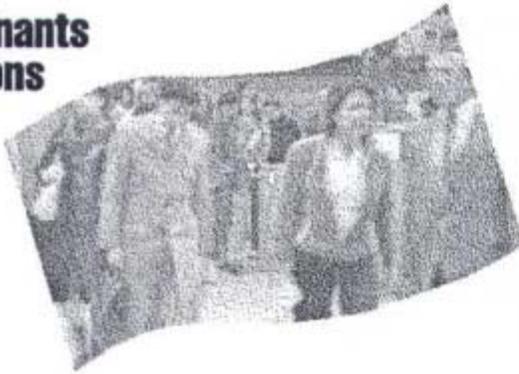


**Les composantes et les déterminants
organisationnels des interventions
de maintien du lien d'emploi
en entreprises**



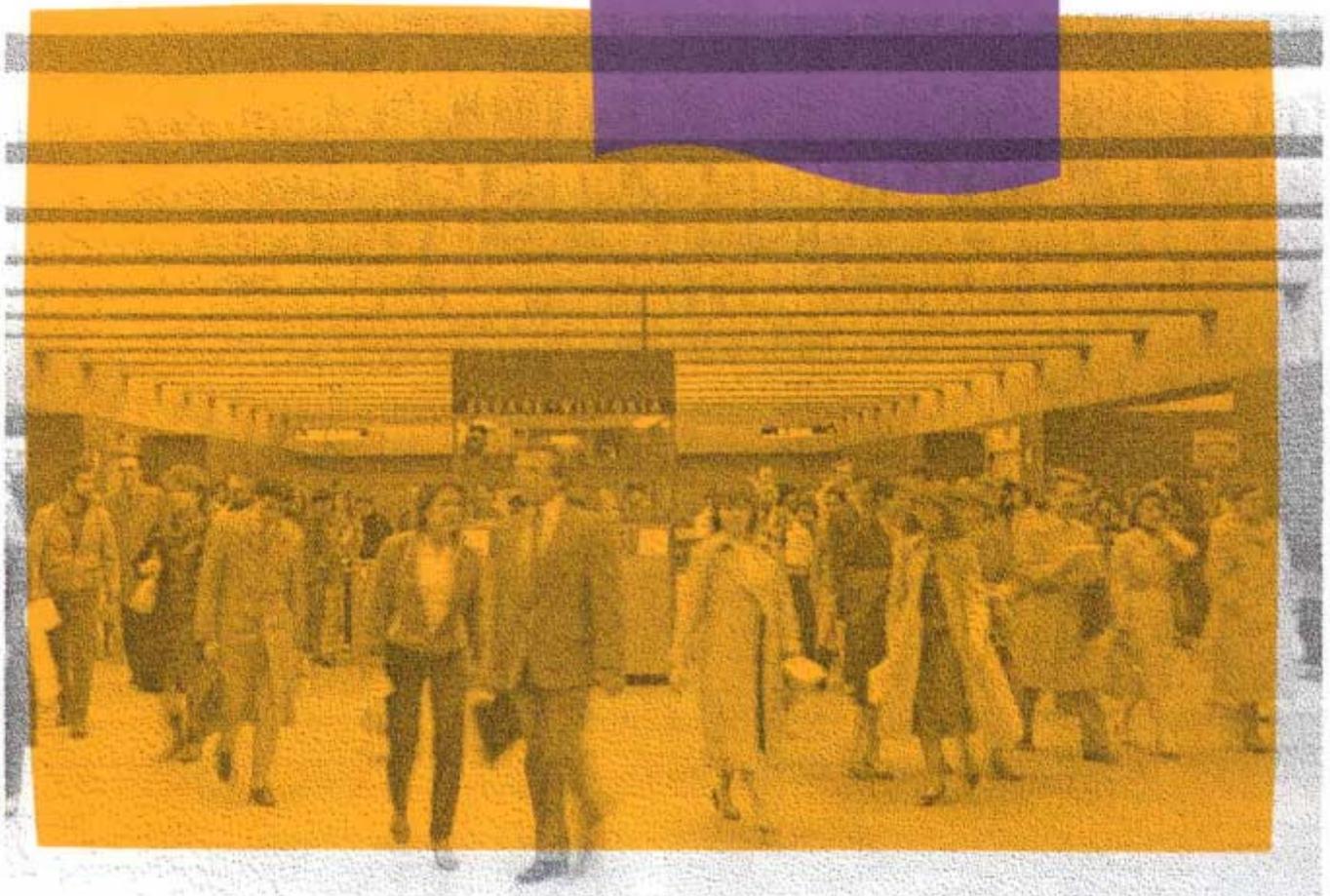
**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

Raymond Baril
Diane Berthelette

Mars 2000

RR-238

RÉSUMÉ



IRSST
Institut de recherche
en santé et en sécurité
du travail du Québec

La recherche, pour mieux comprendre

L'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) est un organisme de recherche scientifique voué à l'identification et à l'élimination à la source des dangers professionnels, et à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes. Financé par la CSST, l'Institut réalise et finance, par subvention ou contrats, des recherches qui visent à réduire les coûts humains et financiers occasionnés par les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Pour tout connaître de l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par la CSST et l'Institut.

Les résultats des travaux de l'Institut sont présentés dans une série de publications, disponibles sur demande à la Direction des communications.

Il est possible de se procurer le catalogue des publications de l'Institut et de s'abonner à *Prévention au travail* en écrivant à l'adresse au bas de cette page.

ATTENTION

Cette version numérique vous est offerte à titre d'information seulement. Bien que tout ait été mis en œuvre pour préserver la qualité des documents lors du transfert numérique, il se peut que certains caractères aient été omis, altérés ou effacés. Les données contenues dans les tableaux et graphiques doivent être vérifiées à l'aide de la version papier avant utilisation.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

IRSST - Direction des communications
505, boul. de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : (514) 288-1 551
Télécopieur: (514) 288-7636
Site internet : www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche en santé
et en sécurité du travail du Québec,

Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises

ÉTUDES ET
RECHERCHES

Raymond Baril, Ph.D.¹ et Diane Berthelette, Ph.D.²

Avec la collaboration de :

Claudette Ross, Ph.D.², Daniel Gourde, M.B.A.², Paul Massicotte¹ et Aline Pajot, M.B.A.²

1. Programme organisation du travail, IRSST

2. Département Organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



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

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

SOMMAIRE

Objectif - L'objectif de la présente recherche exploratoire est de développer un cadre conceptuel et un modèle théorique des déterminants organisationnels de l'implantation d'interventions de retour au travail par des entreprises, à l'intention de travailleurs souffrant de lésions professionnelles.

Méthodes – Nous avons dressé un bilan des connaissances relatives aux caractéristiques des interventions de maintien du lien d'emploi et aux facteurs organisationnels qui en déterminent l'implantation. Puis, nous avons procédé à une étude descriptive des caractéristiques des travailleurs qui constituent la population cible de la politique de maintien du lien d'emploi mise en œuvre par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Pour ce faire, nous avons sélectionné l'ensemble des cas de lésions professionnelles inscrits dans le fichier RMLE.DRS (Réparation, Maintien du Lien d'Emploi, Détection, Réparation, Suivi) de la CSST, entre le mois de janvier 1994 et le mois de mars 1997, dans les quatre directions régionales suivantes : Montréal 3, 4 et 5 et l'Estrie. Des analyses bivariées et des analyses factorielles des correspondances et des classifications ascendantes hiérarchiques ont été effectuées sur cette population afin d'identifier des classes types, c'est-à-dire qui partageaient des caractéristiques communes. Ces analyses nous ont permis d'identifier des types de classes pour l'ensemble de l'échantillon, puis pour les travailleurs qui ont bénéficié de mesures de réinsertion. Enfin, nous avons effectué 16 études de cas en profondeur auprès d'entreprises des secteurs de l'hébergement, de l'imprimerie, du meuble et des scieries ainsi que d'intervenants de la CSST dans ces secteurs. Nous avons recueilli les données à l'aide d'entrevues semi-dirigées.

Résultats - Les résultats de nos analyses quantitatives indiquent que 21,4 % des dossiers des quatre directions régionales étudiées ont fait l'objet de mesures de maintien du lien d'emploi entre janvier 94 et mars 1997. Les données du fichier RMLE.DRS indiquent que l'assignation temporaire, quelques fois accompagnée de retour progressif, caractérise près de 90 % des dossiers qui ont fait l'objet de mesures. Toutefois, les études de cas menées en entreprises en 1998 semblent indiquer que le nombre de travailleurs qui ont fait l'objet de mesures de maintien du lien d'emploi est supérieur à celui enregistré dans le fichier RMLE.DRS. Lors de la collecte de données nous avons observé que 15 des 16 entreprises de notre échantillon avaient implanté des interventions de maintien du lien d'emploi au cours de la dernière année.

- Les résultats de nos analyses multidimensionnelles indiquent que la variable **absence de mesure** se retrouve dans trois classes types qui représentent 37,3 % de notre population. La variable **présence de mesures** de maintien du lien d'emploi se retrouve dans deux de nos classes qui représentent 33,9 % de notre population.

Les données issues des entrevues menées en entreprises nous ont permis d'observer que leurs interventions de MLE variaient. Nous avons identifié les dimensions organisationnelles suivantes du **processus** des interventions : la **formalisation** et la **standardisation** des procédures d'assignation temporaire, la **continuité** des relations entre l'entreprise et les travailleurs, et la **flexibilité** des modalités de retour au travail. Il semble également exister une dimension culturelle transversale à ces dimensions qui concerne le contrôle ou le support accordés au travailleur. En ce qui concerne la **structure** des interventions, les responsabilités des activités de

maintien du lien d'emploi semblent être surtout centralisées au niveau du représentant de l'employeur. Par ailleurs, **trois modèles** semblent coexister : l'un qui se caractérise par la présence d'un seul intervenant, représentant de l'employeur, l'autre qui fait appel à des équipes composées de représentants des employeurs et des travailleurs, et enfin un modèle qui fait intervenir différents groupes d'acteurs présents dans l'entreprise et des ressources externes.

Nos résultats semblent indiquer que certaines caractéristiques structurelles des entreprises ont un effet sur l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi. Il s'agit du secteur d'activité économique, de la taille, de la santé financière, de la présence d'un syndicat, des caractéristiques du comité de santé et de sécurité du travail et de la présence d'un programme de prévention. Ces variables semblent avoir un effet sur les caractéristiques de la structure, c'est-à-dire sur les qualifications et l'importance des ressources consacrées aux interventions de maintien du lien d'emploi.

Notre étude semble indiquer que la mise en place de procédures formelles relatives à la SST permettrait de formaliser la politique organisationnelle de maintien du lien d'emploi et de standardiser le processus du programme. Les aspects suivants associés à la convention collective pourraient entraver les démarches visant l'application de mesures de retour précoce au travail : 1) la présence de clauses relatives à l'ancienneté pour l'attribution de postes, 2) la connaissance de ces clauses par les acteurs organisationnels, et 3) l'absence de relations harmonieuses entre les représentants patronaux et syndicaux. Ce phénomène pourrait entraver le recours à des ententes particulières pour modifier ou suspendre l'application de la convention. Il semble également que la présence d'accréditations multiples au sein d'une entreprise crée obstacle à l'assignation de postes.

La variation des attitudes, des valeurs, des attributions et des comportements entre les différents acteurs organisationnels semble avoir une incidence sur le climat de travail, les relations intra-organisationnelles et la collaboration entre les acteurs. Les attitudes et les valeurs de la personne responsable des dossiers de réinsertion professionnelle semblent être déterminantes. Toutefois, les valeurs et les attitudes des hauts dirigeants peuvent influencer l'importance des ressources qu'ils accordent aux interventions de MLE. De même, la sensibilité des contremaîtres et des directeurs de production à l'égard des travailleurs victimes de lésions professionnelles aurait une incidence positive sur la communication entre les acteurs et la flexibilité de l'assignation des postes. Il semble également qu'ils seraient plus favorables à l'assignation temporaire lorsque l'incidence des lésions professionnelles et les coûts associés aux durées d'absence font partie des critères d'évaluation de leur rendement. Les attitudes des représentants syndicaux à l'égard des mesures de maintien du lien d'emploi seraient liées à leur perception des objectifs des interventions, à la gravité des lésions et à l'accord des travailleurs. L'attitude des collègues aurait une influence sur le support offert au travailleur lors de son retour au travail.

L'organisation du travail aurait une incidence sur la flexibilité de l'assignation des postes. Une forte spécialisation des tâches, des exigences physiques de travail importantes, le recours à la sous-traitance et la présence de statuts d'emploi précaires diminueraient la disponibilité de postes. L'effet du recours à de nouvelles technologies varierait selon qu'il est accompagné ou non de coupures de postes.

Les intervenants du réseau de la SST semblent jouer un rôle majeur en offrant des services d'expertise jugés utiles par la plupart de nos répondants pour l'implantation d'un programme de maintien du lien d'emploi et le traitement individuel des dossiers. Toutefois de manière générale, les contacts entre les entreprises et les médecins traitants sont rares. Selon nos répondants, leur méconnaissance des milieux de travail et des exigences des tâches peut entraver le processus de retour précoce au travail.

Les caractéristiques régionales semblent avoir une incidence sur la proximité sociale des acteurs. Or cette proximité pourrait entraver le retour au travail de certains travailleurs en raison d'une stigmatisation sociale.

Les répondants de la CSST sont d'avis que des caractéristiques socio-démographiques peuvent être associées au retour au travail. Par contre, les répondants des entreprises font rarement référence aux caractéristiques socio-démographiques des travailleurs et de leurs lésions pour tenter d'expliquer la mise en œuvre de mesures de maintien du lien d'emploi. Par ailleurs, les résultats de nos analyses statistiques bivariées indiquent que la proportion des dossiers qui ont fait l'objet de mesures est plus élevée chez les travailleurs âgés entre 30 et 39 ans. Le sexe et le groupe professionnel sont également associés aux mesures de MLE. En ce qui concerne les caractéristiques des lésions, nous avons observé que l'inflammation et la présence de lésions aux membres supérieurs et aux épaules sont positivement associées à la présence de mesures de MLE.

Les résultats de nos analyses multidimensionnelles illustrent le caractère complexe des relations interdépendantes susceptibles d'exister entre les variables socio-démographiques des travailleurs, les caractéristiques de leurs lésions, les attributs structurels des entreprises et la présence de mesures de MLE. Ces résultats semblent indiquer que l'implantation de mesures de MLE dans un même secteur peut varier en fonction de la nature et des sites des lésions.

Selon le modèle théorique qui se dégage de nos résultats, la taille et le secteur d'activités de l'entreprise auraient à la fois une influence sur la structure (caractéristiques des ressources) des interventions de MLE et sur l'organisation du travail des entreprises. La structure des interventions de MLE influencerait les caractéristiques du processus des interventions (formalisation, standardisation, systématisation, flexibilité, continuité). Deux catégories de variables auraient des effets modérateurs, soit le contexte organisationnel de l'entreprise (types de lésions, organisation du travail, culture, règles, et relations intra-organisationnelles) et le milieu (acteurs du réseau de la SST et proximité sociale) dans lequel elle opère.

Conclusion - Le modèle théorique élaboré suite à nos analyses devra faire l'objet d'une étude analytique dans la seconde phase du présent projet. Nous tenterons de le mettre à l'épreuve au plan empirique. Il conviendrait également d'évaluer si la variation des interventions de maintien du lien d'emploi a des effets sur la durée d'absence du poste régulier, le nombre de rechutes et l'aggravation des lésions. De telles études devraient également mesurer l'influence possible des éléments du contexte organisationnel susceptibles d'altérer les effets des interventions.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes qui ont collaboré à la réalisation de cette étude. Il s'agit des personnes ou des organisations suivantes :

- 1) Les membres de notre comité aviseur qui nous ont facilité l'accès aux données et ont formulé des commentaires judicieux.

Monsieur Jacques Bazinet
Madame Carole Béliveau
Monsieur Jacques Carignan
Madame Monique Delorme
Madame Lise Harvey
Monsieur Michel Marchessault
Monsieur Gaétan Napert
Madame Louise Neveu
Madame Nathalie Pinkos

- 2) Les personnes de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et des entreprises du secteur de l'hébergement, de l'imprimerie, du meuble et des scieries qui ont participé à l'étude à titre de répondants. Nous taisons leurs noms afin de respecter la confidentialité.
- 3) Les collaborateurs de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail, soit monsieur Jacques Blain et madame Lynda Cloutier pour leur support à la documentation, monsieur Thierry Petitjean-Roget qui a supervisé les analyses statistiques, mesdames Micheline Levy et Sylvie Bond qui ont assuré la mise en forme du manuscrit et monsieur Jean-Claude Martin et madame Denise Granger pour leurs commentaires constructifs.
- 4) Madame Lynda Héneault du Centre de recherche en gestion de l'Université du Québec à Montréal qui a assuré le suivi financier du projet.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS.....	v
TABLE DES MATIÈRES	vii
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	ix
1. INTRODUCTION	1
2. BILAN DES CONNAISSANCES.....	3
3. MÉTHODES.....	9
4. RÉSULTATS.....	13
4.1 Analyses descriptives de la population.....	13
4.2 Analyses qualitatives	19
4.2.1 Les caractéristiques des interventions de maintien du lien d'emploi implantées par les entreprises.....	20
4.2.2 Les caractéristiques des entreprises	23
4.2.2.1 La structure organisationnelle.....	23
4.2.3 Les règles organisationnelles	25
4.2.4 La culture organisationnelle.....	25
4.2.4.1 Les membres de la haute direction.....	26
4.2.4.2 Les personnes responsables des dossiers de santé et de sécurité du travail.....	27
4.2.4.3 Les directeurs de production et les contremaîtres.....	27
4.2.4.4 Les représentants des syndicats	27
4.2.4.5 Les collègues de travail.....	28
4.2.4.6 Les travailleurs.....	28
4.2.5 L'organisation du travail.....	28
4.2.6 Les relations intra-organisationnelles	29
4.2.7 Les relations interorganisationnelles.....	31
4.2.8 Les caractéristiques socio-démographiques des travailleurs victimes de lésions professionnelles	32
4.2.9 Les caractéristiques des lésions	33
5. CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXE A : CLASSIFICATION ASCENDANTE HIÉRARCHIQUE SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION.....	53
ANNEXE B : CLASSIFICATION ASCENDANTE HIÉRARCHIQUE DES DOSSIERS QUI ONT EU DES MESURES DE MLE	57

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 :	Variables positivement associées et de manière statistiquement significative à la présence de mesures de MLE	14
Figure 2 :	Variables positivement associées et de manière statistiquement significative à l'absence de mesures de MLE	16
Figure 3 :	Cadre conceptuel.....	20
Figure 4 :	Modèle théorique de l'implantation d'interventions de maintien du lien d'emploi.....	39
Tableau 1 :	Classification ascendante hiérarchique sur l'ensemble de la population.....	53
Tableau 2 :	Classification ascendante hiérarchique des dossiers qui ont eu des mesures de MLE	57

1. INTRODUCTION

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a élaboré une politique de maintien du lien d'emploi en 1993. Celle-ci a pour objectif d'accroître le pourcentage de travailleurs qui retournent chez leur employeur suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle. Les travailleurs victimes de lésions professionnelles, dont l'absence au travail liée à la lésion est supérieure à 45 jours, constituaient au départ la population cible de cette politique. La politique de maintien du lien d'emploi est censée se traduire par l'implantation d'une intervention qui s'appuie sur la collaboration du travailleur, de son représentant (délégué syndical), de son employeur et de son médecin traitant. Ceux-ci doivent se concerter de manière à identifier des solutions provisoires ou permanentes de retour au travail.

C'est dans ce contexte que des rencontres ont eu lieu entre des chercheurs et des professionnels de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST) et de l'École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal, et des représentants du secteur de la réadaptation de la CSST afin de cerner les besoins de recherche de l'organisme sur les questions touchant la réinsertion professionnelle des travailleurs. La présente recherche a pour objectif de répondre aux besoins identifiés dans ce cadre.

L'objectif de la présente recherche est d'identifier les caractéristiques organisationnelles des entreprises susceptibles d'être associées au maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles. Il s'agit essentiellement d'une étude exploratoire visant à développer un cadre conceptuel et un modèle théorique sur les déterminants organisationnels du retour au travail. Pour ce faire, nous avons suivi les étapes suivantes : a) bilan des connaissances des publications normatives et des articles scientifiques relatifs aux caractéristiques des interventions de maintien du lien d'emploi et aux facteurs organisationnels qui en déterminent l'implantation, b) étude descriptive des caractéristiques des travailleurs qui constituent la population cible de la politique de maintien du lien d'emploi mise en œuvre par la CSST, et ce, à partir des fichiers informatisés de la CSST de quatre directions régionales (Montréal 3, 4 et 5 et l'Estrie), et c) études de cas en profondeur auprès de représentants d'employeurs et de travailleurs opposant 8 entreprises ayant réinséré un nombre élevé de travailleurs à 8 entreprises qui en ont réinséré un faible nombre dans les secteurs de l'hébergement, de l'imprimerie, du meuble et des scieries.

2. BILAN DES CONNAISSANCES

L'implantation de programmes de maintien du lien d'emploi, en Amérique du Nord, à l'égard de travailleurs souffrant d'incapacités, a pris son essor au cours des années quatre-vingt. Les progrès scientifiques réalisés dans le domaine de la réadaptation, suivis de l'implication des syndicats à l'égard de telles interventions et les changements culturels, sociaux et économiques qui ont amené les entreprises à accorder une plus grande valeur à leur main-d'œuvre semblent être à l'origine de ce phénomène. Dans l'ensemble, les auteurs partagent l'opinion que la prévention du handicap peut permettre de réduire les coûts humains et financiers associés aux incapacités, et ce, autant pour les travailleurs, les entreprises et l'ensemble de la société.

Le concept américain de gestion intégrée des incapacités (« Disability management ») est dominant dans les publications relatives aux interventions de maintien du lien d'emploi implantées dans des entreprises. Il s'agit d'un véritable programme dont l'objectif ultime est de réduire la prévalence et l'impact des incapacités pour le travailleur et les entreprises. Dans les textes normatifs, plusieurs auteurs identifient des **éléments de la théorie** sous-jacente aux programmes. Nous les résumons comme suit :

1. Un travailleur victime d'une lésion professionnelle doit retourner le plus rapidement possible dans son milieu de travail. Ce dernier doit être sécuritaire.
2. Pour ce faire, le travailleur doit avoir rapidement accès à des services de réadaptation.
3. Le retour au travail doit être graduel et permettre au travailleur d'accroître ses capacités de travail de manière à pouvoir occuper ultérieurement un poste à temps complet.
4. Les exigences des tâches qui sont assignées au travailleur doivent concorder avec ses capacités et renforcer l'estime de soi.
5. Les alternatives de retour au travail doivent être flexibles.
6. Le retour au travail doit s'inscrire dans un climat organisationnel d'empathie qui favorise le support psychologique du travailleur.
7. Le contenu du programme doit être appuyé sur une démarche de santé publique¹.
8. Le programme doit faire l'objet d'évaluations dont les résultats devront servir à apporter les améliorations nécessaires.

Dans l'ensemble, les auteurs recommandent que le **processus du programme** regroupe les activités suivantes :

1. Traitement rapide des demandes d'indemnisation afin d'éviter les conflits.
2. Évaluation objective des capacités des travailleurs.
3. Maintien de contacts réguliers entre l'entreprise et le travailleur, caractérisés par l'expression d'empathie, afin d'établir un programme graduel de retour au travail,

¹ Identification des besoins, formulation d'objectifs, identification d'activités et attribution des ressources.

d'accroître l'estime de soi du travailleur et de rassurer l'employeur sur les progrès du processus de réadaptation.

4. Identification des exigences des postes.
5. Échanges entre l'entreprise et le médecin traitant du travailleur afin de connaître les capacités de celui-ci, de communiquer au médecin les exigences du poste qu'on souhaite confier au travailleur et des modifications qui peuvent être apportées au poste de travail.
6. Flexibilité de l'organisation du travail pouvant se traduire par les interventions suivantes, menées simultanément au besoin : assignation temporaire ou permanente d'un nouveau poste de travail, modifications des tâches en faisant appel ou non à l'aide de collègues, assouplissement de l'horaire de travail, réaménagement du poste de travail de manière ergonomique et formation du travailleur.

En ce qui concerne la **structure du programme**, les auteurs sont d'avis que celle-ci doit présenter les caractéristiques suivantes :

1. Le programme doit être encadré par une équipe multidisciplinaire.
2. Tous les acteurs organisationnels concernés par le retour au travail doivent être impliqués dans l'implantation et la mise en œuvre du programme.
3. La personne chargée du programme doit non seulement veiller à l'attribution des tâches et à la coordination des ressources mais aussi assurer l'interface entre les activités de l'entreprise et celles de ressources externes impliquées dans le processus de réadaptation.

Plusieurs auteurs ont émis des opinions concernant les caractéristiques des organisations (contexte d'implantation) susceptibles de favoriser ou d'entraver le bon fonctionnement du programme. On met l'accent sur des aspects de la culture et de la structure des organisations et de l'organisation du travail. D'une façon générale, les auteurs recommandent que les attentes du travailleur et les intentions de l'employeur soient clarifiées afin d'éviter un déséquilibre susceptible de menacer leur relation professionnelle. De plus, l'implantation des programmes doit reposer sur une politique organisationnelle reflétant l'engagement de la haute direction et de l'ensemble de ses composantes.

En ce qui concerne la **culture organisationnelle** on indique qu'elle doit se traduire par :

1. La présence d'empathie de la part des représentants de l'employeur, des délégués syndicaux et des collègues à l'égard des travailleurs victimes de lésions professionnelles.
2. La présence d'attitudes positives à l'égard de la déclaration de leur lésion et de leur retour au travail.
3. La valorisation du rendement du programme à long terme plutôt que de la productivité de l'entreprise à court terme. Pour ce faire, la formation en SST des membres de la direction et des autres paliers hiérarchiques est recommandée.

Pour ce qui est de la **structure et de l'organisation du travail**, les auteurs sont d'avis que :

1. Les organisations basées sur des tâches répétitives, dont la cadence est élevée ou qui nécessitent des efforts physiques importants peuvent réduire la disponibilité de postes utiles à la réadaptation.
2. Les entreprises de moins de 500 employés possèdent des atouts importants, soit une plus grande flexibilité des horaires et des tâches et une communication plus directe entre les dirigeants et les employés.
3. Dans les entreprises de plus de 500 travailleurs, les caractéristiques de la main-d'œuvre, la plus grande stabilité financière, la plus grande disponibilité de ressources spécialisées en SST et le nombre supérieur de postes disponibles faciliteraient le retour au travail des employés souffrant d'incapacités.

Dans un bilan de connaissances, Shrey et Olsheski (1992) dressent le portrait des programmes de réadaptation, implantés aux États-Unis. Il semble être différent de celui qu'on recommande dans le cadre de la gestion intégrée des incapacités. Ces auteurs indiquent que la plupart des programmes mettent l'accent sur des services dont le travailleur est l'unique cible. Ces auteurs signalent aussi que la plupart des conventions collectives contiennent des clauses relatives à l'accès à des postes modifiés et que l'ancienneté est aussi la condition d'accès à de tels postes.

Les résultats des études sur les perceptions d'intervenants en réadaptation sont plus parcellaires que les informations contenues dans les textes normatifs. La nature des caractéristiques des programmes jugés efficaces ne diffère pas significativement de celles qui sont citées par les auteurs des documents normatifs.

Parmi les études empiriques sur les déterminants organisationnels, une seule étude a tenté de vérifier s'il existait des relations entre des caractéristiques organisationnelles des entreprises et l'implantation d'interventions de maintien du lien d'emploi (Shoemaker, 1989). Les résultats indiquent que le caractère bureaucratique du mode de gestion de l'entreprise, que la valeur accordée par l'entreprise à ses ressources humaines et que la priorité accordée à la formation et à la modification de postes pour favoriser le retour au travail d'un travailleur souffrant d'une incapacité expliquent 21,3 % de la variance de la résistance à l'implantation d'une politique de retour au travail. La bureaucratie est positivement liée à la variable dépendante (i.e. la résistance à l'implantation de la politique) alors que les variables culturelles lui sont négativement associées.

Une seule étude québécoise porte sur l'assignation temporaire (Lévesque, 1993). Cette étude a été menée auprès de représentants d'employeurs et de syndicats membres de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et appartenant aux trois premiers groupes reconnus prioritaires par la CSST. Les résultats indiquent que des assignations temporaires sont pratiquées dans le tiers des établissements. Près du tiers des établissements réintègrent le travailleur à son poste d'origine alors que 19,8 % des entreprises lui octroient un poste symbolique. Les postes sont modifiés dans 24 % des cas et 10 % des répondants indiquent que leur établissement a réservé des postes aux assignations temporaires. Par ailleurs, près de 75 % des répondants syndicaux indiquent que leur convention collective contient une clause relative au retour au travail suite à

une absence reliée à une lésion professionnelle et 43 % d'entre eux disent qu'une clause porte spécifiquement sur l'assignation temporaire.

Enfin, cette étude indique que les variables suivantes seraient positivement associées au recours à l'assignation temporaire :

1. l'appartenance à l'un des trois premiers groupes reconnus prioritaires par la CSST,
2. le type de fédération à laquelle le syndicat est affilié,
3. la taille de l'établissement,
4. les ressources dont l'entreprise dispose en SST (recours par l'employeur à un médecin, présence d'un service de santé dans l'organisation et de personnel administratif dont la principale responsabilité est de s'occuper de questions de SST),
5. un accroissement ou une diminution du nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles et de la durée des absences,
6. l'augmentation du nombre de contestations par l'employeur,
7. la non déclaration des lésions professionnelles.

Les autres études que nous avons analysées concernent les déterminants du retour au travail d'employés souffrant d'incapacités. Deux d'entre elles (Hocking et al., 1993; Wood, 1987) portent sur l'évaluation des résultats de programmes de maintien d'emploi. Les caractéristiques des interventions, brièvement décrites par les auteurs, ne nous permettent pas d'identifier des composantes qui soient différentes de celles des auteurs de textes normatifs. Il en va de même des résultats des recherches menées auprès de travailleurs ontariens (Butler et al., 1995; Johnson et Baldwin, 1993). Toutefois, celles-ci semblent indiquer que l'appartenance à un syndicat et le fait d'occuper un emploi dans la fonction publique augmentent la probabilité de retour au travail. Nous retenons les variables suivantes de l'étude de Baril et al. (1994) au plan de la culture organisationnelle :

1. Attitudes favorables à la réadaptation, à l'assignation temporaire, au retour progressif et à la réinsertion professionnelle des travailleurs.
2. Valorisation des compétences des travailleurs et de leur travail.
3. Attitude favorable à la reconnaissance des accidents de travail.

Cette étude indique également que la présence de relations harmonieuses, et ce, plus particulièrement en ce qui concerne l'utilisation des règles issues de la convention collective concernant l'attribution de postes réservés et l'ancienneté, serait un atout.

De plus, des caractéristiques structurelles seraient susceptibles d'expliquer l'implantation d'interventions favorisant le retour au travail. Elles sont généralement liées à la taille de l'établissement. Ainsi, selon les auteurs, les grandes entreprises possèdent davantage de ressources financières nécessaires à l'adaptation des postes que les petites et moyennes entreprises. En l'absence de services médicaux et ergonomiques, il devient plus difficile pour ces

dernières de veiller à ce que les exigences des postes de travail correspondent aux capacités des travailleurs. Ce phénomène accroîtrait la crainte des employeurs et des travailleurs que le retour au travail n'entraîne des rechutes. Par ailleurs, l'absence de postes adaptés aux caractéristiques des travailleurs serait un problème plus fréquent dans les entreprises dont l'organisation du travail s'appuie sur des tâches manuelles. Enfin, quelle que soit la taille des établissements, la présence d'un professionnel de la santé ou d'un comité de santé et de sécurité du travail seraient des éléments favorables à l'implantation de programmes efficaces de SST.

Pour terminer, il importe de préciser que les résultats de l'étude de Butler et al. (1995) indiquent que le niveau de scolarité de l'employé interagit avec les exigences physiques de ses tâches, sa mobilité professionnelle et la motivation de son employeur d'adapter ses conditions de travail à ses capacités résiduelles. Cette interaction expliquerait la plus grande probabilité de maintien du lien d'emploi pour les travailleurs scolarisés. Ces résultats et ceux d'autres études portant sur les caractéristiques des travailleurs associées au retour au travail semblent indiquer que l'identification des facteurs organisationnels associés à l'implantation d'interventions visant le retour au travail ne peut faire abstraction des caractéristiques des travailleurs concernés.

3. MÉTHODES

Notre étude descriptive porte sur l'ensemble des cas de lésions professionnelles inscrits dans le fichier RMLE.DRS (Réparation, Maintien du Lien d'Emploi, Détection, Réparation, Suivi) de la CSST, entre le mois de janvier 1994 et le mois de mars 1997, dans les quatre directions régionales suivantes : Montréal 3, 4 et 5 et l'Estrie. La population à l'étude regroupe 13 728 dossiers et notre étude porte sur cet ensemble.

Nous avons classifié les cas en fonction des quatre dimensions et des variables suivantes : 1) les caractéristiques des travailleurs (sexe, groupe d'âge, profession et groupe professionnel) et 2) de leur lésion (siège, nature, présence ou absence de rechute, durée d'absence), 3) l'utilisation ou non, par l'entreprise, de mesures de maintien du lien d'emploi et 4) des caractéristiques structurelles des établissements dans lesquels les travailleurs œuvraient au moment de la déclaration de la lésion (taux de cotisation et secteur d'activité économique). Les données relatives aux caractéristiques des travailleurs et de leurs lésions proviennent du fichier des lésions professionnelles de la CSST, celles concernant les mesures de maintien du lien d'emploi ont été extraites du fichier RMLE.DRS et enfin, les caractéristiques des entreprises proviennent du fichier des établissements de la CSST.

Suite aux analyses statistiques descriptives, nous avons comparé, pour chacune des variables, les cas qui avaient fait l'objet de mesures de la part des établissements de ceux qui n'en avaient pas fait l'objet. Le nombre de cas pour lesquels le retour au travail s'est accompagné de mesures de maintien du lien d'emploi s'élevait à 2 933 alors que celui des travailleurs qui n'avaient fait l'objet d'aucune mesure était de 10 795. Pour ce faire, nous avons fait appel à des analyses de Chi carré à l'aide du logiciel SAS. Toutes les variables qui étaient associées, de manière statistiquement significatives, à l'utilisation de mesures ont fait l'objet d'analyses bivariées supplémentaires, et ce, avec l'ensemble des autres variables.

Enfin, nous avons effectué deux analyses multidimensionnelles complémentaires, soit des analyses factorielles de correspondance et une classification ascendante hiérarchique (Benzécri, 1985; Fénelon, 1981), afin d'identifier des classes types homogènes, c'est-à-dire qui partageaient des caractéristiques communes. Nos analyses ont porté sur l'ensemble de notre population, puis uniquement sur les cas qui avaient fait l'objet de mesures de réinsertion professionnelle. Ces analyses, effectuées à l'aide du logiciel « Système portable d'analyse de données numériques » (SPAD.N) nous ont permis d'identifier des types de classes pour l'ensemble de la population, puis pour les travailleurs qui ont bénéficié de mesures de réinsertion. La comparaison des résultats des analyses bivariées et de ceux résultant des analyses factorielles a facilité l'interprétation des résultats.

Afin de choisir les entreprises pour nos études de cas en profondeur, nous avons tenté d'apparier les travailleurs de ces deux groupes (avec et sans mesure de maintien du lien d'emploi) en fonction des critères suivants : secteur d'activités économiques, siège de la lésion, nature de la lésion, profession (manuel ou non), âge (15-39, 40-49, 50 et +), sexe, région géographique, rechute ou non, et taille de l'établissement estimée en fonction du pourcentage de personnalisation de son taux de cotisation. Cet appariement devait permettre d'exclure les cas qui

faisaient systématiquement l'objet soit de mesures de maintien du lien d'emploi, soit d'absence de mesure. Suite à l'appariement, 3 554 cas répartis dans 1 915 établissements ont été retenus.

Par ailleurs, l'analyse du fichier des établissements de la CSST a servi à attribuer à chacune des entreprises concernées le nombre de cas de lésions suites auxquelles les travailleurs avaient effectué un retour au travail. Nous avons regroupé ces cas en deux catégories soit : ceux pour lesquels les entreprises avaient fait appel à des mesures de retour au travail et ceux pour lesquels les entreprises n'avaient utilisé aucune mesure. Nous avons comptabilisé le nombre de travailleurs appartenant à chacun de ces groupes, et ce, pour chacune des entreprises. Puis, nous avons classé les entreprises dans les trois groupes suivants :

- entreprises n'ayant effectué aucune mesure de retour au travail (1 587 événements pour 1 168 établissements);
- entreprises effectuant toujours des mesures de retour au travail (477 événements pour 419 établissements);
- entreprises effectuant parfois des mesures de retour au travail (1 490 événements pour 328 établissements).

Ces trois groupes d'entreprises ont été subdivisés en fonction de leurs régions (Montréal 3, 4 et 5 et Estrie). Chacune des régions a été stratifiée par secteur d'activité, puis en fonction de la taille des établissements. Enfin, nous avons contrasté les établissements qui n'avaient jamais effectué de mesures à celles qui semblaient le faire de manière systématique, et ce, pour chacune des strates. Nous avons retenu dans chacune des strates les paires d'établissements qui regroupaient le plus grand nombre de cas. Les secteurs suivants furent retenus : hébergement, imprimerie, meuble et scieries.

Nous avons fait appel à des entrevues semi-dirigées, basées sur une grille d'entrevue, afin de recueillir nos données auprès d'un représentant de l'employeur (n = 16) et des travailleurs (n = 4) dans chacune des 16 entreprises de notre échantillon. Nous avons aussi obtenu les conventions collectives en vigueur dans les entreprises syndiquées. La grille d'entrevue utilisée contenait des questions relatives aux dimensions suivantes : la culture et la structure de l'entreprise, l'organisation du travail, les règles qui y prévalent, les caractéristiques des lésions professionnelles, et enfin les caractéristiques des composantes des programmes de maintien du lien d'emploi.

De plus, nous avons interrogé des intervenants de la CSST, responsables des régions ciblées et œuvrant auprès d'entreprises des secteurs à l'étude, sur les facteurs organisationnels qui, d'après leur expérience, permettaient d'expliquer le recours ou l'absence de recours à des mesures de maintien du lien d'emploi dans les secteurs d'activités concernés, de même que sur les caractéristiques de chaque secteur. Par ailleurs, nous avons comme objectif secondaire de mieux comprendre les mécanismes internes de la CSST concernant l'application du programme du maintien d'emploi. Ces données ont été recueillies par l'entremise d'entrevues semi-structurées menées en groupe.

Les entrevues ont été effectuées entre le 27 janvier 1998 et le 7 avril 1998. Leur durée variait de 30 à 60 minutes. Elles ont été enregistrées sur bandes sonores, puis retranscrites. Nous avons fait appel au logiciel ATLAS.ti pour l'analyse de nos données. La codification a permis une classification du discours de l'ensemble des répondants en regard des dimensions à l'étude. Le contenu de cette première classification a été soumis à une deuxième codification en vue de l'élaboration du modèle théorique.

4. RÉSULTATS

4.1 Analyses descriptives de la population

Les résultats de nos analyses quantitatives indiquent que 21,4 % des dossiers des quatre directions régionales étudiées ont fait l'objet de mesures de maintien du lien d'emploi entre janvier 1994 et mars 1997. Les données du fichier RMLE.DRS indiquent que l'assignation temporaire, quelques fois accompagnée de retour progressif, caractérise près de 90 % des dossiers qui ont fait l'objet de mesures. Toutefois, les études de cas menées en entreprises en 1998 semblent indiquer que le nombre de travailleurs qui ont fait l'objet de mesures de maintien du lien d'emploi est supérieur à celui enregistré dans le fichier RMLE.DRS. En effet nous avons sélectionné, à partir des données de ce fichier, 8 entreprises qui avaient implanté des mesures et 8 autres qui n'en avaient pas implanté. Or, lors de la collecte de données nous avons observé que 7 de ces 8 entreprises en avaient implanté au cours de la dernière année notamment en raison des interventions de la CSST qui les avait ciblées.

Nous présentons les résultats des analyses bivariées entre d'une part, la variable « présence/absence » de mesures de maintien du lien d'emploi et d'autre part, chacune des autres variables retenues pour notre étude. Nos résultats indiquent que l'ensemble des variables présentent des différences statistiquement significatives avec l'occurrence de mesures de maintien du lien d'emploi à l'exception de la catégorie professionnelle des travailleurs.

Nous avons divisé les résultats en deux sections. La première est consacrée aux variables qui sont associées, de manière statistiquement significative, à la catégorie « présence de mesures de maintien du lien d'emploi », alors que la seconde porte sur les variables associées de manière statistiquement significatives à la catégorie « absence de mesures ».

Les variables suivantes sont associées, de manière positive, à la **présence de mesures de MLE** c'est-à-dire que la proportion de dossiers qui ont fait l'objet de mesures est significativement plus élevée que la proportion attendue :

- Nature de la lésion : **inflammation**
- Siège de la lésion : membre supérieur et épaule
- Catégorie de cotisation : **grande (taux rétrospectif)**
- Durée d'absence : **0-44 jours**
- Durée d'absence : **183-365 jours**
- Sexe : **femme**
- Secteur : caoutchouc et plastique
- Catégorie de dossier : **avec rechute**
- Âge : 30-39 ans

entreprises, notamment du secteur de la santé et des services sociaux, chez les femmes, lorsqu'il s'agit d'inflammations et que les sièges des lésions sont les membres supérieurs et les épaules. Les durées d'absence sont quant à elles relativement courtes, soit de moins de 44 jours.

Les variables suivantes sont associées, de manière positive, à l'**absence de mesures** de MLE c'est-à-dire que la proportion de dossiers qui n'ont pas fait l'objet de mesures est significativement plus élevée que la proportion attendue :

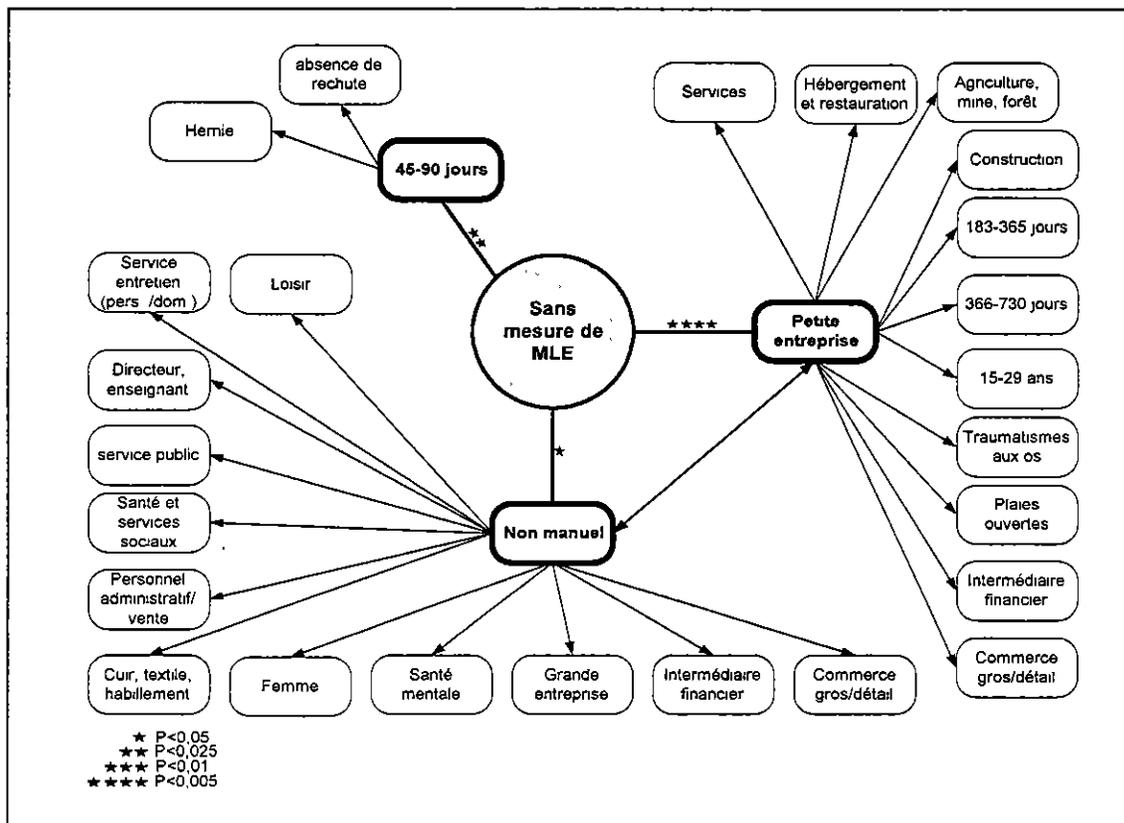
- Catégorie de cotisation : petite entreprise (taux de l'unité -10 %)
- Groupe professionnel : **non-manuel**
- Durée de l'indemnisation : **45-90 jours**

L'image qui se dégage des relations entre la variable sans mesure de MLE et les autres variables semble beaucoup plus éclatée (illustrée à la figure 2, sans mesure de MLE). Toutefois, une relation triangulaire forte entre l'absence de mesure, la petite entreprise et le travail non manuel apparaît.

Les absences du travail d'une durée relativement courte (entre 45 et 90 jours) sont significativement associées à l'absence de mesures de MLE. Cette durée d'absence est significativement liée à l'absence de rechute et à un type de lésion soit la hernie.

En résumé, les analyses bivariées indiquent que la grande entreprise se distingue de la petite entreprise par la présence de mesures. Les courtes durées d'absence (0-44 jours) ou encore les durées relativement longues (183-365 jours) caractérisent la présence de mesures alors que lors des durées d'absence relativement courtes (45-90 jours) le retour au travail se fait sans mesure de maintien du lien d'emploi. Un regroupement autour des variables grande entreprise, absence de 0-44 jours, femme, santé et services sociaux et sciences de la santé semble caractériser l'application de mesures. Les variables petite entreprise et travailleuses non manuelles (non-manuel étant associé avec femme) caractérisent l'absence de mesure de maintien du lien d'emploi. On retrouve aussi une certaine dichotomie en ce qui concerne la catégorie de dossier. Les dossiers avec rechute, associés à de longues durées d'absence (366-730 jours), caractérisent la présence de mesures tandis que les dossiers de relativement courtes durées (45-90 jours), associés eux à l'absence de rechute, sont associés à l'absence de mesure de maintien du lien d'emploi. Les inflammations (associées à la variable femme) aux membres supérieurs et aux épaules forment un ensemble avec la présence de mesures. Finalement deux variables plus isolées, le secteur du caoutchouc et des matières plastiques de même que la catégorie d'âge 30-39 ans, sont reliées à la présence de mesures.

Figure 2 : Variables positivement associées et de manière statistiquement significative à l'absence de mesures de MLE



Des analyses multidimensionnelles ont été effectuées sur l'ensemble de notre population par l'analyse factorielle des correspondances et par classification ascendante hiérarchique. Cette méthodologie permet de subdiviser notre population en différents sous-groupes ou classes et de cerner certaines caractéristiques descriptives reliées aux mesures de maintien du lien d'emploi².

Les variables qui décrivent le plus le regroupement en classes pour l'ensemble de notre population sont, par ordre décroissant : la profession, le secteur, le sexe, le groupe professionnel, les mesures, la nature de la lésion, le siège de la lésion, la catégorie de cotisation, la durée de l'absence, le groupe d'âge et la catégorie de dossier (présence ou absence de rechute).

Même si la variable mesure ne se place jamais en tête des variables qui distinguent le plus nos classes, elle nous permet tout de même de faire des regroupements par son importance relative dans cinq classes sur sept. Nous présentons les attributs de chacune des variables dont la fréquence d'occurrence dans une classe est statistiquement plus élevée qu'attendu, et ce, de manière significative.

²

Voir tableau à l'annexe A.

La variable **absence de mesure** se retrouve dans trois classes (2, 5 et 7) qui représentent 37,3 % de notre population. Sous forme de portraits types les classes se présentent comme suit :

- Les travailleurs manuels de plus de 40 ans du secteur du transport et de l'entreposage œuvrant dans de grandes entreprises et ayant des lésions musculo-squelettiques aux membres inférieurs et au tronc, et qui sont absents entre 45 et 90 jours du travail ne bénéficient pas de mesure de maintien du lien d'emploi lors de leur retour au travail.
- Un autre regroupement se fait autour des jeunes (moins de 30 ans) travailleuses manuelles œuvrant dans de petites entreprises des services, notamment l'hébergement et la restauration, et ayant des lésions musculo-squelettiques au tronc et au cou ou, de façon moindre, aux membres inférieurs. Il s'agit pour elles d'une absence du travail sans mesure de maintien du lien d'emploi relativement longue (jusqu'à une année) associée à un événement unique (absence de rechute).
- Finalement, un regroupement se fait autour des travailleuses non manuelles ayant des traumatismes aux os et aux membres inférieurs (ou à des sièges multiples). Elles œuvrent dans de petites ou de grandes entreprises des services publics (enseignantes), dans le commerce (vendeuses) ou dans le secteur de la finance. L'absence du travail sans mesure de maintien du lien d'emploi peut être longue (jusqu'à 2 ans) pour un événement unique (absence de rechute).

La variable **présence de mesures** de maintien du lien d'emploi se retrouve dans deux de nos classes (3 et 6) qui représentent 33,9 % de notre population.

- Les jeunes (moins de 30 ans) travailleurs ou travailleuses manuels de la fabrication, du montage et de la réparation dans des moyennes entreprises d'une multitude de secteurs d'activités (habillement, métal, bois, caoutchouc, alimentaire, etc.) ayant des lésions aux membres supérieurs et aux épaules (inflammation, plaie) jouissent de mesures de maintien du lien d'emploi pour leur retour au travail après des absences qui peuvent être longues (jusqu'à 2 ans) et des rechutes.
- Un autre regroupement se fait autour des travailleuses de plus de 40 ans dans les sciences de la santé (santé et services sociaux) ayant des lésions musculaires ou des douleurs au tronc et au cou. Elles œuvrent dans de grandes entreprises. Leur absence du travail est de courte durée (moins de 45 jours) pour un événement unique (absence de rechute).

D'autres analyses multidimensionnelles **portent uniquement sur les dossiers qui ont fait l'objet de mesures**³. Les regroupements obtenus par l'analyse multidimensionnelle des variables nous donnent sept portraits typiques. Certains commentaires sont ajoutés lorsque la comparaison avec d'autres classes de notre échantillon donne un éclairage nouveau sur la présence ou l'absence de mesures.

- Il s'agit de travailleurs manuels relativement âgés (plus de 40 ans) du secteur du transport et de l'entreposage ou du secteur primaire œuvrant dans de grandes entreprises et ayant des traumatismes aux os ou des contusions aux membres inférieurs ou sur des sièges multiples.

³ Voir tableau à l'annexe B.

La comparaison de cette classe aux classes II et IV de l'ensemble de la population semble indiquer que les travailleurs du secteur du transport et de l'entreposage qui ont des lésions musculaires au tronc et au cou ne semblent pas profiter de mesures de maintien du lien d'emploi. On note aussi que travailler dans une grande entreprise semble favoriser l'application de mesures pour les travailleurs du secteur primaire.

- Les jeunes hommes (moins de 30 ans) travaillant dans de petites entreprises de services ou dans le commerce et qui ont eu des traumatismes aux os aux membres inférieurs ont bénéficié de mesures de maintien du lien d'emploi. Leur absence du travail peut être longue et s'échelonne sur une période de 3 mois à 2 ans. La comparaison de cette classe avec les classes V et VII de l'ensemble de la population semble indiquer la présence d'une différence entre les sexes pour l'application des mesures. En effet, les femmes avec des lésions aux membres inférieurs dans les mêmes secteurs ne reçoivent pas de mesures pour le retour au travail malgré des durées d'absence comparables.
- Les travailleurs manuels relativement jeunes (moins de 40 ans) travaillant comme manutentionnaires, comme usineurs ou dans la fabrication dans de moyennes entreprises de plusieurs secteurs (pâte et papier, bois et meuble, le métal ou l'imprimerie) et ayant des lésions musculo-squelettiques ou des douleurs au tronc et au cou sont retournés au travail avec l'aide de mesures de maintien du lien d'emploi. Leur absence du travail a été courte, soit moins de 45 jours. Cette classe est comparable à la classe I de l'ensemble de notre population qui ne se distinguait pas par l'absence ni la présence de mesures. Par contre, on remarque que la durée d'absence des travailleurs qui ont bénéficié de mesures est plus faible, celle de la classe I étant de deux ans et plus.
- Les travailleuses manuelles des services dans les petites entreprises du secteur de l'hébergement, de la restauration et des loisirs ayant des contusions aux membres inférieurs retournent au travail avec des mesures de maintien du lien d'emploi. Leur absence du travail est relativement longue et peut s'étendre jusqu'à une année. Cette classe est similaire à la classe V de l'ensemble de la population. Par contre, elle s'en distingue par le fait que les travailleuses qui ont eu des traumatismes aux muscles sur des sièges comme le tronc et le cou ne semblent pas avoir eu accès à des mesures.
- Les travailleuses manuelles relativement jeunes (30-39 ans) qui œuvrent dans la fabrication, le montage et la réparation ou encore comme usineuses dans des moyennes entreprises de multiples secteurs et ayant des inflammations ou encore des plaies ouvertes aux membres supérieurs ou aux épaules reviennent au travail avec des mesures de maintien du lien d'emploi. Leur absence du travail est relativement courte, soit moins de trois mois.
- Les travailleuses non manuelles comme les enseignantes, les administratrices, les directrices ou les vendeuses dans les petites entreprises soit des services publics, de la santé et des services sociaux, du commerce ou de services personnels, d'entretien ou domestiques et qui ont des traumatismes aux os ou des douleurs aux membres inférieurs ou à des sièges multiples reçoivent des mesures de maintien du lien d'emploi lors de leur retour au travail. L'absence du travail est cependant relativement longue : d'un an à 2 ans. Cette classe est comparable à la classe VII de l'ensemble de la population. Toutefois cette dernière était caractérisée par l'absence de mesure. Le travail dans une petite entreprise ou dans le secteur

de la santé et des services sociaux semble caractériser les dossiers des travailleuses qui ont bénéficié de mesures.

- Les travailleuses relativement âgées (40-49 ans) des sciences de la santé dans les grandes entreprises du secteur de la santé et des services sociaux⁴ qui ont des lésions musculaires ou des douleurs au tronc et au cou ou sur des sièges multiples bénéficient de mesures pour leur retour au travail. Elles sont absentes pour une courte période (45 jours et moins) pour un événement sans rechute. Cette classe est identique à la classe VI de l'ensemble de notre population.

En somme, l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi semble varier non seulement entre des entreprises de secteurs et de taille différente mais aussi au sein d'une même entreprise. La variation intra-entreprise semble être liée aux caractéristiques socio-démographiques des travailleurs et de leurs lésions.

4.2 Analyses qualitatives

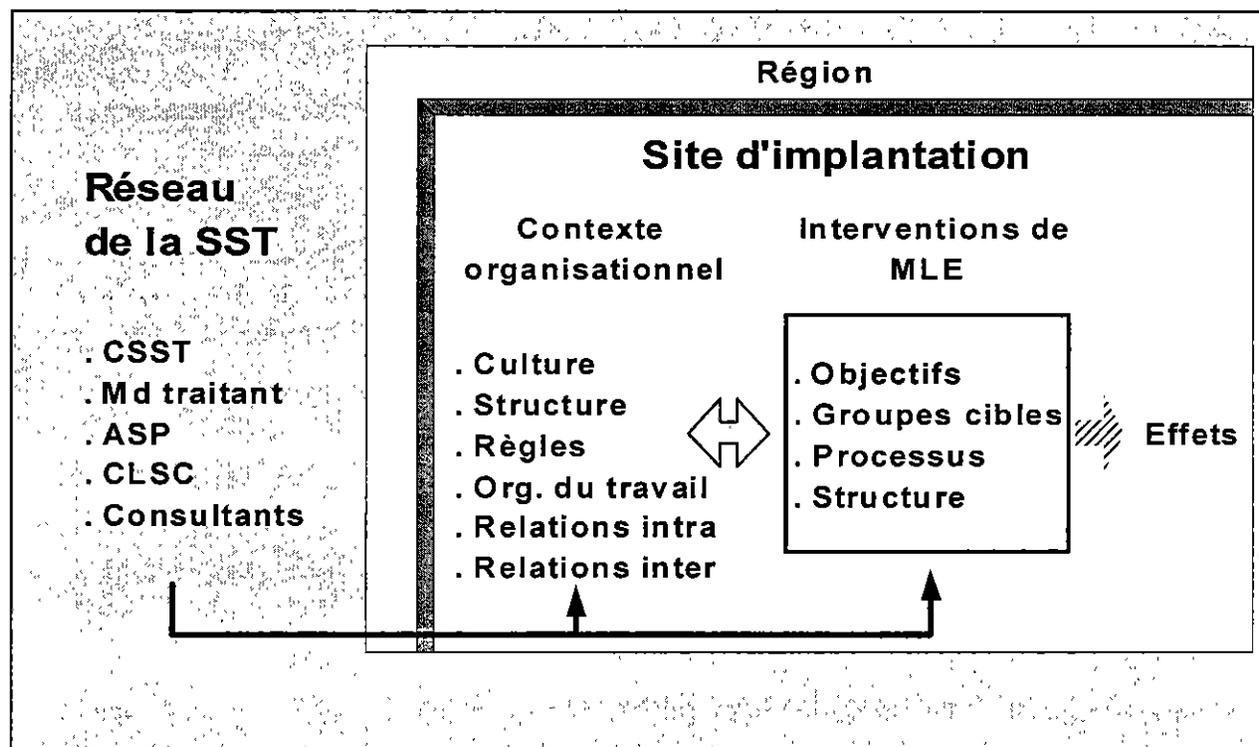
Nous présentons les résultats de l'analyse de contenu des entrevues menées auprès d'intervenants de la CSST, des représentants des employeurs et des syndicats que nous avons contactés dans le cadre des études de cas menées auprès d'entreprises. Nous avons utilisé le cadre conceptuel illustré à la figure 3 pour classer les données que nous avons recueillies.

Nous avons regroupé les données relatives aux interventions de maintien du lien d'emploi en fonction des composantes suivantes (Contandriopoulos et al., 1992) : les objectifs, les groupes cibles (les travailleurs), le processus (les activités) et la structure (les ressources). Le contexte d'implantation de l'intervention fait référence aux caractéristiques suivantes des entreprises : la culture, la structure, les règles associées à la convention collective, l'organisation du travail et les relations intra et inter organisationnelles. Les relations interorganisationnelles concernent les interactions entre des acteurs des entreprises et des acteurs des organisations du réseau de la SST au Québec. Enfin, nous avons également pris en compte l'ancrage de l'entreprise dans sa région, phénomène qui caractérise les organisations situées dans l'Estrie.

De plus, des liens avec les données issues des analyses quantitatives sont faits lorsque celles-ci permettent de nuancer ou de valider les données recueillies lors des entrevues.

⁴ Rappelons que nous avons observé des relations positives et statistiquement significatives entre la présence de mesures et les variables suivantes : 0-44 jours, grande entreprise, femme. De plus les variables « femme » et « grande entreprise » sont associées positivement avec les secteurs santé et services sociaux et sciences de la santé.

Figure 3 : Cadre conceptuel



4.2.1 Les caractéristiques des interventions de maintien du lien d'emploi implantées par les entreprises

Les entrevues que nous avons réalisées auprès de représentants patronaux et des travailleurs dans les entreprises de notre échantillon indiquent que l'**implantation** d'un programme est généralement très récente dans ces entreprises. Le programme est souvent indissociable d'une **démarche plus englobante** qui inclut plusieurs aspects de la santé et de la sécurité du travail et même, dans certains cas, du contrôle de la qualité de la production. Toutefois un programme de maintien du lien d'emploi ne s'implante qu'après **plusieurs étapes** puisqu'il nécessite la mise en place des infrastructures nécessaires à sa gestion. La culture spécifique à la direction, aux superviseurs et aux employés est difficile à modifier dans une entreprise. Elle détermine pour une bonne part le rythme d'implantation du programme de maintien du lien d'emploi qui varie entre les entreprises.

La **réduction possible des cotisations** versées à la CSST fut pour plusieurs entreprises la pierre angulaire de la réflexion sur le maintien du lien d'emploi, mais on retrouve aussi cette dynamique à la faveur d'une croissance rapide de l'entreprise ou encore lors de l'implantation de programmes ISO. Dans ce contexte, il devient alors nécessaire pour l'entreprise de se doter de **personnels compétents** dans la gestion des ressources humaines et de la production. Ces gestionnaires souvent expérimentés, et forts d'une expérience de gestion de dossiers liés à la

prévention des accidents de travail, commencent alors à mettre en place des mécanismes de gestion intégrée de la santé et de la sécurité dans l'entreprise. Les premières démarches d'implantation d'un programme de gestion intégrée de la santé et de la sécurité concernent souvent plus spécifiquement la prévention primaire même si les mesures de maintien du lien d'emploi sont à l'origine de la démarche. La mise sur pied ou la réactivation d'un comité paritaire de santé et de sécurité du travail dans l'entreprise est souvent une autre étape importante dans le processus.

Les données issues des entrevues menées en entreprises nous ont permis d'observer que leurs interventions de MLE variaient. Nous avons donc identifié les dimensions organisationnelles suivantes du **processus** des interventions : la **formalisation** et la **standardisation** des procédures d'assignation temporaire, la **continuité** des relations entre l'entreprise et les travailleurs, et la **flexibilité** des modalités de retour au travail. Il semble également exister une dimension culturelle transversale à ces dimensions. En effet, une culture de contrôle opposée à une culture de support accordé au travailleur, semble s'exprimer à travers les valeurs et les attitudes exprimées à l'égard du travailleur, de sa lésion et de son retour au travail et de comportements relatifs au recours à des expertises médicales et à la contestation.

Certaines entreprises, favorables au retour au travail, ont **formalisé** leur politique de maintien du lien d'emploi, c'est-à-dire qu'elles ont rédigé un document qui décrit leur position. Afin de favoriser la collaboration de l'ensemble du personnel, elles en ont diffusé le contenu par des activités d'information (affiches, dépliants, etc.). Dans certains cas, les gestionnaires ont été formés pour l'implantation du programme. On a également formé des travailleurs et des contremaîtres afin qu'ils connaissent les coûts associés aux lésions professionnelles et plus rarement, les membres des comités de santé et de sécurité du travail⁵.

Certaines entreprises ont **standardisé** non seulement les procédures à suivre lors du retour au travail, mais aussi le choix des postes offerts aux travailleurs. Dans ce dernier cas, les entreprises ont identifié le ou les postes qui sont attribués aux travailleurs lors des assignations temporaires et dans certains cas, énumèrent ces postes sur des formulaires d'assignation temporaire remis au médecin traitant. Les entreprises disent mettre l'accent sur **l'allègement des tâches**. Il s'agit généralement de tâches qui ne requièrent pas, selon la perception des répondants, la sollicitation de la région anatomique blessée. Le poste de travail assigné aux travailleurs varie : il peut s'agir de leur poste de travail ou d'un autre poste de travail existant ou créé spécifiquement pour l'assignation temporaire. Quelques établissements semblent favoriser la **flexibilité** du choix des postes en offrant plusieurs alternatives aux travailleurs, soit des modifications de postes, une réduction du nombre d'heures de travail par jour ou de journées de travail par semaine, ou encore une restructuration des tâches qui se caractérise par le fait que le travailleur peut exercer un plus grand contrôle sur ses tâches ou demander de l'aide de collègues pour accomplir les tâches les plus exigeantes. Dans quelques cas, on offre au travailleur de recevoir une formation qui lui permettra d'améliorer ses compétences lors du retour à son poste régulier. Cette flexibilité semble être facilitée lorsque l'entreprise obtient l'aide d'intervenants de la CSST ou des associations sectorielles ou des équipes locales de santé au travail pour effectuer une **démarche systématique** qui consiste, selon eux, à évaluer l'adéquation entre les limitations fonctionnelles

⁵ Les membres des comités de SST reçoivent souvent de la formation relative à la prévention primaire.

du travailleur et ses qualifications professionnelles et sociales d'une part, et les exigences du poste de travail qu'on souhaite lui assigner d'autre part. En l'absence d'une telle démarche et lorsque le poste attribué au travailleur ne semble pas être adapté à ses capacités, les représentants des employeurs et des travailleurs disent recommander au travailleur de retourner voir son médecin traitant. Par ailleurs, nos données indiquent qu'il existe deux **critères d'attribution** des postes, soit leur utilité et leur contribution à la production. Pour certaines entreprises, les postes doivent présenter ces caractéristiques. Pour d'autres, ces critères ne sont pas pris en considération, ce qui a pour effet d'assigner des postes marginaux ou inutiles.

La **continuité** des services (Contandriopoulos et al., 1992) concerne non seulement les contacts entre l'entreprise et le travailleur absent mais aussi les suites données aux demandes de modifications de postes et d'organisation du travail lors du retour du travailleur. Quelques répondants indiquent que les représentants de l'employeur entrent en **contact avec le travailleur** absent par des appels téléphoniques. Ces contacts ont pour but d'obtenir de l'information sur les résultats des rencontres avec les médecins traitants ou de faire sentir au travailleur que l'entreprise se préoccupe de son état de santé. Parfois, les contacts sont le résultat de l'initiative du travailleur qui rencontre ses collègues ou un représentant de l'employeur. Il semble que la présence de tels contacts favorise le retour au travail. Des **réponses positives et rapides aux demandes** de modifications de postes augmenteraient la crédibilité de l'employeur. Toutefois on déplore que les ressources humaines nécessaires pour répondre à ces demandes soient difficiles à obtenir.

Nos données indiquent que les caractéristiques du processus des interventions de maintien du lien d'emploi peuvent varier entre les départements ou les établissements d'une même entreprise. Il semble que cette **variation** soit liée à l'absence de formalisation des procédures par la haute direction et aux caractéristiques des gestionnaires intermédiaires responsables des dossiers de santé et de sécurité du travail.

En ce qui concerne la **structure** des interventions, les responsabilités des activités de maintien du lien d'emploi semblent être surtout centralisées au niveau du représentant de l'employeur. Par ailleurs, **trois modèles** semblent coexister : l'un qui se caractérise par la présence d'un seul intervenant, représentant de l'employeur, l'autre qui fait appel à des équipes composées de représentants des employeurs et des travailleurs, et enfin un modèle qui fait intervenir différents groupes d'acteurs présents dans l'entreprise et des ressources externes.

Nos données ne nous ont pas permis de créer une **typologie des interventions de maintien du lien d'emploi** qui intégrerait des associations entre les dimensions du processus d'une part, et d'autre part entre les caractéristiques du processus et celles de la structure des interventions. Il est probable que l'absence de relation soit liée à la faible taille de notre échantillon.

Dans les sous-sections qui suivent nous présentons les facteurs qui semblent faciliter ou entraver l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi.

4.2.2 Les caractéristiques des entreprises

4.2.2.1 La structure organisationnelle

Le secteur d'activités économiques

Le secteur d'activités économiques occupe le second rang parmi les facteurs qui décrivent les classes formées lors de l'analyse multidimensionnelle. Cette variable semble avoir un effet indirect sur l'implantation de mesures de MLE. Nos entrevues menées non seulement auprès d'intervenants de la CSST mais aussi des entreprises mettent en évidence l'importance des différentes dynamiques qui caractérisent chacun des secteurs. La variable « secteur » serait associée à la nature des activités de production, à l'organisation du travail et au statut d'emploi.

La taille de l'entreprise

La taille est positivement associée, de manière statistiquement significative, à la présence de mesures de maintien du lien d'emploi.

Les données issues des entrevues semblent indiquer que l'effet de la taille sur l'implantation de mesures serait indirect. On observerait les phénomènes suivants :

- Selon les intervenants de la CSST, le **nombre de ressources humaines** dont les tâches sont consacrées, du moins en partie, à des activités de santé et de sécurité du travail serait plus élevé dans les entreprises de grande taille.
- La présence de **structures formelles de SST** serait plus fréquente dans les grandes entreprises. Dans de tels cas, les travailleurs seraient consultés plus régulièrement et les procédures relatives à la prévention primaire et à la réinsertion professionnelle seraient diffusées à tous les échelons hiérarchiques. La présence d'un service des ressources humaines qui gère des dossiers de SST permettrait de favoriser la continuité des activités de maintien du lien d'emploi et faciliterait le travail des intervenants de la CSST, selon les intervenants de la CSST.
- Les données issues des entrevues menées auprès des entreprises semblent indiquer que la **formalisation** et la **standardisation** des procédures d'assignation temporaire et la **continuité** des activités de maintien du lien d'emploi qui s'exprime par le suivi des dossiers semblent être plus fréquents dans les établissements de grande et de moyenne tailles. Par contre la **flexibilité** du choix des postes ne semble pas être liée à la taille de l'établissement.
- Les données issues des entrevues menées auprès des entreprises semblent indiquer que la collaboration avec des **ressources externes** pour favoriser le retour précoce de travailleurs, est plus fréquente dans les établissements de tailles moyenne et grande.
- La **disponibilité des postes** serait plus importante dans les entreprises de grande taille, ce qui en faciliterait l'identification pour l'assignation temporaire. Dans les très petites entreprises, selon les intervenants de la CSST, la structure d'emploi est insuffisante pour assurer la présence d'un bassin significatif d'emploi disponible pour l'assignation temporaire.

Les données issues des entrevues menées auprès des intervenants de la CSST indiquent que l'adhésion de petites et moyennes entreprises à des **mutuelles de prévention** devrait favoriser

une prise de conscience et le développement de stratégies favorables à l'égard de mesures de MLE, et ce, grâce à la dissémination de différents modèles de gestion.

La santé financière de l'entreprise

Les répondants des entreprises sont d'avis qu'une **entreprise en croissance** crée une dynamique interne qui permet grâce à une expansion rapide de pouvoir engager des personnes qualifiées et de disposer de nouvelles expertises, ce qui favorise l'amélioration de la planification des actions et des communications dans l'entreprise et bonifie ainsi souvent l'ensemble de la gestion de la santé et de la sécurité. Par contre, selon des répondants des entreprises et de la CSST, lorsque l'entreprise éprouve des **difficultés financières** engendrant une décroissance et une restructuration, avec des mises à pied massives, il devient difficile d'appliquer des mesures de maintien du lien d'emploi. Une telle situation entraverait la création de postes qualifiés de légers.

La présence d'un syndicat

Selon les intervenants de la CSST, la présence d'un syndicat diminuerait l'incidence de mesures discriminatoires à l'égard des travailleurs victimes de lésions professionnelles. Toutefois, l'accréditation des travailleurs d'une même entreprise à différents syndicats ferait obstacle à la relocalisation des travailleurs.

Le comité de santé et de sécurité du travail

Selon les intervenants de la CSST, la **présence d'un comité** de santé et de sécurité du travail serait un indicateur du degré de sensibilisation de l'entreprise aux questions de SST. De même selon les répondants des entreprises, l'existence ou la création d'un comité de santé et de sécurité est un facteur important dans la mise en place des mécanismes principalement de prévention primaire mais aussi, parfois, de réinsertion professionnelle dans l'entreprise. Le comité occupe une position privilégiée pour la **formalisation** des différentes procédures.

Le caractère **paritaire** du comité (représentant des employeurs et des travailleurs, avec syndicat ou non) semble améliorer la communication entre les niveaux hiérarchiques dans l'entreprise. Les intervenants de la CSST ajoutent qu'un comité **décisionnel** et composé de ressources dont les tâches sont en partie consacrées à des activités de SST facilite l'implantation de mesures de MLE.

Les répondants des entreprises ont également indiqué que le fonctionnement général du comité est amélioré dans les cas suivants :

- Les **rencontres** du comité sont **régulières**.
- Le comité se donne des **objectifs précis** à atteindre en matière de prévention.
- Il implante des changements par **étapes**.
- La présence d'un conseiller **professionnel extérieur** à l'entreprise est parfois bénéfique.

On signale qu'en **l'absence d'appui** de la part de la haute direction, le comité ne possède pas le pouvoir de convaincre les contremaîtres de se conformer aux règles établies en santé et en sécurité du travail.

Enfin dans certaines entreprises syndiquées, le syndicat n'est pas impliqué dans le comité. Par conséquent, le représentant des employés n'est pas mandaté par le syndicat. Certains employeurs sont d'avis qu'une telle situation est favorable, surtout en matière de réinsertion professionnelle, puisque **l'implication syndicale** mène selon eux à la « négociation » et entrave leur processus décisionnel. Ils se disent prêts à informer les employés et le syndicat de leurs décisions mais considèrent que les décisions en matière de gestion des ressources humaines relèvent de leur droit de gérance.

Le programme de prévention

Dans l'ensemble, nos répondants sont d'avis que la présence d'un programme de prévention est un indicateur de la présence d'attitudes favorables aux questions relatives à la santé et à la sécurité du travail.

4.2.3 Les règles organisationnelles

Selon des répondants des entreprises, la **mise en place de procédures** formelles relatives à la santé et à la sécurité du travail est considérée comme un facteur facilitant l'implantation de mesures de MLE. Les procédures concernent plus particulièrement les démarches à suivre en cas d'accident et lors du retour au travail. La présence de telles règles permettrait de **formaliser** la politique de l'organisation en matière de maintien du lien d'emploi, d'en **standardiser** les démarches et ainsi de favoriser la **collaboration** des différents individus concernés par un cas de retour au travail. Toutefois, l'atteinte de ces objectifs nécessite selon les intervenants de la CSST la diffusion de ces règles dans l'ensemble de l'organisation par des activités d'information ou de formation.

Neuf des seize entreprises qui ont fait l'objet de notre étude étaient **syndiquées**. Huit des neuf conventions collectives précisent que **l'ancienneté** doit être prise en compte à la fois pour l'attribution de postes vacants et lors de rappels au travail. L'autre convention ne fait référence à l'ancienneté que lors de rappels au travail. Toutefois, dans six conventions, on peut déroger à la règle générale d'ancienneté par des **clauses spécifiques applicables** aux travailleurs victimes de lésions professionnelles. Dans les autres cas, une entente particulière entre l'employeur et le syndicat peut modifier la convention ou en suspendre l'application pour les cas d'assignation temporaire et de retour au travail à un poste différent de son poste régulier. Les **variations** observées au niveau des conventions collectives étudiées ne semblent pas être liées au secteur d'activités économiques ni à l'affiliation des syndicats.

Nos répondants sont d'avis que la présence de **règles rigides**, dans les conventions collectives, concernant l'attribution des postes par ancienneté entrave considérablement l'assignation temporaire. De plus, la présence **d'accréditations multiples** au sein d'une même entreprise réduirait, selon les intervenants de la CSST, l'accès à certains postes pour l'assignation temporaire.

4.2.4 La culture organisationnelle

La culture et plus particulièrement les attitudes, les valeurs et les attributions relatives aux lésions professionnelles des différents groupes d'acteurs présents dans les entreprises est le

thème qui a fait l'objet du plus grand nombre d'énoncés de la part des représentants des entreprises. La culture est un élément du contexte qui semble avoir une incidence sur la relation existant entre les caractéristiques d'une part des ressources consacrées aux interventions de MLE et d'autre part, du processus des interventions.

4.2.4.1 Les membres de la haute direction

L'attribution des lésions professionnelles à des causes externes aux conditions de travail semble être associée à la présence de doutes quant à l'intégrité des travailleurs de même qu'au recours à des contre-expertises médicales et à des contestations. Selon des répondants de la CSST et des entreprises, une telle attribution, plus particulièrement présente lorsque la lésion est d'ordre musculo-squelettique, aurait une incidence sur la présence d'attitudes négatives à l'égard de l'implantation de mesures de prévention primaire et de maintien du lien d'emploi.

La **valeur accordée aux employés** aurait des effets positifs sur le respect qu'on leur manifeste de même que sur les modes de communication et de gestion de la main-d'œuvre. Une préoccupation marquée à l'égard du maintien d'un bon climat de travail semble influencer positivement le contexte d'application des mesures de maintien du lien d'emploi selon des répondants de la CSST et des entreprises. L'effet de cette préoccupation sur l'implantation de mesures serait supérieur à celui de la réduction des coûts des lésions professionnelles dans les petites et moyennes entreprises dont la communication, entre le propriétaire dirigeant et ses employés, est personnalisée.

Des répondants des entreprises qui disaient se préoccuper du climat de travail préféreraient attribuer aux travailleurs en assignation temporaire des tâches non seulement productives et utiles à l'organisation mais aussi valorisantes pour le travailleur. Par conséquent, il est possible que la valeur attribuée aux employés et l'importance accordée au climat de travail aient des effets positifs sur la flexibilité de l'assignation de postes.

Selon des répondants des entreprises, une **attitude favorable à la réduction des taux** de cotisation versés par l'entreprise à la CSST semble avoir un impact important sur la volonté d'entreprendre des changements organisationnels en ce qui concerne à la fois la prévention primaire et le maintien du lien d'emploi. Lorsqu'une telle attitude est partagée à la fois par les représentants des employeurs et des travailleurs il y aurait une plus grande collaboration entre les parties, ce qui faciliterait l'implantation de mesures de MLE. Toutefois, l'**importance des ressources** accordées à l'implantation de tels changements par les cadres supérieurs semble traduire leur degré d'**engagement** à effectuer ces changements organisationnels. Cette opinion est à la fois partagée par des répondants de la CSST et des entreprises. Le degré d'engagement semble varier en fonction de deux facteurs, soit : 1) la valeur accordée aux employés et 2) le caractère réaliste du délai à l'intérieur duquel les cadres supérieurs souhaitent atteindre l'objectif de réduire leurs cotisations. L'effet délétère de l'absence d'engagement des cadres supérieurs à l'égard de la SST sur l'implantation de mesures de MLE serait plus important dans les petites et moyennes entreprises car celles-ci ne possèdent pas de structure formelle de prise en charge des problèmes de SST.

Enfin des répondants de la CSST et des entreprises considèrent que l'**absence de support** accordé par les cadres supérieurs aux personnes responsables des dossiers de SST entrave l'implantation de MLE.

Il importe de préciser que certains dirigeants d'entreprises tentent de réduire les coûts directs des lésions en privilégiant des **stratégies d'évitement** qui visent à diminuer le nombre de lésions déclarées à la CSST. Ils font appel à la contestation des demandes d'indemnisation des travailleurs ou encouragent ces derniers à utiliser le programme d'assurance collective. La présence de telles stratégies aurait un effet négatif sur l'implantation de mesures de MLE selon des répondants des entreprises et de la CSST.

4.2.4.2 Les personnes responsables des dossiers de santé et de sécurité du travail

Selon des répondants des entreprises, l'embauche d'une personne possédant des **compétences** dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail et une attitude d'**ouverture** à l'égard de la participation des employés aux orientations des interventions en SST semblent avoir une influence positive marquée sur la mise en place de programmes de MLE.

Par ailleurs selon des répondants des entreprises, un responsable qui adopte un **comportement attentionné** à l'égard des employés favoriserait la continuité des interventions de maintien du lien d'emploi, et ce, plus particulièrement en ce qui concerne les contacts avec les travailleurs absents ou de retour au travail en assignation temporaire.

4.2.4.3 Les directeurs de production et les contremaîtres

Les entrevues menées dans les entreprises semblent indiquer que les attitudes et les valeurs des directeurs de production et des contremaîtres oscillent entre deux pôles. Certains d'entre eux sont **sensibles aux problèmes** des travailleurs victimes de lésions professionnelles et font preuve d'**ouverture** à l'égard du retour précoce au travail. Ceux-ci favoriseraient la **communication** entre les acteurs impliqués dans les mesures de maintien du lien d'emploi, la **flexibilité** de l'assignation des postes et l'**adéquation** entre les limitations fonctionnelles du travailleur et ses qualifications professionnelles et sociales d'une part, et les exigences du poste de travail qu'on souhaite lui assigner d'autre part. D'autres directeurs ou contremaîtres perçoivent que le retour précoce **entrave les activités de production**. Ils font preuve d'une attitude négative à son égard. Dans ce cas, les directeurs et les contremaîtres feraient obstacle aux propositions formulées pour favoriser l'assignation temporaire. Il est à noter que ce phénomène semble être plus particulièrement présent dans les entreprises qui ne possèdent pas de système intégré de gestion des dossiers de SST : seuls les résultats directs des activités de production servent de **critères d'évaluation du rendement** des contremaîtres et des directeurs de production. Les coûts directs et indirects des lésions professionnelles sont exclus des critères d'évaluation.

4.2.4.4 Les représentants des syndicats

Selon des répondants des entreprises, l'attitude des représentants des syndicats à l'égard de l'assignation temporaire varie en fonction des facteurs suivants : 1) la perception que la seule

priorité des cadres est de réduire les **coûts** des lésions professionnelles, 2) la **gravité de la lésion** et 3) l'**accord du travailleur** à l'égard de l'assignation temporaire.

4.2.4.5 Les collègues de travail

Selon des représentants patronaux et syndicaux des entreprises, l'attitude des collègues à l'égard des postes assignés temporairement aux travailleurs semble être liée au climat de travail et plus particulièrement aux relations qu'ils entretiennent entre eux. Dans les entreprises qui se caractérisent par des **relations collégiales**, les attitudes sont généralement **favorables** au retour précoce. Dans le cas contraire, l'attitude des collègues serait liée à la **perception de la gravité** de la lésion.

4.2.4.6 Les travailleurs

De manière générale, nos répondants de la CSST et des entreprises perçoivent que les travailleurs victimes de lésions professionnelles ont des attitudes positives à l'égard du processus de maintien du lien d'emploi. Ils attribuent surtout le retour au travail aux **caractéristiques individuelles** des travailleurs. Une **volonté** affirmée de revenir au travail le plutôt possible est considérée comme un facteur positif important pour la réinsertion professionnelle. Cette volonté serait déterminée par la **personnalité** du travailleur (« fierté, caractère »), sa **motivation** au travail, sa résistance à la **douleur** liée à la gravité de la lésion, sa **crainte** de perdre son emploi et ses **besoins financiers**. Elle s'exprimerait, selon des conseillers en réadaptation de la CSST, par l'accessibilité et la collaboration des travailleurs.

Trois perceptions expliqueraient la **résistance** des travailleurs à retourner au travail avant la consolidation de la lésion, soit : que leur **état de santé** nécessiterait une durée d'absence supplémentaire, que la principale **préoccupation des entreprises** est de réduire les coûts des lésions et que les **postes proposés** sont inutiles et déqualifiants. Par ailleurs, certains travailleurs immigrants manifesteraient de la **suspicion** à l'égard des institutions gouvernementales. Dans ce cas, il serait difficile pour la CSST d'obtenir leur collaboration.

4.2.5 L'organisation du travail

Les répondants de la CSST et des entreprises sont d'avis qu'une organisation du travail basée sur la **polyvalence** des travailleurs crée des conditions qui favorisent la réinsertion professionnelle. Elle augmente la flexibilité du travailleur à occuper plusieurs tâches. Elle forge aussi souvent un esprit d'équipe qui permet de faciliter l'application des mesures de maintien du lien d'emploi.

Le caractère unique des activités de production d'une entreprise couplé à d'importantes **exigences physiques** des tâches réduirait la disponibilité de postes pour des travailleurs dont les capacités sont altérées. Il en irait de même dans les entreprises dont les exigences des postes sont élevées en ce qui concerne les qualifications professionnelles et sociales ou lorsque la sécurité du personnel risque d'être compromise si un poste est confié à un travailleur dont les capacités sont réduites.

La **sous-traitance** aurait pour effet de déplacer les postes potentiellement disponibles pour l'assignation vers l'extérieur de l'entreprise. Par contre, dans certaines entreprises le recours à l'assignation temporaire aurait réduit la nécessité de faire appel à la sous-traitance pour certaines activités.

L'implantation de **nouvelles technologies** pourrait favoriser l'allégement des postes, ce qui faciliterait l'implantation de mesures de MLE. Par contre, lorsque celle-ci est accompagnée d'une réduction de l'effectif, le nombre de postes disponibles pour le retour précoce au travail diminuerait.

Selon les intervenants de la CSST, le **statut d'emploi** des travailleurs influencerait l'assignation temporaire. Elle serait moins facile pour les travailleurs saisonniers, temporaires ou sur appel que pour ceux qui détiennent des postes permanents à temps plein.

4.2.6 Les relations intra-organisationnelles

Des **communications directes** et ouvertes et le **partage d'informations**, lors d'enquêtes d'accidents, entre les dirigeants et les autres acteurs organisationnels auraient un impact sur le climat de confiance et la collaboration intra-organisationnelle. Dans l'ensemble, nos répondants sont d'avis qu'une telle **collaboration** est favorable à la mise en place de mesures de maintien du lien d'emploi.

Le fait qu'il n'y ait pas **consensus** entre les différents directeurs de départements sur l'importance de la santé et de la sécurité du travail et que l'implantation de règles de prévention et de réinsertion professionnelle varie entre les départements a beaucoup d'influence négative sur les attitudes des travailleurs à l'égard de la formalisation des procédures de SST. Selon des répondants des entreprises, les messages véhiculés sont contradictoires et l'implantation des procédures en est ralentie.

Les relations entre les **cadres supérieurs** et la **personne responsable des dossiers** de SST peuvent poser problème lorsque ces acteurs possèdent des **points de vue différents** sur le processus qui permettrait de réduire les coûts des lésions professionnelles. Les cadres supérieurs qui souhaitent obtenir une réduction rapide des taux de cotisation de leur entreprise ne fourniraient pas les ressources humaines et matérielles souhaitées par les responsables de la SST pour mener leurs activités.

Nous avons identifié **trois types de relations syndicales/patronales** en matière de SST dans les entreprises syndiquées de notre échantillon, soit : la non implication du syndicat, la collaboration et la confrontation.

L'**absence d'implication du syndicat** s'observe dans les entreprises où les membres des structures paritaires représentant les employés ne sont pas mandatés par leur syndicat. Selon un représentant des employés, l'absence d'implication du syndicat dans de telles instances réduirait le pouvoir des employés de faire valoir leurs opinions auprès des gestionnaires qui possèdent un pouvoir décisionnel.

Selon les intervenants de la CSST, des relations patronales/syndicales harmonieuses favoriseraient la présence d'un climat de travail favorable à la **collaboration** entre les parties. Celle-ci favoriserait l'implantation de mesures de MLE. Elle favoriserait, entre autres, la signature d'une entente permettant de suspendre l'application des clauses d'ancienneté, contenues dans les conventions collectives, lors d'une assignation temporaire ou d'un retour au travail à un poste différent. Une telle collaboration semble nécessiter un partage préalable des responsabilités au sein de l'exécutif syndical : en confiant les griefs et les dossiers de santé et de sécurité du travail à des personnes différentes on éviterait que les conflits entourant les griefs aient une incidence sur les questions de SST. De plus, la collaboration serait associée à la perception partagée par les représentants des employeurs et du syndicat que les parties ont avantage à réduire les coûts des cotisations versées à la CSST.

Selon l'ensemble de nos répondants, la **confrontation** entre les parties aurait une incidence négative sur l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi. Elle serait liée au souhait de l'employeur d'exclure le syndicat des décisions relatives au retour au travail. On indique également qu'elle peut être le résultat des comportements des syndicats qualifiés de « très revendicateurs ».

Nous avons identifié **deux formes de communication** entre les gestionnaires et les employés de production, soit la communication personnalisée et formalisée. La **communication personnalisée**, surtout présente dans les entreprises de plus petite taille, se traduit par la présence de contacts directs entre la haute direction ou le propriétaire dirigeant de l'entreprise et les employés de production. Elle permettrait de solutionner les problèmes et favoriserait l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi sans besoin de procédures formelles. Dans les entreprises de tailles moyenne et grande, le responsable des ressources humaines agit comme personnage central de la stratégie de communication. Il communique directement avec tous les acteurs concernés par le retour au travail. La présence de contacts réguliers favoriserait l'implantation de mesures de MLE lorsque le gestionnaire manifeste une certaine ouverture à l'égard de la santé et de la sécurité du travail et accorde de la valeur aux employés.

Dans certaines entreprises, plus particulièrement de grande taille, l'information relative aux lésions professionnelles (déclaration, enquêtes, assignation temporaire, etc.) est consignée dans des formulaires généralement élaborés par un comité paritaire. Ce mode communication **formalisée** semble avoir pour avantage de clarifier les procédures à suivre en cas de lésion et de retour au travail. On nous a également souligné que le recours à de tels formulaires réduit l'impact possible des conflits de personnalité entre les acteurs sur les décisions organisationnelles relatives à la santé et à la sécurité du travail.

Enfin, le partage du pouvoir décisionnel au sein du comité de santé et de sécurité du travail semble être à l'image du style de leadership qui caractérise l'entreprise. On semble opposer les styles autoritaire et participatif, ce dernier étant considéré comme plus favorable à l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi.

De façon générale, l'implantation de mesures de prévention et de réinsertion professionnelle dans une politique de gestion intégrée demande beaucoup de communication entre l'employeur et les représentants des travailleurs (syndicat ou comité). On s'attaque à des changements

profonds des mentalités et des habitudes. Les résultats ne sont pas toujours instantanés, que ce soit au niveau des espoirs financiers ou encore des changements des comportements. Cette situation amène des frustrations et des conflits potentiels entre la partie patronale et les travailleurs et leur représentant. La communication est importante afin de gérer efficacement ces périodes de crise.

4.2.7 Les relations interorganisationnelles

Selon les répondants des entreprises, les interventions suivantes de la CSST favorisent l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi :

- **L'information** donnée principalement par les inspecteurs et les conseillers en réadaptation semble modifier des éléments de la culture organisationnelle.
- Les **interventions directes** de la CSST dans les entreprises sont perçues comme des incitations positives à implanter des mesures de MLE.
- L'aide fournie par des **inspecteurs** de la CSST pour former des comité de santé et de sécurité du travail et élaborer des procédures. Par conséquent, ce type d'intervention aurait un effet sur la formalisation du processus de MLE.
- Les encouragements verbaux des inspecteurs qui notent des améliorations dans les entreprises au niveau de la prévention primaire et de la réinsertion professionnelle.
- L'aide accordée aux entreprises pour **évaluer l'adéquation** entre les caractéristiques de la lésion, des limitations fonctionnelles et des postes de travail lors du choix de l'assignation temporaire. Cette aide pourrait avoir un effet positif sur la flexibilité de l'attribution des postes.
- **L'évaluation** des assignations temporaires accordées et la formulation de recommandations sur d'éventuelles ajustements à apporter.
- La **continuité** des services offerts par les **conseillers en réadaptation**. Cette continuité s'exprime par la présence d'un seul intervenant de la CSST, une fréquence des contacts entre ce dernier et l'entreprise. Elle a pour effet de permettre au conseiller de mieux connaître l'entreprise, de faciliter la communication avec les représentants de celle-ci et d'accroître la rapidité du traitement des dossiers.
- Lorsque le conseiller assure également un suivi des dossiers, suite à l'assignation temporaire.
- Les contacts entre le conseiller en réadaptation et le médecin traitant favorisent une meilleure communication entre ce dernier et l'entreprise.
- **L'accessibilité informatique** des entreprises à leur dossier de lésions professionnelles.

Par ailleurs, nous avons observé que les répondants des entreprises qui semblaient réfractaires aux changements en SST soulignaient davantage le rôle négatif de l'inspecteur en mettant l'accent sur la répression qu'il pouvait exercer ou sur l'arbitrage qu'il était appelé à exercer en cas de conflit entre les parties relativement à des questions de SST.

En ce qui concerne les interventions des **associations sectorielles paritaires**, les répondants des entreprises et de la CSST sont d'avis qu'elles favorisent l'implantation de comités de santé et de sécurité du travail et de procédures formelles de SST. Selon des répondants de la CSST, les interventions **d'équipes locales de santé au travail** dans les entreprises contribuent également au développement d'une culture organisationnelle favorable à la réinsertion professionnelle. Enfin, selon des répondants des entreprises, l'expertise-conseil obtenue d'une association sectorielle paritaire ou d'une équipe locale de santé au travail pour les études de poste serait un facteur favorisant la flexibilité dans l'application de mesures de MLE.

Certaines entreprises font appel à des **consultants externes**. Il s'agit généralement d'ergonomes qui procèdent à des analyses de postes et à la formulation de recommandations pour l'aménagement des postes dans les cas de réinsertion professionnelle. Ces ressources favoriseraient la flexibilité du processus de MLE.

En général, les répondants des entreprises indiquent qu'ils ont peu de contacts avec les **médecins traitants**. Certains tentent d'entrer en communication avec eux lorsque ces derniers refusent une assignation temporaire. On indique que la précision du diagnostic et des limitations fonctionnelles du travailleur facilitent grandement le choix de l'assignation temporaire. On perçoit que les médecins méconnaissent les milieux de travail et qu'ils omettent de valider l'information que leur transmet le travailleur sur les exigences de ses tâches. On souhaiterait que les médecins traitants puissent visiter les entreprises bien qu'un tel souhait leur apparaisse difficilement réalisable. On perçoit également que le manque d'information et de formation relatif aux politiques et aux pratiques de la CSST en matière de réparation et de tarification est un obstacle à la collaboration entre les médecins traitants et les entreprises lorsque ces dernières tentent d'implanter des mesures de MLE.

Enfin, selon les représentants de la CSST et les répondants des entreprises de la région de l'Estrie, il semble que la **proximité sociale** qui caractériserait les régions périphériques aux grandes villes puisse avoir un effet négatif sur la réinsertion au travail de certains travailleurs. En effet, compte tenu des contacts étroits existant au sein de la communauté, de l'information nominale sur les travailleurs serait partagée par les employeurs de la région. Or dans certains cas, des préjugés circuleraient à l'égard de travailleurs qui seraient ainsi **stigmatisés**. Leur retour au travail serait entravé par ce phénomène ce qui réduirait l'**accessibilité** aux interventions de maintien du lien d'emploi, et ce, plus particulièrement lorsque les travailleurs ont un statut d'emploi précaire.

4.2.8 Les caractéristiques socio-démographiques des travailleurs victimes de lésions professionnelles

Les données issues des entrevues menées auprès de la CSST et des entreprises semblent indiquer que les caractéristiques suivantes des travailleurs victimes de lésions professionnelles ont une incidence sur les mesures de maintien du lien d'emploi implantées par les entreprises : l'âge, le vieillissement physiologique, le degré de scolarité et l'origine ethnique.

Des répondants sont d'avis qu'il est plus difficile d'appliquer des mesures de MLE lorsque les travailleurs sont **âgés** ou qu'ils semblent être victimes d'une **usure physique** prématurée. Des répondants de la CSST précisent que la durée de leur convalescence est plus longue. Par ailleurs, cette catégorie de travailleurs serait plus à risque de mise à pied lorsque les entreprises réduisent l'effectif de leur main-d'œuvre. À l'opposé, on considère que les **jeunes** travailleurs ont un processus de guérison plus rapide, ce qui faciliterait leur réinsertion précoce au travail. Toutefois, un faible niveau d'**expérience professionnelle** réduirait la flexibilité de l'assignation des postes temporaires.

Les résultats de nos analyses statistiques convergent en partie avec ces perceptions. En effet, nous avons observé que la proportion de dossiers qui ont fait l'objet de mesures est plus élevée lorsque l'âge des travailleurs se situe entre 30 et 39 ans. Cependant, nous n'observons pas de relation négative et statistiquement significative entre la présence ou l'absence de mesures et les autres groupes d'âge.

Selon des répondants de la CSST un faible degré de **scolarité** entraverait le choix d'un poste d'assignation temporaire. De même, on aurait de la difficulté à assigner des postes temporaires à des **travailleurs immigrants** qui méconnaissent l'anglais ou le français. Cette information provient du secteur de l'hébergement.

Deux variables supplémentaires semblent être associées aux mesures de MLE, selon nos analyses bivariées. Il s'agit du sexe et du groupe professionnel. La proportion de **femmes** qui ont fait l'objet de mesures est statistiquement supérieure à celle à laquelle on se serait attendu. On observe l'inverse pour les hommes. Les femmes seraient davantage présentes dans les **secteurs** suivants : sciences de la santé, santé et services sociaux, cuir, textile et habillement. Enfin, le fait d'appartenir à un groupe professionnel « **non manuel** » est positivement associé à l'absence de mesure.

Nos résultats semblent indiquer que les caractéristiques des interventions de maintien du lien d'emploi varient en fonction de certaines caractéristiques des travailleurs. Toutefois, nous devons être prudents au niveau de l'interprétation des résultats puisque les analyses indiquent également qu'il existe de multiples relations entre ces variables et celles qui portent sur la structure des entreprises (taille et secteur d'activités).

4.2.9 Les caractéristiques des lésions

Nos données semblent indiquer que les quatre caractéristiques suivantes des lésions ont une incidence sur les interventions de maintien du lien d'emploi : le siège, la nature et la gravité de la lésion et la présence de rechutes.

Seules les analyses bivariées et multivariées permettent d'identifier un lien possible entre le siège de la lésion et la présence de mesures de MLE. Or, nous observons la présence d'un tel lien pour une seule catégorie de siège, soit les membres supérieurs et les épaules. La proportion de dossiers qui ont fait l'objet de mesures est statistiquement supérieure à celle à laquelle on aurait pu s'attendre.

Selon nos analyses bivariées, l'inflammation est positivement associée et de manière statistiquement significative à la présence de mesures. Or, l'inflammation est également associée au siège « membres supérieurs et épaules ». La hernie est négativement associée à la présence de mesures ($p < 0,05$). Par ailleurs, des répondants des entreprises ont indiqué que le caractère musculo-squelettique des lésions entrave le processus de maintien du lien d'emploi, et ce, pour les motifs suivants : la perception que les diagnostics sont imprécis et la difficulté d'identifier un poste ne requérant pas l'utilisation de la force physique dans leur entreprise.

Des représentants des entreprises sont d'avis que la gravité importante des lésions peut entraver le choix de postes assignés temporairement. Par ailleurs selon nos analyses bivariées, des durées d'absence de 0 à 44 jours et de 188 à 365 jours sont positivement associées, de manière statistiquement significative, à la présence de mesures de MLE. Nous observons également que les durées observées de 0 à 44 jours sont plus fréquentes dans les grandes entreprises. Les durées d'absence variant de 45 à 90 jours sont associées pour leur part, de manière statistiquement significative, à l'absence de mesure.

Enfin selon nos analyses statistiques, la présence de rechutes est positivement associée, de manière statistiquement significative, à la présence de mesures. Nous observons également que les rechutes sont positivement associées à une durée d'absence variant de 366 à 730 jours.

5. CONCLUSION

Dans l'ensemble, les opinions des experts et le contenu des politiques québécoises semblent partager la même théorie sous-jacente : il importe de prévenir la chronicité des lésions en favorisant un retour précoce des travailleurs dans leur milieu de travail. Plus une absence est prolongée et plus le travailleur risque de rencontrer des problèmes d'origine psychosociale susceptibles d'entraver son retour au travail chez son employeur.

Les objectifs des interventions recommandées par les auteurs concordent généralement avec ceux énoncés par nos répondants. Toutefois, nous observons certains écarts entre les objectifs suivants, énoncés par les auteurs, et nos répondants : 1) améliorer l'état de santé des travailleurs souffrant d'incapacité, 2) éviter que les travailleurs se retrouvent sans emploi, et 3) minimiser l'impact et plus particulièrement les coûts des incapacités pour les employés et les entreprises. Le premier objectif est rarement énoncé par les répondants de la CSST et des entreprises. Les deuxième et troisième objectifs apparaissent dans le discours de nos répondants de la CSST. Le second objectif est absent du discours des répondants des entreprises alors que pour le troisième objectif, on met l'accent sur l'impact des lésions sur les entreprises.

Les données issues des entreprises nous ont permis d'observer une grande variabilité au niveau de la structure des interventions qui oscille entre la présence d'une seule personne responsable des dossiers de réinsertion professionnelle à la mise en place d'équipes composées de ressources internes, quelquefois paritaires, et de ressources externes. Des experts insistent sur l'importance d'impliquer les superviseurs (contremaîtres) dans les décisions relatives au retour au travail. Cette préoccupation est marginale chez nos répondants des entreprises. Plusieurs répondants déplorent le manque de collaboration des contremaîtres. Cependant, on ne semble pas avoir amorcé de réflexion sur les mécanismes par lesquels ils pourraient participer aux décisions.

Un autre point qui distingue les recommandations d'experts et nos données relatives à la structure des interventions concerne la participation des travailleurs aux décisions. Des auteurs sont d'avis que les équipes qui travaillent à la réinsertion professionnelle en entreprise devraient intégrer le travailleur victime de la lésion. Nos données indiquent qu'une telle approche est marginale. Les intervenants de la CSST et des représentants des entreprises contactent et informent les travailleurs des démarches qu'ils entreprennent pour les réinsérer au travail. Ils peuvent le consulter à l'occasion. Mais l'implication du travailleur n'est pas systématique.

Il existe des écarts entre les dimensions du processus recommandées par les auteurs et celles que nous avons observées. Les auteurs conseillent d'avoir recours à une démarche systématique pour concevoir et implanter le programme de même que pour traiter chacun des dossiers des travailleurs. La démarche proposée pour la conception et l'implantation de programme s'appuie sur un modèle de santé publique, soit : l'identification des besoins, la formulation d'objectifs et d'une politique organisationnelle, la formation de l'ensemble des employés concernant le programme, l'identification des ressources impliquées, l'allocation des tâches, et l'évaluation du programme. En ce qui concerne le traitement individuel des dossiers, on recommande un plan de retour graduel au travail régulier impliquant les étapes suivantes : l'évaluation des capacités fonctionnelles des travailleurs et des exigences des postes; la prise en compte des problèmes

psychologiques et émotionnels qui accompagnent les incapacités; l'assignation de postes dont les tâches sont significatives pour les travailleurs et dont les exigences correspondent à ses capacités; le suivi et l'évaluation clinique continu du travailleur au poste auquel il est assigné temporairement en vue d'un retour progressif au poste régulier. Nos données indiquent que les entreprises n'ont pas recours à de telles démarches systématiques. Les interventions des entreprises semblent être implantées de manière ponctuelle, sans planification organisationnelle préalable. Par ailleurs en ce qui concerne le traitement individuel des dossiers, nos données semblent indiquer que la majorité des répondants des entreprises connaissent la nature des démarches qui devraient faire partie d'un plan de retour au travail progressif. Toutefois, la majorité des répondants sont d'avis qu'ils ne possèdent ni les compétences ni les ressources internes nécessaires pour les réaliser. Seules les entreprises qui ont recours à des ressources externes (CSST, ASP, équipes locales de santé au travail ou consultants privés) semblent s'engager sur une voie de traitement systématique des dossiers.

Nos résultats semblent indiquer que certaines caractéristiques structurelles des entreprises ont un effet sur l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi. Il s'agit du secteur d'activité économique, de la taille, de la santé financière, de la présence d'un syndicat, des caractéristiques du comité de santé et de sécurité du travail, de la présence d'un programme de prévention. Ces variables semblent avoir un effet sur les caractéristiques de la structure, c'est-à-dire sur les qualifications et l'importance des ressources consacrées aux interventions de maintien du lien d'emploi.

Notre étude semble indiquer que la mise en place de procédures formelles relatives à la SST permettrait de formaliser la politique organisationnelle de maintien du lien d'emploi et de standardiser le processus du programme. Aucune étude empirique ne s'est penchée sur cette question. Par ailleurs, selon nos données, les aspects suivants associés à la convention collective pourraient entraver les démarches visant l'application de mesures de retour précoce au travail : 1) la présence de clauses relatives à l'ancienneté pour l'attribution de postes, 2) la connaissance de ces clauses par les acteurs organisationnels, 3) l'absence de relations harmonieuses entre les représentants patronaux et syndicaux. Ce phénomène pourrait entraver le recours à des ententes particulières pour modifier ou suspendre l'application de la convention. Enfin, il semble que la présence d'accréditations multiples au sein d'une entreprise crée obstacle à l'assignation de postes.

Nos données indiquent qu'il peut exister une variation au niveau des attitudes, des valeurs, des attributions et des comportements entre les différents acteurs organisationnels. Cette variation semble avoir une incidence sur le climat de travail, les relations intra-organisationnelles et la collaboration entre les acteurs. Les attitudes et les valeurs de la personne responsable des dossiers de réinsertion professionnelle semblent être déterminantes. Toutefois, les valeurs et les attitudes des hauts dirigeants peuvent influencer l'importance des ressources qu'ils accordent aux interventions de MLE, ce qui peut moduler la capacité d'action des gestionnaires responsables des dossiers de réinsertion professionnelle. De même, la sensibilité des contremaîtres et des directeurs de production à l'égard des travailleurs victimes de lésions professionnelles aurait une incidence positive sur la communication entre les acteurs et la flexibilité de l'assignation des postes. Il semble également qu'ils seraient plus favorables à l'assignation temporaire lorsque

l'incidence des lésions professionnelles et les coûts associés aux durées d'absence font partie des critères d'évaluation de leur rendement. Les attitudes des représentants syndicaux à l'égard des mesures de maintien du lien d'emploi seraient liées à leur perception des objectifs des interventions, à la gravité des lésions et à l'accord des travailleurs. L'attitude des collègues dépendrait du climat de travail et de la perception de la gravité des lésions. Leur attitude aurait une influence sur le support offert au travailleur lors de son retour au travail.

Selon nos données, l'organisation du travail aurait une incidence sur la flexibilité de l'assignation des postes. Une forte spécialisation des tâches, des exigences physiques de travail importantes, le recours à la sous-traitance et la présence de statuts d'emploi précaires diminueraient la disponibilité de postes. L'effet du recours à de nouvelles technologies varierait selon qu'il est accompagné ou non de coupures de postes.

Nos données semblent indiquer que les intervenants du réseau de la SST jouent un rôle majeur en offrant des services d'expertise jugés utiles par la plupart de nos répondants pour l'implantation d'un programme de maintien du lien d'emploi et le traitement individuel des dossiers.

De manière générale, les contacts entre les entreprises et les médecins traitants sont rares. Selon nos répondants, leur méconnaissance des milieux de travail et des exigences des tâches peut entraver le processus de retour précoce au travail.

Les caractéristiques régionales semblent avoir une incidence sur la proximité sociale des acteurs. Or cette proximité pourrait entraver le retour au travail de certains travailleurs en raison d'une stigmatisation sociale. À notre connaissance cet aspect n'a fait l'objet d'aucune étude.

Les répondants de la CSST sont d'avis que des caractéristiques socio-démographiques peuvent être associées au retour au travail. Par contre, les répondants des entreprises font rarement référence aux caractéristiques socio-démographiques des travailleurs et de leurs lésions pour tenter d'expliquer la mise en œuvre de mesures de maintien du lien d'emploi. Dans certains cas, on cite les caractéristiques organisationnelles propres au secteur, l'âge et le vieillissement physiologique des travailleurs, la connaissance de la langue et le caractère musculo-squelettique de lésions pour tenter d'expliquer les difficultés d'implanter des mesures de MLE. Par ailleurs, les résultats de nos analyses statistiques bivariées indiquent que la proportion des dossiers qui ont fait l'objet de mesures est plus élevée chez les travailleurs âgés entre 30 et 39 ans. Le sexe et le groupe professionnel sont également associés aux mesures de MLE. En ce qui concerne les caractéristiques des lésions, nous avons observé que l'inflammation et la présence de lésions aux membres supérieurs et aux épaules sont positivement associées à la présence de mesures de MLE.

Compte tenu de l'objet de notre étude, nous n'avons pas passé en revue les nombreuses études qui ont uniquement tenté d'identifier les caractéristiques socio-démographiques des travailleurs et de leurs lésions associées au retour au travail. Nous avons identifié trois études qui ont tenté d'identifier à la fois les effets de telles variables et ceux de quelques caractéristiques organisationnelles. Baril et al. (1994) semblent indiquer que le maintien du lien d'emploi est avant tout associé à des caractéristiques des entreprises plutôt qu'à celles des travailleurs et de leurs lésions. Butler et al. (1995) observent pour leur part que chaque année de vieillissement

augmente la probabilité de ne pas retourner au travail chez les travailleurs les plus âgés et chez les femmes. La probabilité de conserver l'emploi d'origine est plus grande pour les travailleurs qui souffrent de foulure ou d'entorses (autres que lombaires) et chez ceux dont le degré de scolarité est élevé. Enfin, selon l'étude de Johnson et Baldwin (1993) l'âge serait la seule variable socio-démographique susceptible d'expliquer le retour au travail.

Les résultats de nos analyses multidimensionnelles illustrent le caractère complexe des relations interdépendantes susceptibles d'exister entre les variables socio-démographiques des travailleurs, les caractéristiques de leurs lésions, les attributs structurels des entreprises et la présence de mesures de MLE. Ces relations interdépendantes sont particulièrement frappantes lorsque nous considérons les secteurs d'activités, la nature et les sièges des lésions. Un même secteur d'activités tel que le transport et l'entreposage peut apparaître à la fois dans une classe de la population qui se distingue par l'absence de mesures et dans une classe des dossiers qui ont fait l'objet de mesures. La nature et le site des lésions comptent parmi les principaux facteurs qui distinguent les deux classes. Dans le premier cas (sans mesure) les traumatismes aux muscles, les contusions, les affections du rachis et les hernies distinguent la classe, de même que les sièges des lésions, soit : tronc et cou, membres inférieurs et sièges multiples. Dans le second cas (avec mesure), on retrouve des traumatismes aux os et des contusions. Les sièges des lésions sont les membres inférieurs et les sièges multiples. Ces résultats semblent indiquer que l'implantation de mesures de MLE dans un même secteur peut varier en fonction de la nature et des sites des lésions. En d'autres termes ces variables (nature et site) semblent être modératrices, c'est-à-dire modifier la relation susceptible d'exister entre les caractéristiques des ressources consacrées aux interventions de MLE et celles du processus des interventions.

La figure qui suit illustre les grandes lignes du modèle théorique qui se dégage de nos résultats. Ainsi, la taille et le secteur d'activités de l'entreprise auraient à la fois une influence sur la structure (caractéristiques des ressources) des interventions de MLE et sur l'organisation du travail des entreprises. La structure des interventions de MLE influencerait les caractéristiques du processus des interventions (formalisation, standardisation, systématisation, flexibilité, continuité). Deux catégories de variables auraient des effets modérateurs, soit le contexte organisationnel de l'entreprise (types de lésions, organisation du travail, culture, règles, et relations intra-organisationnelles) et le milieu (acteurs du réseau de la SST et proximité sociale) dans lequel elle opère. Par effet modérateur nous entendons que ces variables pourraient augmenter ou diminuer l'influence de la structure sur le processus de MLE. Ce modèle devra faire l'objet d'une étude analytique dans la seconde phase du présent projet. Nous tenterons de mettre notre modèle théorique à l'épreuve au plan empirique.

Compte tenu du peu de connaissances scientifiques sur le sujet, il serait pertinent que des recherches tentent d'évaluer si la variation des interventions de maintien du lien d'emploi a des effets sur la durée d'absence du poste régulier, le nombre de rechutes et l'aggravation des lésions. De telles études devraient également mesurer l'influence possible des éléments du contexte organisationnel susceptibles d'altérer les effets des interventions.

BIBLIOGRAPHIE

- AITKEN, R.C.B., CORNES, P., To work or not to work: that is the question, *British Journal of Industrial Medicine*, 1990, vol. 47, pp. 436–441.
- AKABAS, S.H., Disability management: A longstanding trade union mission with some new initiatives, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, vol. 17, no. 3, Fall 1986, pp. 33-37.
- AKABAS, S.H., Transitional Employment Encourages Earlier Return To Work, *HRfocus*, July 1992, p. 21.
- AKABAS, S.H., AKABAS, S.A., Social services at the workplace: New resource for management, *Management Review*, vol. 71, no.5, May 1982, pp. 15-20.
- AKABAS, S.H., GATES, L.B., *Stress and disability management project: final report*, Columbia University School of Social Work, 1993, 100 p.
- AKABAS, S.H., GATES, L.B., GALVIN, D.E., *Disability Management, A Complete System to Reduce Costs, Increase Productivity, Meet Employee Needs, and Ensure Legal Compliance*, Amacom, 1992.
- ALLINGHAM, R., HYATT, D., *Measuring the impact of vocational rehabilitation on the probability of post-injury return to work*, Ontario Workers' Compensation Board, April 1993.
- ASHTON, P.C., Rehabilitation in a corporate setting, *Journal of Rehabilitation*, vol. 45, no. 3, pp. 26-29.
- BARAN-ETTIPIO, B.J., CENTENO, E.J., Early return-to-work programs, *Work: A journal of prevention, assessment and rehabilitation*, vol. 3, no. 3, Summer 1993, pp. 9-13.
- BARIL, R., MARTIN, J.-C., LAPOINTE, C., MASSICOTTE, P., *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*, IRSST, Études et Recherches, R-082, 1994, 413 p.
- BAYER, G., GERSTEIN, L., Supervisory attitudes toward impaired workers: A factor analytic study of the behavior index of troubled employees (BITE), *The Journal of Applied Behavior Science*, vol. 24, no. 4, 1988, pp. 413-422.
- BEAR-LEHMAN, J., Factors Affecting Return to Work After Hand Injury, *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 37, no. 3, March 1983, pp. 189-194.
- BEAUDWAY, D.L., 3M: A disability management approach, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, vol. 17, no. 3, Fall 1986, pp. 20-22.

- BÉLANGER, P.R., LÉVESQUE, B., Éléments théoriques pour une sociologie de l'entreprise : des classiques aux « néo-classiques », *Cahiers de recherche sociologique*, nos. 18-19, 1992, pp. 55-92.
- BELL, P.M., Rehabilitation of disability benefit claimants other than dependency, *Employee Benefits Journal*, June 1995, pp. 23-27.
- BENZÉCRI, F., Introduction à la classification ascendante hiérarchique d'après un exemple de données économiques, *Les Cahiers de l'Analyse de Données*, vol. 10, no. 3, 1985, pp. 279-302.
- BICKMAN, L., *Using program theory in evaluation, New directions for program evaluation*, San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
- BIGOS, S.J., SPENGLER, D.M., MARTIN, N.A. et al., Back Injuries in Industry: A Retrospective Study, III. Employee-related Factors, *Spine*, vol. 11, no. 3, 1986, pp. 252-256.
- BRICKMAN, P. RABINOWITZ, V.C. et al., Models of helping and coping, *American Psychologist*, vol. 37, no. 4, April 1982, pp. 368-384.
- BURCKE, J.M., Return-to-work program healthy for Belz and employees, *Business Insurance*, vol. 26, no. 13, March 1992, pp. 132-136.
- BURGER, J.M., Motivational biases in the attribution of responsibility in the attribution of responsibility for an accident: A meta-analysis of the defensive-attribution hypothesis, *Psychological Bulletin*, vol. 90, no. 3, 1981, pp. 496-512.
- BURKHAUSER, R.V., BUTLER, J.S., KIM, Y.W., The importance of employer accomodation on the job duration of workers with disabilities: A hazard model approach, *Labour Economics*, vol. 2, no. 2, 1995, pp. 109-130.
- BUTLER, R.J., JOHNSON, W.G., BALDWIN, M.L., Managing work disability: why first return to work is not a measure of success, *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 48, no. 3, April 1995, pp. 452-469.
- BUTLER, R.J., JOHNSON, W.G., BALDWIN, M.L., *Post-Injury Employment Patterns in Ontario*, School of Industrial Relations, Queen's University, April 1993.
- CARPENTER, G.C., Disabilities management strategies: the workability system, *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Review*, vol. 6, no. 2, June 1992.
- CERVENEC, M., The role of an eap in a disability management program, *Employment in the Mainstream*, vol. 20, no. 3, May/June 1995, pp. 10-11.
- CHELIUS, J., GALVIN, D., OWENS, P., Disability: It's more expensive than you think, *Business & Health*, vol. 10, no. 4, March 1992, pp. 78-84.

- CLOUTIER, E., The effect of age on safety and work practices among domestic trash collectors in Québec, *Safety Science*, vol. 17, 1994, pp. 291-308.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.-L., PINEAULT, R., *L'évaluation dans le domaine de la santé*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, 1992.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J.-L., BOYLE, P., *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*, Les Presses de l'Université de Montréal, 1990.
- CONVERGENCE, Belle année pour vous doter d'un programme de maintien du lien d'emploi, *Bulletin du Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec*, janvier 1996.
- CONVERGENCE, L'assignation temporaire... il faut que ça roule!, *Bulletin du Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec*, vol. 9, no. 1, mars 1993, pp. 1-16.
- CORNALLY, S., Management's participation in rehabilitation: success vs. failure, *Journal of Occupational Health and Safety, Australia and New-Zealand*, vol. 3, no. 4, 1986, pp. 382-387.
- CRISP, R., Return to work after traumatic brain injury, *The Journal of Rehabilitation*, vol. 58, no. 4, October/November 1992, pp. 27-33.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST), *Le maintien du lien d'emploi. Pour un prompt et durable retour au travail*, Québec, 1993.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST), *Rapport annuel d'activité 1997*, Québec, 1998.
- DAHLÉN, P., WERNERSSON, S., Rehabilitation in Swedish Industry, An Industrial Economic Analysis, *The International Journal of Human Factors in Manufacturing*, vol. 6, no. 2, 1996, pp. 89-99.
- DAUJARD, E., Maintien dans l'emploi des personnes handicapées 1 et 2, *Préventique-Sécurité*, no. 27, mai/juin 1996, pp. 61-64 et no. 28, juillet/août 1996, pp. 102-105.
- DEITSCH, C.R., DITTS, D.A., Getting absent workers back on the job: The case of General Motors, *Business Horizons*, vol. 24, no. 5, September/October 1981, pp. 52-58.
- DENT, G.L., Curing the disabling effects of employee injury, *Risk Management*, vol. 32, no. 1, January 1985, pp. 30-32.
- DRURY, D., Disability management in small firms, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, vol. 34, no. 3, March 1991, pp. 243-256.

- DUBOIS, N., Le locus of control, In : DESCHAMPS, J.-C., BEAUVOIS, J.-L. (Éds), *La psychologie sociale Tome II. Des attitudes aux attributions. Sur la construction de la réalité sociale*, Presses universitaires de Grenoble, 1996, pp. 227-236.
- DUCHARME, C., La gestion efficace de la réadaptation professionnelle chez Northern Télécom, *Osmose*, décembre 1994, pp. 5-11.
- DURAND, M.-J., LOISEL, P., DURAND, P., Le retour thérapeutique au travail : une intervention de réadaptation centrée sur le milieu de travail. Description et fondements théoriques, *Canadian Journal of Occupational Therapist*, vol. 65, no. 2, 1998, pp. 72-88.
- ECKENHOFF, E.A., Medical rehabilitation for disabled employees, *Business & Health*, vol. 1, no. 6, 1984, pp. 29-31.
- ELIAS, J.A., GROWICK, B., Rehabilitation and workers' compensation: where are we today?, *Narpps Journal*, vol. 9, no. 4, November 1994, pp. 123-136.
- ELLENBERGER, J.N., "Getting Injured Workers Back to Work - A Union View, in *The Future of Injured Workers in Washington: Perspectives, Problems and Programs that Work*, Forum Syllabus, Washington State University, Washington, 1989, pp. 9-12.
- ERNST AND YOUNG, Companies require better management of disability plans, says study, *Canada NewsWire* (on Internet : <http://www.island.net/~keane/ernst.htm>), December 1995.
- FENELON, J.-P., *Qu'est-ce que l'Analyse des Données?*, Lefonen, Paris, 1981.
- FLETCHER, M., Safety diligence protects profits as well as workers, *Business Insurance*, vol. 26, no. 32, August 1992, p. 12.
- FRIEDMAN, S., Back-to-Work WC programs pay big dividends, *National Underwriter*, vol. 99, no. 19, May 1995, pp. 3-26.
- FRUEN, M., Disability management focuses on prevention., *Business & Health*, vol. 10, no. 12, October 1992, pp. 24-29.
- GALVIN, D.E., Health promotion, disability management, and rehabilitation in the workplace, *Rehabilitation Literature*, vol. 47, no. 9-10, September/October 1986, pp. 218-223.
- GALVIN, D.E., ROESSLER, R.T., Employee Support Services: A Sound Investment, *Personnel*, vol. 63, no. 7, July 1986, pp. 54-58.
- GALVIN, D.E., SCHWARTZ, G., Employer-based disability management and rehabilitation initiatives, *Data Institute*, The Catholic University of America, 1986.

- GATES, L.B., The role of the supervisor in successful adjustment to work with a disabling condition: Issues for disability policy and practice, *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 3, no. 4, December 1993, pp. 179-190.
- GIBSON, K.J., ZERBE, W.J., FRANKEN, R.E., Employers perceptions of the re-employment barriers faced by older job hunters, *Relations Industrielles*, vol. 48, no. 2, 1993, pp. 321-335.
- GRALY, J.M., YI, S., JENSEN, G.M. et al., Factors Influencing Return To Work For Clients in a Work-Hardening Center, *Work*, vol. 4, no. 1, 1994, pp. 9-21.
- GUYNES, D., Work Hardening can cut costs, *Safety & Health*, April 1989, pp. 40-43.
- HABECK, R.V., Managing disability in industry, *Narpps Journal and News*, vol. 6, no. 4, 1991, pp. 141-146.
- HABECK, R., KRESS, M., SCULLY, S., KIRCHNER, K., Determining the significance of the disability management movement for rehabilitation counselor education, *Rehabilitation Education*, vol. 8, no. 3, 1994, pp. 195-240.
- HABECK, R.V., LEAHY, M.J., HUNT, A.H. et al., Employer factors to workers' compensation claims and disability management, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, vol. 34, no. 3, March 1991, pp. 210-226.
- HEALY, B.M., Early intervention, physical therapy and industrial rehabilitation: prescription for success, *Continuing Care*, vol. 14, no. 2, March 1995, pp. 15-16, 18.
- HENNESSEY, J.C., MULLER, S.L., The effect of vocational rehabilitation and work incentives on helping the disabled-worker beneficiary back to work, *Social Security Bulletin*, vol. 58, no. 1, Spring 1995, pp. 15-28.
- HENNESSEY, J.C., MULLER, S.L., Work efforts of disabled-worker beneficiaries: Preliminary findings from the new beneficiary follow up survey. *Social Security Bulletin*, vol. 57, no. 3, Fall 1994, pp. 42-51.
- HERNANDEZ, D., Âge et évolution des aptitudes., *Performances Humaines & Techniques*, no. 81, mars-avril 1996, pp. 16-18.
- HESTER, E.J., KENAGY, M.L., DECELLES, P.G., Ideal disability management practices: a survey of disability management advocates and practitioners, *American Rehabilitation*, vol. 18, no. 4, Winter 1992, pp. 11-16.
- HOCKING, B., Evaluation of an occupational rehabilitation program. *Journal of Occupational Health and Safety, Australia and New-Zealand*, vol. 5, no. 4, 1989, pp. 307-315.

- HOCKING, B., KASPERCZYK, R., SAVAGE, C., GORDON, I., An evaluation of occupational rehabilitation in Telecom, *Journal of Occupational Health and Safety, Australia and New-Zealand*, vol. 9, no. 1, 1993, pp. 17-30.
- HOGAN, M.M., The organization and the injured worker, *Medical Care Review*, vol. 48, no. 4, Winter 1991, pp. 450-472.
- INCONNU, Focus on disability management: Employers show creativity in cutting workers' comp., *Employee Benefit Plan Review*, vol. 50, no. 9, March 1996, pp. 34-37.
- JOHNSON, J., Role of the occupational therapist in an on-site occupational rehabilitation program: a case study, *Work*, vol. 3, no. 3, Summer 1993, pp. 73-76.
- JOHNSON, W.G., BALDWIN, M., *Returns to work by Ontario workers with permanent partial disabilities*, Ontario Workers' Compensation Board, September 1993, 73 p.
- JOHNSON, W.G., ONDRICH, J., The Duration Of Post Injury Absences From Work, *The Review of Economics and Statistics*, vol. LXXII, no. 4, November 1990, pp. 578-586.
- JONES, R.H., Industrial rehabilitation at Kodak, *Business & Health*, vol. 3, no. 2, 1985, pp. 26-28.
- JULIFF, R.J., POLAKOFF, P.L., An integrated approach to disability management, *Risk Management*, vol. 41, no. 4, April 1994, pp. 91-98.
- KNEIPP, S., Home-based support: the link of employability, *Journal of Vocational Rehabilitation*, vol. 2, no. 3, Summer 1992, pp. 25-31.
- KNOKE, D., KAUFMAN, N.J., The reliability of organisational measures from informant reports, Paper presented at the *American Sociological Association, annual meeting*, San Francisco, August 1989.
- KOMAKI, J., BARWICK, K.D., SCOTT, L.R., A behavioral approach to occupational safety: Pinpointing and reinforcing safe performance in a food manufacturing plant, *Journal of Applied Psychology*, vol. 63, no. 4, 1978, pp. 434-445.
- KOMAKI, J., HEINZMANN, A.T., LAWSON, L., Effect of training and feedback: Component analysis of a behavioral safety program, *Journal of Applied Psychology*, vol. 65, no. 3, 1980, pp. 261-270.
- LACRETE, M., WRIGHT, G.R., Return to work determination, *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews*, vol. 6, no. 2, June 1992, 11 p.
- LAPOINTE, P.-A. (avec la collaboration de BÉLANGER, P.R., LÉVESQUE, B.), Grille de collecte des données pour une monographie d'usine, *Cahiers du Collectif de recherche*

- sur les innovations sociales dans les entreprises et les syndicats (CRISES)*, no. 9303, Université du Québec à Montréal, 1993.
- LEFEBVRE, L., Réinsertion professionnelle dans l'industrie sidérurgique après infarctus du myocarde. Étude de 470 cas, *Cahier de médecine du travail*, vol. XXX, no. 4, 1993, pp. 171-179.
- LEGAULT, M.-J. (sous la direction de), *Problèmes de santé au travail*, Télé-Université, Université du Québec, 1994.
- LÉVESQUE, M., L'assignation temporaire dans les établissements affiliés à la CSN : état de la situation, Enquête réalisée pour la *Confédération des syndicats nationaux*, Centre de recherche et d'évaluation sociales et appliquées, mars 1993.
- LEVINE, K., SHIEBER, A. et al., Emotional problems of the disabled worker who cannot return to his former occupation, *Journal of Occupational Health and Safety, Australia and New-Zealand*, vol. 4, no. 4, 1988, pp. 313-318.
- LEVITAN, S., TAGGART, R., Rehabilitation, employment and the disabled, In: J. Rubin (Ed.), *Alternatives in rehabilitating the handicapped: A policy analysis*. New York: Human Sciences Press, 1982, pp. 89-149.
- LEWIN, D., SCHECTER, S., Four factors lower disability rates, *Personnel Journal*, vol. 70, no. 5, May 1991, pp. 99-103.
- LINTON, S.J., The manager's role in employees' successful return to work following back injury, *Work & Stress*, vol. 5, no. 3, 1991, pp. 189-195.
- LOISEL, P., *Centre de prévention des incapacités prolongées et des situations de handicap relatives au travail, secondaires à des atteintes de l'appareil locomoteur*, Santé publique, Montérégie, décembre 1994, 19 p.
- LOISEL, P., *Développement et évaluation d'un modèle systémique de prise en charge des dorso-lombalgies dans trente et une entreprises de Sherbrooke*, document de travail à diffusion restreinte, 1995.
- LOISEL, P., *La thérapie de récupération fonctionnelle : un modèle clinique de réinsertion précoce des travailleurs atteints de maux de dos*, Document de travail à diffusion restreinte, 1995.
- LOISEL, P., DURAND, P. et coll., Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study, *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 51, 1994, pp. 597-602.
- LUNDELL, P.M., Disability: A manageable risk, *Health Cost Management*, vol. 2, no. 2, 1985, pp. 5- 12.

- LUSTED, M.J., Predicting return to work after rehabilitation for low back injury, *Australian Journal of Physiotherapy*, vol. 39, 1993, pp. 203-210.
- MAGORA, A., Investigation of the relation between low back pain and occupation., *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 5, no. 4, 1973, pp. 191-196.
- MAGREGA, D.J., SPENCER, W.A. et al., Factors involved in time taken in returning to work after an industrial injury, *Journal of Rehabilitation*, vol. 59, no. 2, April/May/June 1993, pp. 13-17.
- MARTIN, K.J., EISENBERG, C., MCDONALD, G., SHORTRIDGE, L.A., Application of the menninger return-to-work scale among injured workers in a production plant, *Journal of Rehabilitation*, vol. 60, no. 2, April/May/June 1994, pp. 42-46.
- MASENGARB, L., Formulating an in-house disability management program, *Employment Relations Today*, vol. 21, no. 3, Autumn 1994, pp. 307-317.
- MICHEL, B., Pour une prise en compte de la notion de situation de handicap dans les entreprises, *Performances Humaines & Techniques*, no. 64, mai-juin 1993, p. 22-24.
- MILLER, R.E., Occupational health consultation as a systematic approach to managing work-related musculoskeletal injuries, *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 1, no. 1, March 1991, pp. 31-42.
- MITCHELL, K.D., SHREY, D.E., The risk manager's guide to disability management, *Risk Management*, vol. 32, no. 9, pp. 42-46.
- MORRISON, M.H., Rehabilitation and return to work, *Work*, vol. 3, no. 1, 1993; pp. 48-54.
- MULLER, S.L., Forging linkages: Modifying disability benefit programs to encourage employment, *Social Security Bulletin*, vol. 53, no. 10, October 1990, pp. 22-25.
- MUNDY, R.R., MOORE, S.C. et al., Disability Syndrome: The effects of early vs. delayed rehabilitation intervention. *AAOHN Journal*, vol. 42, no. 8, August 1994, pp. 379-383.
- NARIMON, T. et al., Experiences of successful action programmes for occupational health, safety, and ergonomics promotion in small scale enterprises in Thailand, *Journal Of Human Ergology*, vol. 24, no. 1, 1995, pp. 105-115.
- OLEINICK, A., GLUCK, J.V., GUIRE, K.E., Establishment size and risk of occupational injury, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 28, no. 1, 1995, pp. 1-21.
- OUELLETTE, R., Return to work: What's the problem?, *OH&S Canada*, January/February 1996, p. 82.

- PADGETT, M., HOLLANDER, E.C., WARDEN, L., COLEMAN, R.T., SCHWARTZ, R., Evaluation of a model return-to-work program in Texas, *Work: a journal of prevention, assessment and rehabilitation*, vol. 3, no. 3, Summer 1993, pp. 21-41.
- PATI, G.C., Economics of rehabilitation in the workplace, *Journal of Rehabilitation*, vol. 51, no. 4, 1985, pp. 22-30.
- PERHAM, J., Rehabilitating disabled workers, *Dun's Business Month*, vol. 123, no. 6, 1984, pp. 80-82.
- PRANSKY, G., HIMMELSTEIN, J.S., HICKS, T., Methodologic challenges in measuring work status as an outcome: A literature analysis., *PREMUS 95*, Montréal, p. 35-37.
- QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1988.
- RACHINSKY, J.W., Disability management key to today's LTD Ins, *National Underwriter*, vol. 100, no. 8, February 1996, p. 14.
- RATTIFF, J.C., GROGAN, T., Early return to work profitability, *Professional Safety*, vol. 34, no. 3, March 1989, pp. 11-17.
- REICH, R., *The next American frontier*, New York: Penguin Books, 1983.
- RIETH, L., AHRENS, A., CUMMINGS, D., Integrated disability management: Taking a coordinated approach to managing employee disabilities, *AAOHN Journal*, vol. 43, no. 5, May 1995, pp. 270-275.
- ROMIER, P., L'ergonomie au service du reclassement des victimes des risques professionnels: deux exemples significatifs, dossier : Handicap et Travail, *Performances Humaines & Techniques*, no. 64, mai-juin 1993, pp. 19-22.
- RYAN, W.E., KRISHNA, M.K., SWANSON, C.E., A prospective study evaluating early rehabilitation in preventing back pain chronicity in mine workers, *Spine*, vol. 20, no. 4, February 15, 1995, pp. 489-491.
- SAARI, J., BÉDARD, S. et al., Successful training strategies to implement a workplace hazardous materials information system, *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, no. 5, May 1994, pp. 569-574.
- SADOW, D., Irrational attributions of responsibility: who, what, when, and why, *Psychological Reports*, vol. 52, no. 2, April 1983, pp. 403-406.
- SCHACHNER, M., Protocols aid physicians in workers comp diagnoses, *Business Insurance*, vol. 28, no. 42, October 1994, p. 26-27.

- SCHWARTZ, G., Disability Costs: The impending crisis, *Business and Health*, vol. 1, no. 6, May 1984, p. 25-28.
- SCHWARTZ, R.K., Perspectives: return-to-work programs, *Work: a journal of prevention, assessment and rehabilitation*, vol. 3, no. 3, Summer 1993, pp. 2-8.
- SCHWARTZ, S.H., FLEISHMAN, J.A., Personal norms and the mediation of legitimacy effects on helping, *Social Psychology*, vol. 41, no. 4, 1978, pp. 306-315.
- SHAFER, R.A., GRAHAM, G.S., Simplifying the return-to-work maze, *Risk Management*, vol. 42, no. 2, February 1995, pp. 45-47.
- SHOEMAKER, R.J., *Corporate resistance to early return to work policy*, Western Michigan University, Thesis, 1989, 187 p.
- SHOEMAKER, R.J., ROBIN, S.S., ROBIN, H.S., Reaction of disability through organisation policy; Early return to work policy, *Journal of Rehabilitation*, vol. 58, no. 3, July/September 1992, pp. 18-24.
- SHREY, D.E., LACERTE, M. (Eds.), *Principles and practices of disability management in industry*, GR Press Inc., 1995.
- SHREY, D.E., OLSHESKI, J.A., Disability management and industry-based work return transition programs, *Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 6, no. 2, June 1992, 7 p.
- SIMARD, M., *Développer l'implication des superviseurs*, IRSST, Été-automne 1993, pp. 17-21.
- SMITH, S.L., Owens Corning: Insulating against high disability costs, *Occupational Hazards*, vol. 56, no. 7, July 1994, pp. 33-36.
- STEIN, J., Xerox's style of disability management, *Business and Health*, vol. 3, no. 1, November 1985, pp. 47-49.
- SUSSMAN, M.B., Vocational rehabilitation perspectives for policy analysis and change, *Vocational Rehabilitation*, ch. 3, 1982, Edited by Jeffrey Rubin, Human Sciences Press, pp. 151-187.
- TATE, D.G., Workers' disability and return to work, *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 71, no. 2, April 1992, pp. 92-96.
- TATE, D.G., HABECK, R.V., GALVIN, D.E., Disability Management: Origins, concepts and principles for practice, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, vol. 17, no. 3, Fall 1986, pp. 5-12.
- TAYLOR, M.C., *Managing disability, recovery and re-employment*, paper presented at the 8th Annual National Disability Management Conference, October 1994.

- TAYLOR, S., Enhancing productivity with return-to-work programs, *Risk Management*, February 1992, pp. 43-46.
- TORTAROLO, J.S., POLAKOFF, P.L., The future of disability management is... Integration, *Benefits Quarterly*, vol. 11, no. 3, Third Quarter, 1995, pp. 49-55.
- UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA, Some Questions and Answers about Disability Management, on Internet (<http://www.cstudies.ubc.ca/disman/qanda.htm>).
- U.S. BUREAU OF LABOR STATISTICS, *Occupational Injuries and Illness Classification system*, 1992.
- VALOIS, P., GODIN, G., DESHARNAIS, R., *Théorie de prédiction du comportement : la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement interpersonnel, la théorie du comportement planifié*, vol. 4, no. 1, Université Laval, Faculté des sciences de l'éducation, Département de mesure et d'évaluation, Sainte-Foy, 1991.
- VÉZINA, M., GINGRAS, S., GIRARD, S.A., BOURBONNAIS, R., *Étude de l'influence de certaines caractéristiques des entreprises et du secteur de la construction sur les accidents du travail*, IRSST, Études et recherches, R-136, 115 p.
- WALKER, J.M., The difference between disability and impairment: a distinction worth making, *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 3, no. 3, September 1993, pp. 167-172.
- WALKER, J.M., HEILE, G., HEFFNER, F., 10 tips for disability management programs, *Risk Management*, vol. 42, no. 6, June 1995, pp. 57-61.
- WATSON, H., WHALLEY, S., MCCLELLAND, I., Matching work demands to functional ability, in *Ergonomics: the physiotherapist in the workplace*, edited by M. Bullock, Melbourne: Churchill Livingstone, 1990, p. 231-257.
- WATSON, S., Disability Management, *Personnel Administrator*, vol. 34, no. 2, February 1989, pp. 72-74.
- WICKERSHAM, J.F., Disability management key to cost savings at 3M, *Business and Health*, vol. 1, no. 2, 1983, pp. 26-29.
- WOJCIK, J. Return-to-Work plan's allure: works better and costs less, *Business Insurance*, vol. 28, no. 42, October 1994, p. 3-6.
- WOOD, D.J., Design and evaluation of a back injury prevention program within a geriatric hospital, *Spine*, vol. 12, no. 2, 1987, pp. 77- 82.
- WORKCOVER CORPORATION, *Return to work: employer guide*, SERIES Information for employers, South Australia, WorkCover Corporation, Employer Advisory Services, 1994.

WORLD HEALTH ORGANISATION, *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*, Geneva: WHO, 1980.

ANNEXE A

Classification ascendante hiérarchique sur l'ensemble de la population

Tableau 1 : Classification ascendante hiérarchique sur l'ensemble de la population

Descripteur	Classe I 2 893 dossiers 23,7 % de la population 5,3 % d'inertie	Classe II 1 222 dossiers 10,0 % de la population 2,8 % d'inertie	Classe III 2 696 dossiers 22,1 % de la population 5,4 % d'inertie
Profession	Trav. fab., montage, rép. (34,3) ⁶ Manutentionnaire (33,6) Usineur, ind. Transf. (23,9)	Trav. transport (61,5) Manutentionnaire (21,4) Trav. bâtiment (8,8)	Trav. fab., montage, rép. (52,9) Usineur, ind. transf. (31,8)
Secteur	Cuir, text., habill. (21,1) Fab. métal, mach, éq. transport (13,1) Bois et meuble (10,0) Aliment et boisson (8,8) Serv. entr., dom., pers. (7,2) Caoutc. et plastique (6,7)	Transp. et entrep. (59,0) Services publics (16,6) Aliment et boisson (6,6)	Cuir, text., habill. (27,7) Fab. métal, mach, éq. transport (18,9) Bois et meuble (11,1) Caoutc. et plastique (11,0) Aliment et boisson (7,6)
Sexe	Hommes (80,9)	Hommes (91,6)	
Groupe professionnel	Manuels et mixtes (100,0)	Manuels et mixtes (98,0)	Manuels et mixtes (99,8)
Mesures		Sans mesure (88,2)	Avec mesures (27,5)
Nature de lésion	Traum aux muscles (51,2) Douleur non précisée (14,4) Affect. du rachis (10,3) Hernies (4,9)	Traum aux muscles (41,1) Contusions (14,9) Affect. du rachis (8,6) Hernies (3,8)	Inflammations (34,6) Plaies ouvertes (21,9) Traum. aux os (17,4)
Siège de lésion	Tronc et cou (69,2)	Tronc et cou (49,7) Memb. inférieurs (22,3) Sièges multiples (6,5)	Memb. sup. et épaule (88,5)
Catégorie de cotisation	Moyenne : 11 à 99 % (73,0)	Grande : rétrospectif (39,0)	Moyenne : 11 à 99 % (67,9)
Durée d'absence	731 jrs et plus (3,4)	45 - 90 jrs (39,8)	91 - 182 jrs (25,0) 366 - 730 jrs (6,1)
Groupe d'âge	30-39 ans (35,4) 15-29 ans (22,4)	40 -49 ans (29,3) 50 ans et plus (29,0)	15- 29 ans (23,6)
Rechute(s)	Avec rechute (21,0)		Avec rechute (20,8)

⁶ Les chiffres entre parenthèses indiquent les pourcentages de dossiers de la classe qui appartiennent à chaque catégorie. Ainsi, 34,3 % des dossiers de la classe 1 appartiennent à la catégorie professionnelle des travailleurs de la fabrication, du montage et de la réparation.

Tableau 1 : Classification ascendante hiérarchique sur l'ensemble de la population (suite)

Classe IV 618 dossiers 5,1 % de la population 2,5 % d'inertie	Classe V 1 823 dossiers 15,0 % de la population 5,4 % d'inertie	Classe VI 1 436 dossiers 11,8 % de la population 3,1% d'inertie	Classe VII 1 500 dossiers 12,3 % de la population 5,8 % d'inertie
Agric., forêt, mine (39,8) Usineur, ind. transf.(26,5) Trav. bâtiment (13,6)	Trav. des services (79,9)	Trav. science santé (80,5) Trav. des services (17,1)	Admin., vente (54,7) Direct., enseign (39,3)
Primaire, 1 ^{re} transf (63,7) Bois et meuble (9,2)	Héb., rest., loisirs (50,6) Autres services (15,6) Services publics (11,5) Serv. entr., dom., pers. (9,3) Interm. financiers (4,7)	Santé, serv. sociaux (93,8)	Services publics (25,6) Santé, serv. sociaux (19,4) Commerce gr. & d. (11,3) Serv. entr., dom., pers. (11,0) Interm financiers (10,1)
Hommes (96,2)	Femmes (37,2)	Femmes (76,8)	Femmes (57,1)
Manuels et mixtes (99,5)	Manuels et mixtes (94,7)		Non manuels (92,2)
	Sans mesure (81,8)	Avec mesures (27,4)	Sans mesure (82,8)
Traum. aux os (27,5) Plaies ouvertes (10,4) Autres blessures (8,4) Hernies (4,4)	Traum. muscles (45,5) Traum. aux os (14,9) Contusions (10,8)	Traum. muscles (46,4) Douleur non précisée (23,6) Affect. du rachis (9,3)	Traum. aux os (15,1) Autres blessures (4,1)
Memb. inférieurs (25,4) Sièges multiples (8,1)	Tronc et cou (43,0) Memb. inférieurs (22,1)	Tronc et cou (56,2) Sièges multiples (6,3)	Memb. inférieurs (20,3) Sièges multiples (8,1)
Grande : rétrospectif (29,4) Petite : Unité -10% (29,0)	Petite : Unité -10% (48,2)	Grande : rétrospectif (45,5)	Petite : Unité -10% (29,6) Grande : rétrospectif (28,1)
	45 - 90 jrs (39,4) 91 - 182 jrs (27,1) 183 - 365 jrs (12,7)	0 - 44 jrs (41,1)	183 - 365 jrs (11,9) 366 - 730 jrs (6,4)
50 ans et plus (28,6)	15-29 ans (26,2)	40 -49 ans (31,3) 50 ans et plus (26,1)	
Avec rechute (22,0)	Sans rechute (82,8)	Sans rechute (82,9)	Sans rechute (83,3)

ANNEXE B

Classification ascendante hiérarchique des dossiers qui ont eu des mesures de MLE

Tableau 2 : Classification ascendante hiérarchique des dossiers qui ont eu des mesures de MLE

Descripteur	Classe I 322 dossiers 12,3 % de la population 5,7 % d'inertie	Classe II 221 dossiers 8,5% de la population 3,8% d'inertie	Classe III 589 dossiers 22,5 % de la population 5,3 % d'inertie
Profession	Trav. transport (30,4) Trav. bâtiment (15,2) Agric., forêt, mine (14,9)	Admin., vente (35,3) Manutentionnaire (21,3) Trav. des services (19,0)	Usineurs, ind. transf. (33,1) Manutentionnaire (30,0) Trav. fab., montage, rép. (28,9)
Secteur	Primaire, 1re transf. (27,0) Transp. et entrep. (23,6) Services publics (12,4) Aliment et boisson (12,1)	Serv. entr., dom., pers. (24,0) Commerce gr. & d. (17,2) Services publics (16,7)	Fab. métal, mach, eq. transport (17,1) Bois et meuble (12,2) Aliment et boisson (11,2) Pâtes et papiers (10,4) Caoutc. et plastique (9,0) Imprimerie (6,4) Ind. chimique (5,8)
Sexe	Hommes (91,9)	Hommes (79,6)	Hommes (85,6)
Groupe professionnel	Manuels et mixtes (98,8)		Manuels et mixtes (100,0)
Mesures	-----	-----	-----
Nature de lésion	Traum. aux os (22,4) Contusions (14,6)	Traum. muscles (43,4) Traum. aux os (25,8)	Traum. muscles (60,3) Douleur non précisée (14,3) Affect. du rachis (12,4)
Siège de lésion	Memb. inférieurs (25,8) Sièges multiples (9,9)	Memb inférieurs (26,7)	Tronc et cou (74,5)
Catégorie de cotisation	Grande : rétrospectif (56,2)	Petite · Unité -10% (37,6)	Moyenne : 11 à 99% (77,4)
Durée d'absence		91 - 182 jrs (29,4) 183 - 365 jrs (22,2) 366 - 730 jrs (9,5)	0 - 44 jrs (31,6)
Groupe d'âge	40 - 49 ans (33,2) 50 ans et plus (31,7)	15 - 29 ans (28,0)	30 - 39 ans (38,7) 15 - 29 ans (25,1)
Rechute (s)			

Tableau 2 : Classification ascendante hiérarchique des dossiers qui ont eu des mesures de MLE (suite)

Classe IV 275 dossiers 10,5 % de la population 4,3 % d'inertie	Classe V 620 dossiers 23,7 % de la population 6,8 % d'inertie	Classe VI 203 dossiers 7,8 % de la population 4,6 % d'inertie	Classe VII 382 dossiers 14,6 % de la population 5,1 % d'inertie
Trav. des services (85,1)	Trav. fab., montage, rép. (58,4) Usineur, ind. transf. (29,5)	Direct., enseign. (55,7) Admin., vente (40,4)	Trav. science santé (82,5)
Héb., rest., loisirs (65,1) Autres services (18,2) Serv. entr., dom., pers. (4,9)	Cuir, text., habill. (29,2) Caoutc. et plastique (20,5) Fab. métal, mach, éq. transport (16,9) Bois et meuble (6,4) Prod. électriques (5,6)	Services publics (30,5) Santé, serv. sociaux (26,1) Serv. entr., dom., pers. (11,3) Commerce gr. & d. (9,8)	Santé, serv. sociaux (93,5)
Femmes (54,2)	Femmes (49,0)	Femmes (68,0)	Femmes (75,1)
Manuels et mixtes (98,2)	Manuels et mixtes (99,7)	Non manuels (97,5)	
-----	-----	-----	-----
Contusions (13,8)	Inflammations (49,7) Plaies ouvertes (18,1)	Traum. aux os (16,7) Douleur non précisée (14,5)	Traum. muscles (56,3) Douleur non précisée (16,2) Affect. du rachis (7,8)
Memb. inférieurs (18,5) Sièges multiples (7,6)	Memb. sup. et épaule (90,5)	Memb. inférieurs (19,2) Sièges multiples (7,4)	Tronc et cou (55,0) Sièges multiples (6,5)
Petite : Unité -10% (49,1)	Moyenne : 11 à 99% (63,5)	Petite : Unité-10% (28,6)	Grande : rétrospectif (55,0)
91 – 182 jrs (31,3) 183 – 365 jrs (18,9)	0 - 44 jrs (31,9) 45 - 90 jrs (31,6)	366 - 730 jrs (9,4)	0 - 44 jrs (19,3)
	30 - 39 ans (37,7)		40 - 49 ans (33,2)
			Sans rechute (82,5)