i> respecte la procédure.</p> <p>Le <i>médecin traitant</i> prescrit ou non un congé et la reprise du travail en AT, RP, RaT.</p>	<p>Parfois le <i>T</i> n'a pas en sa possession de formulaire d'AT dès sa première visite au <i>médecin traitant</i>.</p>	<p>CF :</p> <p>Collaboration du <i>médecin traitant</i></p> <p>Collaboration du <i>T</i>.</p> <p>CD :</p> <p>Absence de longue durée.</p>
<p>À la demande du <i>C</i>, le <i>médecin de l'employeur</i> évalue si l'employeur doit entreprendre des démarches auprès du Bureau d'évaluation médicale (BEM).</p> <p>La <i>direction SST</i> réalise les contestations en matière administrative ou financière au</p>		<p>Parfois, le <i>T</i> fait l'objet d'une évaluation par le <i>médecin de l'employeur</i>. Il peut par la suite faire l'objet de pressions de la part du <i>C</i> ou du <i>médecin</i></p>	<p>CD :</p> <p>Toute forme de contestation ou de consultation d'un <i>médecin de l'employeur</i>.</p> <p><i>C</i> et <i>médecin de l'employeur</i> font de la</p>

Élément de procédures	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/ Défavorable (CD)
<p>besoin.</p> <p>Le <i>syndicat</i> reçoit une liste des travailleurs en arrêt de travail.</p>		<p><i>de l'employeur.</i></p> <p>Parfois, le <i>T</i> n'informe le <i>syndicat</i> que s'il éprouve des difficultés.</p>	<p>pression pour que le <i>T</i> revienne au travail (AT, RP ou RaT).</p>
<p>Le <i>préventeur</i> évalue le poste quand le <i>T</i> demeure avec des limitations permanentes.</p>		<p>Le <i>préventeur</i> peut proposer une formation de rafraîchissement.</p> <p>Toutefois, le <i>T</i> ne la suit pas toujours et son <i>S</i> ne l'impose pas.</p>	
AT			
<p>Le <i>T</i> fait signer par le <i>médecin traitant</i> un formulaire d'AT, lequel contient des listes de tâches pour chaque type d'emploi, et le rapporte à l'employeur.</p> <p>Le <i>S</i> assigne au <i>T</i> des tâches allégées, dans son service ou ailleurs, tout en respectant les prescriptions du <i>médecin traitant</i>.</p> <p>Le <i>T</i> effectue les tâches désignées par le <i>S</i> et ne dépasse pas les limites prescrites par le <i>médecin traitant</i>.</p> <p>Le <i>S</i> s'assure que l'AT est effectuée selon les prescriptions du <i>médecin traitant</i> – en ce qui a trait au temps, aux activités, aux capacités requises, etc.</p>	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il travaille quelques jours par sem., quelques heures par jour, pour effectuer des tâches allégées dans son service ou ailleurs dans l'entreprise. <p>Le <i>S</i> respecte la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il prépare l'équipe pour le retour en AT du <i>T</i>. - Il vérifie avec le <i>T</i> les tâches qu'il peut accomplir. - Il fait le bilan de la première journée d'AT avec le <i>T</i>. - Il vérifie, tous les 2 ou 3 jours, comment se comporte le <i>T</i> en AT et fait des ajustements au besoin. - Il s'assure, lorsqu'il est absent, qu'une personne en 	<p>Le <i>T</i> suivre ses traitements pendant le temps de travail.</p> <p>Il arrive que le <i>T</i> retourne en absence après quelques jours d'AT.</p> <p>Il arrive que le <i>S</i> consulte le <i>T</i> dans le choix de tâches et lui donne de la latitude dans la réalisation de son travail : tâches, rythme, etc.</p> <p>Le <i>T</i> dépasse parfois les limites prescrites par le <i>médecin traitant</i>.</p> <p>Le <i>préventeur</i> peut trouver des tâches légères, significatives pour le <i>T</i> et utiles pour le service SST.</p>	<p>CF :</p> <p>AT réalisée dans son service, tâches significatives et lui permettant de contribuer aux objectifs de production en aidant ses <i>collègues</i>.</p> <p>Accorder du temps au <i>T</i>.</p> <p>Collaboration du <i>médecin traitant</i>.</p> <p><i>T</i> qui veut revenir au travail.</p> <p><i>T</i> est payé à même un budget spécifique.</p> <p><i>T</i> aide ses <i>collègues</i> puisqu'il agit en à titre de surnuméraire.</p> <p><i>T</i> qui respecte les limitations prescrites par le <i>médecin traitant</i>.</p> <p>CD :</p> <p>Tâches allégées à réaliser en AT sont difficiles à trouver pour le <i>superviseur</i>.</p> <p>Tâches non significatives qui</p>

Élément de procédures	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/ Défavorable (CD)
	autorité assume ses responsabilités.		stigmatisent le <i>T</i> .
RP			
Le <i>T</i> travaille à ses tâches régulières, mais selon un horaire réduit et un rythme qui peut être réduit.	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il effectue le RP dans son service. - Il peut ne pas exécuter des tâches trop exigeantes. <p>Le <i>S</i> respecte la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il vérifie l'état d'esprit du <i>T</i> pour ne pas nuire à sa santé ou au fonctionnement de l'équipe. - Il prépare l'équipe pour le RaT du <i>T</i>. - Il vérifie régulièrement les progrès du <i>T</i> et fait des ajustements au besoin. 	<p>Parfois, les <i>collègues</i> doivent se charger des tâches plus exigeantes que le <i>T</i> ne peut pas effectuer.</p> <p>Le <i>T</i> peut suivre ses traitements pendant le temps de travail.</p>	<p>CF : Augmenter graduellement les exigences des tâches, pas seulement des horaires.</p> <p>Accorder du temps au <i>T</i>.</p>
Reprise du travail régulier			
Lorsque le <i>médecin traitant</i> le permet, le <i>T</i> revient à son poste régulier et effectue les tâches qu'il assumait avant l'accident, en tenant compte des nouveaux aménagements (physiques et organisationnels) éventuels.	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est de retour à ses tâches régulières. - Il peut ne pas exécuter des tâches trop exigeantes s'il ne se sent pas capable de les faire. 	Le <i>T</i> peut changer de poste à la suite d'une promotion ou d'un transfert.	<p>CF :</p> <p>Laisser de la latitude au <i>T</i> de RaT pour réaliser les tâches qu'il se sent capable de faire et demander de l'aide pour les autres.</p> <p>Accorder du temps au <i>T</i>.</p> <p>CD : Douleurs qui persistent.</p>
Suivi			
Le <i>S</i> fait un suivi régulier auprès du <i>T</i> de son service.	<p>Le <i>S</i> respecte la procédure.</p> <p>Il fait la tournée de son équipe</p>	À la demande du <i>S</i> , les <i>collègues</i> se répartissent	<p>CF :</p> <p>Suivi continu par le <i>S</i>.</p>

Élément de procédures	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/ Défavorable (CD)
Le <i>C</i> fait un suivi du dossier de RaT du <i>T</i> .	tous les jours. Le <i>C</i> respecte la procédure	les tâches les plus exigeantes physiquement pour aider le <i>T</i> .	

T : travailleur; *S* : superviseur; *C* : conseiller; CF : Condition favorable; CD : condition défavorable

4.2.2 Organisation B

Contexte

L'employeur B est une organisation privée, du secteur d'activité « fabrication ». Elle est située à Montréal et compte plus de 1500 travailleurs. Aucun travailleur n'y est syndiqué. La gestion des absences est réalisée par une firme externe. Trois préventeurs assistent les superviseurs dans leurs actions de prévention et de RaT des travailleurs. Les trois préventeurs se répartissent les dossiers de RaT par territoire, l'organisation ayant des points de service répartis dans le Québec.

Sources de données

Quatre documents ont été remis à l'équipe de recherche par le conseiller en prévention de cette organisation : un schéma présentant en une page le processus en cas d'accident, un formulaire d'AT et deux présentations PowerPoint présentant l'AT, une destinée aux gestionnaires et l'autre aux travailleurs. Cette organisation forme régulièrement son personnel sur différents sujets et ces deux présentations servent à la formation concernant l'AT.

Deux travailleurs ont participé au volet de documentation de situation de RaT. Parmi eux, il y a un homme et une femme, tous deux dans la quarantaine, qui effectuent un travail de bureau ou d'usine. Leur ancienneté varie d'un an à 6 ans. Ils se sont blessés au dos ou à un membre inférieur. Ils étaient absents du travail tout au plus une semaine; l'AT et le RP duraient entre 6 et 17 semaines.

Deux acteurs clés, des hommes, ont participé à l'étude de situations de RaT. Tous les deux étaient des superviseurs, et avaient 6 ans d'ancienneté au poste. Ils jouaient un rôle dans le processus de RaT d'un travailleur rencontré.

Le conseiller en SST, une femme ayant 6 ans d'ancienneté au poste, a participé au développement de la procédure et s'implique dans le processus de RaT, notamment en ce qui concerne les préparatifs de la reprise du travail et le suivi des travailleurs de retour au travail.

Procédures

Les documents fournis par l'organisation attestent des procédures qui concernent le RaT. Les documents offrent a) de l'information aux employés à propos de l'AT, b) des sessions de formation aux gestionnaires sur les actions à entreprendre pour un prompt retour en AT, c) un formulaire d'AT à remettre par le travailleur à son médecin à chaque visite et comportant 4 tâches générales, avec possibilité d'ajouts et de modifications en fonction du contexte spécifique de travail, d) une procédure que le superviseur doit suivre en cas d'accident du travail. La procédure comporte les actions attendues de la part des acteurs clés dès la survenue de l'accident, jusqu'au RaT en AT, ou le cas échéant, jusqu'à la prise en charge par la firme qui a la responsabilité de la gestion des absences pour cette organisation. Par exemple, pour être prêt en cas d'accident, le superviseur doit : 1) déterminer les cliniques et les hôpitaux les plus proches du lieu de travail; 2) avoir en permanence sous la main des coupons de taxi prépayés pour régler la course du travailleur à la clinique; 3) garder à portée de main l'enveloppe contenant la procédure

à suivre et les documents à remplir en cas d'accident. Le superviseur profite de ses rencontres hebdomadaires avec les travailleurs pour réexpliquer, tous les 2 ou 3 mois, le processus en cas d'accident.

Dès qu'il y a un accident avec arrêt de travail, la firme externe est avertie par un avis en ligne. Après un délai de 24 à 48 h, il y a prise en charge du dossier et la firme établit des contacts avec la CNESST et avec le travailleur. Quand il y a un arrêt de travail, le conseiller SST souhaiterait en être informé dans un délai de quelques heures (le délai réel actuellement peut atteindre 2 jours), ce qui permettrait une action efficace en matière de prévention, afin que l'accident ne se reproduise pas. Au moment de nos entretiens, le conseiller SST perçoit que l'organisation remet en question l'utilisation d'une firme externe pour gérer les dossiers d'absence, puisque la firme n'a pas les mêmes valeurs ni les mêmes capacités que l'employeur à l'égard de la proximité relationnelle avec les travailleurs et de la promptitude de la réaction (proximité géographique).

Pratiques actuelles

Le tableau 8 présente de façon détaillée les actions entreprises par les acteurs clés interrogés, par éléments de procédure, phase/étape et acteur. On note qu'il y a une bonne correspondance entre ce qui est exigé par l'organisation de la part des acteurs et ce que les acteurs révèlent avoir réalisé dans les cas concrets de travailleurs interviewés. Également, dans cette même organisation, on note des modalités d'application innovatrices et flexibles (ex. : le travailleur effectue ses tâches à la maison pendant l'assignation temporaire; le travailleur a des horaires modifiés, afin d'éviter le trafic aux heures de pointe qui serait dommageable à sa récupération, lors du retour progressif; un collègue du T effectue des tâches que le T n'est pas capable de faire). Toutes ces modalités, consenties par le superviseur, démontrent que l'organisation accorde une certaine marge de manœuvre aux acteurs en ce qui concerne les ajustements des exigences au travail et des accommodations.

Bien qu'il n'y ait aucune évaluation systématique des capacités d'un travailleur à réaliser ses tâches, après un accident, un superviseur a discuté avec le travailleur de ses restrictions et de l'impact sur ses tâches avant l'assignation des tâches à effectuer. Au sujet des réaménagements à effectuer pour améliorer la prévention, le plus tôt possible après l'accident, le conseiller, le superviseur et le travailleur peuvent proposer et mettre en place différentes solutions, temporaires et permanentes. À la suite de l'accident d'un des travailleurs participant à cette recherche, l'employeur a fait réaménager le lieu de l'accident pour le rendre plus sécuritaire.

Conditions d'application

Plusieurs conditions favorables et défavorables spécifiques à une phase/étape, à un système ou à une catégorie d'acteurs sont décrites dans le tableau 8. Les dominantes semblent reliées à l'information fournie à tous les acteurs sur les procédures de RaT et aussi à la collaboration entre tous les acteurs internes et externes à l'organisation (travailleur, médecin traitant, superviseur, préventeur). D'autres conditions générales, telles l'information donnée au travailleur, un superviseur facilitant et le fait de s'adapter au rythme du travailleur, sont considérées par les acteurs clés comme des conditions favorables au RaT durable. Selon leurs propos, le fait de

permettre au travailleur et aux autres acteurs d'avoir une bonne compréhension du processus à mettre en place, entraîne un engagement et une participation réelle dans le processus de RaT.

Tableau 8 : Organisation B : Procédures, pratiques et conditions d'application

Élément de procédure	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/Défavorable (CD)
Accident			
<p>Le <i>secouriste</i> prodigue les 1^{ers} soins, sécurise le site et inscrit l'accident au Registre des 1^{ers} secours.</p> <p>Immédiatement après l'événement, le <i>T</i> informe son <i>S</i> et lui explique les faits. Aidé du <i>S</i>, le <i>T</i> remplit une déclaration d'accident.</p> <p>Selon la gravité de la blessure, le <i>S</i> voit à ce que le <i>T</i> soit conduit à la clinique ou à l'hôpital; il contacte un membre de la famille du <i>T</i> pour l'accompagner; il reste avec lui jusqu'à ce qu'il soit pris en charge, au besoin.</p>	<p>Le <i>secouriste</i> respecte la procédure.</p> <p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <p>Le <i>S</i> respecte la procédure.</p> <p>- il envoie le <i>T</i> consulter un <i>médecin</i> avec un formulaire d'AT indiquant des tâches spécifiques que le <i>T</i> pourrait réaliser.</p>	<p>Le <i>T</i> continue parfois à travailler malgré la douleur.</p> <p>Le <i>T</i> avertit parfois son <i>S</i> le lendemain de l'accident.</p>	
Absence			
<p>Le <i>S</i> informe le <i>préventeur</i> de l'accident, de l'absence et de l'évolution du dossier. Il avertit en ligne la <i>firme gestionnaire des absences</i>.</p> <p>La <i>firme externe</i> communique avec le <i>T</i> absent – ou en AT à la maison – 2 ou 3 fois par semaine.</p> <p>Le <i>S</i> communique régulièrement avec le <i>T</i> absent pour favoriser son RaT.</p>	<p>La <i>firme externe</i> respecte la procédure.</p>	<p>La <i>firme</i> peut téléphoner au <i>T</i> à sa résidence pour avoir de ses nouvelles.</p>	<p>CF :</p> <p>Communiquer et informer le <i>T</i>.</p> <p>CD :</p> <p>La <i>firme externe</i> qui met du temps à communiquer avec le <i>T</i> tout au début de son absence.</p>
<p>Le <i>S</i> réalise une enquête sur l'accident. Au besoin, il sollicite l'aide du <i>préventeur</i>, qui l'accompagne tout au long du processus et lui fournit le soutien nécessaire. Le <i>S</i> achemine les résultats de l'enquête au</p>			

Élément de procédure	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/Défavorable (CD)
<p><i>préventeur</i>, lequel les analyse dans une optique de prévention.</p> <p>Le <i>préventeur</i>, le <i>S</i> et le <i>T</i> collaborent pour proposer et mettre en place différentes solutions – temporaires et permanentes.</p>			
AT			
<p>Le <i>S</i> discute avec le <i>T</i> des tâches qu'il pourrait accomplir en AT (le formulaire contient 4 tâches de base) et en ajoute certaines qui peuvent être utiles à son service.</p> <p>À chaque visite médicale, le <i>T</i> fait signer un formulaire d'AT par le <i>médecin</i> et le rapporte à l'<i>employeur</i>.</p> <p>Si l'AT est refusée par le <i>médecin</i>, le <i>S</i> discute avec le <i>T</i> d'autres tâches qui pourraient être acceptées par le <i>médecin</i> et renvoie le <i>T</i> chez le <i>médecin</i> avec un nouveau formulaire d'AT.</p> <p>Le <i>S</i> assigne au <i>T</i> une activité productive, respectant les prescriptions du <i>médecin traitant</i> : tâches souvent mises de côté, formations, etc.</p>	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il débute ses traitements de physiothérapie durant l'AT. -Il travaille dans son service, à son rythme, à des tâches différentes, allégées sur le plan de la manutention de charges ou de la durée, selon les prescriptions du <i>médecin traitant</i> et les tâches assignées par le <i>S</i>. <p>Le <i>S</i>. respecte la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il discute avec le <i>T</i> des restrictions de l'AT et de leur impact sur ses tâches. - Il réorganise la répartition des tâches entre les <i>collègues</i> durant l'AT du <i>T</i>. 	<p>Le <i>T</i> peut retourner à la clinique plusieurs fois en une semaine avant de pouvoir faire signer son formulaire d'AT, car il voit chaque fois un <i>médecin</i> différent.</p> <p>Le <i>S</i> permet, au besoin, au <i>T</i> de faire son AT à sa résidence, si <i>T</i> a de la difficulté à se déplacer;</p> <p>Le <i>T</i> travaille à l'ordinateur, à son rythme, le temps qu'il est capable de le faire. Il a des contacts réguliers avec son <i>S</i> et ses <i>collègues</i> durant l'AT à sa résidence.</p> <p>Des <i>collègues</i> font des heures supplémentaires pour récupérer celles perdues en raison de l'AT du <i>T</i>.</p>	<p>CF :</p> <p>Collaboration de tous les <i>acteurs</i>. <i>T</i>. va à son rythme, a une capacité de décision et peut choisir ses tâches.</p> <p>CD :</p> <p>Difficulté à trouver une AT significative.</p> <p>Non-collaboration du <i>médecin traitant</i>.</p> <p>Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le superviseur.</p>
RP			

Élément de procédure	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/Défavorable (CD)
Aucune procédure spécifique pour le RP. Il n'y a pas de RP proprement dit, c'est plutôt l'AT qui se poursuit.	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <p>Le <i>T</i> effectue l'essentiel de ses tâches, quelques jours par sem., alternant avec des traitements.</p> <p>Le <i>S</i> permet au <i>T</i> d'écourter ses journées.</p> <p>Le <i>S</i>. réalise un suivi informel tous les matins.</p>	Un <i>collègue</i> du <i>T</i> se charge des tâches que le <i>T</i> n'est pas capable de faire.	<p>CD :</p> <p>Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le superviseur.</p>
Reprise du travail régulier			
Lorsque le <i>médecin traitant</i> le permet, le <i>T</i> revient à son travail régulier, en tenant compte des nouveaux aménagements (physiques et organisationnels) éventuels.	Le <i>T</i> respecte la procédure.	Il arrive que le <i>S</i> discute avec le <i>T</i> de son état émotionnel au moment de l'accident et à la suite de l'accident.	<p>CF :</p> <p>Le <i>T</i> qui veut retourner au travail.</p> <p>CD :</p> <p>Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le superviseur.</p>
Suivi			
Le <i>S</i> fait un suivi régulier (hebdomadaire ou quotidien) avec les travailleurs de son service.	Le <i>S</i> respecte la procédure		

T : travailleur; *S* : superviseur; *C* : conseiller; CF : Condition favorable; CD : condition défavorable

4.2.3 Organisation C

Contexte

C'est une organisation publique, du secteur d'activité « soins de santé et assistance sociale ». Cette organisation est située en région éloignée et compte entre 300 et 500 travailleurs, lesquels sont syndiqués. La gestion des absences est réalisée par l'employeur. Mais chaque fois que l'absence du travailleur semble indûment se prolonger, l'employeur fait appel à des experts externes pour mettre en place un programme individualisé de RaT accompagné. Il s'agit d'une démarche de soutien personnalisé, adaptée à la condition de la personne absente du travail et qui présente des facteurs de risques de chronicité. Ce programme, conçu par des experts externes (ergothérapeute et conseiller en prévention et en réadaptation au travail avec une formation en relations industrielles) présente des structures et des outils aidant à l'évaluation du poste de travail, à son aménagement, aux ajustements et accommodations nécessaires lors du RaT. Des rencontres permettent d'évaluer le contexte et les conditions d'exercice du travail afin de cibler les meilleures avenues de retour et de maintien au travail. Des comités de travail réunissent les acteurs (travailleur, gestionnaire immédiat, représentant syndical, intervenant du service de SST, expert externe) qui discutent de leurs préoccupations et élaborent de façon concertée un plan de RaT. Le rôle de l'expert est de coordonner le processus de RaT, de réaliser des activités d'évaluation du processus d'élaboration et d'implantation des solutions, et de rédiger les comptes rendus des rencontres.

Sources de données

Cette organisation n'a pas fourni de politique ou de procédures écrites. Toutefois, l'équipe de recherche a obtenu plusieurs documents présentant le programme individualisé de RaT accompagné dont les détails du programme, un article de vulgarisation sur ce programme et un dépliant présentant le programme aux participants.

Quatre travailleuses ont participé au volet descriptif des situations de RaT concrètes. Elles travaillent dans des services de soins de santé ou connexes. Âgées dans la quarantaine ou la cinquantaine, elles ont toutes plus de 10 ans d'ancienneté dans l'organisation et au moins 3 ans d'ancienneté au poste. Elles se sont blessées au dos ou au membre inférieur.

Six acteurs clés, 1 homme et 5 femmes, avaient participé au volet descriptif de situations de RaT concrètes. Les deux superviseurs détiennent une formation en santé. Ils ont entre 2 et 7 ans d'ancienneté au poste. Le conseiller, également infirmier, occupe cette fonction depuis une quinzaine d'années. Les deux représentants syndicaux travaillent dans un service de soins et occupent leurs fonctions syndicales à temps partiel depuis un an ou deux. Un des préventeurs a une formation universitaire en santé et œuvre dans plusieurs organisations.

Quatre acteurs clés – 3 hommes et 1 femme – ont participé au volet sur les procédures et les conditions d'application en général dans l'organisation. Le membre de la haute direction a une maîtrise en gestion et occupe cette fonction depuis 7 ans. Les deux superviseurs ont une formation en santé. Un préventeur partage son temps de travail entre différentes organisations; il

a une formation universitaire dans le domaine de la santé et de la gestion; il occupe ce poste depuis au moins 3 ans.

Procédures

Selon le gestionnaire responsable du RaT, il serait nécessaire d'élaborer des procédures écrites, notamment en cas de remplacement du personnel responsable de la gestion des absences et du RaT, la procédure actuelle de gestion des absences consistant en un dépliant qui explique aux employés ce qu'ils doivent faire en cas d'absence. (Ce dépliant n'a pas été remis à l'équipe de recherche). En effet, au moment de nos entretiens, un seul conseiller est responsable des dossiers d'absence et des RaT et il planifie sa retraite prochaine. À partir des discours du gestionnaire et du conseiller, on note que dans le cas des dossiers complexes où il y a litige ou absence prolongée, l'organisation fait appel aux services d'un médecin-conseil ou d'autres spécialistes qui aident l'organisation à constituer des dossiers pour le Bureau d'évaluation médicale (BEM) ou pour le Tribunal administratif du travail (TAT)¹⁰.

Pratiques actuelles

Le tableau 9 résume les actions réalisées par les acteurs clés dans le cadre des situations de RaT documentées, et cela par élément de procédure, par phase/étape du processus de RaT et par groupe d'acteurs. On note qu'il y a une assez bonne correspondance entre ce qui est exigé par l'organisation de la part des acteurs et ce que les acteurs révèlent avoir réalisé dans des cas concrets de RaT des travailleurs. Toutefois, on remarque des différences notables, pour une même catégorie d'acteurs (superviseur), notamment en ce qui concerne les actions réalisées pour accommoder le travailleur en AT. Ainsi, certains privilégient une attitude de contrôle, pour s'assurer que le travailleur respecte ses limitations et ses horaires, alors que d'autres adoptent une attitude d'appréciation de l'aide que le travailleur fournit à l'équipe. En ce qui concerne les travailleurs, certains arrêtent de travailler au moment même de l'accident, alors que d'autres continuent à travailler un jour ou deux avant de consulter un médecin. Ils reviennent au travail après une période d'absence entre 4 et 14 semaines, une période en AT entre 4 et 14 semaines et une période en RP, entre 4 et 22 semaines. Pendant toutes ces périodes, ils reçoivent des traitements nombreux et variés. Au total, lors des situations de RaT documentées, les travailleurs ont pris entre 12 et 36 semaines entre le moment de l'accident et le moment de leur retour définitif au travail; ils ont reçu jusqu'à plusieurs dizaines de traitements de physiothérapie durant ces semaines. De plus, le RaT de certains travailleurs ayant demandé d'occuper une autre fonction, avant que l'accident de travail ait lieu, se fait à d'autres postes. Le retour progressif semble une notion peu comprise par l'ensemble des acteurs, à l'exception du conseiller. Le suivi, même s'il est réalisé systématiquement par les superviseurs, selon leurs propos, est difficile à effectuer lorsque le travailleur intègre un nouveau poste juste après son absence.

Comme mentionné plus haut, cette organisation dispose d'un programme individualisé de RaT accompagné, généralement enclenché lorsque l'absence se prolonge ou risque de se prolonger

¹⁰ Le Tribunal administratif du travail (TAT) remplace la Commission des lésions professionnelles depuis le 1^{er} janvier 2016.

au-delà des périodes habituellement attendues. Ce programme est volontaire, c'est-à-dire que le travailleur doit y consentir et qu'il peut le refuser sans préjudice. Mis en œuvre par le conseiller, parfois à la demande du superviseur, ce programme est coordonné par un expert externe. Ce programme nécessite la participation, à toutes les rencontres, du conseiller, du travailleur concerné, de son superviseur, du représentant syndical et de l'expert externe. Ce programme vise, entre autres, à déterminer les préoccupations du travailleur par rapport à son RaT, de même que celles du superviseur. Ces préoccupations feront l'objet de discussions pour établir notamment les difficultés anticipées et pour déterminer des pistes d'action à mettre en place afin de faciliter le RaT. Concrètement, l'expert externe évalue le poste de travail sur place, avec l'ensemble des participants au programme. Cette évaluation est discutée avec l'ensemble des participants. Puis, l'expert externe rédige un compte rendu après chaque rencontre; il l'achemine à toutes les personnes présentes, ainsi qu'au médecin traitant. Un tel programme comporte généralement de 3 à 5 rencontres étalées sur plusieurs mois, voire un an.

C'est l'expert externe qui, à la suite de l'évaluation du poste de travail, propose des aménagements et différentes solutions : trucs, méthodes, mouvements, utilisation d'outils, etc. Ces propositions sont discutées avec l'ensemble des participants au programme individualisé de RaT accompagné. Le conseiller est ensuite responsable de la réalisation des aménagements, de l'acquisition des outils, ou la mise en œuvre d'autres solutions permettant au travailleur de revenir plus rapidement au travail. Le superviseur, avec l'aide du Service des ressources matérielles, est responsable de mettre en place les solutions et les aménagements recommandés par ce programme. Les travailleurs rencontrés ont tous commencé leur programme individualisé de RaT accompagné. Dans l'ensemble, les acteurs clés apprécient le programme individualisé de RaT accompagné et les solutions, physiques et administratives, qui en découlent.

Pour ce qui est des opinions des travailleurs, certains considèrent que le programme est positif, d'autres, qu'il est neutre. Selon ces derniers, rien de négatif, mais rien de positif ni de fondamental ne change avec ce programme. Par exemple, l'expert externe enseigne différentes méthodes de travail. Or, selon certains travailleurs, cet expert ne propose que des trucs déjà connus, des solutions temporaires et spécifiques à l'AT et n'évalue pas le poste proprement dit. Toutefois, il est fait mention, par plusieurs des acteurs clés, qu'un outil conçu dans le cadre du programme et fabriqué par le Service des ressources matérielles serait actuellement utilisé et appliqué à tous les travailleurs qui relèvent de ce service. Des travailleurs rencontrés mentionnent qu'ils ont demandé en vain, l'un une évaluation ergonomique de son poste, l'autre une formation spécifique à son poste. Dans un cas, selon le travailleur, l'employeur a fait machine arrière après avoir effectué un aménagement administratif qui a compliqué les tâches qu'il devait accomplir. De plus, lorsque le lieu du travail est situé hors de l'établissement et ne relève pas de l'autorité de l'employeur, celui-ci n'a aucun pouvoir pour exiger des aménagements sécuritaires. C'est donc le travailleur qui doit s'accommoder, sans soutien de sa direction, du lieu de travail.

Conditions d'application

Les conditions perçues favorables et défavorables spécifiques à une phase/étape, à un système ou à une catégorie d'acteurs du processus de RaT, mentionnées par les acteurs clés, sont aussi décrites dans le tableau 9.

Parmi les conditions générales, mentionnons que la collaboration, la communication et le rôle joué par un superviseur facilitant constituent des stratégies qui favorisent un RaT sain et durable, selon les acteurs interrogés. Ces conditions correspondent aux constats sur la présence ou l'absence de certaines pratiques dans cette organisation. Par exemple, une bonne compréhension du processus par tous les acteurs et un sentiment d'efficacité, permettant l'engagement et la participation réelle aux activités d'aménagement mises en place lors de l'AT et le RaT, constituent également des conditions facilitant le RaT sain et durable. Aussi, les acteurs sont unanimes en ce qui concerne l'effet favorable du programme de RaT. L'intervention d'un acteur neutre, qui est l'expert externe, la qualité de son expertise, des structures et des outils contribuent à la création d'un espace d'échanges entre les acteurs qui permet le partage de leurs préoccupations, la prise de conscience des exigences réelles du travail, ainsi que des possibilités de l'aménager pour faciliter le RaT. Par contre, plusieurs acteurs considèrent que le nombre de soins en physiothérapie est trop élevé et les traitements trop intenses; certains travailleurs les perçoivent même comme néfastes à leur reprise du travail régulier et même au rétablissement de leurs capacités.

Enfin, l'AT, moyen prévu par la LATMP pour favoriser le prompt retour au travail du travailleur ayant subi une lésion professionnelle, est vue par l'ensemble des acteurs comme une procédure facilitant le RaT. L'AT permet au travailleur, en attendant qu'il devienne capable d'exercer son emploi ou un emploi convenable, de garder contact avec ses collègues et même de les aider sans toutefois dépasser les restrictions imposées par le médecin. Enfin, lors du retour en milieu de travail, il semble que le fait de laisser de la marge de manœuvre au travailleur, en ce qui concerne le rythme et l'ordre de réalisation de ses tâches, l'aide considérablement; cela permet la modulation des exigences de son travail en fonction du rétablissement graduel de ses capacités. Par contre, des difficultés relationnelles entre les collègues ou avec le superviseur sont évoquées par plusieurs des acteurs comme des conditions retardant le processus de RaT.

Tableau 9 : Organisation C : Procédures, pratiques et conditions d'application

Élément de procédure	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/Défavorable (CD)
Accident			
Le <i>T</i> remplit un formulaire de déclaration d'accident et l'achemine à son <i>S</i> , lequel le vérifie. Le <i>S</i> réalise une analyse de l'événement accidentel avec le <i>T</i> .	Le <i>T</i> respecte la procédure. Le <i>S</i> respecte la procédure.	Le <i>T</i> peut continuer à travailler, malgré la douleur, avertir son <i>S</i> et remplir sa déclaration quelques jours après l'accident.	
Absence			
Le <i>T</i> consulte un <i>médecin</i> et remet un certificat médical au <i>C</i> , s'il s'agit d'un accident avec perte de temps. Le <i>C</i> avertit la CNESST, les <i>RH</i> et le <i>S</i> . S'il a des doutes, le <i>C</i> fait analyser la situation par un professionnel. Avec la <i>direction des RH</i> , le <i>C</i> étudie les dossiers litigieux d'absence; il réalise des contestations administratives ou financières (partage des coûts) au besoin. Le <i>C</i> fait évaluer le <i>T</i> par le <i>médecin de l'employeur</i> , si l'absence se prolonge au-delà de ce qui semble raisonnable. Le <i>médecin de l'employeur</i> téléphone au <i>médecin traitant</i> , ou demande l'expertise d'un <i>spécialiste</i> , au besoin. Le <i>C</i> prend la décision d'aller au BEM en fonction de l'évaluation faite par le <i>médecin de l'employeur</i> . Si l'absence s'annonce longue, le <i>C</i> décide d'appliquer un programme individualisé de RaT accompagné; il invite le <i>T</i> à y participer. Le <i>C</i> fait appel à un <i>expert externe</i> pour coordonner l'exercice. Les <i>RH</i> transmettent au <i>syndicat</i> les	<i>T.</i> respecte la procédure - commence des traitements de <i>physiothérapie</i> , prescrits par le <i>médecin</i> , rapidement après l'accident. - a des contacts – téléphoniques ou en personne – avec le <i>C</i> . après chaque rendez-vous médical. - a des contacts amicaux avec des <i>collègues</i> . <i>S.</i> respecte la procédure - appelle le <i>T</i> . absent, pas pour faire pression, mais pour garder le contact et pour qu'il ne déconnecte pas trop du travail. <i>C.</i> respecte la procédure - s'assure que le <i>T</i> soit entièrement guéri avant de prendre sa retraite, le cas échéant.	Parfois, le <i>T</i> va seulement voir un <i>médecin</i> le lendemain. Parfois, le <i>C</i> appelle le <i>T</i> pour lui demander de débiter ses traitements de physiothérapie dès le début de son absence. Le <i>T</i> reçoit, tous les jours ou presque, des traitements de physiothérapie, qui réduisent ou augmentent la douleur en aggravant son cas. Le <i>médecin de l'employeur</i> peut évaluer le <i>T</i> .	CF : Repos. Le <i>T</i> va à son rythme et peut choisir les tâches qu'il pourra accomplir. CD : Absence de longue durée. Physiothérapie : trop de traitements peuvent augmenter les douleurs. Le <i>T</i> qui ne collabore pas. Toute forme de contestation ou de consultation d'un <i>médecin expert</i> de l'employeur. Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le superviseur.

Élément de procédure	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/Défavorable (CD)
informations sur les mouvements de personnel lors des absences.			
AT			
<p>À chaque visite médicale, le <i>T</i> fait signer un formulaire d'AT par le <i>médecin</i>, en fonction de ses nouvelles capacités, et le rapporte à l'<i>employeur</i>. Le <i>T</i> est payé à même un budget spécifique (des RH) à cet effet. Le <i>C</i> s'assure que la phase aiguë de la blessure du <i>T</i> est terminée, qu'il est en mesure de retourner au travail et d'effectuer son AT dans son service. Il organise l'AT avec le <i>S</i>.</p> <p>Le <i>S</i> affecte le <i>T</i> à des tâches qui respectent les prescriptions du <i>médecin traitant</i>.</p>	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il décide parfois des tâches qu'il peut faire en AT. - Il reçoit l'aide d'un <i>coéquipier</i> dans les tâches exigeantes physiquement. <p>Le <i>S</i> respecte la procédure.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il discute avec le <i>T</i> de son AT, des tâches, de son horaire. - Il ne nourrit pas d'attente envers le <i>T</i> sur le plan de la productivité, l'important étant que le <i>T</i> soit de nouveau parmi ses <i>collègues</i>. 	<p>Parfois, le <i>T</i> fait son AT dans un service où il avait demandé une réaffectation avant son accident.</p> <p>Le <i>T</i> dépasse parfois ses capacités.</p> <p>Le <i>T</i> peut continuer à recevoir des traitements de physiothérapie, jusqu'à 5 jours par semaine. Il peut demander au <i>médecin</i> d'en réduire la fréquence, car cela est trop exigeant avec l'AT et risque d'aggraver sa douleur.</p> <p>Les <i>collègues</i> acceptent bien le <i>T</i> en AT car il représente une ressource humaine additionnelle est une main-d'œuvre en surplus.</p>	<p>CF :</p> <p>Le <i>T</i> qui va à son rythme a la capacité de décision en ce qui concerne le choix de ses tâches.</p> <p>Le <i>T</i> veut revenir au travail.</p> <p>CD :</p> <p>Difficulté d'aménager les horaires (condition spécifique au contexte de l'organisation).</p> <p>Reprise du travail trop précoce.</p> <p>Le <i>T</i> ne respecte pas les limitations prescrites par le <i>médecin traitant</i>.</p> <p>Non-collaboration du <i>médecin traitant</i>.</p> <p>Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le superviseur.</p>
RP			
Le <i>T</i> travaille à ses tâches régulières selon un horaire et un rythme réduits.	Le <i>T</i> respecte la procédure.		<p>CD :</p> <p>Difficulté d'aménager les horaires (spécifique au contexte).</p> <p>Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le</p>

Élément de procédure	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/Défavorable (CD)
			superviseur.
Reprise du travail régulier			
Lorsque le <i>médecin traitant</i> le permet, le <i>T</i> revient à son poste régulier et effectue ses tâches régulières d'avant l'accident, en tenant compte d'aménagements (physiques et organisationnels) éventuels.	Le <i>T</i> respecte la procédure.		CD : Le <i>T</i> ne respecte pas les nouvelles méthodes de travail. Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le superviseur.
Suivi			
Le <i>S</i> fait un suivi régulier avec les <i>T</i> de son service.	Le <i>S</i> respecte la procédure.		

T : travailleur; *S* : superviseur; *C* : conseiller; CF : Condition favorable; CD : condition défavorable

4.2.4 Organisation D

Contexte

L'employeur D est une organisation privée, du secteur d'activité « fabrication » située dans une région centrale du territoire québécois et compte entre 300 et 500 travailleurs. Elle comprend trois divisions et les travailleurs d'une seule de ces divisions sont syndiqués. La gestion des absences est réalisée par l'employeur. Un seul conseiller en RaT gère les dossiers d'absence. Toutefois, ce conseiller fait appel à une expertise externe pour les cas complexes ou litigieux.

Sources de données

L'organisation D n'a remis aucun document à l'équipe de recherche. Les documents mentionnés par les acteurs clés de l'organisation sont : le formulaire d'enquête d'accident, le registre d'incident, le formulaire d'AT de la CNESST. Selon les gestionnaires, ce dernier formulaire serait à améliorer en rajoutant des tâches spécifiques aux activités réalisées dans l'organisation. Les acteurs clés interviewés n'ont pas été en mesure de fournir une politique ou des procédures formelles de gestion des absences ou de RaT.

Trois travailleurs, un homme et deux femmes, âgés entre 38 et 53 ans, ont participé à la recherche. Les trois sont des ouvriers d'usine, dont deux sont syndiqués. Leur ancienneté au poste varie entre 9 et 21 ans. Ils ont souffert d'une lésion au dos ou au membre supérieur. Dans cette organisation, l'absence complète du travail est pratiquement inexistante, tout comme le RP. Les travailleurs rencontrés ont été en AT pour une période variant entre 5 et 15 semaines.

Quatre acteurs clés – tous des hommes – ont joué un rôle dans les situations de RaT d'au moins un des travailleurs. Les deux superviseurs et le directeur occupent leur poste actuel depuis 5 à 20 ans. Le représentant syndical, aussi ouvrier, occupe ses fonctions syndicales depuis 4 ans.

Deux acteurs clés – un homme et une femme – ont participé au volet sur les procédures et les pratiques de l'organisation en général. Le conseiller et le préventeur, tous deux récemment embauchés, ont une formation universitaire en relations industrielles et en SST.

Procédures

Même si des documents formels n'ont pas été remis à l'équipe de recherche, plusieurs éléments de procédures informelles, notamment en ce qui concerne la prévention et l'analyse d'accident (ex. l'enquête d'accident collective), l'assignation temporaire et le retour au poste préléSIONNEL, ont été retenus à partir des propos des acteurs clés.

Pratiques actuelles

Les pratiques dégagées à partir des discours des acteurs clés dans les situations de RaT à l'étude sont résumées dans le tableau 10 par éléments de procédures, phase/étape et groupe d'acteurs clés. On note peu de correspondances entre ce qui est rapporté comme étant exigé par l'organisation de la part des acteurs et ce que les acteurs révèlent avoir réalisé dans les cas concrets de travailleurs interviewés. Par exemple, le conseiller, de commun accord avec le

superviseur, préparerait un plan de RaT dans le cadre d'une réunion hebdomadaire; or, aucun des acteurs interviewés ne fait état d'un tel plan. Toutefois, il faudrait rappeler que deux des acteurs-clés interviewés dans le cadre de cette étude n'étaient pas à l'emploi de l'organisation lorsque les accidents des travailleurs se sont produits ou encore lors de leur RaT. Il se pourrait donc que certains éléments de procédure aient été introduits dans le cadre de processus d'amélioration des pratiques en cours, dans cette organisation. Également, dans cette même organisation, on observe des modalités d'application différentes d'un acteur à l'autre (superviseur), ce qui dénote qu'ils ont une marge importante pour apporter des ajustements et des accommodations nécessaires lors d'un RaT précoce. Alors que certains superviseurs trouvent les moyens d'assigner les travailleurs de RaT à des tâches significatives, d'autres leur font exécuter des tâches inintéressantes ou sans valeur ajoutée, les travailleurs se sentant même stigmatisés. Aussi, au regard des consignes du médecin, celles-ci sont suivies à la lettre dans certains cas, alors que dans d'autres, elles semblent ignorées par l'employeur, ce qui fait en sorte que le travailleur ressent alors le besoin de retourner voir le médecin. Toutefois, il faut mentionner que d'autres superviseurs agissent différemment, laissant suffisamment de marge de manœuvre au travailleur pour moduler son retour en fonction de la reprise graduelle de ses capacités et du regain de confiance en soi.

Dans cette organisation, il n'y a aucune évaluation systématique des capacités d'un travailleur à réaliser ses tâches après qu'il eut subi un accident. Toutefois, le superviseur dirige une enquête sur l'accident, à partir du formulaire d'enquête, dans un but de prévention. Avec une équipe composée du travailleur, s'il le peut, du directeur de la production, du conseiller, du représentant des travailleurs au comité de santé et de sécurité et du préventeur, il collecte les faits sur le déroulement de l'accident, puis en trouve les causes et, finalement, suggère des solutions à court, moyen et long termes.

Cependant, à la suite de l'enquête d'accident, il peut y avoir des modifications au poste, aux équipements, aux pièces, aux modes opératoires, etc. ainsi que des solutions temporaires. Selon le type de solutions, un ou plusieurs des membres du groupe d'enquête, ou un comité technique à part, peuvent être mis à contribution. Les solutions temporaires sont mises en place le plus tôt possible après l'accident alors que les solutions permanentes peuvent requérir plus de temps selon leurs degrés de complexité et de difficulté. Concrètement, à la demande du directeur de production, un comité technique a fait installer dans certains cas un outil d'aide à la manutention. Le travailleur a adopté un mode opératoire différent en attendant l'implantation de la solution technique. Dans un autre cas, après étude de la situation, il s'est avéré que le problème provenait de la mauvaise qualité des pièces. La direction a communiqué avec le fournisseur pour être approvisionné en nouvelles pièces, pour s'assurer que celles-ci sont de bonne qualité, ce qui a réglé le problème.

Conditions d'application

Plusieurs conditions favorables et défavorables spécifiques à une phase/étape du processus de RaT, à un système ou à une catégorie d'acteurs du processus sont mentionnées par les acteurs clés. Par exemple, le fait que l'AT bénéficie d'un budget spécifique, qui est à part du budget des opérations et le fait de laisser au travailleur le temps et la possibilité de moduler son rythme et la progression de ses tâches sont considérés par les acteurs clés parmi les conditions gagnantes pour un RaT réussi.

Parmi les conditions générales, une forte majorité des acteurs clés a mentionné que la collaboration, la communication, l'information au travailleur et un superviseur facilitant sont des stratégies qui aident au RaT sain et durable du travailleur (voir tableau 10). Des conditions défavorables ont aussi été évoquées par les acteurs concernés par le RaT : toute forme de contestation, la consultation d'un médecin expert de l'employeur, la non-collaboration du médecin traitant dans le choix d'un travail à réaliser en AT ainsi que des difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le S.

Tableau 10 : Organisation D : Procédures, pratiques et conditions d'application

Élément de procédure	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/Défavorable (CD)
Accident			
<p>Immédiatement après l'événement, le <i>T</i> informe son superviseur de l'accident et lui explique les faits.</p> <p>Le <i>T</i>, aidé du superviseur, remplit un formulaire de déclaration d'accident. Il inscrit l'accident dans le registre accident-incident.</p> <p>Le <i>superviseur</i> dirige une enquête sur l'accident, à partir du formulaire d'enquête, dans un but de prévention, le plus tôt possible après l'accident.</p> <p>Avec une équipe d'enquête, composée du <i>T</i> (s'il le peut), du <i>directeur de production</i>, du <i>conseiller</i>, du <i>représentant des travailleurs</i> au CSS et du <i>préventeur</i>, il :</p> <ul style="list-style-type: none"> • collecte les faits sur le déroulement de l'accident; • trouve les causes de l'accident; • formule des solutions à court, moyen et long termes. 	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <p>Le <i>S</i> respecte la procédure.</p> <p>Le <i>directeur de production</i>, le <i>représentant des travailleurs</i> au CSS et le <i>préventeur</i> participent à l'enquête d'accident.</p>	<p>Le <i>T</i> peut continuer à travailler malgré la douleur, avertir son <i>S</i> et remplir sa déclaration quelques jours après l'accident.</p>	
Absence			
<p>À chaque visite médicale, le <i>T</i> fait signer un formulaire d'AT par le <i>médecin traitant</i> et le rapporte à l'employeur.</p> <p>Le <i>T</i> apporte les documents médicaux (absence ou AT) à l'employeur.</p> <p>Le <i>S</i> ajoute certaines tâches utiles à son service au formulaire d'AT puis le <i>T</i> va voir un médecin avec ce formulaire d'AT en main.</p> <p>Le <i>S</i> transmet les documents requis aux RH.</p> <p>Le <i>C</i> envoie les documents requis</p>	<p>Le <i>T</i> respecte la procédure.</p> <p>Le <i>S</i> respecte la procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - envoie le <i>T</i> voir un <i>médecin</i> avec un formulaire d'AT qui indique des tâches spécifiques que le <i>T</i> pourrait réaliser; - transmet les documents requis aux <i>RH</i>. <p>Le <i>C</i> respecte la procédure.</p>	<p>Il arrive que le <i>superviseur</i> communique avec le <i>T</i> absent.</p> <p>Cette organisation favorise le retour en AT le plus vite possible.</p>	<p>CF :</p> <p>Communiquer et informer le <i>T</i>.</p> <p>CD :</p> <p>Absence de longue durée.</p> <p>Toute forme de contestation</p> <p>La consultation d'un <i>médecin expert de l'employeur</i>.</p> <p>Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le <i>S</i>.</p> <p>Non-collaboration du <i>médecin traitant</i>.</p> <p>Le <i>T</i> qui a peur de revenir.</p>

Élément de procédure	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/Défavorable (CD)
(déclaration d'accident, prescription d'absence, etc.) à la CNESST. Le C et le S discutent, en réunion hebdomadaire, des absences, pour déterminer un plan de RaT. Le C confie les cas compliqués de CNESST à une entreprise externe qui en fait la gestion.			Le T qui ne collabore pas.
AT			
Le S assigne au travailleur une ou des tâches allégées, dans son service, qui respectent les prescriptions du <i>médecin traitant</i> . Le T effectue les tâches désignées par le <i>superviseur</i> et ne dépasse pas les limites prescrites par le médecin. Le S s'assure que l'AT soit effectuée selon les prescriptions du <i>médecin traitant</i> – en matière de temps, d'activités, de capacités, etc. Le S tient compte des rendez-vous thérapeutiques du T dans l'attribution de l'horaire de travail.	Le T respecte la procédure. - Il travaille dans son service, à des tâches différentes, allégées en ce qui a trait au poids, à la répétitivité des gestes ou de la durée des tâches, selon les prescriptions du <i>médecin traitant</i> et telles qu'assignées par le S. - Il retourne voir son médecin régulièrement qui ajuste les prescriptions de l'AT au besoin. Le S respecte la procédure. - Il assigne parfois au T des tâches qui n'ont rien à voir avec son travail habituel et qui sont considérées comme insignifiantes ou punitives par le T. - Il laisse le T libre de faire les tâches qu'il se sent capable de faire, d'organiser son horaire.	Le T peut continuer à recevoir des traitements. Le S affecte parfois le T à des tâches qui dépassent les prescriptions du médecin traitant. Il arrive que le S réalise un suivi avec le T pour ajuster son AT. L'ajustement peut toucher les tâches ou les horaires (par exemple, si le T ressent le besoin d'un congé, en général celui-ci lui est accordé quand il est en AT). La direction convoque T après un échange avec la CNESST concernant le non-respect des limitations fonctionnelles par l'employeur.	CF : AT signifiante. Budget de l'AT distinct de l'opérationnel Accorder du temps au T. Le T, qui va à son rythme, a la capacité de décider du choix de ses tâches. Le T veut revenir au travail. CD : Retour trop précoce. Difficulté à trouver une AT significative (contextuel à l'organisation : présence des conventions collectives différentes, en fonction des activités de travail).

Élément de procédure	Pratique		Condition d'application
	Application	Note	Favorable (CF)/Défavorable (CD)
Reprise du travail régulier			
Lorsque le <i>médecin traitant</i> le permet, le <i>T</i> revient à son poste régulier et effectue ses tâches régulières d'avant l'accident, en tenant compte d'éventuels nouveaux aménagements (physiques et organisationnels).	Le <i>T</i> respecte la procédure. - Il revient à son poste régulier et effectue ses tâches régulières d'avant l'accident, en présence des nouveaux aménagements (physiques et organisationnels).	Le <i>T</i> peut revenir au travail avec des douleurs persistantes; il évite alors, autant que possible, certaines tâches. Le <i>S</i> accepte parfois que le <i>T</i> ne fasse pas tout le travail régulier ou ne travaille pas à certains postes ou certaines tâches, durant quelques semaines.	CD : Le <i>T</i> ne respecte pas les nouvelles méthodes de travail. Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le superviseur.
Suivi			
-	-	-	-

T : travailleur; *S* : superviseur; *C* : conseiller; CF : Condition favorable; CD : condition défavorable

4.2.5 Synthèse de cas

Cette sous-section met en évidence les convergences et les divergences, tout d'abord entre les procédures et les pratiques actuelles de 4 organisations, et ensuite entre les conditions favorables et défavorables au RaT décrites par les acteurs. Le Tableau 11 résume les principales informations sur le contexte et les sources d'informations sur le processus de RaT dans les organisations.

Procédures et pratiques actuelles

Les procédures de quatre organisations présentent des convergences, en particulier pour ce qui est inscrit dans la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP; L.R.Q. c.A-3.001). Par exemple, l'assignation temporaire (AT) à un travail allégé constitue un droit que la loi confère à l'employeur; il est le seul à pouvoir prendre l'initiative de l'exercer. Cette assignation, comme son nom l'indique, doit être temporaire, consister en une activité productive, en lien avec le type d'activités de l'organisation et susceptible de favoriser la réadaptation du travailleur afin de lui permettre de reprendre son travail régulier (CNESST, 2015, Politique 3.06). L'employeur qui désire assigner un travailleur à un travail temporaire doit fournir au médecin un formulaire contenant la description complète du poste de travail envisagé, la durée de l'assignation, les tâches à accomplir et la charge de travail, les conditions de l'emploi et les horaires prévus, puis le faire approuver par le médecin du travailleur (LATMP, article 179). Selon la loi, ce travail doit être « favorable à la réadaptation du travailleur ». Ainsi, l'orientation des structures et des pratiques organisationnelles vers les efforts de prévention (ex. : déclaration d'accident, enquête), le respect des prescriptions du médecin en ce qui concerne le moment de reprise du travail et le droit à l'AT constituent des éléments de procédure des pratiques de toutes les organisations. Aussi, les éléments de procédure en ce qui concerne les cas litigieux ou qui font l'objet de requête auprès de la CNESST, du Bureau d'évaluation médicale (BEM), et du Tribunal administratif du travail semblent les mêmes pour les 4 organisations.

Par contre, la formalisation des politiques et des procédures de RaT des diverses organisations semble inégale. Par exemple, le rôle et les responsabilités de différents groupes d'acteurs sont plus ou moins formalisés d'une organisation à l'autre. Les responsabilités d'une catégorie d'acteurs en particulier, aussi, semblent inconstantes d'une organisation à l'autre.

Le tableau 12 présente les pratiques des organisations selon les différents éléments de procédure répertoriés par phase/étape, système/acteur, conditions pour mettre en évidence les principaux éléments pour lesquels il y a convergence ou divergence entre les éléments de procédures ou entre les pratiques des acteurs clés dans les organisations. En ce qui concerne les pratiques actuelles, plusieurs éléments de procédure semblent appliqués dans les 4 organisations. Il s'agit surtout des éléments généraux tels l'analyse de l'accident, l'assignation temporaire, les aménagements de travail, etc. Par contre, la mise en pratique de certains autres éléments de procédure y est plus ou moins semblable. Ainsi, deux des organisations recourent aux services d'un médecin-conseil pour obtenir un deuxième avis concernant le diagnostic ou pour une évaluation lorsque l'absence se prolonge sans raison apparente. Aussi, dans une des organisations, il est fait appel de façon systématique à une firme pour réaliser la gestion des absences. Enfin, certains autres éléments de procédure sont absents ou très limités dans les

pratiques rapportées par les acteurs. Par exemple, le suivi quotidien, mentionné par quelques acteurs comme une tâche journalière du superviseur, ne semble pas appliqué de la même façon dans toutes les organisations, et par tous les superviseurs d'une même organisation.

De façon générale, en dépit de la diversité des actions par phase/étape du processus et pour une même catégorie d'acteurs du RaT (superviseur, conseiller, travailleur), les pratiques actuelles, par éléments de procédures, convergent pour une même catégorie d'acteurs et entre les organisations. Ainsi, le superviseur s'assure que le travailleur déclare l'accident et qu'une enquête est réalisée par lui-même ou en collaboration, afin d'éviter que ce type d'accident ne se reproduise. Dans le cadre de l'assignation temporaire, le superviseur, avec la collaboration du conseiller, définit les travaux à réaliser par le travailleur. Il peut s'agir d'une période où le travailleur est assigné à des travaux légers dans son service ou dans un autre, ou encore d'une période où le travailleur reste dans son service, à son poste, étant en surnuméraire. Le conseiller est responsable du dossier du travailleur; il s'occupe de liens avec les acteurs de l'externe, envoie les documents requis à la CNESST et reçoit les rapports médicaux du médecin traitant. On note la diversité des parcours professionnels et les formations reçues par les conseillers et les superviseurs en provenance de différentes organisations, notamment en ce qui concerne la santé et la sécurité au travail. Par ailleurs, entre les deux secteurs d'activité, on constate une différence majeure de parcours professionnel et de formation entre les superviseurs. En effet, une majorité de superviseurs des organisations associées au secteur des services de santé détenaient une formation en santé, alors que très peu de ceux en provenance du secteur de la fabrication en avaient suivi une. Or, le fait de détenir une formation en santé pourrait constituer un atout lors des tâches d'évaluation de l'équilibre entre les capacités du travailleur et les exigences du travail. Par ailleurs, plus de la moitié de conseillers et préventeurs ont rapporté avoir suivi des formations d'appoint en ce qui concerne les attitudes et les habiletés nécessaires dans le cadre de leur fonction.

Le niveau d'engagement du travailleur dans le processus de RaT varie d'une organisation à l'autre. Aussi, la perception de ce degré d'implication varie d'un acteur clé à l'autre en fonction de ses attitudes et ses perceptions par rapport au travailleur en processus de RaT. Dans plusieurs organisations, certains acteurs clés s'attendent du travailleur qu'il revienne au travail seulement après un rétablissement total alors que d'autres se mobilisent pour faciliter la réintégration du travailleur dans l'équipe et la reprise graduelle de ses tâches. D'autre part, il y a les travailleurs qui semblent aller au-delà de leurs capacités mettant ainsi leur santé en danger. Par exemple, dans 3 des organisations, certains travailleurs ont révélé avoir continué à travailler après l'accident puisque la douleur était supportable, ou encore avoir fait des tâches plus exigeantes que celles recommandées par le médecin traitant, haussant ainsi les risques d'aggravation, de rechute ou de récurrence de la blessure. Plusieurs superviseurs se sont dits vigilants face à ce type de comportement de la part des travailleurs. Par contre, parfois il semble que c'est le superviseur qui est trop exigeant et qui demande au travailleur de réaliser ses tâches qu'il assumait avant son accident, même s'il n'est pas encore en état de le faire.

Conditions d'application

En général, il y a accord entre les différents groupes d'acteurs des quatre organisations en ce qui concerne les conditions favorables et défavorables du RaT durable. Par ailleurs, il faut noter que les conditions favorables ou défavorables au RaT mentionnées par les différents acteurs correspondent à différents éléments de procédures organisationnelles et à leur application. Le tableau 13 présente les conditions favorables et défavorables au RaT durable révélées par les différents groupes d'acteurs (conseiller RH, superviseur, représentant du syndicat, médecin-conseil, préventeur, dir. RH, collègue, directeur de production, travailleur), en provenance de différentes organisations et en fonction des éléments de procédure évoqués.

Douze des 14 conditions favorables sont mentionnées par 3 groupes d'acteurs différents, 8 sont citées par des acteurs clés en provenance d'au moins 3 organisations et 6 sont mentionnées par les acteurs de 4 organisations. Les conditions dites favorables par au moins 3 groupes d'acteurs sont : effectuer une AT dans son service, avoir une AT signifiante, faire une AT à titre de travailleur surnuméraire (sans pénalité financière), réaliser des tâches allégées (en AT, RP et même lors du RaT), offrir un programme de RaT et suggérer des trucs au travailleur. L'assignation temporaire, mesure prévue par la loi pour favoriser le RaT, est vue par un ensemble d'acteurs comme une condition facilitant le RaT durable. Toutefois, plusieurs modalités d'application semblent jouer un rôle dans la réussite de l'AT, les enjeux de son application touchant surtout le travailleur et le superviseur. Pour le superviseur, si le travailleur en AT devient un surnuméraire et que son salaire émerge à un autre budget que celui du service, il le voit comme une personne qui peut aider les autres dans l'atteinte des objectifs de performance. Pour le travailleur, être en AT est bénéfique, pourvu que les tâches qu'il doit accomplir soient intéressantes et valorisantes et qu'elles ne compromettent pas le rétablissement progressif de ses capacités. Plusieurs de ces conditions ont été évoquées par les acteurs clés, afin d'être intégrées dans les politiques et les procédures des organisations. Les conditions facilitantes mises de l'avant par les superviseurs sont largement liées à leur attitude face au processus de RaT et à leur expérience de gestionnaire auprès de certains travailleurs (ex. : travailleur qui veut retourner au travail, communication du superviseur avec le travailleur, collaboration du superviseur avec le conseiller).

Dix de 14 conditions défavorables sont mentionnées au moins par 3 groupes d'acteurs différents et 6 par des acteurs clés en provenance de plus de 3 organisations. L'élément défavorable mentionné par le plus grand nombre d'acteurs et par toutes les organisations est la non-collaboration du médecin traitant. D'autres conditions défavorables qui semblent se dégager à partir des propos d'acteurs clés : difficulté à trouver AT, absence prolongée du travailleur, difficultés relationnelles avec les collègues ou avec le superviseur, contestations ou l'examen par des médecins-conseil de l'employeur, non-engagement et les peurs du travailleur face à son RaT. Selon les travailleurs, et aussi certains superviseurs, il est important de laisser le travailleur décider par lui-même de son rythme et de ses tâches de travail, du moins dans les premiers temps.

De façon générale, ce qui est perçu comme conditions favorables ou défavorables au RaT durable dépend largement du contexte organisationnel, des attitudes et des perceptions des acteurs. En effet, peu des concordances sont enregistrées lorsque les conditions favorables ou

défavorables reflètent le contexte organisationnel unique (ex. : petit milieu où tous se connaissent, trop de traitements de physiothérapie, culture de l'absence, éloignement entre le lieu où les soins sont prodigués et le domicile du travailleur) et l'application systématique de certains éléments de procédures (ex. : programme personnalisé de soutien au RaT, contestations). Aussi, peu de concordances sont enregistrées pour les conditions relatives aux caractéristiques des travailleurs. En fait, les différents acteurs clés les mentionnent dans le contexte de leur expérience personnelle lors des différentes situations de RaT vécues (ex. : travailleur qui ne veut pas retourner au travail, travailleur qui a différents problèmes personnels, psychologiques ou économiques, travailleur qui approche de la retraite, etc.). On peut présumer que le niveau d'expérience des différents acteurs teinte leurs attitudes et leur perception à l'égard de ce qui est favorable ou non au processus de RaT.

Tableau 11 : Synthèse sur le contexte et les sources d'information par organisation

Informations	Organisations			
	A	B	C	D
Contexte				
Type	Publique	Privé	Publique	Privé
Grandeur	~1500 travailleurs	~1500 travailleurs	~500 travailleurs	~300 travailleurs
Syndicalisation	Milieu syndiqué	Milieu non syndiqué	Milieu syndiqué	Milieu partiellement syndiqué
Secteur	Soins de santé et d'assistance sociale	Fabrication	Soins de santé et d'assistance sociale	Fabrication
Situation géographique	Grande région de Montréal	Grande région de Montréal	Région éloignée	Région centrale
Gestion des absences	Chefs du service SST et conseillers	Firme externe	Chef de service SST, conseiller, experts de programme de RaT	Conseiller SST (gestion des absences et des RaT)
Sources d'information				
Documents remis	Politique, procédure, guide pour le travailleur en cas d'accident du travail	Procédure pour le superviseur en cas d'accident, procédures à suivre par le gestionnaire et le T pour l'AT	Programme individualisé de RaT conçu et offert en collaboration avec des experts externes	Aucun
Nombre des acteurs clés interviewés (directement et indirectement impliqué dans les RaT des travailleurs interviewés)	N=13	3	N=10	N=6
Nombre des travailleurs interviewés sur leur de RaT	N=5	N=2	N=4	N=3
- Blessure	Dos	Dos, membre inférieur	Dos, membre inférieur	Dos, membre supérieur
- Absence	0 - 7 semaines	1 semaine	4-14 semaines	0-1 semaine
- Durée de l'AT/RP	6 - 30 semaines	6 -12 semaines	4-22 semaines	5-15 semaines
Durée entre le moment de l'accident et le RaT définitif	12 - 36 semaines	4 et 6 semaines	12-36 semaines	2-16 semaines

Tableau 12 : Convergences et divergences entre les procédures et les pratiques actuelles des organisations

Élément de procédure	Convergence	Divergence sur les modalités d'application des procédures
<u>Déclaration de l'accident et enquête</u>		
Immédiatement après l'événement, le <i>T</i> informe son <i>S</i> de son accident et remplit un formulaire de déclaration d'accident.	A, B, C, D	
Le <i>S</i> prévient le conseiller et transmet les documents requis aux RH.	A, B, C, D	
Après consultation d'un médecin, le <i>T</i> va remettre les papiers aux RH : déclaration d'accident, papiers médicaux, réclamation du <i>T</i> .	A, B, C	Le <i>T</i> fait parvenir ses documents au superviseur qui lui est responsable de le remettre aux RH (D).
Le <i>C</i> communique avec la CNESST	A, C, D	Le conseiller prévient la firme responsable de la gestion des absences qui, elle, communique avec la CNESST (B).
Le <i>S</i> fait une enquête accident pour en établir les causes. Au besoin, il met en place des mesures correctives.	A, B, C, D	Une équipe d'enquête, composée du <i>T</i> (s'il le peut), du <i>S</i> , du directeur de production, du conseiller, du représentant des travailleurs au CSS et du préventeur collecte les faits sur le déroulement de l'accident, en établit les causes et trouve des solutions à court, moyen et long termes (D).
<u>Information au syndicat¹¹</u>		
Le <i>syndicat</i> reçoit une liste des travailleurs en arrêt de travail (CNESST et assurance salaire).	A, C, D	N/A (B)
<u>Communications durant l'absence</u>		
Après chaque visite médicale, le <i>C</i> et le <i>T</i> communiquent par téléphone ou en personne.	A, B, C, D	Le <i>S</i> communique également avec le <i>T</i> , tout de suite après l'accident et pendant son absence pour lui donner des nouvelles de l'équipe ou pour planifier des accommodations (ex. fournir un ordinateur pour qu'il travaille à distance) (B).
<u>Préparation de l'assignation temporaire (AT)</u>		
Le <i>C</i> s'assure que le <i>T</i> est en état de revenir au travail, que la phase aiguë de sa blessure soit terminée, puis il planifie l'AT avec le <i>superviseur</i> .	C	Un formulaire d'AT est préparé pour que le travailleur le remette au médecin. Ce formulaire peut contenir des tâches du service et d'autres tâches disponibles dans l'organisation, plus ou moins significatives pour le <i>T</i> . (A, B, D). La procédure d'AT est plus ou moins formalisée et maîtrisée par les conseillers, sauf en ce qui concerne le programme de RaT

¹¹ N/A Élément de procédure non applicable.

Élément de procédure	Convergence	Divergence sur les modalités d'application des procédures
<p>Le <i>S</i> et le <i>C</i> remplissent le formulaire AT pour que le <i>T</i> le remette au médecin.</p> <p><u>Autorisation médicale de l'assignation temporaire (AT)</u></p>	A, B, C, D	<p>individualisé qui est offert en collaboration avec des ressources externes) (C)</p> <p>Le formulaire est modifié ou enrichi avec liste de tâches par service (A, B, D)</p>
<p>Le <i>T</i> fait signer par le <i>médecin traitant</i> un <u>formulaire d'AT</u> et le rapporte à l'employeur.</p>	A, B, C, D	<p>Le médecin traitant ne permet pas toujours l'AT dès que l'employeur en fait la demande; parfois il prescrit d'abord un congé. Au besoin, il ajuste les prescriptions de l'AT (A, C, D).</p>
<p><u>Tâches d'assignation temporaire (AT)</u></p> <p>Le <i>S</i> assigne au <i>T</i> une ou des tâches qui respectent les prescriptions du médecin.</p>	A, B, C, D	<p>Le <i>S</i> peut faire effectuer par le <i>T</i> les tâches souvent mises de côté (B).</p> <p>Le <i>T</i> peut être autorisé de profiter de l'AT pour mettre à jour ses formations (A, B).</p> <p>Parfois, le <i>T</i> est affecté à des tâches légères dans un service où il avait demandé une réaffectation (C).</p> <p>Parfois, le <i>S</i> affecte le <i>T</i> à une tâche élémentaire qui n'a rien à voir avec le travail habituel et qui est considérée comme insignifiante ou punitive par le <i>T</i>. (A, D).</p>
<p>Le <i>S</i> s'assure du respect des prescriptions du médecin – en matière de temps, d'activités, de capacités, etc.</p> <p><u>Budget de l'AT</u></p>	A, D	<p>Aucun suivi dans ce sens (B, C)</p>
<p>Le salaire du <i>T</i> en AT provient d'un budget spécifique, autre celui consacré aux opérations. Le budget opérationnel alloué n'est ainsi pas associé aux pertes de productivité du travailleur accidenté.</p> <p><u>Retour progressif (RP)</u></p>	A, C, D	
<p>Le <i>T</i> reprend ses tâches régulières, mais selon un horaire réduit et un rythme qui peut aussi être ralenti.</p>	A, C	<p>N/A (B, D) Le retour progressif peut concerner non seulement les horaires, mais aussi les tâches (la nature de tâches ; ex. le rythme et la fréquence de réalisation de tâches de manutention).</p>
<p>Le <i>S</i> vérifie régulièrement comment se déroule le RP du <i>T</i> et fait des ajustements au besoin.</p> <p><u>Traitements de physiothérapie</u></p>	A, B	
<p>Le <i>T</i> poursuit les traitements de physiothérapie pendant l'AT ou le RP.</p>	A, B, C, D	<p>Les traitements de physiothérapie, prescrits par le médecin, sont nombreux (A, C), précoces (C) prolongés (A,C) et controversés (A, C, D) au regard des résultats relatifs au rétablissement du <i>T</i></p>

Élément de procédure	Convergence	Divergence sur les modalités d'application des procédures
Le <i>S</i> tient compte des rendez-vous thérapeutiques du travailleur dans l'attribution de l'horaire de travail.	A, C, D	(C).
<u>Évaluation du poste de travail</u> Avec l'ensemble des participants (travailleur, superviseur, conseiller, représentant de l'employeur, représentant syndical, préventeur, etc.), l'expert évalue sur place le poste de travail.	C	Il n'y a pas d'évaluation des capacités du travailleur à assumer des tâches à son poste de travail (A, B, D)
<u>Solutions</u> À la suite de l'enquête d'accident, dans le but d'éviter que l'accident ne se reproduise, qu'il y ait rechute ou que d'autres cas semblables surviennent avec d'autres travailleurs, le service SST et le <i>S</i> proposent des solutions de divers types : aménagement du poste, des équipements, des pièces, des modes opératoires, de la formation, etc.	A, B, D	Les solutions concernent certains postes. Parfois, le <i>S</i> communique avec le <i>préventeur</i> ou avec le <i>Service de ressources matérielles</i> pour faire progresser l'implantation de solution (A). Le <i>préventeur</i> , le <i>S</i> et le <i>T</i> collaborent pour proposer et mettre en place différentes solutions – temporaires et permanentes (B).
À la suite de l'enquête d'accident des solutions, temporaires et permanentes, de divers types sont implantés : modifier le poste ou l'équipement, changer de fournisseur de pièces ou de types de pièces, ou modifier les postures et des méthodes de travail.	A, B, C, D	L'implantation des solutions peut requérir du temps (A, D). Certaines solutions concernent des formations sur les méthodes de travail (A, C), des travaux que le <i>T</i> peut réaliser temporairement chez lui et des accommodations relatives aux heures de départ (pour éviter que la personne soit soumise à une posture inconfortable lors des heures de pointe) (B) Des solutions temporaires ou permanentes, de divers types, sont proposées et implantées dans le cadre du programme individualisé de RaT accompagné. L'expert externe propose divers aménagements, trucs, méthodes, mouvements, outils alternatifs, etc. (C).
Le <i>C</i> s'assure que les solutions sont mises en place.	B, C	
<u>RaT</u> Lorsque le médecin traitant le permet, le <i>T</i> revient à son poste régulier et effectue ses tâches régulières, en tenant compte d'éventuels aménagements (physiques et organisationnels).	A, B, C, D	Pour certains travailleurs et pour un certain temps, le <i>S</i> peut répartir les tâches les plus exigeantes entre les autres membres de son équipe (A, B).
<u>Suivi</u> Le <i>S</i> fait un suivi régulier avec les travailleurs de son service.	A, B, C	

Élément de procédure	Convergence	Divergence sur les modalités d'application des procédures
<u>Rôle du médecin de l'employeur</u>		
Le <i>C</i> fait évaluer le <i>T</i> par le médecin de l'employeur, si l'absence se prolonge au-delà de ce qui semble raisonnable.	A, C	
Le médecin de l'employeur évalue si l'employeur doit entreprendre des démarches auprès du Bureau d'évaluation médicale (BEM).	A, C	
Le médecin de l'employeur peut suggérer une AT ou un RP au médecin traitant.	C	
Au besoin, le médecin de l'employeur demande l'expertise d'un spécialiste.	A, C	Le médecin de l'employeur propose des solutions (connaissance du contexte) et fait des pressions pour que le <i>T</i> revienne au travail (C).

T : travailleur; *S* : superviseur; *C* : conseiller

Tableau 13 : Conditions favorables et défavorables évoquées dans les organisations par les différents groupes d'acteurs

Condition	Organisation	Acteur
<u>Conditions favorables</u>		
L'AT proprement dite	A, B, C, D	S, conseiller, préventeur, Direction des RH
Effectuer l'AT dans son service	A	T, C, Direction des RH
Effectuer une AT signifiante	A, D	C, Direction des RH, T, collègue
Le budget de l'AT étant un budget spécifique, distinct de celui des opérations	A, C, D	T, S, C, Direction des RH, syndicat, Direction de la production
Allouer du temps au T	A, B, C, D	S, syndicat
Aller à son rythme, avoir la capacité de décision, pouvoir choisir ses tâches	A, B, C, D	T, superviseur, syndicat
Tâches allégées en RP et même au RaT	A	S, C, syndicat
L'existence d'un programme de RaT	C	S, C, Direction des RH, préventeur
L'intervention de l'externe	C	S, préventeur
Offrir trucs et outils au T	C	S, préventeur, syndicat
T qui veut retourner au travail	A, B, C, D	T, S, C, Direction des RH, préventeur, Direction de la production
Collaboration	A, B, C, D	T, S, C, préventeur, syndicat, Direction des RH
Communiquer et informer le T	B, C, D	Préventeur, S, syndicat
S facilitant	A, B, C, D	T, S, C, préventeur, syndicat, Direction des RH,
<u>Conditions défavorables</u>		
Durée d'absence longue	A, C, D	S, C, préventeur, Direction des RH, Direction de la production
Culture de l'absence	C, D	Syndicat, direction des RH
Difficulté à trouver une AT significative	A, B, D	S, préventeur
Retour (AT, RP, RaT) trop précoce	C, D	T, C, syndicat
Physiothérapie (trop de séances, trop souvent)	C	T, C, préventeur, syndicat

Condition	Organisation	Acteur
<i>T</i> . ayant des problèmes personnels : psychologiques, économiques ou autres	C	<i>S</i> , Direction des RH, préventeur
Difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe (<i>collègues</i>) ou avec le <i>superviseur</i> .	B, C, D	<i>T</i> , <i>S</i> , Direction des RH, préventeur, syndicat
Rôles et responsabilités flous	A	<i>S</i> , préventeur, syndicat
Contestations ou consultation des <i>médecins-conseils par l'employeur</i>	A, C, D	<i>T</i> , préventeur
Non-collaboration du médecin traitant	A, B, C, D	<i>S</i> , <i>C</i> , préventeur, Direction des RH, syndicat, Direction de la production
<i>T</i> qui craint son retour	A, D	<i>S</i> , <i>C</i> , syndicat
<i>T</i> qui ne collabore pas	B, C, D	<i>S</i> , <i>C</i> , préventeur, syndicat, Direction des RH
<i>T</i> âgé	C	<i>C</i> , Direction des RH, préventeur
Petit milieu où tous se connaissent	C	<i>S</i> , Direction des RH

T : Travailleur, *S* : Superviseur, *C* : Conseiller

4.3 Écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles des organisations

En général, ces résultats indiquent l'application inégale des pratiques exemplaires dans les organisations. Le tableau 14 met en évidence plusieurs écarts entre les éléments de pratiques exemplaires présentés à la sous-section 4.1.4 et les pratiques actuelles rapportées dans les 4 organisations.

Tout d'abord, pour 9 éléments de 28 pratiques exemplaires, des écarts existent dans au moins 3 organisations. Ces écarts concernent surtout des actions spécifiques à une phase/étape ou à un groupe d'acteurs. Des actions, telles que le contact du superviseur avec le travailleur tôt après l'accident, l'évaluation du poste de travail (spécialiste, superviseur), la planification et l'implantation de la solution de RaT (spécialiste, conseiller, superviseur), font peu partie des pratiques des acteurs clés interviewés sur les situations de RaT étudiées. En effet, les travailleurs et les acteurs clés font très peu mention des actions liées à de telles activités. Par ailleurs, dans chacune des organisations, le conseiller ne procède pas de façon systématique à l'identification des obstacles au RaT. Aussi, on peut noter que le travailleur et son poste sont évalués dans une seule des organisations; un plan de RaT individualisé y étant développé et implanté. Il s'agit de l'organisation qui fait appel à des experts externes pour mettre en place un programme individualisé de RaT accompagné chaque fois que l'absence d'un travailleur se prolonge.

D'autres écarts se situent sur le plan des éléments stratégiques. Il s'agit alors de 3 éléments en particulier, soit l'encouragement du travailleur à rester actif, l'action concertée entre les acteurs et la participation du travailleur à l'élaboration et la mise en place de solutions. L'encouragement du travailleur à rester actif se traduit par sa participation à des séances de reconditionnement, de réentraînement en milieu de travail; or, dans aucune des organisations visitées dans le cadre de cette étude de tels programmes n'ont été mentionnés. En ce qui concerne les deux autres éléments de pratiques exemplaires, dans une seule organisation, la même que celle citée ci-haut, l'action concertée est possible grâce à des structures et des espaces de discussion prévus dans le cadre de la démarche de RaT personnalisée.

Le dernier écart concerne la formalisation des politiques et des procédures de RaT, condition essentielle à l'application des pratiques exemplaires dans les organisations. En dépit du fait que des politiques et des procédures formelles aient été remises à l'équipe de recherche par certaines organisations, celles-ci semblent partielles (ex. axées sur l'assignation temporaire ou sur des activités de prévention) et non spécifiques au RaT. Ainsi, même si plusieurs éléments de procédures ont été décrits de façon informelle par les acteurs clés de toutes les organisations, leur degré de formalisation, la robustesse et la clarté des consignes semblent insuffisantes. Aussi, il faudrait mentionner que les rôles et les responsabilités de différents groupes d'acteurs du RaT, éléments procéduraux essentiels du RaT, semblent plus ou moins précisés dans ces procédures organisationnelles.

Ensuite, dans ce même tableau, on peut observer aussi qu'il existe des correspondances entre les éléments de pratiques exemplaires et ceux des pratiques actuelles. Un des éléments de pratiques exemplaires pour lesquels il y a correspondance au moins dans trois des organisations concerne la culture de prévention. En effet, comme mentionné à la sous-section 4.2.5, l'orientation des

structures et des pratiques organisationnelles vers les efforts de prévention (ex. : déclaration d'accident, enquête) favorise non seulement la prévention d'accidents semblables, pour les autres travailleurs, mais aussi le RaT durable du travailleur.

Il y a également plusieurs éléments stratégiques pour lesquels existent des correspondances : la collaboration, la coordination, l'implication/la participation du superviseur dans l'élaboration et l'implantation de solutions. En effet, tous ces éléments, plus au moins systématiquement rapportés par les différents acteurs, constituent les piliers de l'action concertée, principe basé sur une prise de décision par recherche de consensus entre les acteurs (internes, externes).

Toutefois, la majorité des correspondances concernent des activités réalisées à une phase/étape du processus de RaT. Ces activités sont : recevoir le certificat médical (employeur), référer à un coordonnateur de RaT (gestionnaire des absences), proposer des tâches au médecin traitant, offrir des tâches allégées au travailleur, offrir des modifications temporaires, donner la possibilité de reprendre les tâches régulières progressivement, accueillir le travailleur (superviseur) et faire des ajustements, lorsque nécessaire, sur le plan de RaT. Dans le contexte législatif québécois, plusieurs de ces activités essentielles sont prescrites par la LATMP (ex. : l'assignation temporaire, l'obligation de l'employeur de reprendre le travailleur de retour au travail et de, au besoin, modifier son poste de travail de façon à favoriser sa réadaptation). Toutefois, même s'ils sont respectés à la lettre, les éléments de procédure qui découlent de la loi semblent appliqués de manière inégale dans une même entreprise (ex. tâches allégées significatives et productives offertes en AT par rapport aux tâches non significatives et non productives), selon la situation de RaT ou selon l'acteur clé.

Enfin, pour les 9 autres éléments de pratiques exemplaires, il y a écart pour deux des organisations participantes et correspondance pour les deux autres. Ces éléments concernent des conditions générales (information/formation/éducation, coordination entre les structures en prévention et en gestion des absences, approche proactive en prévention de l'incapacité), des éléments stratégiques (communication, entraide) et des activités spécifiques (ajustements et suivi quotidiens de l'implantation solution de RaT, aide des collègues, rétroaction et encouragement du travailleur en ce qui concerne sa progression). L'application de certains de ces éléments de pratiques exemplaires semble en lien avec le contexte organisationnel. Par exemple, des structures intégratives permettent dans deux organisations de combiner des services de prévention et des services de la gestion des absences afin de prévenir de façon plus efficace l'incapacité. De même, offrir de l'information et de la formation aux acteurs et parfaire leur éducation contribuent à renforcer leur confiance et conséquemment leur volonté d'action et d'engagement dans le cadre du processus de RaT.

Globalement, on peut conclure que les procédures, qu'elles soient formelles et même informelles, correspondent aux pratiques exemplaires recommandées dans la littérature, mais que les pratiques actuelles sont tributaires des interprétations, des perceptions et des attitudes des acteurs clés, qui résultent du peu de formation ou d'expérience qu'ils ont en matière de RaT.

Tableau 14 : Écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles

Pratique exemplaire	Écart entre pratiques exemplaires et pratiques actuelles
	Présence d'écart
<u>Caractéristiques générales</u>	
Politiques et procédures de RaT (formalisation, robustesse, clarté, précision des rôles et des responsabilités)	A, B, C, D
Information, formation et éducation des acteurs sur le processus de RaT	C, D
Approche intégrative	
- Culture de prévention (structures et actions de prévention)	-
- Coordination entre les structures en prévention et celles en gestion des absences	A, C
Approche proactive : intervenir tôt pour retourner le <i>T</i> au travail	A, C
<u>Éléments stratégiques</u>	
Encouragement du <i>T</i> à rester actif : rééducation, réentraînement, traitements en milieu de travail ou pendant les heures de travail	A, B, C, D
Action concertée : décisions prises par consensus entre plusieurs acteurs	A, B, D
Communication : présence des structures et des espaces de discussion de solutions (ex. : réunions, comités)	A, C
Collaboration avec des ressources externes (cliniciens, professionnels de la santé et du travail, assureurs, etc.)	-
Coordination du RaT	B
Implication et participation du <i>T</i> dans l'élaboration et la mise en place de la solution	A, B, D
Implication et participation du <i>S</i> dans l'élaboration et la mise en place de la solution	-
Aide des collègues, coéquipiers	C, D
<u>Actions spécifiques à une phase/étape et à un groupe d'acteurs</u>	
Recevoir le certificat médical (<i>gestionnaire</i>)	-
Référer à un coordonnateur de RaT (<i>conseiller de RH responsable du RaT</i>)	-

Pratique exemplaire	Écart entre pratiques exemplaires et pratiques actuelles
	Présence d'écart
Proposer des tâches au médecin traitant (<i>coordonnateur, S</i>)	-
Contact avec le <i>T</i> , tôt après l'accident pour s'informer de sa récupération (<i>S</i>)	A, C, D
Évaluation du <i>T</i> et des tâches (<i>S, spécialiste</i>)	A, B, D
Identifier les barrières et les obstacles au RaT, entretien avec le <i>T</i> (<i>coordonnateur</i>)	A, B, C, D
Développer plan de RaT (individualisé et coordonné) et avec offre de travail modifié	A, B, D
Offrir des tâches allégées (temporaires et transitoires), significantes et, si possible, dans le même service	-
Offrir des modifications (temporaires, permanentes) : adaptations, accommodations et ajustements des postes et des tâches	-
Offrir le retour progressif par exposition graduelle (tâches, horaires)	-
Implantation de la solution de travail planifiée(<i>S</i>)	A, B, D,
Accueillir le <i>T</i> : distribuer, assigner les tâches (<i>S</i>)	-
Procéder chaque jour à des ajustements (<i>S</i>)	C, D
Rétroaction au <i>T</i> sur la progression de son RaT (<i>S</i>)	A, C
Faire des ajustements sur le plan de RaT, au besoin (<i>S, coordonnateur</i>)	D

T : Travailleur, S : Superviseur, C : Conseiller

5. DISCUSSION

L'objectif global de ce projet était de déterminer et de décrire les écarts entre les pratiques exemplaires, basées sur des données probantes de la recherche, et les pratiques actuelles de quelques organisations au Québec au regard du RaT des travailleurs ayant subi un TMS. Le cadre conceptuel de cette recherche considérait la coconstruction entre les produits de la recherche sur les pratiques exemplaires de gestion des RaT et leur appropriation par les milieux de travail. L'hypothèse de départ de ce projet sous-tendait qu'encore peu de pratiques exemplaires, telles que définies par la littérature, sont appliquées dans les organisations québécoises. En effet, comme l'ont avancé plusieurs auteurs, l'implantation des pratiques exemplaires dans les organisations présenterait encore des défis de taille (Costa-Black *et al.*, 2013, Fassier *et al.*, 2011, Loisel et Côté 2013).

La présente étude a permis d'effectuer les premiers pas dans la réalisation de cette coconstruction. Dans le cadre de la réalisation du premier objectif, qui était de déterminer des pratiques exemplaires en milieu de travail, ce projet a permis de dégager, à partir de données probantes tirées de la littérature, les pratiques exemplaires de RaT. Ensuite, la poursuite du deuxième objectif a permis de décrire les pratiques actuelles telles que vues par les acteurs, dans quatre milieux de travail québécois, ainsi que les conditions favorables et défavorables à un RaT durable. Enfin, le dernier objectif consistait à établir et à apprécier les écarts entre ce qui est recommandé dans la littérature et ce qui est réalisé actuellement dans la pratique dans ces organisations. L'appréciation des écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles a permis d'amorcer une réflexion sur des pistes d'action visant à les minimiser et, éventuellement, à les combler, ce qui permettrait d'améliorer les pratiques actuelles de RaT des travailleurs ayant subi un trouble musculosquelettique. Toutefois, la validité de ces pistes d'amélioration reste à vérifier auprès de principaux utilisateurs, soit les milieux de travail, ainsi qu'auprès des autres parties prenantes dans le processus de RaT.

5.1 Pratiques exemplaires de RaT durable

Les écrits ont permis de distinguer trois groupes de pratiques exemplaires : des caractéristiques générales, des éléments stratégiques et des activités essentielles au RaT durable en milieu de travail. Le premier groupe concerne les conditions et les moyens mis en place par les organisations qui réussissent en matière de santé et gestion de l'incapacité au travail (ex. : l'application des politiques et la formalisation des procédures, l'action concertée) pour instaurer une culture d'organisation favorable à la réintégration des travailleurs ayant subi un accident. Le deuxième groupe détaille les stratégies organisationnelles visant l'atteinte des sous-objectifs liés à l'accomplissement d'un RaT durable (p. ex. : communication, collaboration, coordination). Le troisième groupe, les activités essentielles, constituent des ensembles d'actions réalisées par une catégorie d'acteurs et lors d'une phase/étape particulière du RaT (p. ex. : contact initial avec le travailleur, le plus tôt possible après l'accident, par le superviseur, planification de la solution d'AT et de RaT) et dans une visée de RaT durable. La présente revue a permis de faire le point sur ce qui est connu dans la littérature sur les pratiques exemplaires en milieu de travail sur le plan de l'efficacité, de la démarche, des ressources, des actions et des principaux acteurs du RaT. De plus, la contribution majeure de la présente revue intégrative est d'avoir procédé à une systématisation de ces précisions concernant les pratiques exemplaires en fonction des différents niveaux d'action dans l'organisation (général, stratégique, opérationnel). Or, définir les pratiques

exemplaires en fonction de ces niveaux d'action pourrait constituer la base de la formalisation des procédures en milieu de travail et de la clarification des rôles et des responsabilités des différents services et individus. La prise en compte de ces différents niveaux d'action pourrait être utile dans les différents audits mis en place éventuellement à la suite de la formalisation et de l'instauration des procédures de RaT dans les organisations.

5.2 Pratiques actuelles et conditions favorables au RaT durable

L'étude de cas multiples, réalisée dans des organisations en provenance de deux secteurs d'activité différents et qui s'inscrivent dans des contextes variables (syndicalisation, localisation géographique, etc.), a permis de faire trois constats principaux. Le premier constat concerne la cohérence entre ce qui est fait dans les organisations étudiées et ce qui est prévu dans la loi. En effet, les dispositions légales spécifiques aux activités essentielles mentionnées dans la LATMP sont appliquées à la lettre dans les organisations. Les balises à respecter sont très claires en ce qui concerne les objectifs globaux, mais il manque de détails sur les actions spécifiques à réaliser pour assurer la mise en place des activités essentielles au RaT durable.

Un deuxième constat porte sur le décalage entre ce qui est connu des acteurs clés sur les activités essentielles au RaT durable et qui sont non spécifiées dans la loi, et ce qui est réellement mis en œuvre dans la pratique. Il s'agit des activités inscrites et donc reconnues comme telles dans les procédures organisationnelles et qui sont évoquées par la majorité des acteurs clés comme des activités essentielles pour un RaT durable. Le transfert concernant les connaissances portant sur les activités essentielles au RaT durable dans les organisations semble donc porter fruit. Cela pourrait être le résultat des efforts de longue date consacrés par les milieux de recherche à la diffusion des connaissances sur les pratiques de RaT. Ainsi, des recommandations, telles que celles issues du document en ligne « *Seven 'Principles' for Successful Return to Work* », produit en Ontario par l'Institute for Work and Health (2005), ou de la *Démarche pour le maintien et le retour au travail des travailleurs atteints de TMS* produite au Québec, et publiée par l'IRSST (Stock *et al.*,2005), des programmes de formation stratégique en prévention de l'incapacité (Loisel *et al.*,2013) ont été évoqués par les différents acteurs interviewés. Toutefois, les résultats de la présente étude font ressortir une lacune relative au savoir agir (comment faire). En général, en contexte de formation professionnelle, l'évaluation des résultats des stratégies de transfert des connaissances porte souvent sur les perceptions/attitudes ou sur la connaissance. Par contre, on s'attarde peu à l'acquisition d'habiletés ou aux changements de comportement (Hammick *et al.*,2007). Selon la classification des résultats liés à la formation professionnelle, ces niveaux doivent être atteints, avant de pouvoir entrevoir un changement en ce qui concerne la pratique organisationnelle et même avant de sentir un impact plus global sur la santé du travailleur (Hammick *et al.*,2007). Cela est d'ailleurs soutenu par les études dans le domaine, où l'on observe que l'implantation des pratiques représente encore des défis de taille en ce qui concerne l'engagement des différents groupes d'acteurs, ainsi que leurs intérêts conflictuels dans le processus de RaT (Loisel *et al.*,2005, Tjulin *et al.*,2009, Pomaki *et al.*,2010, Costa-Black *et al.*,2013).

En ergonomie, ce décalage est associé à l'absence des ressources et des moyens dans l'organisation (structures participatives, ressources en évaluation de capacités) (Leplat 1980, Leplat et Montmollin 2001, Guérin *et al.*,1991), ou encore à des difficultés de réalisation de certaines des activités. Ces difficultés pourraient être tributaires des contextes particuliers présents dans les organisations : ressources insuffisantes, manque de temps, exigences semblables à tous les postes, rigidité de la convention collective, coordination externe au milieu

de travail, existence de programme de RaT, des attitudes perçues ou réelles envers le processus de RaT et les autres acteurs du processus de RaT (superviseur facilitant, travailleur désireux de revenir, collègues aidants, conseiller qui met de la pression au travailleur pour qu'il retourne au travail, etc.). Par ailleurs, les différentes conditions favorables ou défavorables au RaT durable, évoquées par les différents acteurs clés présentent une assez bonne concordance avec les difficultés susmentionnées. Elles orientent naturellement vers des voies et des domaines d'amélioration de pratiques organisationnelles (Kendall *et al.*,2009, NICE 2009, Fassier *et al.*,2011).

En ce qui concerne le savoir agir des acteurs clés, une autre hypothèse pourrait être échaufaudée. La loi d'Argyris et Schön (1974) porte sur l'existence d'un décalage entre la théorie de référence et la théorie d'usage. Ces travaux font ressortir qu'en contexte d'entrevue, il y a un écart dans le discours lorsqu'une personne explique ce qu'elle doit faire (théorie de référence, par ex. ce qui est prescrit par l'employeur) et ce qu'elle fait en réalité (théorie d'usage). En effet, dans la présente étude, les discours des acteurs clés triangulés avec des discours des autres acteurs qui ont fait état de ce qu'ils ont vécu lors du processus de RaT soutient en partie l'hypothèse voulant que les participants à l'étude aient pour la plupart une connaissance générale des bonnes pratiques, mais que sur le terrain, celles-ci soient peu appliquées. Ce que des travaux d'Argyris et de Schön (1978) suggèrent, et plus récemment, ceux de St-Arnaud *et al.* (2003), c'est le besoin, dans le cadre des activités de formation, de donner la possibilité aux praticiens d'effectuer une réflexion sur leurs actions et ainsi d'insuffler un changement des comportements/actions.

Enfin, le dernier constat porte sur la variation des pratiques d'accompagnement du travailleur tout au long du processus de RaT (contact initial avec le travailleur, le plus tôt après l'accident, suivi de l'implantation de la solution de RaT, etc.). Ces pratiques s'appuient sur les compétences des acteurs clés en communication et en évaluation des capacités de travail. Par exemple, certains superviseurs ont parlé de leur difficulté à trouver des tâches significatives à offrir à l'employé en assignation temporaire, alors que d'autres rapportent trouver toujours des façons d'offrir aux travailleurs des alternatives de travail intéressantes (ex. : formation, travail temporaire de chez soi). En effet, de plus en plus, le superviseur est reconnu, en recherche, comme un acteur pivot dans le cadre du processus de RaT (Lemieux *et al.*,2010, Nieuwenhuijsen *et al.*,2004, Durand *et al.*,2014). Le superviseur est responsable non seulement de l'application de règles de sécurité et de la réalisation des objectifs de production, mais aussi du climat, de l'équité et de la cohésion au sein de son équipe de travail. Lorsqu'un employé est aux prises avec une incapacité au travail, le superviseur doit réorganiser le travail de l'équipe, afin de satisfaire aux besoins d'accommodement et de répondre aux besoins légitimes par rapport au RaT (Durand *et al.*,2014). Même si le superviseur n'est pas celui qui décide du retour au travail d'un employé souffrant d'une incapacité, il veillera à mettre en place les conditions propices à la reprise de ses activités de travail (Lemieux *et al.*,2010, Nieuwenhuijsen *et al.*,2004, Durand *et al.*,2014). Par ailleurs, une étude récente de chercheurs de l'équipe met en évidence le rôle que les responsables de la coordination des activités de RaT attribuent à la dyade superviseur-travailleur (Durand *et al.*,2016). Cela repose probablement sur la connaissance que le superviseur a des exigences des tâches de travail dans son service, ainsi que sur ses compétences sur le plan des communications stratégiques envers tous les travailleurs de son équipe.

5.3 Écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles

La comparaison entre la littérature et l'étude de cas multiples a permis de déterminer trois types d'écarts entre les pratiques exemplaires et les pratiques actuelles des organisations, et de proposer des pistes pour les minimiser et améliorer les pratiques des organisations. Ces écarts concernent la diversité de la réalisation des activités essentielles au RaT durable, l'absence de ressources et de structures permettant la mise en place des stratégies de RaT durable et l'absence de formalisation des procédures.

Le premier écart porte sur la diversité des actions mises en pratique par les acteurs clés qui ne correspondraient pas toujours à celles associées par la recherche aux activités essentielles au RaT durable (Durand *et al.*,2014, NICE *et al.*,2005, Kendall *et al.*,2009, Stock *et al.*,2005). D'un point de vue systémique, cette diversité pourrait s'expliquer par le caractère général des obligations découlant de la loi, qui laisse beaucoup de place aux représentations et interprétations des acteurs. Ces représentations et perceptions pourraient s'expliquer par le fait que, dans certaines organisations, les acteurs ne sont pas aux prises avec de multiples situations de RaT et que, par conséquent, ils se retrouvent pris au dépourvu lorsque celles-ci se produisent. En effet, lorsqu'un superviseur traite un ou deux accidents tous les 5 ans, celui-ci peut ne pas développer les compétences nécessaires à la prise en charge du travailleur lors de son RaT. L'étude portant sur les pratiques des coordonnateurs de retour au travail fait d'ailleurs ressortir la présence de ce type de profil, en contexte québécois (Durand *et al.*,2016). L'information, la formation et l'éducation des acteurs de l'organisation sur les modalités de réalisation des activités essentielles pourraient contribuer à une meilleure compréhension du processus, et donc à l'évolution des représentations concernant le processus de RaT durable. Alors, en plus de l'information, de la formation et de l'éducation aux acteurs, une organisation pourrait offrir de désigner une personne pivot qui pourrait assurer la coordination du RaT, de préférence à l'interne, ce pourrait pallier le manque d'expérience de certains acteurs dans les situations de RaT. En effet, la coordination comporte la répartition de différentes actions, ainsi que leur séquençement en fonction de différents moments et phases du processus de RaT et cela, par les bons acteurs, tels le superviseur, le travailleur et le conseiller (Durand *et al.*,2016, Schandelmaier *et al.*,2012, Shaw *et al.*,2007). L'action concertée, le mécanisme à la base de la coordination du RaT permettra, par des activités de communication et des structures facilitant la collaboration et l'engagement des travailleurs et des superviseurs dans l'élaboration, la planification, l'implantation et le suivi de la solution de RaT, de réduire cet écart.

Le deuxième écart concerne les structures et les ressources mises à la disposition des acteurs clés dans les organisations pour remplir leurs rôles et responsabilités au regard du processus de RaT et réaliser les actions associées aux activités essentielles de RaT durable. Tout d'abord, les employeurs font peu appel à des experts externes ou à des équipes de réadaptation pour mettre en place des programmes de RaT, alors que l'implication des équipes ou des professionnels en réadaptation dans les milieux de travail est amplement démontrée efficace pour un RaT durable (Anema *et al.*,2004, Franche *et al.*,2005, Loisel *et al.*,2005, Campbell *et al.*,2007, Durand *et al.*,2007, Podniece *et al.*,2007, Waddell *et al.*,2009). En effet, même si les accommodations et les ajustements de postes de travail, ainsi que l'aménagement des tâches sont essentiels au RaT durable (Waddell et Burton 2001, Anema *et al.*,2004, Boocock *et al.*,2007, Burton *et al.*,2009, Williams *et al.*,2007), les organisations participantes font peu appel à des ergonomes ou à des ergothérapeutes pour évaluer l'adéquation entre les capacités du travailleur et les exigences de son travail. De plus, les solutions de RaT comportent rarement d'autres aménagements du travail

que ceux nécessaires pour réduire les efforts physiques, alors que les peurs et les inquiétudes liées au RaT sont perçues par les acteurs clés comme des obstacles importants au RaT et plusieurs interventions proposées dans la littérature vont en ce sens (Ozguler *et al.*,2004, Hlobil *et al.*,2005, Campbell *et al.*,2007, Hoefsmit *et al.*,2012).

Ensuite, il y a peu d'interaction entre les structures responsables de la prévention des accidents et des maladies professionnelles et celles responsables de la gestion de l'incapacité au travail. Or, plusieurs études ressortent l'importance de la complémentarité et de la collaboration entre les services de prévention et les services responsables de la gestion des absences afin d'assurer un RaT durable et prévenir l'incapacité prolongée (Boocock *et al.*,2007, Burton *et al.*,2009, Waddell *et al.*,2008, Gensby *et al.*,2012). En effet, dans les organisations participantes, le peu d'interaction entre les structures et les ressources peut avoir un impact sur la coordination des activités essentielles au RaT durable. Ceci pourrait s'expliquer par une culture organisationnelle centrée sur les actions de prévention et sur les travailleurs en santé, et par la considération du processus de RaT comme étant du domaine des activités non productives et largement influencée par des facteurs externes à l'organisation (firme de gestion des absences, partage des coûts, communications avec la CNESST, etc.). Toutefois, il pourrait également être attribuable aux changements organisationnels, en cours dans trois de ces organisations, susceptibles d'entraîner des modifications aux structures dans le futur.

Enfin, le dernier écart concerne le peu de formalisation des procédures organisationnelles. En effet, un des éléments de pratiques exemplaires de RaT, sur lesquels il y a consensus dans la littérature, consiste à avoir des politiques et des procédures formalisées, robustes, claires et précises en ce qui concerne le rôle et les responsabilités des acteurs. Cela semble contribuer à l'instauration d'une culture organisationnelle proactive de prévention de l'incapacité prolongée, basée sur la collaboration entre les acteurs de l'organisation et avec des ressources externes lorsque nécessaire (Employers' Forum on Disability 2008, Franche *et al.*,2007, Gensby *et al.*,2012, Waddell *et al.*,2008). Selon certains auteurs, des politiques et des procédures claires et bien transmises minimiseraient l'inaction des acteurs clés dans les différentes étapes du processus de RaT (Durand *et al.*,2014, NICE 2009, Pomaki *et al.*,2010). Or, dans le cadre de l'étude de cas multiples, peu de politiques et de procédures formelles concernant le RaT ont été remises par les organisations participantes. Ce peu de formalisation des procédures de RaT pourrait être à l'origine des imprécisions en ce qui concerne les rôles et les responsabilités des acteurs du processus de RaT. À cet effet, Williams-Whitt *et al.* (2016) font ressortir que les études en prévention de l'incapacité au travail portent principalement sur les changements à apporter dans le milieu de travail, mais rares sont celles qui touchent à la clarification des rôles.

Pour pallier le manque de procédures formelles, dans certaines organisations, il y a élaboration de formulaires ou usage des formulaires types existants. Toutefois, l'utilisation de tels formulaires pourrait entraîner des variations dans les actions surtout lorsque les items sont non spécifiques au contexte organisationnel et à l'activité de travail. Pour ce faire, les organisations pourront envisager la formalisation ou la révision en profondeur de leurs politiques et procédures, entre autres, pour clarifier les rôles et les responsabilités de différents groupes d'acteurs et de partenaires et pour expliciter les actions à réaliser aux différentes phases/étapes du processus de RaT.

5.4 Applicabilité des résultats

Certains messages clés ont été formulés par les chercheurs ayant participé à cette étude. Ils s'inspirent de pratiques exemplaires de RaT recensées à partir de la revue intégrative et des écarts observés avec les pratiques actuelles des organisations.

Ces messages clés visent tout d'abord les organisations participantes. Ils peuvent être considérés sur le plan de la formalisation des procédures ou encore de leur révision en vue de la clarification des rôles et des responsabilités des acteurs. De plus, ces mêmes messages clés pourraient servir de base à un programme d'information, de formation, et d'éducation, destiné de façon plus large à tout le personnel de l'organisation et décrivant les lignes d'action souhaitées pour un RaT durable. En effet, dans une perspective d'amélioration des pratiques organisationnelles, la portée générale de ces messages pourrait les rendre applicables à des organisations de tailles semblables et associées au même secteur d'activité. Toutefois, l'application de ces éléments de façon à viser un RaT durable dépend largement de la culture organisationnelle.

Messages clés

- 1) La formalisation de politiques et de procédures de RaT est essentielle. Elle devra permettre de :
 - a. Déterminer des rôles et responsabilités des acteurs en fonction des activités essentielles et des différentes étapes de RaT. L'implication des acteurs tels les superviseurs et les conseillers permettront une élaboration détaillée et réaliste de ces rôles et responsabilités.
 - b. Élaborer et mettre en place un plan de communication pour informer tous les acteurs de l'organisation sur les activités essentielles au RaT durable et sur les actions nécessaires.
- 2) L'étude des ressources et des structures de l'organisation en fonction des facteurs facilitant le retour au travail devrait permettre de définir les besoins en matière de la réalisation des activités essentielles au RaT.
 - a. Le contact précoce avec le travailleur et le fait d'indiquer clairement l'appui de l'organisation et du collectif dans le processus de RaT devrait être favorisé.
 - b. L'assignation temporaire devrait être envisagée le plus tôt possible après l'évènement accidentel, en considérant des tâches perçues valorisantes et signifiantes pour le travailleur, et cela tout en respectant ses limitations éventuelles et l'évolution de ses capacités.
 - c. La solution de RaT envisagée par l'organisation devrait être le résultat de la collaboration entre les différentes structures et ressources, et permettre de la flexibilité dans l'application. Par exemple, l'implantation de la solution dans la pratique devrait permettre au travailleur de graduellement reprendre confiance en

ses capacités et de développer des stratégies pour réaliser son travail de façon à préserver la durabilité de son RaT.

- d. Des moyens à la disposition des acteurs clés permettraient le suivi en continu de la solution de RaT mise en place et de procéder à des ajustements au jour le jour selon l'état et la progression du travailleur.
- 3) La planification de l'offre de formation en fonction des compétences et des objectifs visés pour les différentes catégories d'acteurs du RaT permettrait :
- a. L'implication du superviseur dans toutes les étapes du processus de RaT, notamment dans la proposition, l'implantation et le suivi de la solution de RaT, est essentielle. Les compétences recherchées sont liées à :
 - i. L'inventaire des possibilités des situations de travail permettant l'adéquation entre les exigences de production et les capacités en restauration du travailleur.
 - ii. La distribution et la répartition équitable des tâches perçues valorisantes et significatives pour tous les membres du collectif de travail.
 - b. L'implication du travailleur dans toutes ces étapes est également jugée souhaitable. Objectif recherché :
 - i. Favoriser la mobilisation du travailleur dans le cadre du processus de son RaT.
 - c. La coordination, à l'interne, de toutes les actions de communication et activités de collaboration entre les acteurs internes et externes, cela devrait favoriser la construction d'une solution de RaT adéquate, équitable autant pour le travailleur lui-même que pour ses collègues du collectif de travail.

5.5 Limites et forces de l'étude

Cette recherche comprend différentes méthodes auxquelles des forces et des limites peuvent être associées.

Tout d'abord, le critère de sélection des études de la revue intégrative, qui était de conserver uniquement des documents de type « revue », des rapports et des guides de pratique intégrant les données probantes, représente une force. En effet, il est permis de croire que la présente revue couvre la majorité des études publiées avant 2015 sur l'objet de recherche. D'ailleurs, cette bonne couverture est indirectement confirmée par le chevauchement des résultats extraits des études. Cependant, en utilisant ce critère de sélection des écrits, il est possible que certaines études individuelles récentes soient exclues bien que leurs contenus aient pu ajouter de nouvelles connaissances. Également, cette revue intégrative est potentiellement influencée par le biais de publication. Ce biais consiste à présumer que ce qui est publié et disponible contient plus d'études ayant des résultats positifs que négatifs. Ainsi, la limite consiste à avoir accès seulement aux études publiées sans égard à celles refusées par les éditeurs dont le contenu aurait pu

influencer les pratiques exemplaires. Toutefois, il reste impossible d'estimer l'importance de ce biais de publication.

Pour définir les pratiques actuelles dans des organisations québécoises, une étude de cas multiples a été utilisée dans deux secteurs d'activité. La première force à souligner est la description détaillée de chaque cas en fonction des unités d'analyse, des sources et des méthodes. La triangulation des méthodes et des sources a été effectuée dans chaque cas-organisation permettant d'atteindre une saturation des données et d'assurer la validité interne. De plus, les grilles d'extraction pour les analyses intracas et intercas ont été constituées par consensus des chercheurs de l'étude et l'extraction du matériel a été vérifiée en minimisant ainsi des interprétations individuelles. Cependant, il est nécessaire de mentionner un biais potentiel relié à la désirabilité sociale des acteurs clés interviewés. Toutefois, la forme de l'entrevue avec des questions neutres et la triangulation des sources permettent de croire que ce biais a été minimisé. Une des forces des études de cas multiples est la compréhension en profondeur du phénomène étudié, mais les résultats restent très ancrés dans les contextes dont ils sont issus, donc la généralisation des résultats doit être limitée. Cependant, la démarche développée avec l'analyse des écarts peut sans aucun doute être transposée à toutes les moyennes et grandes entreprises.

Enfin, il est nécessaire de mentionner que la complémentarité des disciplines des membres de l'équipe de recherche (ergonomie, ergothérapie, psychologie, ingénierie, médecine) a contribué à une analyse et une interprétation transdisciplinaires des résultats de la recherche permettant ainsi de formuler des messages clefs et des pistes de recherche plus étayés couvrant mieux les différentes dimensions de la problématique de l'incapacité au travail.

5.6 Retombées et perspectives de recherche

Cette étude est, à la connaissance des auteurs, une des rares à avoir comparé ce qui est connu en recherche avec ce qui est appliqué en pratique, et cela en confrontant les écrits de synthèse sur l'intervention de retour au travail à leur mise en œuvre dans des situations concrètes et dans différents milieux de travail. Les retombées de cette étude se situent autant sur le plan scientifique que pratique. En matière scientifique, les résultats contribuent à la production de connaissances sur les pratiques exemplaires et à l'élaboration d'un portrait des pratiques actuelles de certaines organisations au Québec. D'une part, les résultats de la revue intégrative constituent, en eux-mêmes, un bel effort de synthèse des principales caractéristiques générales des politiques et des procédures organisationnelles, des composantes et des ressources nécessaires en milieu de travail pour la réalisation d'un RaT sain et durable. Ainsi, sur le plan pratique, cette revue constitue un cadre rassemblant les pratiques idéales, un modèle à suivre qui peut être une source d'inspiration pour les entreprises qui veulent optimiser leurs pratiques. D'autre part, la comparaison des résultats de la revue intégrative avec ceux de l'étude de cas multiples a permis de mieux comprendre certains éléments contextuels liés à l'application de ces pratiques exemplaires dans les organisations du Québec. Cette comparaison a permis de mieux situer les zones de changement à effectuer dans ces organisations en formulant un ensemble de pistes de réflexion pour réduire les écarts. Cet ensemble de pistes pourrait également être utilisé pour amorcer une démarche de réflexion dans d'autres entreprises incluant les moyennes et les plus petites entreprises.

Deux perspectives de recherche se dégagent à partir des constats de la présente étude. Tout d'abord, les pistes de réflexion sur des solutions visant à réduire les écarts entre les pratiques

exemplaires et les pratiques actuelles pourraient faire l'objet d'une première étude de faisabilité auprès des différentes parties prenantes dans le processus de RaT. Par la suite, certaines des solutions pourraient faire l'objet d'expérimentation et d'étude de leurs effets sur l'implantation des pratiques optimales. Une étude de cas multiples dans de telles organisations pourrait contribuer à mettre en évidence des enjeux particuliers et des solutions adaptées à leurs ressources matérielles et humaines. Sur le plan pratique, cela pourrait se concrétiser autour du développement d'un outil d'audit destiné aux organisations pour leur permettre de s'évaluer et d'améliorer leurs pratiques organisationnelles.

6. CONCLUSION

Cette étude est sans doute, une des rares à avoir comparé ce qui est connu en recherche avec ce qui est appliqué en pratique, et cela en confrontant les écrits de synthèse sur l'intervention de retour au travail à leur mise en œuvre dans des situations concrètes et dans différents milieux de travail. Cette étude a permis de clairement identifier, à partir d'une revue intégrative de la littérature sur le RaT, les pratiques exemplaires des organisations en ce qui concerne les TMS, qui sont essentielles à la réussite du RaT et applicables dans le contexte québécois. L'étude de cas multiples, réalisée à partir de situations de RaT en milieu réel, a permis d'étudier les pratiques actuelles ainsi que les conditions favorables et défavorables à leur mise en œuvre dans quatre organisations du Québec. La comparaison entre les pratiques exemplaires en milieu de travail, issues de la revue intégrative, et les pratiques actuelles des organisations a permis de mettre en évidence de multiples écarts et de proposer des pistes de réflexion pour les réduire. Globalement, les écarts concernent les modalités de réalisation des activités essentielles au RaT durable, les structures et les ressources mises à la disposition des acteurs clés et consacrées dans les organisations pour réaliser ces activités essentielles et l'absence de formalisation des politiques et des procédures explicites. Parmi les pistes de réflexion à envisager pour réduire ces écarts et favoriser l'amélioration des pratiques organisationnelles des milieux de travail qui participaient à cette étude, la formalisation de procédures avec l'explicitation des rôles et des responsabilités pour chaque groupe d'acteurs clés, ainsi que leur information, éducation et formation sur les actions à réaliser, semblent des plus essentielles à la réussite du processus de RaT sain et durable.

D'un point de vue pratique, cette étude offre aux organisations un cadre pour s'auto évaluer et pour améliorer leurs procédures de RaT. En effet, même si elle n'était pas conçue pour apprécier ou comparer l'efficacité du processus de RaT dans les différents milieux de travail, cette étude permet d'informer les milieux de travail sur les activités et les structures d'un processus de RaT réussi. En plus d'informer les organisations sur des pratiques optimales, la méthodologie de cette recherche peut être répétée dans toute autre organisation. Cette méthodologie consisterait à documenter le contexte de l'organisation, des procédures, des pratiques et de conditions à partir de plusieurs sources d'informations (documents, questionnaires, acteurs clés, travailleurs). Finalement, sur la base des résultats issus de cette recherche, il serait envisageable de développer une démarche d'amélioration continue des pratiques de RaT destinées aux organisations. Cette démarche viserait l'adaptation des recommandations de cette recherche au contexte de différentes organisations, telles les petites et les moyennes entreprises, les organisations d'un secteur d'activité en particulier. Puisque le contexte diffère d'une organisation à l'autre, la réitération de cette démarche d'adaptation semble essentielle afin de la transposer à chaque type d'organisation et de s'assurer d'intégrer périodiquement les plus récentes connaissances aux pratiques de l'organisation.

BIBLIOGRAPHIE

- Aas, R. W., Tuntland, H., Holte, K. A., Roe, C., Lund, T., Marklund, S. et A. Moller. « Workplace Interventions for Neck Pain in Workers ». *The Cochrane database of systematic reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD008160.pub2
- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Urlings, I. J. M., Bongers, P. M., de Vroome, E. M. M. et W. van Mechelen. « Participatory Ergonomics as a Return-to-Work Intervention: A Future Challenge? ». *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 44, n° 3, 2003, p. 273-81.
- Anema, J. R., Cuelenaere, B., van der Beek, A. J., Knol, D. L., de Vet, H. C. W. et W. van Mechelen. « The Effectiveness of Ergonomic Interventions on Return-to-Work After Low Back Pain; A Prospective Two Year Cohort Study in Six Countries on Low Back Pain Patients Sicklisted for 3–4 Months ». *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, 2004, p. 289-294.
- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., Knol, D. L., Loisel, P. et W. van Mechelen. « Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both? A Randomized Controlled Trial ». *Spine*, vol. 32, n° 3, 2007, p. 291-298.
- Arguin, P., Cloutier, M., Giard, L. (1992). *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles: législation, jurisprudence et doctrine*, Alter Ego 2000, 4e édition, Montréal, Wilson & Lafleur, 1999, 702.
- Argyris, C. and D.A. Schön, eds. *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. 1974, Jossey-Bass: San Francisco.
- Argyris, C., and Schön, D. (1978) *Organizational learning: A theory of action perspective*, Reading, Mass: Addison Wesley.
- Bardin, L. *L'analyse de contenu*. Paris, France, P.U.F, 1997, 320 p.
- Baril, R., Martin, J. C., Lapointe, C., Massicotte, P. *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Montréal, Canada, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), 1994.
- Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P., Pajot, A. (2000). *Components and organizational determinants of workplace interventions designed to facilitate early return to work*. Montréal, Canada. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST), 60 p.
- Black, C. *Working for a healthier tomorrow*. Norwich, United Kingdom, The Stationery Office, 2008, 115 p.
- Boocock, M. G., McNair, P. J., Larmer, P. J., Armstrong, B., Collier, J., Simmonds, M. et N. Garrett. « Interventions for the Prevention and Management of Neck/Upper Extremity Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review ». *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 64, n° 5, 2007, p. 291-303.

- Briand, C., St-Arnaud, L. et M. Corbillère. « How Well Do Return-to-Work Interventions for Musculoskeletal Conditions Address the Multicausality of Work Disability? ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol 18, n° 2, 2008, p. 207-217.
- Burton, A. K., Kendall, N. A. S., Pearce, B. G., Birrell, L. N. et L. Bainbridge. « Management of Work-Relevant Upper Limb Disorders: A Review ». *Occupational Medicine*, vol. 59, n°1, 2009, p. 44-52.
- Campbell, J., Wright, C., Moseley, A., Chilvers, R., Richards, S. et L. Stabb. *Avoiding long-term incapacity for work: developing an early intervention in primary care*. Devon, United Kingdom, Peninsula Medical School Primary Care Research Group, 2007, 124 p.
- Carroll C, Rick J., Pilgrim H., Cameron J. et J. Hillage. « Workplace Involvement Improves Return to Work Rates among Employees with Back Pain on Long-Term Sick Leave: A Systematic Review of the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Interventions ». *Disability and Rehabilitation*, vol. 32, n° 8, 2010, p. 607–621.
- CNESST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec) (2016). Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2012-2015. Repéré à (<http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-322web.pdf>). {Dernière consultation : 24 mai 2017}
- CSST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec) (2016). Principales statistiques de 2014 – Accidents du travail, maladies professionnelles et décès. Repéré à (<http://www.csst.qc.ca/actualites/2015/Documents/deuil2015.pdf>). {Dernière consultation : 21 avril 2016}.
- Collerette, P. « Méthodologie. L'étude de cas au service de la recherche ». *Recherche en soins infirmiers*, n° 50, 1997, p. 81-88.
- Costa-Black K. « Core Components of Return-to Work Interventions » in *Handbook of Work Disability: Prevention and management*. Loisel P. et J. Anema (eds). NY: Springer, New York, N.Y, 2013, p. 427-440.
- CSST, 2015, Recueil des politiques en matière d'indemnisation et de réadaptation. Politique 3.06. L'assignation temporaire. (http://www.csst.qc.ca/lois_reglements_normes_politiques/recueil_politiques/Documents/Reinsertion_professionnelle/3_06_assignation.pdf). {Dernière consultation : 24 mai 2017}
- CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail). *Le maintien du lien d'emploi : Pour un prompt et durable retour au travail*. Québec, Canada, 1993, 6 p.
- Durand, M.-J. et P. Loisel. « Therapeutic Return to Work: Rehabilitation in the workplace ». *Work: a Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, vol. 17, n° 1, 2001, p. 57-63.
- Durand, M.-J., Loisel, P., Hong, Q. N. et N. Charpentier. « Helping Clinicians in Work Disability Prevention : The Work Disability Diagnosis Interview ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 12, n° 3, 2002, p. 191-204.

- Durand, M.-J., Vezina, N., Loisel, P., Baril, R., Richard, M.-C. et B. Diallo. « Workplace interventions for workers with musculoskeletal disabilities: a descriptive review of content ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 17, n° 1, 2007, p. 123-136.
- Durand, M.-J., Baril, R., Loisel, P. et J. Gervais. « Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire ». *Pistes*, vol. 10, n° 2, 2008, p. 1-16.
- Durand M.-J. , Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et V. Albert. « A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders ». *Work*, vol. 48, n° 4, 2014, p. 579-589.
- Durand, M.J, Nastasia I., Coutu M.F. et M. Bernier. « Practices of Return-to-Work Coordinators Working in Large Organizations ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2016. doi :10.1007/s10926-016-9640-7.
- Eisenhardt, R. M. « Building theories from case study research ». *Academy of Management Review*, vol. 14, n° 4, 1989, p. 532-550.
- Elders, L. A. M., van der Beek, A. J. et A. Burdorf. « Return to Work After Sickness Absence Due to Back Disorders - a Systematic Review on Intervention Strategies ». *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 73, n° 5, 2000, p. 339-348.
- Employers' Forum on Disability. *Attendance management and disability: line manager guide*. London, United Kingdom, Business Disability Forum, 2008, 40 p.
- Fassier, J. B., Durand, M. J., Loisel, P. (2011). 'Implementing return to work interventions for workers with low back pain – a conceptual framework to identify barriers and facilitators', *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 37(2): 99-108.
- Feuerstein, M. « A multidisciplinary approach to the prevention, evaluation, and management of work disability ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 1, n° 1, 1991, p. 5-12.
- Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. et J. Frank. « Workplace-Based Return-to-Work Interventions: a Systematic Review of the Quantitative Literature ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 15, n° 4, 2005, p. 607-631.
- Franche, R.-L., C. N. Severin, S. Hogg-Johnson, P. Cote, M. Vidmar et H. Lee. « The Impact of Early Workplace-Based Return-to-Work Strategies on Work Absence Duration: A 6 Month Longitudinal Study Following an Occupational Musculoskeletal Injury ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 49, n° 9, 2007, p. 960-974.
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D. et D. Cole. « Preventing Disability From Work-Related Low-Back Pain – New Evidence Gives New Hope – If We Can Just Get All the Players Onside ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 12, 1998, p. 1625-1631.
- Gatchel, R. J. « Psychosocial Factors that Can Influence the Self-Assessment of Function ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 14, n° 3, 2004, p.197-206.
- Gensby U., Lund, T., Kowalski, K., Saidj, M., Anne-Marie Klint Jørgensen, A.M.K., Filges, T. Irvin, E., Amick III B.C. et M. Labriola. « Workplace Disability Management Programs

- Promoting Return to Work: A Systematic Review ». *The Campbell Corporation Library of Systematic Reviews*, vol. 8, n° 17, 2012, pp. 154.
- Gibbs, Graham. *Qualitative Data Analysis: Explorations With Nvivo (Understanding Social Research)*. London, United Kingdom, McGraw-Hill education, 2002, 224 p.
- Grant, M. et A. Booth. « A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies ». *Health Information and Libraries Journal*, doi :10.1111/j.1471
- Guerin F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., Kerguelen A., (1997) "Comprendre le travail pour le transformer, la pratique de l'ergonomie", Lyon, ANACT, Coll. outils et méthodes, 1991, rééd. 19971842.2009.00848.
- Hammick M., Freeth D., Koppel I., Reeves S., Barr H. (2007). A Best Evidence Systematic review of interprofessional education: BMEE Guide no. 9 Med Teach. 2007 Oct;29(8):735-51. doi: 10.1080/01421590701682576.
- Higgins, A., O'Halloran, P. et S. Porter. « Management of Long Term Sickness Absence: A Systematic Realist Review ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 22, n° 3, 2012, p. 322-332.
- Hlobil, H.; Staal, J. B., Spoelstra, M., Ariens, G. A., Smid, T. et W. van, M Mechelen. « Effectiveness of a Return-to-Work Intervention for Subacute Low-Back Pain ». *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 31, n° 4, 2005, p. 249-257.
- Hoefsmit, N., Houkes, I. et F. J. Nijhuis. « Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work after Sickness Absence: A Systematic Literature Review ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 22, n° 4, 2012, p. 462-477.
- IWH. 2007. Seven 'principles' for successful return to work. Institute for Work & Health, Toronto (consulté en ligne le 26 mars 2016 sur le site www.iwh.on.ca.)
- Kendall, N. A. S., Burton K., Main C. et P. Watson. *Tackling Musculoskeletal Problems: A Guide for Clinic and Workplace – Identifying Obstacles Using the Psychosocial Flags Framework*. London, United Kingdom, The Stationary Office, 2009.
- Krause, N., Dasinger, L. K. et F. Neuhauser. « Modified work and return to work: A review of the literature ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 8, n° 2, 1998, p.113-139.
- Landry, R. « L'analyse de contenu » dans *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données*. Gauthier, B. (ed). Québec, Canada, 1997, p. 329-356.
- Lemieux, P. et M. J. Durand. « Supervisors' Perception of the Factors Facilitating or Hindering the Return to Work of Workers with Mental Health Disorders » in *The First Scientific Conference on Work Disability Prevention and Integration*. Angers, France, September 2010.
- Leplat, J. La psychologie ergonomique, 1980. Presses universitaires de France.
- Leplat, J., de Montmollin, M. Les compétences en ergonomie, 2001. Octarès éditions.
- Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles. L.R.Q., c.A-3.001.Consultée en ligne le 25 janvier 2015, article 179 consulté sur

(http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.html)

- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard R., Turcotte, J. et J. M. Esdaile. « Management of Occupational Back Pain: The Sherbrooke model. Results of a Pilot and Feasibility Study », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 51, n° 9, 1994, p. 597-602.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C. et C. Tremblay. « Disability Prevention – New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain ». *Disease Management & Health Outcomes*, vol. 9, n° 7, 2001(a), p. 351-360.
- Loisel, P., Gosselin, L., Durand, P., Lemaire, J., Poitras, S. et L. Abenhaim. « Implementation of a Participatory Ergonomics Program in the Rehabilitation of Workers Suffering from Subacute Back Pain ». *Applied Ergonomics*, vol. 32, n° 1, 2001(b), p.53-60.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I. et M. van Tulder. « Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 15, n° 4, 2005, p. 507-524.
- Loisel, P. « Building International Network» in *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*. Loisel P., et J. Anema (eds). Springer, New York, NY, 2013, p. 461-474.
- Lysaght, R., Donnelly, C. et D. Luong. « Best Practices in the Rehabilitation of Acute Musculoskeletal Disorders in Workers With Injuries: an Integrative Review and Analysis of Evolving Trends ». *Work*, vol. 35, n° 3, 2010, p. 319-333.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L. et E. Irvin. « Systematic Review of the Qualitative Literature on Return to Work After Injury ». *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 32, n° 4, 2006, p. 257-269.
- Martin, J.-C. et R. Baril. « Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés ». *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 69, n° 29, 1993, p. 109-124.
- Nastasia, I., Tcaciuc, R. et M. F. Coutu. *Strategies for Preventing Prolonged Disability in Workers Compensated for Work Related Musculoskeletal Disorders – A Systematic and Comprehensive Literature Review*. Montréal, Canada, Institut de recherché Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), 2011, 146 p.
- Nastasia, I.; Coutu, M.F.; Tcaciuc, R. « Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): A systematic, comprehensive literature review ». *Disability and Rehabilitation*, vol. 36, n° 22, 2014, p. 1841–1856.
- Negură, Lillian. (22 octobre 2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*. Repéré à : (<http://sociologies.revues.org/993>). { Dernière consultation : 25 avril 2016}.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Managing Long Term Sickness Absence and Incapacity of Work*. London, United Kingdom, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009, pp. 87.

- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., de Boer, A. G. E. M., Blonk, R. W. B. et F. J. H. van Dijk. « Supervisory Behaviour as a Predictor of Return to Work in Employees Absent from Work Due to Mental Health Problems ». *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, n° 10, 2004, p. 817-823.
- Ozguler, A., Loisel, P., Boureau, F. et A. Leclerc. « Efficacité des interventions s'adressant à des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 52, n° 2, 2004, p.173-188.
- Palmer, K. T., Harris, E. C., Linaker, C., Barker, M., Lawrence, W., Cooper, C. et D. Coggon. « Effectiveness of Community –and Workplace – Based Interventions to Manage Musculoskeletal-Related Sickness Absence and Job Loss: A Systematic Review ». *Rheumatology*, vol. 51, n° 2, 2012, p. 230-242.
- Podniece, Z., Pinder, A., Yeomans, L., van den, H. S., Blatter, B., Verjans, M., Muylaert, K., De, B., V, Eeckelaeart, L., Nevala, N., Kaukiainen, N., Lischka, J., Kudas, F. et M. Kosina. *Work-Related Musculoskeletal Disorders: Back to Work Report*. Bilbao, Spain. European Agency for Safety and Health at Work, 2007, 100 p.
- 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 (OHSAH), 2010, 95 p.
- Pransky, G. S., Shaw, W. S., Franche, R. N. et A. Clarke. « Disability Prevention and Communication among Workers, Physicians, Employers, and Insurers: Current Models and Opportunities for Improvement ». *Disability and Rehabilitation*, vol. 26, n° 11, 2004, p. 625-634.
- Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C., de Boer W.E., Zumbrunn, T., Guyatt, G. H., Busse, J. W. et R. Kunz. « Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: a Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials ». *PloS One*, doi: 10.1371/journal.pone.0049760.
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M. et R. J. Gatchel. « Models of Return to Work for Musculoskeletal Disorders ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 17, n° 2, 2007, p. 327-52.
- Shaw, W., Hong, Q., Pransky, G. et P. Loisel. « 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*, doi: 10.1007/s10926-007-9115-y.
- Spitzer, W. *Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs*. Montréal, Canada, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST), 1986, 320 p.
- Statistique Canada « Taux d'absence du travail 2010 ». *Statistique Canada*, n° 71-211-X, 2011, pp. 350

- Stock, S., Deguire, S., Baril, R. et M. J. Durand. *Travailleuses et travailleurs atteints de lésions musculosquelettiques : Les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique et électronique de l'Île de Montréal. Workready Phase 1 : Volet québécois*. Montréal, Canada, Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, 1999, 62 p.
- Stock, S., Baril, R., Dion-Hubert, C., Lapointe, C., Paquette, S., Sauvage, J., Simoneau, S. et C. Vaillancourt. *Troubles musculo-squelettiques – Guide et outils pour le maintien et le retour au travail. Guide OMRT-Fr*. Montréal, Canada, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et Direction de la santé publique, 2005, 63 p.
- Steenstra, I. A., Knol, D. L., Bongers, P. M., Anema, J.R., Mechelen, W. et H. C. W. de Vet. « What Works Best for Whom? An Exploratory, Subgroup Analysis in a Randomized, Controlled Trial on the Effectiveness of a Workplace Intervention in Low Back Pain Patients on Return to Work ». *Spine*, vol. 34, n° 12, 2009, p.1243-1249.
- St-Arnaud, Y., *L'interaction professionnelle: Efficacité et coopération*. Second edition. Collection intervenir. 2003, Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Tjulin, Å., Edvardsson, E., Ekberg, K. Ekberg, S. « Experience of the Implementation of a Multi-Stakeholder Return-to-Work Programme ». *Journal of occupational rehabilitation*, vol. 19, n° 4, p.409-418.
- van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C., Franche, R. L., Schonstein, E., Loisel, P., van Mechelen, W. et J. R. Anema. « Workplace Interventions for Preventing Work Disability ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD006955.pub2.
- Verbrugge, K. M. et A. M. Jette. « The Disablement Process », *Social Science and Medicine*, vol. 38, n° 1, 1994, p. 1-14.
- Vermeulen, S., Anema, J. R., Schellart, A. J., Knol, D. L., van Mechelen, W. et A. J. van der Beek. « A Participatory Return-to-Work Intervention for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 21, n° 3, 2011, p. 313-324.
- Waddell, G., Aylward, M. et P. Sawney. *Back pain, incapacity for work and social security benefits*. London, United Kingdom, Royal Society of Medicine Press, 2002, 354 p.
- Waddell, G. et A. K. Burton. « Occupational Health Guidelines for the Management of Low Back Pain at Work: Evidence Review ». *Occupational Medicine*, vol. 52, n° 2, 2001, p.124-135.
- Waddell G., Burton A. K. et N.A.S. Kendall. *Vocational Rehabilitation: What Works, For Whom and When?* London, United Kingdom, Report for the Vocational Rehabilitation Task Group, 2008, 309 p.
- Whittemore R., et K. Knafl. « The integrative review: Updated methodology ». *Journal of Advanced Nursing*, vol. 52, n° 5, 2005, p. 1-8.

- Williams, R. M. et M. Westmorland. « Perspectives on Workplace Disability Management: A Review of the Literature ». *Work*, vol. 19, n° 1, 2002, p. 87-93.
- Williams, R. M., Westmorland, M. G., Schmuck, G. et J. C. MacDermid. « Effectiveness of Workplace Rehabilitation Interventions in the Treatment of Work-Related Upper Extremity Disorders: A Systematic Review ». *Journal of Hand Therapy*, vol. 17, n° 2, 2004, p. 267-273.
- Williams, R. M., Westmorland, M. G., Lin, C. A., Schmuck, G. et M. Creen. « Effectiveness of Workplace Rehabilitation Interventions in the Treatment of Work-Related Low Back Pain: A Systematic Review ». *Disability and Rehabilitation*, vol. 29, n° 8, 2007, p. 607-624.
- Williams-Whitt, K., Bültmann U., Amick B 3rd., Munir F., Tveito TH., Anema JR. Workplace Interventions to Prevent Disability from Both the Scientific and Practice Perspectives: A Comparison of Scientific Literature, Grey Literature and Stakeholder Observations. Hopkinton Conference Working Group on Workplace Disability Prevention. J Occup Rehabil. 2016 Sep 10. [Epub ahead of print]
- Yin, R. K. *Case study research: Design and methods*, 3rd ed. California, United States, Sage Publications, 2003, 312 p.
- Young, A. E. « Return to work following disabling occupational injury – facilitators of employment continuation ». *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 36, n° 6, 2010, p. 473-483.
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van Poppel, M. N. et J. R. Anema. « A Developmental Conceptualization of Return to Work ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 15, n° 4, 2005, p. 557-68.

ANNEXE – QUESTIONS ET THÈMES ABORDÉS AVEC LES TRAVAILLEURS ET LES ACTEURS CLÉS DURANT LES ENTREVUES

Thème	Question	Travailleur	Superviseur	Conseiller	Préventeur	Directeur	Collègue	Syndicat
Procédures	Quelles sont les procédures écrites de RaT, dans les cas de CNESST, dans votre organisation? À qui et comment sont-elles diffusées aux personnes concernées?			X		X		
Rôle des acteurs clés	Quel est votre rôle lors de l'arrêt de travail d'un travailleur victime de TMS, un cas de CNESST?		X	X	X	X		X
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment cela devrait-il se passer ? Est-ce que ça se passe toujours comme ça ? 			X				
Étapes : de l'accident au RaT complété	Racontez votre accident – ou l'accident du travailleur X – comment cela s'est-il passé, qu'avez-vous fait personnellement :	X	X	X		X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts au sujet de l'accident, des diverses démarches, et durant l'absence 	X	X	X	X	X		X
	<ul style="list-style-type: none"> • Aménagements (physiques, organisationnels) réalisés après l'accident du travail 	X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Retour au travail proprement dit : comment s'est-il passé? 	X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle des autres travailleurs du service 		X			X		
	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi réalisé après le retour au travail 		X			X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> • Dans ce cas spécifique, quels ont été les obstacles et les éléments facilitateurs? Y a-t-il quelque chose qui aurait pu être fait différemment ou mieux ? Si oui, quoi? 			X				
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vos propositions de modifications ont-elles été prises en compte? Y a-t-il eu un processus d'amélioration continue? 				X			
	<ul style="list-style-type: none"> • Impact de l'absence du travailleur X sur votre travail 						X	

Thème	Question	Travailleur	Superviseur	Conseiller	Préventeur	Directeur	Collègue	Syndicat
Situation actuelle	Au travail, quelle est votre situation actuelle (douleurs, difficultés, productivité, relations avec les autres...)?	X						
Suggestions	Avez-vous des suggestions d'améliorations concernant le processus de RaT ? Lesquelles?			X				
Commentaires	Avez-vous des commentaires à rajouter ?	X	X	X	X	X	X	X