

# INCAPACITÉ AU TRAVAIL AU QUÉBEC : ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION ET D'INTERVENTION QUANT AUX NOUVEAUX DÉFIS

---

Sous la direction de Marie-José Durand



**Avertissement :** dans cet ouvrage, le masculin est utilisé sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes, et dans le seul but d'alléger le texte.

Direction : Marie-José Durand

Édition : Marie-José Durand et Éric Vaillancourt

Révision linguistique : Marquis Interscript

Conception graphique et mise en pages : Marquis Interscript

Conception de la couverture : Pierre Durand

La publication de cet ouvrage a été rendue possible grâce à l'aide financière du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et au soutien de la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J. Armand Bombardier – Pratt et Whitney Canada) et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne.

Toute reproduction du présent ouvrage, en totalité ou en partie, par tous les moyens présentement connus ou à être découverts, est interdite sans l'autorisation préalable du Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (<https://www.usherbrooke.ca/caprit>).

Toute utilisation non expressément autorisée constitue une contrefaçon pouvant donner lieu à une poursuite en justice contre l'individu ou l'établissement qui effectue la reproduction non autorisée.

ISBN 978-2-9817-3281-1 (version imprimée)

ISBN 978-2-9817-3280-4 (PDF)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

Imprimé au Québec (Canada)

# Table des matières

NOTICES BIOGRAPHIQUES .....	1
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	3
<b>PREMIÈRE PARTIE – POUR MIEUX INTERVENIR.</b> .....	<b>9</b>
<b>CHAPITRE 1 – VERS DES PROGRAMMES DE GESTION INTÉGRÉE DE LA PRÉVENTION AUX NIVEAUX PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE</b>	
<i>Nicole Vézina, Bénédicte Calvet et Yves Roquelaure.</i> .....	11
1.1 Pourquoi s’intéresser à la gestion intégrée de différents niveaux de prévention dans les entreprises? .....	13
1.1.1 Conception de nouveaux postes de travail et prévention. ....	13
1.1.2 Rotation des postes et retours au travail .....	14
1.1.3 Organisation du travail et interaction avec la réadaptation .....	15
1.1.4 Cloisonnement versus interdisciplinarité .....	15
1.2 Santé, prévention et niveaux de prévention: quelles définitions pour quels objectifs? .....	17
1.2.1 Analyse des définitions de prévention primaire, secondaire et tertiaire .....	19
1.2.2 Transfert des niveaux de prévention dans le contexte des milieux de travail .....	19
1.2.3 Définitions proposées pour les trois niveaux de prévention, dans une approche opérationnelle de la prévention dans les milieux de travail .....	22
1.3 Du concept de marge de manœuvre au concept de « prévention intégrée » .....	23
1.3.1 Élaboration du concept de marge de manœuvre. ....	24
1.3.2 Développement de la prévention intégrée ou de la gestion intégrée de la prévention .....	25

1.3.3	Quels outils sont à notre disposition pour évaluer le niveau d'intégration des différents niveaux de prévention dans un milieu de travail? . . . . .	26
1.3.4.	Soutien à l'élaboration de programmes favorisant la gestion intégrée de la prévention dans les entreprises . . . . .	26
1.4	Références . . . . .	28

**CHAPITRE 2 – AMÉLIORER LES PRATIQUES DE GESTION DES ABSENCES ET DES RETOURS AU TRAVAIL DANS UNE ORGANISATION**

	<i>Marie-José Durand et Marie-Christine Richard</i> . . . . .	33
2.1	L'étude . . . . .	34
2.2	Étape A – Identifier les POGA-RAT de personnes présentant des TMS et des TMC en lien avec un milieu de travail . . . . .	35
2.2.1	Arrêt de travail et période de récupération (1 <sup>ère</sup> étape) . . . . .	36
2.2.2	Premier contact avec le travailleur (2 <sup>e</sup> étape). . . . .	37
2.2.3	Évaluation du travailleur et de son travail (3 <sup>e</sup> étape) . . . . .	38
2.2.4	Élaboration d'un plan de retour au travail comprenant des aménagements (4 <sup>e</sup> étape). . . . .	38
2.2.5	Reprise du travail (5 <sup>e</sup> étape). . . . .	40
2.2.6	Suivi de la reprise du travail (6 <sup>e</sup> étape). . . . .	41
2.3	Étape B – Décrire les pratiques de gestion des absences des travailleurs dans une organisation et identifier les problèmes et enjeux associés . . . . .	46
2.4	Étape C – Implanter des POGA-RAT et évaluer cette implantation dans l'organisation ciblée . . . . .	47
2.5	Retombées et leçons à tirer . . . . .	48
2.6	Références . . . . .	51

**CHAPITRE 3 – LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE DANS LE CONTEXTE DE LA RÉADAPTATION AU TRAVAIL**

	<i>Marie-France Coutu</i> . . . . .	55
3.1	Pourquoi implanter une prise de décision partagée? . . . . .	56
3.2	Le contexte de la réadaptation au travail . . . . .	57
3.3	Comment favoriser la mise en œuvre de la PDP en réadaptation au travail? . . . . .	58
3.3.1	L'alliance de travail . . . . .	59
3.3.2	Le processus de délibération . . . . .	60
3.3.3	La mise en œuvre de l'option choisie. . . . .	64
3.4	La mise en œuvre de la PDP sur le terrain . . . . .	64
3.5	Références . . . . .	69

<b>DEUXIÈME PARTIE – POUR MIEUX RÉFLÉCHIR</b> .....	73
<b>CHAPITRE 4 – LES ANALYSES D’IMPLANTATION DE PROGRAMMES: FAISONS-NOUS FAUSSE ROUTE ?</b>	
<i>Chantal Sylvain</i> .....	75
4.1 L’implantation de programmes .....	77
4.2 Comment concevoir l’implantation de programmes? .....	77
4.3 Étudier l’implantation des programmes de réadaptation au travail. ....	79
4.3.1 Typologie des analyses d’implantation de programmes. ....	79
4.3.2 Illustrations d’approches en analyse d’implantation de programmes .....	80
4.3.3 Analyse d’implantation centrée sur le contenu .....	83
4.3.4 Analyse d’implantation centrée sur le processus .....	84
4.3.5 Analyse comparative .....	84
4.4 Orientations recommandées pour de futures analyses d’implantation de programmes. ....	85
4.5 Références .....	89
<b>CHAPITRE 5 – ÉVALUATION COÛT-AVANTAGE D’INTERVENTIONS VISANT LE RETOUR ET LE MAINTIEN AU TRAVAIL DE TRAVAILLEURS QUI PRÉSENTENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE</b>	
<i>Hélène Sultan-Taieb, Marjorie Petit, Youssouf Coulibaly     et Sumeet Singh Randhawa</i> .....	91
5.1 Méthodologie .....	93
5.1.1 Caractérisation des évaluations coût-avantage d’interventions ....	93
5.1.2 Stratégie de recherche .....	94
5.1.3 Processus de sélection des références et critères de sélection. ....	95
5.2 Résultats .....	97
5.2.1 Sélection des évaluations coût-avantage .....	97
5.2.2 Caractéristiques des évaluations coût-avantage retenues dans notre revue de la littérature. ....	98
5.2.3 Résultats économiques .....	104
5.3 Pistes à retenir .....	106
5.4 Références .....	109

<b>TROISIÈME PARTIE – POUR MIEUX COMPRENDRE LA PERSPECTIVE DES PARTIES PRENANTES</b> .....	115
<b>CHAPITRE 6 – ENTRETIENS AVEC DES ACTEURS DE LA CNESST, DE LA CSN ET DE PRATA PLUS.</b> .....	117
6.1 Les assureurs et la prévention de l’incapacité au travail au Québec: le cas de la Commission des normes, de l’équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) .....	119
6.2 Les syndicats et la prévention de l’incapacité au travail au Québec: le cas de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) .....	130
6.3 PRATA PLUS: un programme de retour et de maintien au travail pour les travailleurs du réseau public de santé .....	141
<b>QUATRIÈME PARTIE – POUR MIEUX ANTICIPER L’AVENIR.</b> .....	153
<b>CHAPITRE 7 – LA RECHERCHE DE LA RELÈVE.</b> .....	155
7.1 L’expérience des travailleurs ayant subi un traumatisme cranio-cérébral léger et de leur ergothérapeute en regard de l’influence d’un assureur sur le processus de réadaptation au travail .....	156
7.2 La prévention intégrée: analyse du concept pour une meilleure pratique ..	159
7.3 Modélisation d’une intervention pour la réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein .....	162
7.4 Développement d’un outil de soutien à la pratique de l’assignation temporaire destiné aux employeurs du Québec: l’outil SPATEQ. ....	164
7.5 Adhésion à un programme d’exercices à domicile pour la lombalgie non aigüe: une étude observationnelle .....	166
7.6 Les représentations de l’incapacité au travail de travailleurs ayant subi une arthroplastie du genou .....	168
7.7 Facteurs contribuant au maintien au travail des personnes de 55 ans et plus ayant une douleur musculosquelettique: une étude exploratoire ..	170
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> .....	173

# Notices biographiques

**Bénédicte Calvet** est candidate au doctorat au programme interdisciplinaire en santé et société et chargée de cours à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Elle s'intéresse à la coordination des actions de prévention dans les entreprises, aux approches écosystémiques de la santé et à la prise en compte du sexe/genre dans la santé au travail.

**Youssouph Coulibaly** est candidat à la maîtrise spécialisée en ressources humaines à l'École des sciences de la gestion de l'UQAM. Son mémoire porte sur la communication organisationnelle numérique.

**Marie-France Coutu** est psychologue et professeure titulaire à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil). Ses intérêts de recherche portent sur l'élaboration de programmes d'intervention psychosociale ayant pour but que le travailleur, vivant avec un trouble musculosquelettique ou de santé mentale, puisse plus facilement adhérer à son traitement et adopter des comportements lui permettant d'effectuer sa réadaptation avec succès.

**Marie-José Durand** est ergothérapeute et professeure titulaire à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil). Elle est également titulaire de la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J. Armand Bombardier – Pratt et Whitney Canada). Ses intérêts de recherche sont centrés sur l'amélioration de la prise en charge clinique et en entreprise des personnes ayant des problèmes de santé entraînant de l'incapacité au travail.

**Iuliana Nastasia** est chercheure à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Elle est également professeure associée à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil)

et à la Faculté des sciences de l'UQAM. Ses intérêts de recherche portent sur les pratiques organisationnelles de retour au travail et de prévention de l'incapacité prolongée après un trouble musculosquelettique.

**Marjorie Petit** est candidate à la maîtrise spécialisée en ressources humaines à l'École des sciences de la gestion de l'UQAM. Son mémoire porte sur l'évaluation d'une intervention visant à améliorer les contraintes psycho-organisationnelles au travail dans un hôpital.

**Sumeet Singh Randhawa** est candidat à la maîtrise spécialisée en ressources humaines à l'École des sciences de la gestion de l'UQAM. Son mémoire porte sur l'évaluation d'une intervention visant à améliorer les contraintes psycho-organisationnelles au travail dans un hôpital.

**Marie-Christine Richard** est physiothérapeute, ergonomiste, candidate à la maîtrise et chargée de cours à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil). Elle travaille également comme professionnelle de recherche dans différents projets en réadaptation au travail.

**Yves Roquelaure** est médecin et professeur à la Faculté de médecine de l'Université d'Angers (France). Il est spécialiste des pathologies professionnelles de type troubles musculosquelettiques, risques psychosociaux au travail et cancers.

**Hélène Sultan-Taïeb** est professeure à l'École des sciences de la gestion de l'UQAM. Ses intérêts de recherche portent notamment sur l'évaluation des interventions de prévention en santé au travail : l'évaluation du processus d'implantation des interventions et les analyses coût-bénéfice.

**Chantal Sylvain** est professeure adjointe à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil) et directrice de la maîtrise et des programmes en pratiques de la réadaptation. Ses intérêts de recherche portent sur l'élaboration, l'implantation et l'évaluation des programmes de réadaptation au travail, de même que sur les pratiques professionnelles entourant la prévention en première ligne de l'incapacité prolongée au travail.

**Nicole Vézina** est professeure à la Faculté des sciences de l'UQAM. Ses intérêts de recherche, relativement à l'ergonomie, sont les interventions en milieu de travail, les troubles musculosquelettiques, l'organisation du travail et la formation en entreprise.



# Introduction générale

Le travail est la principale occupation des adultes. Il joue un rôle central dans leur identité sociale. Ce rôle est important pour l'autonomie financière, le statut social, la construction des relations, la gestion du temps et de l'espace, et donc, globalement, pour la qualité de vie. En ce sens, il n'est pas étonnant de voir le travail considéré comme un déterminant important de la santé. Pourtant, chaque année, de nombreux travailleurs présentent des symptômes ou des limitations liés à des problèmes de santé et ont de la difficulté à poursuivre leur travail ou encore à le reprendre à la suite d'une absence. Ce phénomène, connu comme de l'incapacité au travail partielle ou totale, est largement documenté comme un fardeau public important ayant des conséquences personnelles et sociales majeures, en plus d'engendrer des coûts directs et indirects considérables dans de nombreux pays industrialisés.

Pour affronter ce phénomène important, le Québec a été un producteur de connaissances qui s'est démarqué internationalement dans le domaine de la prévention de l'incapacité au travail, particulièrement au sujet des troubles musculosquelettiques (TMS). En effet, dès 1986, le rapport Spitzer sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs a contribué à une réflexion approfondie sur la prise en charge des TMS. Une des recommandations du rapport était de développer un nouveau créneau de recherche interdisciplinaire en réadaptation au travail visant spécifiquement cette population de travailleurs. C'est dans cette foulée qu'une étude portant sur un modèle de prise en charge novatrice (le modèle de Sherbrooke), alliant une approche médicale, une intervention précoce en entreprise et de l'ergonomie participative, a été publiée en 1997. Les résultats de cette étude ont nettement montré la nécessité d'une action concertée, multipartite et intersectorielle pour réduire le fardeau de l'incapacité au travail liée aux TMS.

La poursuite de cette réflexion a permis l'élaboration en 2003 d'un paradigme sur l'incapacité au travail par l'équipe de recherche dirigée par Patrick Loisel. Ce paradigme proposait, pour la première fois, de reconnaître l'incapacité au travail comme une résultante de l'interaction de quatre systèmes: la personne et son problème de santé, le système médical, le système de l'entreprise et le système d'indemnisation. Ce paradigme est maintenant connu à l'échelle internationale, et plusieurs auteurs ont tenté de le transposer à divers problèmes de santé tels que le trouble mental commun, les maladies cardiaques ou encore les personnes survivantes du cancer. Plusieurs autres contributions de chercheurs québécois pourraient être soulignées, notamment les travaux de Raymond Baril et collaborateurs sur l'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail. Cependant, malgré ces efforts et ces avancées, le phénomène de l'incapacité au travail demeure un enjeu social majeur.

La persistance de l'incapacité au travail peut entre autres s'expliquer par la transformation actuelle des milieux de travail et des caractéristiques de la main-d'œuvre. En effet, au Québec comme ailleurs, des transformations rapides du monde du travail touchent notamment les secteurs industriels et de services. Les nouveaux modes de production tendent à la fois à renforcer la standardisation, à répondre au besoin de traçabilité des activités professionnelles et à encourager la créativité, la polyvalence et le travail d'équipe. Plus particulièrement, les nombreuses innovations technologiques intensifient et accélèrent les flux d'information tout en permettant de réduire distance et temporalité entre personnes, entreprises et clients. Par conséquent, l'emploi et les exigences du travail dans les organisations s'en trouvent modifiés dans de nombreux secteurs d'activité. On observe clairement un déplacement des exigences physiques vers des exigences mentales, organisationnelles et émotionnelles pour les travailleurs. Ces changements ont mené à l'émergence de nouvelles formes de travail souvent plus précaires (contrats de courte durée, travail autonome, autoentreprise, employeurs multiples, télétravail, etc.), ainsi qu'à la transformation des emplois, métiers et compétences. En somme, la transformation des milieux de travail et ses répercussions créent de nouvelles conditions et exigences de travail qui exposent les travailleurs à de nouveaux risques pour la santé.

De plus, les changements du profil démographique de la population influent directement sur le portrait de la main-d'œuvre québécoise. Clairement, il y a une forte augmentation du nombre de travailleurs vieillissants et de retraités au travail, de la féminisation de certaines professions, du nombre de travailleurs immigrants et migrants et de la pénurie

de main-d'œuvre. Les transformations du travail évoquées plus tôt ont également des répercussions sur la nature des causes d'absence du travail. En effet, alors que, il y a 30 ans, la cause prépondérante d'une absence du travail était un TMS, on observe maintenant, de façon plus importante, des troubles mentaux courants et des maladies chroniques. Par conséquent, l'incapacité au travail a changé, tant dans ses causes, dans la compréhension de celle-ci que dans les solutions pour la réduire. Il devient, dans ce contexte, essentiel de faire émerger de nouveaux questionnements répondant mieux à la nouvelle réalité, afin de trouver des pistes de solution plus adaptées.

L'objectif principal du présent ouvrage consiste justement à proposer des pistes de réflexion et d'intervention afin d'aider à mieux affronter les nouveaux défis complexes de l'incapacité au travail au Québec et ailleurs. Cet ouvrage collectif prend son origine dans un colloque de l'ACFAS de 2015, qui regroupait des chercheurs, des étudiants diplômés et des partenaires sociaux autour d'une équipe interdisciplinaire de prévention de l'incapacité au travail, financée par le Fonds de recherche du Québec – Santé (2012-2017). Il a été aussi rendu possible grâce au soutien de la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J. Armand Bombardier – Pratt et Whitney Canada) et du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne. Il comprend quatre parties distinctes qui contiennent, à l'intention des chercheurs, des professionnels de la santé et des milieux de travail, des messages clés condensant les éléments à retenir pour transformer les pratiques.

La première partie de l'ouvrage réunit trois chapitres exposant des éléments qui permettent de mieux intervenir en matière d'incapacité au travail.

Dans le premier chapitre, Nicole Vézina, Bénédicte Calvet et Yves Roquelaure présentent une réflexion sur le développement de programmes de gestion intégrée de prévention aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire dans les milieux de travail. Bien qu'elle soit d'origine diverse, cette réflexion découle en bonne partie d'une mise en évidence des problèmes liés au manque de coordination, dans les milieux de travail, des actions à différents niveaux de prévention. Les auteurs proposent de privilégier une approche interdisciplinaire et un décloisonnement des formations.

Dans le chapitre 2, Marie-José Durand et Marie-Christine Richard décrivent les pratiques optimales de reprise du travail destinées aux différents acteurs de l'entreprise, et ce, pour le soutien des personnes atteintes de TMS ou de troubles mentaux communs. Les auteures proposent par la

suite une démarche paritaire pour implanter des changements dans une organisation et fournissent enfin des pistes de réflexion pour entreprendre ce type de démarche.

Dans le chapitre 3, Marie-France Coutu présente de manière détaillée un programme de prise de décision partagée qui permet de soutenir les travailleurs ayant une incapacité au travail et qui doivent faire des choix complexes. Ce programme, issu de l'approche médicale, expose à nouveau l'importance de tenir compte des différentes parties prenantes, en mettant les travailleurs au centre du processus de réadaptation au travail.

La deuxième partie de l'ouvrage comprend deux chapitres et aborde des éléments de réflexion sur deux types d'étude qui soulèvent un intérêt de plus en plus marqué dans le domaine de la prévention de l'incapacité au travail.

Le chapitre 4 de Chantal Sylvain porte sur la contribution particulière des analyses d'implantation de programmes et montre comment certaines approches méthodologiques peuvent éclairer la prise de décision. L'auteure propose un cadre conceptuel d'implantation de programmes et élabore quatre recommandations précises susceptibles de favoriser des résultats utiles pour faire avancer la pratique.

Dans le chapitre 5, il est question d'évaluation coût-avantage d'interventions visant le retour et le maintien au travail. Les auteurs, Hélène Sultan-Taïeb, Marjorie Petit, Youssouf Coulibaly et Sumeet Singh Randhawa, abordent cette thématique pour des personnes présentant des problèmes de santé mentale. L'analyse méthodique d'articles scientifiques illustre, d'une part, plusieurs facteurs incontournables à considérer lorsqu'il s'agit d'effectuer des évaluations coût-avantage d'interventions et, d'autre part, le fait que, malgré certains résultats positifs, les études de ce type sont encore trop peu nombreuses pour observer des convergences. Les auteurs formulent des réflexions quant aux liens nécessaires entre les évaluations économiques et les études d'implantation.

La troisième partie de l'ouvrage intègre les perspectives de partenaires sociaux sur leurs représentations de l'évolution de l'incapacité au travail au Québec et des pistes de solution pour réduire cette dernière.

Nous présentons d'abord un entretien réalisé avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST), qui est un assureur public et acteur incontournable au regard des accidents de travail et des maladies professionnelles. Un deuxième entretien a été réalisé avec la Confédération des syndicats nationaux (CSN), un autre acteur de premier plan au Québec qui compte environ 300 000 membres.

Le troisième entretien donne la parole au créateur du Programme de retour au travail adapté (PRATA Plus), qui décrit notamment les conditions de la mise en place de cette innovation régionale conçue pour les travailleurs du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

La dernière partie de l'ouvrage témoigne à la fois du dynamisme de la relève et de l'ampleur de la tâche de recherche à accomplir. Ce sont sept courts textes d'étudiantes en plein parcours universitaire ou l'ayant terminé récemment qui abordent autant de sujets de recherche d'actualité immédiate ou à venir. Sans conteste, il se dégage de ces textes une volonté de comprendre des problématiques de santé, qui ont jusqu'à maintenant été moins explorées au regard de l'incapacité au travail, ainsi que d'outiller les intervenants pour soutenir la reprise du travail en santé des travailleurs.

Bonne lecture!

Marie-José Durand  
Iuliana Nastasia



---

PREMIÈRE PARTIE

# POUR MIEUX INTERVENIR





---

CHAPITRE

# 1

## Vers des programmes de gestion intégrée de la prévention aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire

Nicole Vézina, Bénédicte Calvet  
et Yves Roquelaure

### MESSAGES CLÉS

---

**Chercheurs** Bien que les besoins des milieux de travail soient clairs en ce qui a trait à la nécessité d'organiser les différentes actions de prévention, les études d'élaboration et d'implantation de programmes de gestion intégrée de prévention restent à faire et nécessiteront une approche interdisciplinaire.

**Professionnels de la santé** Les interventions réalisées dans le milieu de travail pour favoriser la reprise du travail d'une personne devrait tenir compte des impacts de celles-ci sur l'ensemble des autres travailleurs et s'inscrire dans une approche plus large de la santé et de la prévention.

**Milieus de travail** Les efforts de prévention d'un milieu de travail gagneraient à s'intégrer dans un programme de gestion intégrée de prévention afin de favoriser le maintien en santé des travailleurs.

Le présent chapitre propose une réflexion sur l'élaboration de programmes de gestion intégrée de la prévention aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire dans les milieux de travail. Ce souhait de favoriser une coordination entre les actions réalisées à ces différents niveaux de prévention a deux origines. D'abord, de façon empirique, des interventions ergonomiques menées dans plusieurs entreprises ont mis en évidence des problèmes liés au manque de coordination entre des actions réalisées à un niveau de prévention, par exemple, pour favoriser le retour au travail d'un travailleur (niveau tertiaire), et des actions menées à un autre niveau, par exemple, pour implanter une rotation des postes dans le but de varier les sollicitations musculosquelettiques d'un ensemble de travailleurs (niveau secondaire). Ensuite, ce souhait émane d'une collaboration de longue date entre des membres de deux centres de recherche, le Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT) de l'Université de Sherbrooke et le Centre interdisciplinaire sur le bien-être, la santé, la société et l'environnement (CINBIOSE) de l'Université du Québec à Montréal (axe santé au travail). Plusieurs projets de recherche ont mené à une véritable interdisciplinarité qui a favorisé l'évolution de concepts comme celui de marge de manœuvre (Durand *et al.*, 2009), et nous travaillons maintenant au concept de prévention intégrée<sup>1</sup>. Cette réflexion se réalise aussi dans le cadre d'une entente de collaboration entre, d'une part, nos deux centres de recherche et, d'autre part, l'équipe d'Épidémiologie en santé au travail et ergonomie (ESTER) de l'Université d'Angers (France), qui est maintenant reconnue comme la 10<sup>ième</sup> équipe de l'Institut de recherche en santé, environnement et travail (IRSET) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

L'intégration de trois niveaux de prévention, par le biais de programmes dans les milieux de travail, soulève cependant plusieurs questions et n'apparaît pas simple à atteindre. La prévention des troubles musculosquelettiques aux membres supérieurs (TMS-MS), par exemple, nécessite une démarche globale dans la durée, puisqu'il s'agit d'éviter la survenue de TMS-MS aigus, d'éviter le passage à la chronicité d'un certain nombre de cas et de favoriser le maintien en emploi des personnes souffrant de TMS-MS chroniques sévères (Roquelaure, 2016). Roquelaure (2014) souligne le fait que ces trois approches font appel à des modèles du travail, à des TMS et à des acteurs différents, ce qui rend d'autant plus délicate leur intégration et coordination. Il apparaît donc important de se questionner sur les modèles auxquels nous référons quand il s'agit de ces trois niveaux de prévention.

---

1. Nous remercions en particulier Marie-José Durand, Marie Laberge, Iuliana Nastasia, Hélène Sultan-Taïeb et Georges Toulouse pour leur participation à nos rencontres sur le concept de prévention intégrée.

Nous débuterons par une section décrivant les situations dans les milieux de travail qui ont motivé la réalisation d'un projet sur la gestion intégrée des différents niveaux de prévention. Nous nous attarderons ensuite aux définitions des différents niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. Comme les définitions de ces termes sont variées, il apparaissait nécessaire de discuter de leur usage et d'exposer nos choix de définitions sur le plan opérationnel. Enfin, nous discuterons de l'intérêt de l'interdisciplinarité et du concept de prévention intégrée. Le travail de réflexion interdisciplinaire réalisé par notre équipe sur le concept de marge de manœuvre sera ensuite mis en lien avec le développement actuel du concept de prévention intégrée. Finalement, ceci nous amènera à nous questionner sur les outils nécessaires à l'élaboration de programmes de gestion intégrée de la prévention dans les milieux de travail.

## **1.1 POURQUOI S'INTÉRESSER À LA GESTION INTÉGRÉE DE DIFFÉRENTS NIVEAUX DE PRÉVENTION DANS LES ENTREPRISES ?**

Notre intérêt pour une gestion intégrée des différentes actions de prévention menées dans les entreprises est issu de diverses interventions ergonomiques en milieu de travail. Le constat est que l'absence de coordination entre différentes actions de prévention peut faire en sorte qu'une action peut nuire au succès d'une autre. Il s'agit dans un premier temps d'un intérêt issu de la pratique et d'un point de vue développé de façon empirique. Les trois sections suivantes illustreront justement ce propos en exposant des situations issues du milieu de travail. La dernière section fera état des obstacles à la coordination des actions de prévention.

### **1.1.1 Conception de nouveaux postes de travail et prévention**

Lors de la création de nouveaux postes de travail ou à l'occasion d'un agrandissement, par exemple, des personnes, habituellement les chargés de projet dans les entreprises (ingénieurs industriels, designers ou architectes), peuvent référer à un ensemble de normes de conception, aux banques de données anthropométriques et à diverses sources représentant des références pour la conception d'espaces ou d'équipements destinés à la population en général (Ranger, 2010; Ranger *et al.*, 2016). Le but visé est de proposer des aménagements qui répondront aux objectifs de production de biens ou de services, mais qui seront aussi adaptés aux caractéristiques générales des personnes et de leur emploi (optique de prévention primaire). Cependant, force est de constater que le respect de ces normes

est souvent insuffisant et que le manque de connaissances spécifiques concernant les caractéristiques des personnes qui occuperont les nouveaux espaces (âge, sexe, expérience, formation, etc.), les problèmes vécus dans les installations présentes et l'activité future de travail peut, au contraire, créer de nouvelles situations à risque (Bellemare *et al.*, 1995; Ledoux *et al.* 2006; Ranger, 2018). En effet, ces connaissances propres au milieu appartiennent souvent à d'autres acteurs de l'entreprise (responsable des ressources humaines, coordonnateur en santé et sécurité du travail, superviseurs et travailleurs), qui ne prennent pas nécessairement part au processus d'élaboration de nouvelles situations de travail, alors que leur participation aurait été essentielle (Vezeau *et al.* 1999; Daniellou, 1996).

### 1.1.2 Rotation des postes et retours au travail

En se situant à un autre niveau de prévention (optique de prévention secondaire), un programme de réduction des facteurs de risque aux postes de travail existants peut mener, entre autres, à l'implantation d'une rotation des postes, afin de diminuer la durée d'exposition des risques propres à chacun des postes (Vézina, 2003; Vézina, 2015). Ce moyen est souvent utilisé dans les chaînes de montage et les usines de transformation alimentaire. En parallèle, un programme de gestion des retours au travail des personnes ayant subi une lésion (prévention tertiaire) peut mener à l'établissement d'une liste de postes d'assignation temporaire choisis en fonction de leurs exigences réduites, dans le but de permettre à ces personnes de revenir rapidement dans leur milieu de travail à des postes considérés comme plus compatibles avec leur état de santé. Des entreprises ont donc retiré de leur système de rotation les postes considérés comme les moins contraignants, afin d'assigner à ces postes les personnes en situation de retour au travail, obligeant ainsi les autres travailleurs à n'occuper que les postes les plus contraignants et les exposant à un risque plus élevé (Lemay, 1995).

D'autres entreprises, avec l'intention de conserver intact leur système de rotation et de n'accepter une personne en situation de retour au travail qu'au moment où celle-ci est en mesure d'occuper tous les postes en rotation, ont créé des postes «bidons» (Falardeau et Vézina, 2002). Ces postes, spécifiquement créés pour favoriser un retour au travail rapide, non seulement ne font pas partie des productions en cours, mais n'ont aucune valeur productive. Falardeau et Vézina (2002) ont ainsi eu connaissance de la création du poste «observateur des travailleurs sur la ligne de production», où le travailleur en assignation temporaire note ses observations sur le travail de ses collègues. Cette pratique place la personne en situation de retour au travail dans une position très difficile par rapport

à ses collègues, ne favorise pas son réentraînement (tel que le prévoit la loi) et augmente ses risques de rechute en l'incitant à revenir trop tôt aux postes de travail réguliers.

### 1.1.3 Organisation du travail et interaction avec la réadaptation

Certaines entreprises ont identifié des postes réguliers qui peuvent être proposés pour réaliser des assignations temporaires telles qu'elles sont prévues par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Rappelons que cette mesure permet à l'employeur, avec l'aval du médecin traitant, d'assigner à un travailleur des tâches de travail allégées répondant à sa condition de santé pendant son rétablissement. Cependant, il arrive parfois que tous ces postes soient occupés pendant de longues périodes par des personnes en assignation temporaire. Cette situation peut entraîner leur confinement dans des départements particuliers (Vézina-Nadon, 2012) et soulever des problèmes de formation puisqu'elles sont affectées temporairement à des postes qu'elles n'ont jamais occupés auparavant.

Les processus de retour au travail dans les entreprises prennent diverses formes, et certains moyens sont utilisés plus fréquemment que d'autres (Richard, 2005; Durand *et al.*, 2007). Le retour progressif en termes d'heures passées au poste de travail ou en termes d'opérations intégrées progressivement en est un exemple. Ces moyens, très avisés pour la personne qui retourne au travail, peuvent cependant causer des difficultés aux collègues et, par conséquent, à la personne en retour au travail. L'organisation du travail a-t-elle été bien examinée à l'échelle de l'ensemble: y a-t-il une personne remplaçante pour les périodes d'absence de la personne qui retourne progressivement au travail? Jusqu'à combien d'heures d'absence y aura-t-il une personne remplaçante? Qui exécute les opérations que la personne n'est pas encore en mesure de réaliser?

Ces diverses pratiques, correspondant à différents niveaux de prévention, coexistent dans les milieux de travail, mais elles ont des cibles différentes et sont mises en œuvre par des responsables qui se réfèrent à différents modèles de prévention.

### 1.1.4 Cloisonnement versus interdisciplinarité

On comprend, par les exemples décrits dans les trois sections précédentes (1.1.1, 1.1.2, 1.1.3), l'importance de la communication et de la coordination des actions menées à différents niveaux de prévention, dans les

entreprises. La difficulté de la communication réside en partie dans le fait que ces actions relèvent de divers secteurs (Yassi *et al.*, 2003). Dans les grandes entreprises, les responsables appartiennent à des équipes différentes, comme c'est le cas des milieux hospitaliers étudiés par Yassi *et al.* (2003). Entre ces équipes, la communication ne se fait pas toujours et, alors que ce sont les mêmes personnes qui prennent part à de multiples types d'actions de prévention, les ponts ne se créent pas facilement. En effet, la responsabilité incombe à différents secteurs: les retours au travail sont gérés par les ressources humaines, la diminution des facteurs de risque par les responsables de la santé-sécurité, et les nouveaux aménagements par les responsables de la production. Les enjeux varient selon le niveau de prévention. Comme l'expliquait Richard (2014), dans le cas où le processus de retour au travail d'une personne comprend une intervention ergonomique comme celle du modèle de Sherbrooke (Loisel *et al.*, 2001), ces interventions sont centrées sur une seule personne, ce qui limite grandement le type d'action pouvant être entrepris. D'ailleurs, dans le cadre de ces interactions, l'assureur a pour logique de n'endosser que les actions liées au retour du travailleur ciblé.

Des déterminants organisationnels hors entreprise doivent aussi être pris en compte dans la compréhension du cloisonnement des différents niveaux de prévention rencontrés dans les milieux de travail. Un employeur peut agir pour favoriser le retour au travail de ses employés, afin de baisser ses coûts de cotisation à l'assureur, sans pour autant souhaiter s'engager dans des actions visant la diminution des risques de TMS aux postes de travail.

Le cloisonnement des niveaux de prévention est aussi sous l'influence de diverses disciplines, et l'on retrouve généralement les associations suivantes: les nouvelles conceptions de situations de travail sont associées au design, à l'ingénierie et à l'architecture; la diminution des risques professionnels à l'ergonomie, à la toxicologie et à la santé-sécurité; les retours au travail au domaine médical. Ainsi, certains modèles de référence sont technico-centrés, d'autres se concentrent sur l'analyse des risques, alors que d'autres encore sont médico-centrés. Ce cloisonnement entraîne des conflits de logiques de disciplines (Roquelaure, 2016). L'interdisciplinarité apparaît nécessaire à la mise en place d'une gestion intégrée de la prévention. C'est pourquoi nous nous attardons dans la partie suivante aux définitions des niveaux de prévention.

## 1.2 SANTÉ, PRÉVENTION ET NIVEAUX DE PRÉVENTION : QUELLES DÉFINITIONS POUR QUELS OBJECTIFS ?

Dans la partie précédente, nous avons utilisé différents termes sans les définir. Compte tenu d'un usage très varié de ces termes (Calvet *et al.*, 2014), nous nous proposons d'analyser ici certaines définitions en fonction de notre objectif de favoriser un échange et une compréhension interdisciplinaires.

La prévention, par exemple, est un terme utilisé dans différents domaines. On peut vouloir prévenir la détérioration d'équipements et faire de l'entretien de prévention. Ou encore, on peut vouloir prévenir l'augmentation des gaz à effet de serre et favoriser le transport collectif. Il apparaît que, dans tous les cas, on veut agir pour éviter un effet que l'on considère néfaste. Dans ce texte, nous utiliserons le terme «prévention» en le considérant comme *l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective*. Retenons aussi, à cette étape de notre réflexion, la définition générale de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : «La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (OMS, 2006, p. 1). Nous souhaitons que cette réflexion regroupe toutes les dimensions de la santé mentionnées dans cette définition, même si notre expérience se situe principalement en prévention des TMS.

L'OMS a aussi proposé une distinction entre les préventions primaire, secondaire et tertiaire. Cette distinction a été largement utilisée dans le monde médical, en particulier en santé publique et selon une approche épidémiologique (Leavell et Clark, 1965). Nous présentons au tableau 1 des définitions qui s'inscrivent dans cette approche de Leavell et Clark (1965) en santé publique et que nous retrouvons aussi au Québec, par exemple, dans la formation en soins infirmiers (Soins infirmiers, 2016).

Il est à noter que, si l'on fait un usage strict du mot *prévention*, il faudrait se limiter à la prévention primaire, car les actions viseraient à faire en sorte que l'effet néfaste (ici, une maladie) ne se produise pas. D'ailleurs, c'est l'usage qu'en a fait l'OMS (2001), dans un chapitre de son rapport sur la santé dans le monde concernant spécifiquement la résolution des problèmes de santé mentale. On y classe, en effet, les interventions de prise en charge des troubles mentaux et du comportement en trois grandes catégories, selon qu'il s'agit de *prévention*, de *traitement* ou de *réadaptation*, en affirmant que ces trois catégories correspondent

**Tableau 1 : Niveaux de prévention d'un problème de santé (maladie) en santé publique**

Niveaux de prévention	Personnes concernées	Effets visés	Actions à réaliser
<b>Primaire</b>	Population potentiellement à risque, mais non encore touchée par le problème de santé ciblé	Diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.	Mesures de prévention individuelles (hygiène corporelle, alimentation, activité physique, vaccination, etc.) et collectives (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, hygiène du milieu de travail, etc.).
<b>Secondaire</b>	Population touchée par le problème de santé ciblé	Diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc réduire la durée d'évolution de la maladie.	Actions telles que le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes
<b>Tertiaire</b>	Population qui a subi le problème de santé ciblé et qui peut en conserver des séquelles.	Diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives et réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.	Toutes les actions permettant d'atteindre les effets visés. On étend ainsi la prévention au domaine de la réadaptation.

approximativement aux notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire proposées par Leavell et Clark (1965). Ces définitions sont reprises dans le Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017, qui propose une approche globale de la santé au travail (OMS, 2007).



### 1.2.1 Analyse des définitions de prévention primaire, secondaire et tertiaire

Si l'on analyse les définitions du tableau 1, on peut se questionner, pour chaque niveau de prévention à l'égard de la population concernée, sur les effets visés et les actions correspondantes. On constate d'abord que les populations concernées et les effets visés par les actions sont bien distincts : en prévention primaire, une population non touchée dont on veut diminuer les risques de contracter la maladie ; en prévention secondaire, une population touchée par la maladie et que l'on veut traiter au plus tôt ; en prévention tertiaire, une population qui a été touchée par la maladie et dont on veut diminuer les incapacités ou les récives. Par contre, on constate que des actions proposées peuvent servir à obtenir les effets visés de plusieurs niveaux de prévention. Par exemple, mentionnons les mesures d'hygiène implantées en prévention primaire qui peuvent servir aux trois populations et le dépistage précoce pratiqué en prévention secondaire qui peut servir à la prévention primaire, etc. Les actions propres à la prévention tertiaire, cependant, pourraient moins permettre d'obtenir les effets visés par les préventions primaires et secondaires. En effet, il s'agit davantage d'actions spécifiques pour des cas individuels, à moins que ces actions, en visant en particulier la réinsertion professionnelle, entraînent la diminution des risques à un poste de travail occupé par d'autres employés. Nous y reviendrons.

### 1.2.2 Transfert des niveaux de prévention dans le contexte des milieux de travail

Comme nos objectifs correspondent à l'amélioration de la coordination des actions de prévention dans les milieux de travail, nous nous attardons ici à quelques points nous permettant de nous questionner sur l'intérêt et les limites de l'utilisation de ces termes dans les milieux de travail.

#### *Quelle population ?*

Les différents niveaux de prévention ont été développés dans le domaine de la santé publique et en épidémiologie. Le terme « population » y est donc utilisé de façon générale et concerne les personnes d'une société, d'un pays, d'une région donnée, etc. Dans le domaine de la santé au travail, la population correspond à l'ensemble des employés d'une entreprise donnée, lesquels ont des caractéristiques spécifiques pouvant se distinguer de celles de la population en général.

### *Quelle « maladie » ?*

Bien qu'il s'agisse de la population en général, on voit au tableau 1 que, d'un niveau de prévention à un autre, on distingue bien les populations selon leur niveau d'atteinte. Le tableau 1 apparaît relativement facile à utiliser lorsqu'il s'agit d'une maladie bien définie. Cependant, les atteintes à la santé qui ont la prévalence la plus élevée dans les milieux de travail posent plusieurs difficultés. Que ce soient les TMS ou la détresse psychologique, à partir de quel moment considère-t-on qu'une personne est atteinte? Les travaux d'Aublet-Cuvelier *et al.* (2006) sont, à ce sujet, très intéressants. En suivant pendant plusieurs années l'évolution des TMS chez les employés d'une grande entreprise, les chercheurs ont remarqué que la chronicisation des douleurs et des limitations fonctionnelles ne suit pas une évolution linéaire, mais plutôt une évolution plus complexe faite d'améliorations et d'aggravations, de sorte que la population « non atteinte » change. Cela explique que coexistent, dans les entreprises, au regard des symptômes musculosquelettiques et de la gêne dans la réalisation de l'activité qui en résulte, des sous-groupes de travailleurs « non atteints » ou souffrant de TMS à des stades évolutifs variés (aigus, subaigus, chroniques, avec ou sans incapacité, etc.) et variables dans le temps. Cela justifie une approche globale et intégrée, afin d'éviter la survenue de TMS chez les travailleurs « non atteints », d'éviter le passage à la chronicité d'un certain nombre de cas et de favoriser le maintien en emploi des personnes souffrant de TMS sévères incapacitants.

### *Des actions pour qui ?*

Il a été souligné précédemment que les actions à réaliser à chaque niveau de prévention pouvaient s'entrecroiser et profiter à une population ou une autre. Dans un milieu de travail, le même constat peut se faire. Quand une personne retourne au travail à la suite d'une lésion et qu'elle est en période de réadaptation, s'il y a des changements implantés de façon permanente pour améliorer son poste, ils peuvent servir à faire de la prévention auprès d'autres employés.

### *Qui a la responsabilité des actions ?*

Au tableau 1, les responsables des différentes actions de prévention ne sont pas identifiés. On suppose cependant qu'il s'agit de professionnels de la santé publique et de la réadaptation. Ceux-ci ne travaillent pas nécessairement de concert puisqu'ils peuvent être au service d'institutions différentes. De plus, ils n'ont pas à être en contact avec les milieux de travail, sauf dans les cas de réinsertion professionnelle en prévention tertiaire.

Dans les milieux de travail, comme on a pu le constater dans la partie 1.1, les responsables des actions de prévention peuvent appartenir à différents secteurs au sein de la même entreprise ou, du moins, leurs actions de prévention peuvent correspondre à des fonctions distinctes. De plus, dans le cas des TMS, il existe un faisceau de causes plutôt qu'une cause unique. Il s'agit d'une caractéristique majeure de ce type de problème de santé relié au travail, ce qui impose encore une fois d'adopter une démarche globale d'évaluation des risques et de prévention.

*Quel est le coût associé au manque d'investissement aux différents niveaux de prévention dans les milieux de travail ?*

Réfléchir à la prévention dans les milieux de travail ne peut pas être dissocié des intérêts économiques de l'entreprise, qui représentent un facteur de mobilisation ou de démobilitation important. Dans le cas où, dans une entreprise, on procède à l'achat de nouveaux équipements ou à la création d'un nouveau département et que peu d'attention est portée à la prévention, dans le but de réduire les contraintes sur les nouvelles situations de travail (prévention primaire), l'intérêt économique de l'entreprise n'apparaît pas de façon évidente et sera, de toute façon, décalé dans le temps. Les coûts du manque d'investissement en prévention primaire sont peu visibles et difficiles à calculer.

Par contre, la surveillance de l'état de santé des employés, la réduction des facteurs de risque aux postes de travail existants et la mise en place de services aux employés (prévention secondaire) peuvent être motivées par les coûts occasionnés par l'absentéisme, le présentéisme, la perte d'employés qualifiés et la formation des remplaçants, et ce, même si le lien entre les problèmes de santé des employés et le travail n'est pas nécessairement reconnu par les responsables de l'entreprise. Plusieurs grandes entreprises adoptent ce type d'approche auprès de leurs employés, encouragées, par exemple, par le mouvement « Entreprises en santé » (Sultan-Taïeb, 2015). Cependant, il n'est pas non plus aisé d'estimer les coûts d'un manque d'action en prévention secondaire. De plus, la mobilisation des entreprises autour de la prévention secondaire dépend de la reconnaissance du lien entre les problèmes de santé et le travail.

Au moment du retour au travail d'un employé ayant ou ayant eu un problème de santé (prévention tertiaire), les actions doivent rapidement être mises en place, car la situation est liée à « la logique de l'assureur » : la personne cesse de recevoir les indemnités de l'assureur au moment où elle est considérée comme de retour au travail (Richard, 2014). Même si le lien a été établi entre le travail et la lésion de cette personne

et que la réduction des facteurs de risque apparaît comme une nécessité, c'est souvent la réduction du temps d'indemnisation qui est d'abord visé. Il s'agit d'une priorité pour l'entreprise qui veut réduire ses coûts d'assurance associés à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). Quand une entreprise élabore une liste de postes à utiliser en assignation temporaire selon la lésion de l'employé (liste de postes considérés comme plus « légers » en termes d'utilisation de chacune des articulations susceptibles d'être lésées afin de satisfaire aux recommandations du médecin), cela permet à un employé d'être considéré comme de retour au travail même s'il n'occupe pas son poste habituel, mais un poste dans un autre département ou même un poste « bidon ». On comprend ainsi comment, dans les exemples décrits dans la partie 1.1, la mesure d'assignation temporaire d'une entreprise peut avoir préséance sur les actions de prévention secondaire à réaliser au poste qui a vraisemblablement entraîné la lésion de l'employé en assignation temporaire.

### **1.2.3 Définitions proposées pour les trois niveaux de prévention, dans une approche opérationnelle de la prévention dans les milieux de travail**

On peut se demander si la séparation des niveaux de prévention est toujours utile. Dans le cas des TMS, par exemple, Aptel et Vézina (2008) considèrent que leur prévention, en raison de leur nature, dépasse les clivages traditionnels de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Ainsi, dans les entreprises, il serait nécessaire d'élaborer un modèle plus holistique et un processus global qui permettraient de réduire le déficit d'action ou de volonté d'action, considéré comme l'une des causes de l'insuccès de la prévention des TMS.

Cependant, puisque les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire ont été largement utilisées et qu'elles ont justifié des séparations, voire des cloisonnements dans leur application, comme c'est le cas, par exemple, avec la CNESST, il apparaît nécessaire d'adopter des définitions opérationnelles des trois niveaux de prévention. L'exercice permettra de classer les différentes actions de prévention réalisées dans les milieux de travail. Par la suite, nous pourrions nous demander comment il est possible d'en faire une gestion intégrée ou coordonnée dans les entreprises. De plus, la définition de prévention que nous avons retenue, soit *les actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective*, plaide en faveur d'une définition des différents niveaux de prévention en fonction des types d'actions de prévention menés dans les milieux de travail

pour favoriser la santé des employés, plutôt qu'en fonction des populations ciblées (atteintes ou non). Notre positionnement sera donc celui des actions menées dans les milieux de travail et non en santé publique en général.

### *Définitions proposées dans une approche opérationnelle*

Nous nous intéressons donc spécifiquement à la prévention dans les milieux de travail telle qu'elle est menée par les différentes personnes qui en ont la responsabilité à l'interne afin de mieux la décrire et d'en soutenir le développement. Tout en conservant le sens classique de chacun des niveaux de prévention, les définitions retenues pour les besoins de cette réflexion se basent sur les types d'actions menés dans les milieux de travail à chacun des niveaux de prévention. Les voici :

- La *prévention primaire* concerne les actions permettant d'agir au niveau de la **conception de nouvelles situations de travail, dans le but** d'éviter le développement de problèmes de santé ou d'accidents ;
- La *prévention secondaire* correspond aux actions de surveillance de l'état de santé de la population de travailleurs et de dépistage de situations à risque, menant à la **mise en place de programmes ou de projets d'amélioration des situations de travail existantes** ;
- La *prévention tertiaire* regroupe les **actions visant à favoriser le retour au travail** de travailleurs à la suite d'une incapacité totale au travail (absence).

### **1.3 DU CONCEPT DE MARGE DE MANŒUVRE AU CONCEPT DE « PRÉVENTION INTÉGRÉE »**

En introduction, nous avons mentionné le travail interdisciplinaire de précision du concept de marge de manœuvre accompli dans le cadre d'un projet visant à favoriser un retour durable au travail à la suite d'une absence prolongée (Durand *et al.*, 2009). Ce travail se révélait nécessaire puisque nos visions disciplinaires divergeaient (médecine/ergothérapie et ergonomie). Nous avons ainsi constaté que la question peut se poser de deux façons. On peut dire : « 1- La *personne* a-t-elle une marge de manœuvre suffisante pour retourner et se maintenir au travail ? » ou « 2- Le *milieu de travail* offre-t-il à la personne une marge de manœuvre suffisante pour se maintenir au travail ? » Comme il est expliqué dans ce qui suit,

c'est la conciliation de ces deux perspectives qui a favorisé l'émergence d'une nouvelle définition de la marge de manœuvre et qui nous permet maintenant d'élaborer une notion de prévention intégrée.

### 1.3.1 Élaboration du concept de marge de manœuvre

Dans la perspective du clinicien, le point de départ de l'estimation de la marge de manœuvre est la *personne*. À la suite de l'évaluation de ses capacités et en connaissance des exigences de son travail, on évalue si elle est en mesure de retourner au travail sans danger pour sa santé et en respectant les attentes du milieu de travail. Il s'agit d'un programme de réadaptation dont le but est d'augmenter les capacités de la personne et de l'amener à reconnaître les moyens personnels et organisationnels dont elle dispose pour répondre aux exigences de son poste de travail. Des activités (exercices, mises en situation) sont ainsi prévues afin que la personne augmente ses capacités à retourner à son poste de travail. On se demande alors quelle est la marge de manœuvre de la personne compte tenu des limitations que peut avoir entraînées sa lésion professionnelle (Durand *et al.*, 2009; Durand *et al.*, 2011).

Dans la perspective de l'ergonome, il importe d'étudier le *milieu de travail* et de se questionner plutôt sur les marges de manœuvre offertes par l'entreprise à différents niveaux afin que la population de travailleurs se maintienne en santé dans la durée. On considère alors que des marges de manœuvre sont offertes ou non par l'entreprise. Des transformations sont proposées dans le cadre de travail pour augmenter ces marges de manœuvre, que ce soit par des changements apportés à l'organisation du travail, à l'aménagement du poste, à l'entretien des outils ou à d'autres éléments. On considère que les marges de manœuvre sont données ou non par le *milieu de travail*.

En conciliant ces deux perspectives, nous en sommes venus à considérer que la marge de manœuvre correspond à l'espace de régulation de la personne en activité de travail et qu'elle varie selon deux paramètres : la personne et le cadre de travail. Si la marge de manœuvre est suffisante, elle permet à la personne d'élaborer des stratégies de régulation favorisant le maintien en santé et l'atteinte des objectifs de production (Durand *et al.*, 2009, 2011; St-Vincent *et al.*, 2011). Coutarel *et al.* (2015, p. 16) vont plus loin en affirmant : « Le travailleur ne subit pas simplement son environnement, il crée son milieu, qu'il tente de mettre à sa main, de rendre plus favorable à l'atteinte de ses aspirations personnelles ». La marge de manœuvre est vue ici comme un espace potentiel de développement essentiel à la santé.

Se pose alors la question de la prévention intégrée de façon interdisciplinaire. Il s'agit de réfléchir à la manière dont nos pratiques d'intervention pourraient favoriser une meilleure coordination des différents niveaux de prévention, que les intervenants soient cliniciens ou ergonomes.

### 1.3.2 Développement de la prévention intégrée ou de la gestion intégrée de la prévention

Force a été de constater que le concept de prévention intégrée n'est pas du même ordre que le concept de marge de manœuvre. L'analyse de la marge de manœuvre d'une personne en situation de travail est de l'ordre du diagnostic d'un intervenant. En effet, le concept de marge de manœuvre est associé plus précisément au « modèle de la situation de travail centré sur la personne en activité » (St-Vincent *et al.*, 2011, p. 39). Coutarel *et al.* (2016) ont même ajouté une épithète en parlant de marge de manœuvre situationnelle. La prévention intégrée, quant à elle, suppose la gestion intégrée d'actions de prévention réalisées par les acteurs d'un milieu de travail. Ainsi, le concept de marge de manœuvre sert à l'analyse et à la compréhension des situations de travail par l'intervenant (niveau micro du poste de travail), alors que la prévention intégrée vise la conception ou la transformation des situations de travail par des actions coordonnées de prévention menées par les acteurs du milieu de travail (niveau macro de l'entreprise).

Lors de l'élaboration interdisciplinaire du concept de marge de manœuvre, nous avons cherché à définir un ensemble d'indicateurs permettant à un intervenant d'évaluer si les ressources internes de la personne (expérience, formation, aspirations, état physique et mental, etc.) et les ressources externes appartenant au cadre de travail (organisation du travail, aménagement du poste, soutien de la direction, soutien des collègues, outil adapté, etc.) étaient suffisantes pour compenser les contraintes vécues dans différentes situations de travail et permettre à la personne d'élaborer les stratégies nécessaires au maintien de sa santé et à l'atteinte des objectifs de production (Richard *et al.*, 2016).

Pour l'intervenant en milieu de travail, quels seraient les indicateurs de prévention intégrée dans une entreprise? À cette étape-ci, nous croyons qu'il s'agit plutôt de définir les indicateurs de la *gestion intégrée* des actions de prévention. Pour ce faire, nous aurons recours aux définitions opérationnelles des différents types de prévention proposées dans la section précédente. Nous cherchons à savoir si les actions de prévention menées par une entreprise au niveau primaire se coordonnent avec les actions

menées aux niveaux secondaire et tertiaire, si les actions menées au niveau secondaire se coordonnent avec les actions menées aux niveaux primaire et tertiaire, et ainsi de suite.

### **1.3.3 Quels outils sont à notre disposition pour évaluer le niveau d'intégration des différents niveaux de prévention dans un milieu de travail ?**

Nous proposons la création d'un outil rassemblant un ensemble d'indicateurs basés, d'une part, sur les actions de prévention possibles dans un milieu de travail et, d'autre part, sur les acteurs potentiellement et réellement impliqués dans ces différentes actions. Il s'agit d'établir un réseau où le rôle de chacun des acteurs dans les actions de prévention est précisé, et ce, dans le but d'offrir à une entreprise le portrait de la coordination de ses actions de prévention. Ce diagnostic, combiné avec l'analyse des conséquences actuelles ou potentielles sur l'efficacité des actions, permettrait de justifier l'amélioration de la gestion intégrée des actions de prévention. De la marge de manœuvre à la gestion de la prévention intégrée, on passe donc du diagnostic des situations de travail au diagnostic de l'entreprise en termes de gestion de la prévention. Cette approche favorise la réalisation d'interventions participatives en milieu de travail ayant pour objectif l'élaboration de programmes adaptés favorisant la coordination des actions de prévention. Cet outil est actuellement en période d'expérimentation dans différentes entreprises.

### **1.3.4. Soutien à l'élaboration de programmes favorisant la gestion intégrée de la prévention dans les entreprises**

Comment les intervenants externes en santé au travail peuvent-ils contribuer, par leur pratique en milieu de travail, à l'implantation de programmes de gestion intégrée de la prévention? Calvet *et al.* (2014, p. 6) considèrent que cette question amène une réflexion sur la pratique des ergonomes. Ils souhaitent que des interventions en prévention tertiaire puissent être des occasions de passer d'un niveau individuel à un niveau collectif, dans un objectif de maintien durable au travail d'un ensemble de travailleurs. Ils ajoutent que, « peu importe la porte d'entrée de l'ergonome dans l'entreprise (primaire, secondaire ou tertiaire), le développement d'une vision d'ensemble des actions possibles de l'entreprise pour favoriser la prévention nous apparaît un atout pour l'amélioration des interventions en ergonomie ».



Des interventions ergonomiques mettant en application ces principes (Falardeau et Vézina, 2004; Tremblay-Boudreault *et al.*, 2014) en ont montré tout l'intérêt. Par exemple, dans le cas d'une grande entreprise, la prise de conscience des liens entre prévention secondaire et retour au travail a amené les responsables à tirer parti du retour des personnes ayant subi une lésion pour améliorer les situations de travail aux postes concernés au bénéfice de la réinsertion de ces personnes et des autres travailleurs qui ont à occuper ces postes (Tremblay-Boudreault *et al.*, 2014).

Cette vision d'ensemble suppose un décloisonnement tant des disciplines lors de la formation des intervenants externes, ergonomes ou cliniciens, que pour les acteurs internes, qu'il s'agisse des gestionnaires, des responsables des ressources humaines ou des coordonnateurs en santé et sécurité du travail, et l'élaboration de programmes de formation favorisant une compréhension interdisciplinaire mettant de l'avant l'importance de la coordination des actions aux différents niveaux de prévention dans les entreprises.

Ce texte a fait état d'une réflexion autour d'un projet axé sur l'élaboration de programmes favorisant une gestion intégrée de la prévention primaire, secondaire et tertiaire dans les milieux de travail. Nous avons vu que des actions menées de façon indépendante au niveau de ces trois types de prévention pouvaient devenir incompatibles et créer des situations de tension qui ne favorisent pas la prévention en général. Wells (2009) va dans le même sens en affirmant, en ce qui concerne la prévention des TMS, que celle-ci ne peut se cantonner au cas par cas et qu'elle doit s'inscrire dans une politique de gestion des risques professionnels intégrant les trois niveaux de prévention.

Nous avons considéré que des définitions opérationnelles des différents niveaux de prévention pouvaient être utiles à la réflexion, puisqu'elles permettent de distinguer des actions qui concernent souvent des secteurs différents ou des acteurs différents dans une même entreprise. Ce sont aussi des termes qui ont été utilisés de longue date dans le monde médical et dans la mesure où l'on s'intéresse à la gestion intégrée de ces niveaux de prévention, il apparaissait pertinent d'adopter des définitions, sans toutefois prendre position quant à l'avenir de leur emploi en santé au travail. En partant du concept de marge de manœuvre et en ayant le souci de construire un outil utile aux intervenants (ergonomes ou cliniciens), nous sommes passés de la notion de prévention intégrée à celle de gestion intégrée de la prévention. Cela nous a amenés à élaborer un outil de diagnostic de la gestion intégrée de la prévention dans les milieux de travail en faisant état, en particulier, des occasions présentes ou non de communication et de coordination entre les différents acteurs.

Nous avons aussi souligné le rôle limité des chercheurs qui ne s'intéressent qu'à un seul type de prévention et l'aspect parcellaire des connaissances issues de leurs recherches. Pourtant, l'intégration des connaissances scientifiques portant sur les trois types de prévention pourrait permettre d'augmenter la capacité des milieux de travail à implanter des programmes de prévention plus efficaces, aux actions plus harmonisées.

Ajoutons que le modèle de prévention à trois niveaux est plutôt basé sur un concept défensif de la santé (prévention contre...) et qu'il pourrait être associé à des approches plus constructives de la prévention, telles que la promotion de la santé définie dans la Charte d'Ottawa lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé (21 novembre 1986), ou l'ergonomie constructive (Falzon, 2013). Selon cet auteur, l'objectif de l'ergonomie constructive est l'épanouissement des personnes et des organisations en favorisant la mise en place de processus réflexifs et l'exploitation des capacités d'innovation des travailleurs.

Enfin, on peut penser à de nouvelles avenues qui dépassent le cadre interne de l'entreprise, par exemple, à la prévention « primordiale », telle que proposée par Roquelaure (2014), selon laquelle les fabricants sont interpellés pour concevoir des équipements plus adaptés aux besoins des activités réalisées dans les milieux de travail. On peut aussi penser à la prévention de façon plus large, en relation avec l'environnement externe de l'entreprise, dont les rejets peuvent nuire à toute la population occupant le même lieu géographique. L'adoption d'une approche écosystémique de la santé au travail et de la santé publique apparaît comme une voie d'avenir.

## 1.4 RÉFÉRENCES

- APTEL, M. et VÉZINA, N. 2008. Quels modèles pour comprendre et prévenir les TMS? Pour une approche holistique et dynamique. 2<sup>e</sup> Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques: de la recherche à l'action. Montréal: Groupe de recherche francophone sur les troubles musculo-squelettiques. <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/Plen-Aptel-Vezina-11h20.pdf>
- AUBLET-CUVELIER, A., APTEL, M. et WEBER, H. 2006. The dynamic course of musculoskeletal disorders in an assembly line factory. *International Archive Environmental Health*, 79, 578-584.
- BELLEMARE, M., GARRIGOU, A., LEDOUX, É. et RICHARD, J-G. 1995. Les apports de l'ergonomie dans le cadre de projets industriels ou architecturaux. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 50(4), 768-788.

- CALVET, B., VEZINA, N., NASTASIA, I., LABERGE, M., RUBIANO, P., SULTAN-TAÏEB, H., TOULOUSE, G. et DURAND, M. J. 2014. Prévention intégrée : Quelle définition et quelle pratique pour les ergonomes ? 45<sup>e</sup> Congrès de l'Association canadienne d'ergonomie, Diversité des interventions, diversités des populations : Quels défis, quels enjeux pour l'ergonomie ? Montréal, Québec.
- COUTAREL, F., CAROLY, S., VÉZINA, N. et DANIELLOU, F. 2015 Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir : Des concepts à l'intervention ergonomique. *Le Travail Humain*, 78(1).
- DANIELLOU, F. 1996. Questions épistémologiques soulevées par l'ergonomie de conception. Dans : DANIELLOU, F. (sous la dir. de) *L'ergonomie en quête de ses principes : Débats épistémologiques*. Toulouse : Octares.
- DURAND, M. J., VÉZINA, N., LOISEL, P., BARIL, R., RICHARD, M. C. et DIALLO, B. 2007. Workplace Interventions for Workers with Musculoskeletal Disabilities: A Descriptive Review of Content. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 123-136.
- DURAND, M. J., VÉZINA, N., BARIL, R., LOISEL, P., RICHARD, M. C. et NGOMO, S. 2009. Margin of manœuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: A qualitative analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 194-202.
- DURAND, M. J., VÉZINA, N., BARIL, R., LOISEL, P., RICHARD, M.C. et NGOMO, S. 2011. Relationship between the margin of manœuvre and the return to work after a long term absence due to a musculoskeletal disorder: An exploratory study. *Disability and Rehabilitation*, 33(13-14), 1245-1252.
- FALARDEAU, A. et VÉZINA, N. 2002. Rotation des postes, assignation temporaire et impact des absences dans une usine d'abattage et de transformation du porc. *Perspectives Interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 4(2).
- FALARDEAU, A. et VÉZINA, N. 2004. Apport de différentes sources de données à la description comparée des contraintes et à l'amélioration d'un groupe de postes occupés en rotation. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 6(1).
- FALZON, P. (sous la dir. de). 2013. *L'ergonomie constructive*. Paris : PUF.
- LEAVELL, H. R. et CLARK, E. G. 1965. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*. McGraw-Hill.
- LEDoux, E., BELLEMARE, M., TRUDEL, L., MONTREUIL, S., MARIER, M. et LABERGE, M. 2006. *La bibliothèque, un lieu de travail*. Montréal : Les éditions ASTED inc. APSAM, 145.
- LEMAY, N. 1995. *La récurrence de la tendinite au membre supérieur dans une entreprise de transformation de la volaille*. Mémoire de maîtrise en sciences biologiques, Université du Québec à Montréal.

- LOISEL, P., DURAND, M. J., BERTHELETTE, D., VÉZINA, N., BARIL, R., GAGNON, D., LARIVIÈRE, C. et TREMBLAY, C. 2001. Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2001. Rapport sur la santé dans le monde, chapitre 3, Résolution des problèmes de santé mentale. <http://www.who.int/whr/2001/fr>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2006. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. *Documents fondamentaux*, supplément à la 45<sup>e</sup> édition. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 2007. Plan d'action mondiale pour la santé des travailleurs. Soixantième mondiale de la santé. WHA5026. [http://www.who.int/phe/publications/workers\\_health\\_global\\_plan/fr/](http://www.who.int/phe/publications/workers_health_global_plan/fr/)
- RANGER, F. (2010) Évaluation de l'offre anthropométrique pour la conception de produits. Mémoire. Université du Québec à Montréal.
- RANGER, F., VEZEAU, S. et LORTIE, M. 2016. Tools and methods used by industrial designers for product dimensioning. *Applied Ergonomics*. Soumis.
- RANGER, F. 2018. Ergonomie de produits: Cartographie de l'activité de dimensionnement chez les designers industriels. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, 323.
- RICHARD, M. C. 2005. Les interventions d'ergonomie de réadaptation. 1<sup>er</sup> Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques. Actes du congrès, Nancy, France.
- RICHARD, M. C. 2014. Prévention intégrée, ergonomie, marge de manœuvre: Une réflexion. 45<sup>e</sup> Congrès de l'Association canadienne d'ergonomie, Diversité des interventions, diversités des populations: Quels défis, quels enjeux pour l'ergonomie? Actes du congrès, Montréal, Québec.
- RICHARD, M. C, DURAND, M. J. et VÉZINA, N. 2016. Progressive return to work: A new tool to help health professionals. *Work Disability Prevention & Integration*, Amsterdam, Pays-Bas, 27 septembre.
- ROQUELAURE, Y. 2014. Prévention intégrée des troubles musculo-squelettiques: Quelles articulations? 45<sup>e</sup> Congrès de l'Association canadienne d'ergonomie, Diversité des interventions, diversités des populations: Quels défis, quels enjeux pour l'ergonomie? Montréal, Québec.
- ROQUELAURE Y. 2016. Promoting a shared representation of workers' activities to improve integrated prevention of work-related musculoskeletal disorders. *Safety and Health at Work*, 7(2),171-174.
- Soins infirmiers. 2016. La prévention de la santé. <https://www.soins-infirmiers.com/profession/disciplines-infirmieres/sante-publique/prevention-de-la-sante>
- ST-VINCENT, M., VÉZINA, N., BELLEMARE, M., DENIS, D., LEDOUX, E. et IMBEAU, D. 2011. Dans: LAPIERRE, J. (sous la dir. de), *L'intervention en ergonomie*. Québec, Éditions MultiMondes, 360.

- SULTAN-TAIEB, H., VÉZINA, M., ST-HILAIRE, F. et BRISSON, C. 2015. Évaluation des interventions mises en œuvre en milieu de travail dans le cadre de la norme « entreprise en santé » au Québec: Défis méthodologiques du protocole de recherche. Colloque international du DIM Gestes, Agir sur la santé au travail: Acteurs, pratiques et dispositifs autour des enjeux psychosociaux. Paris, 11-12 juin.
- TREMBLAY-BOUDREAU, V., DURAND, M. J. et CORBIÈRE, M. 2014. L'analyse de concept: Description et illustration de la charge de travail mentale. Dans: CORBIÈRE et LARIVIÈRE (sous la dir. de), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, Presses de l'Université du Québec, 720.
- VEZEAU, S., GAGNÉ, N., LEMAY, C. et LABRIE, D. 1999. Conception ergonomique et participation des utilisateurs: Le cas d'un cabinet de sablage au jet. *Travail et Santé*, 15(4), 6-10.
- VÉZINA, N. 2003. L'implantation de la rotation: Quels enjeux? Quelles balises? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 5(2).
- VÉZINA, N. 2015. La rotation des tâches: Un moyen de diminuer les contraintes du travail? Dans: THEBAUD-MONY, A., DAVEZIES, P., VOGEL, L. et VOLKOFF, S. (sous la dir. de), *Les risques du travail*, La Découverte, 155-159.
- VÉZINA-NADON, L. 2012. *Interventions physique et organisationnelle dans une entreprise de luminaires décoratifs d'extérieur*. Mémoire de maîtrise professionnelle en ergonomie, Département des sciences de l'activité physique, Université du Québec à Montréal.
- WELLS, R. (2009) Why have we not solved the MSD problem? *Work*, 34, 117-121.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2007. Workers' health: Global plan of action. 60<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, Genève, Suisse, rapport no 60.26, 44.
- YASSI, A., OSTRY, A., SPIEGEL, J. 2003. Injury prevention and return to work: Breaking down the solitudes. *New views on preventing work-related disability*. Taylor & Francis Books Ltd, 75-86.



---

## CHAPITRE 2

# Améliorer les pratiques de gestion des absences et des retours au travail dans une organisation

Marie-José Durand et Marie-Christine Richard

### MESSAGES CLÉS

---

**Chercheurs** Le choix d'une approche participative paritaire se révèle favorable à la transformation et à l'appropriation des pratiques optimales de gestion des absences et des retours au travail en entreprise. Cependant, l'évaluation de l'implantation de ces pratiques devrait tenir compte de l'ampleur du changement à mettre en place et de la vitesse de réaction des organisations.

**Professionnels de la santé** Les professionnels prenant part aux services de retour au travail doivent connaître les pratiques optimales en entreprise afin de s'y arrimer et d'optimiser la mobilisation et la concertation de toutes les parties prenantes.

**Milieus de travail** La synthèse en six étapes du processus de retour au travail peut servir de guide, tant pour évaluer les pratiques actuelles que pour accompagner l'implantation de pratiques optimales de gestion des absences.

Chaque année, un nombre considérable de travailleurs doivent s'absenter du travail en raison de troubles musculosquelettiques (TMS) ou de troubles mentaux communs (TMC). Une proportion importante de ces travailleurs éprouvera des difficultés à reprendre le travail et à s'y maintenir. Ces absences prolongées représentent un fardeau public important qui a d'importantes conséquences personnelles et sociales, ainsi que des coûts financiers considérables (Commission de la santé mentale du Canada, 2013; Cullen *et al.*, 2017; Deraspe, 2013; OCDE, 2010).

Comment les organisations peuvent-elles pallier ce problème? Plusieurs écrits font état de pratiques à privilégier pour la gestion des absences et des retours au travail (Durand *et al.*, 2017; Pomaki *et al.*, 2012; St-Arnaud *et al.*, 2011; Van Vilsteren *et al.*, 2015). Toutefois, l'implantation de telles pratiques apparaît complexe et encore peu réalisée. En effet, elle implique la collaboration de plusieurs parties aux valeurs et intérêts souvent divergents: 1- les employeurs visent d'abord le maintien d'une organisation économiquement viable, 2- les représentants syndicaux visent avant tout la protection des droits des travailleurs, 3- les professionnels de la santé visent quant à eux le maintien ou l'amélioration de la santé des travailleurs, en ayant souvent des intérêts financiers et commerciaux, puisque plusieurs cliniques privées offrent des soins aux travailleurs, 4- les assureurs visent pour leur part un retour au travail durable et à moindre coût et, finalement, 5- les travailleurs visent la protection de leur sécurité financière, leur intégrité physique, leur dignité et le maintien d'un lien d'emploi. C'est à la fois en tenant compte de cette complexité en adoptant une approche participative et paritaire que nous avons tenté d'introduire un changement dans une grande organisation.

## 2.1 L'ÉTUDE

L'étude<sup>1</sup> avait pour objectif principal d'implanter des pratiques optimales de gestion des absences et des retours au travail (POGA-RAT) dans une grande organisation québécoise. Elle comprenait trois étapes:

- A. Identifier les POGA-RAT de personnes présentant des TMS et des TMC en lien avec un milieu de travail;
- B. Décrire les pratiques actuelles de gestion des absences et des retours au travail de travailleurs d'une grande organisation et identifier les problèmes et enjeux associés;

---

1. Les résultats présentés dans ce chapitre découlent d'une étude financée par les Instituts de recherche en santé du Canada. Les chercheurs sont Marc Corbière (UQAM) et Marie-France Coutu (Université de Sherbrooke).



### C. Implanter des POGA-RAT et évaluer cette implantation dans l'organisation ciblée.

Cette étude reposait sur une approche participative et paritaire et a été réalisée entre 2012 et 2016. Pour ce faire, un comité conseil regroupant des responsables de la gestion des absences, des représentants syndicaux, des gestionnaires d'expérience et des chercheurs a été mis sur pied dans une organisation québécoise de plus de 4 000 employés. Divers types d'emplois y étaient représentés. Tout au long de la démarche, le comité conseil s'est réuni dans le but de choisir les POGA-RAT à adopter, de recommander les meilleures stratégies d'implantation et de réaliser un bilan des résultats.

Nous aborderons en détail la première étape qui consistait à définir les POGA-RAT, car ces pratiques allaient devenir la base de réflexion pour établir les écarts et les objets de changement dans l'organisation. Par la suite, les résultats sur l'implantation des pratiques seront brièvement abordés, principalement pour en dégager différents constats et pistes de réflexion.

## 2.2 ÉTAPE A – IDENTIFIER LES POGA-RAT DE PERSONNES PRÉSENTANT DES TMS ET DES TMC EN LIEN AVEC UN MILIEU DE TRAVAIL

Pour établir les POGA-RAT, nous avons effectué une revue de littérature publiée en 2014 sous le titre «*A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders*». Cette revue couvrait la période 2001 à 2011 et s'est attardée principalement aux revues ou synthèses sur le sujet (Durand *et al.*, 2014). Il est apparu que le premier élément essentiel pour une organisation consiste à se doter d'une politique de santé et de maintien au travail des employés. Cette politique doit préconiser une **approche de soutien** aux travailleurs et inclure une démarche structurée et explicite de gestion des absences et des retours au travail. L'approche de soutien a largement été abordée par différents auteurs et se caractérise par une préoccupation de la santé des travailleurs et un appui soutenu de la part de l'organisation lors des retours au travail des employés (NICE, 2009a; Pelletier, 2009; Pomaki *et al.*, 2010; St-Arnaud *et al.*, 2011). Cette approche s'oppose à ce qui est souvent observé dans les organisations, c'est-à-dire une gestion basée sur le contrôle des durées et des motifs d'absence et destinée à diminuer les coûts associés à l'assurance invalidité (St-Arnaud *et al.*, 2011). La mise en place d'une approche de soutien se traduit par la disponibilité de ressources au travail, c'est-à-dire des éléments physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels du travail qui encouragent les employés

à atteindre leurs objectifs de travail. Selon plusieurs auteurs, lorsque les ressources au travail sont disponibles en quantité et qualité suffisantes, elles ont un impact positif sur les employés et favorisent la croissance, l'apprentissage et le développement des travailleurs, tout comme leur engagement dans l'organisation (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Leka & Jain, 2010; St-Arnaud, Briand, *et al.*, 2011). Dans cette politique de santé, la démarche de gestion des absences et des retours au travail doit être disponible et connue de l'ensemble des employés de l'organisation. Par exemple, l'organisation pourra faire connaître sa politique aux employés au moyen de documents numériques ou papier remis à l'embauche ou lors d'une campagne interne de promotion de la santé au travail.

La démarche structurée de gestion des absences et des retours au travail issue de la revue de littérature s'articule en six grandes étapes en abordant les rôles des différentes parties prenantes. Il s'agit de :

1. Arrêt de travail et période de récupération;
2. Premier contact avec le travailleur;
3. Évaluation du travailleur et de son travail;
4. Élaboration d'un plan de retour au travail comprenant des aménagements;
5. Reprise du travail;
6. Suivi de la reprise du travail.

### **2.2.1 Arrêt de travail et période de récupération (1<sup>ère</sup> étape)**

Dans la plupart des organisations, le travailleur doit, le plus tôt possible, aviser son employeur de son absence et des raisons qui la motivent. De son côté, l'employeur peut demander au travailleur un document d'attestation justifiant la durée de l'absence. Il est alors important de respecter la période de récupération initiale du travailleur et les recommandations du médecin traitant (St-Arnaud *et al.*, 2011). À cet effet, le responsable de la gestion des absences de l'organisation communique avec le coordonnateur du retour au travail (CORAT) en début d'absence du travail pour l'aviser de la situation. Plus précisément, le CORAT est une personne désignée par l'organisation qui a la responsabilité de l'ensemble de la coordination des actions liées au processus de retour au travail d'un employé. Le CORAT peut être lui-même un employé de l'organisation ou faire partie d'une firme externe. Idéalement, le CORAT devrait occuper une position neutre et n'être associé ni à la partie patronale ni à la partie syndicale. Le CORAT peut assumer ce rôle à temps partiel ou à temps plein dans une organisation, selon la structure et la taille de celle-ci.

À la suite de la réception de l'information relative à l'arrêt de travail, le CORAT envoie une lettre au travailleur, expliquant le déroulement général du processus de retour au travail et fournissant les coordonnées des personnes-ressources en gestion des absences (Pomaki *et al.*, 2010). Au cours de cette période initiale de récupération, il peut être nécessaire d'offrir au travailleur, en plus d'un suivi médical, des services de santé spécialisés pour répondre à des besoins particuliers (St-Arnaud *et al.*, 2011). Par exemple, il peut s'agir d'interventions de réadaptation ayant pour but de favoriser la réactivation et la gestion de la douleur et du stress, ou encore d'analyses de postes de travail afin d'établir les facteurs de risque présents. Si des services spécialisés externes sont utilisés dans le but de favoriser une action concertée, il sera judicieux d'inclure les professionnels qui dispensent ces services dans le processus de retour au travail.

### 2.2.2 Premier contact avec le travailleur (2<sup>e</sup> étape)

Un premier contact téléphonique est effectué par le CORAT, quelques jours ou semaines après le début de l'arrêt de travail, pour offrir du soutien au travailleur. Lors de ce premier contact téléphonique, le CORAT explique au travailleur les rôles des différentes personnes concernées par son retour au travail et discute avec lui de la possibilité qu'un gestionnaire ou un collègue communique avec lui durant son absence, si c'est la préférence du travailleur (St-Arnaud *et al.*, 2011). De plus, c'est généralement lors de ce premier contact que le CORAT planifie une rencontre d'évaluation (étape 3), qui aura lieu au moment où le travailleur s'en sentira capable.

Le maintien de contacts téléphoniques par le CORAT ou une personne désignée par le travailleur (gestionnaire ou collègue), pendant l'absence, repose sur la reconnaissance que des communications, lorsqu'elles sont appropriées, exercent une influence positive sur le travailleur (NICE, 2009a, 2009b; Pomaki *et al.*, 2010; St-Arnaud et Corbière, 2011). En effet, ces communications peuvent, entre autres, briser l'isolement, renforcer l'identité de travailleur plutôt que de «malade» et entretenir un lien avec l'organisation. Or, certains gestionnaires sont réticents à établir ce premier contact (St-Arnaud *et al.*, 2011). À cet effet, un exemple d'une communication adéquate par le gestionnaire pourrait être: «Comment vas-tu? On pense à toi. Tu es un membre essentiel de l'équipe. Ton travail est important et ton emploi t'attendra à ton retour<sup>2</sup>» (Waddell *et al.*, 2008). Par

2. Traduction libre de: «How are you? We are thinking about you. You are a vital part of the team. Your work is important and your job is waiting for you.» (Waddell *et al.*, 2008)

ailleurs, il est à noter que, de façon générale, les contacts téléphoniques amicaux par des collègues sont aussi les bienvenus selon, bien entendu, les relations qui prévalaient avant l'arrêt de travail (Tjulin *et al.*, 2010).

Toutefois, un contact précoce du gestionnaire peut être inapproprié dans les situations où le travailleur éprouvait des problèmes de rendement ou vivait des relations de travail conflictuelles avant l'arrêt de travail (MacEachen *et al.*, 2006).

## 2

### 2.2.3 Évaluation du travailleur et de son travail (3<sup>e</sup> étape)

Pendant l'absence du travailleur, le CORAT rencontre ce dernier pour repérer les obstacles et les leviers liés au rétablissement et au retour au travail (NICE, 2009a; Pomaki *et al.*, 2010; St-Arnaud *et al.*, 2011; St-Arnaud et Corbiere, 2011). Ces facteurs peuvent être d'ordre clinique (par exemple, les symptômes résiduels comme la douleur ou la fatigue), social ou organisationnel. Le CORAT, en collaboration avec les parties prenantes (travailleur, gestionnaire et professionnels de la santé), peut aussi évaluer les facteurs occupationnels (qualité des relations de travail, soutien du gestionnaire, disponibilité des outils et équipements, etc.) et les exigences liées au poste. La participation du travailleur à l'évaluation de son travail, afin de participer à la définition des problèmes et des solutions, peut contribuer à son engagement actif dans le processus de retour au travail. Cette participation active du travailleur constitue d'ailleurs un élément central du processus de retour au travail (Corbière et Shen, 2006; Pomaki *et al.*, 2010; van der Klink *et al.*, 2007).

### 2.2.4 Élaboration d'un plan de retour au travail comprenant des aménagements (4<sup>e</sup> étape)

L'action concertée est au cœur de cette étape. Elle se définit par la mise en commun des ressources et des expertises des différents acteurs prenant part à la gestion des absences dans l'objectif d'un retour au travail efficace et durable (Coutu *et al.*, 2011). Elle est orchestrée par le CORAT et se traduit par des contacts téléphoniques, des rencontres et la transmission de rapports d'évaluation médicaux, si jugés nécessaires. Il s'agit d'élaborer un plan de retour au travail comprenant des aménagements, et ce, avant même le rétablissement complet du travailleur. Les aménagements<sup>3</sup> visent ainsi à combler l'écart entre les capacités réduites du travailleur et les

3. Les aménagements de travail sont définis comme des mesures mises en place par concertation avec le travailleur et les acteurs concernés, afin d'adapter le milieu de travail aux capacités du premier et de faciliter ainsi son retour au travail (Durand et Briand, 2011).

exigences de l'emploi (Durand et Briand, 2011). Le CORAT prépare une rencontre en communiquant directement avec les parties prenantes. À cette étape, il est important de tenir compte des traitements de santé reçus par le travailleur, afin de s'assurer qu'il s'agit du moment adéquat pour planifier le retour au travail de l'employé. La rencontre, téléphonique ou en personne, permet de clarifier les attentes de chacune des personnes et de définir le plan en concertation avec le travailleur, le gestionnaire, les collègues, le médecin traitant et, au besoin, les représentants syndicaux de même que les professionnels de la santé concernés (Coutu *et al.*, 2011; Pomaki *et al.*, 2010; St-Arnaud *et al.*, 2011).

Le CORAT prend en charge les négociations visant l'atteinte d'un accord au sujet du plan. Plus précisément, l'élaboration du plan de retour est effectuée en prenant en considération les capacités du travailleur, la faisabilité du choix des tâches, l'organisation du travail, le respect de la convention collective, les ressources disponibles et les points de vue du travailleur et des collègues. À cette étape, un sentiment de vulnérabilité peut parfois être ressenti par le travailleur lors de l'échange d'information le concernant; il est important pour les acteurs d'en tenir compte (Coutu *et al.*, 2011).

Le médecin traitant ou les professionnels de la santé estiment la compatibilité entre le plan de retour au travail et les capacités actuelles du travailleur, alors que le gestionnaire et les collègues évaluent la faisabilité des aménagements de travail dans l'organisation. Par exemple, le fait de tenir compte des répercussions du retour au travail sur la charge des collègues peut contribuer au maintien de bons rapports sociaux et à la mise en place de conditions contribuant à la réussite du retour au travail (St-Arnaud *et al.*, 2011).

Les aménagements de travail (temporaires ou permanents) doivent être souples, sécuritaires et personnalisés. Certaines mesures peuvent contribuer fortement à la restauration des capacités de travail. Il y a notamment le retour progressif, la modification des facteurs de risque ayant entraîné le retrait du travail, ainsi que l'accueil et le soutien du gestionnaire et des collègues. D'autres exemples d'aménagements pourraient prendre la forme d'une diminution des heures travaillées, d'un ajout de pauses, d'un fractionnement des tâches plus exigeantes ou d'une réduction initiale de la charge de travail, pour la reprendre ensuite graduellement (Pomaki *et al.*, 2010; Viikari-Juntura *et al.*, 2012). Lorsque le plan est accepté par toutes les parties prenantes, il revient au gestionnaire de mettre en place les aménagements prévus.

Par ailleurs, pour soutenir le gestionnaire dans l'offre d'aménagements de travail, la haute direction peut autoriser des horaires de travail souples, réduire temporairement les exigences de production et permettre

de redistribuer équitablement les tâches de travail sans surcharger certains départements ou en dégageant des ressources financières et humaines pour permettre un remplacement en surnuméraire (Coutu *et al.*, 2011; Franche *et al.*, 2005; Pomaki *et al.*, 2010). Ce dernier aménagement comporte des avantages: il permet d'éviter la surcharge de travail pour les collègues ou une baisse de productivité pour le gestionnaire, tout en diminuant la pression sur le travailleur qui réintègre son travail (Franche *et al.*, 2005). En effet, le gestionnaire ne doit pas compter sur la productivité immédiate du travailleur après une absence prolongée. Une telle attente pourrait être vécue par certaines personnes comme une pression excessive pouvant contribuer à une rechute (Durand et Briand, 2011). Le soutien offert par la haute direction aux gestionnaires demeure une composante essentielle favorable à l'adoption des POGA-RAT. Ce soutien peut consister en une formation sur différents thèmes, dont la communication efficace, la résolution de problèmes ou encore la démarche de définition des obstacles au retour au travail (Gilbert et Bilsker, 2012; Lemieux *et al.*, 2011).

Le soutien des collègues est tout aussi essentiel au succès de la mise en place des aménagements de travail. Cependant, une stigmatisation ou une mauvaise compréhension des capacités et des limitations du travailleur, des motifs d'aménagement et du processus de reprise du travail peuvent entraver le processus (Pomaki *et al.*, 2010; St-Arnaud *et al.*, 2006). En effet, si les collègues ne sont pas informés de la situation et s'ils vivent une surcharge en raison du retour d'un travailleur, ils seront peu enclins à faciliter la démarche. Par conséquent, il est recommandé de rencontrer les collègues avant le retour du travailleur et d'expliquer les balises de son retour, afin de procéder à certains ajustements, au besoin.

### 2.2.5 Reprise du travail (5<sup>e</sup> étape)

La reprise commence dès que le travailleur reprend son travail, sans égard au nombre d'heures ou au contenu des tâches. En prévision de ce retour, le gestionnaire prépare l'accueil du travailleur en rencontrant les collègues pour les informer et en s'assurant de la disponibilité du poste et des tâches de travail (MacEachen *et al.*, 2006; Pomaki *et al.*, 2010; St-Arnaud *et al.*, 2011). De leur côté, les collègues peuvent être appelés à effectuer des ajustements quotidiens dans leurs propres tâches, afin d'aider le travailleur à respecter le plan de retour au travail établi (Tjulin *et al.*, 2010). Ces ajustements peuvent représenter des facteurs déterminants de succès du retour au travail, bien que cela puisse également diminuer la productivité du collectif de travail. Ainsi, lors de la reprise du travail, le gestionnaire

devra porter une attention particulière à la mise en œuvre des aménagements, notamment aux impacts de ceux-ci sur les différentes personnes de même que sur les interactions entre les travailleurs.


Le CORAT peut quant à lui communiquer avec les parties prenantes pour suivre la progression du travailleur et rassurer ce dernier quant au déroulement de la reprise du travail. En effet, les premiers jours de la reprise du travail sont souvent marqués par un sentiment de vulnérabilité et la crainte d'une rechute (St-Arnaud *et al.*, 2011 ; St-Arnaud et Corbière, 2011). Ce n'est que progressivement que le travailleur arrive à reprendre confiance en ses capacités et à être productif. À cet effet, les représentants syndicaux et les professionnels de la santé peuvent aussi contribuer à soutenir et à rassurer le travailleur au cours du processus. Quant au médecin traitant, son rôle est d'assurer la surveillance de l'état de santé du travailleur.

### 2.2.6 Suivi de la reprise du travail (6<sup>e</sup> étape)

À cette étape, le gestionnaire peut, par un contact quotidien avec le travailleur, veiller au suivi de l'implantation et de l'ajustement des aménagements (Pomaki *et al.* 2010 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Il peut aussi planifier des rencontres avec le travailleur, afin de lui donner une rétroaction sur la progression du retour au travail et d'assurer l'ajustement des conditions nécessaires au maintien en emploi. Pour ce qui est du CORAT, il effectue régulièrement des suivis auprès du travailleur et du gestionnaire, dans le but d'évaluer la progression du retour au travail et les besoins du travailleur (NICE, 2009a ; Pomaki *et al.*, 2010 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). En effet, des réajustements peuvent être nécessaires en raison de changements dans l'organisation du travail ou de l'évolution de l'état de santé du travailleur. D'ailleurs, de fréquentes modifications quant aux exigences de travail peuvent créer une certaine confusion chez le travailleur et le gestionnaire, notamment au sujet du travail à faire (Coutu *et al.*, 2011). Par conséquent, des suivis réguliers sont essentiels pour maintenir une compréhension explicite des tâches à réaliser.

Enfin, même lorsque le travailleur effectue ses tâches régulières sans difficulté particulière pendant quelques semaines, le CORAT demeure disponible pour discuter avec lui et le gestionnaire des nouvelles préoccupations qui pourraient surgir. Le tableau 1 résume les six grandes étapes de la démarche de retour au travail. Le tableau 2 résume quant à lui les rôles et responsabilités des différents acteurs prenant part à la démarche.

Tableau 1 : Les 6 grandes étapes de la démarche de retour au travail



TRAVAILLEUR		1	2	3	4	5	6
		Arrêt et période de récupération	Premier contact avec le travailleur	Évaluation du travailleur et de son travail	Développement du plan avec aménagements	Reprise du travail	Suivi du retour au travail
ACTEURS DE L'ENTREPRISE OU ORGANISATION IMPLIQUÉE							
HAUTE DIRECTION				Mesures d'aménagements flexibles	Ajustement des attentes de production	Soutien du gestionnaire	
RESPONSABLE GESTION ABSENCE	Réception du billet médical   Référence au CORAT						
CORAT	Envoi d'une lettre au travailleur	Contact(s) avec le travailleur pour l'informer du processus	Action concertée Entrevue avec le travailleur et identification des obstacles	Action concertée Négociation des aménagements	Action concertée Rassurance Soutien du travailleur	Action concertée Ajustement des modalités prévues au besoin	



<b>GESTIONNAIRE</b>		Suivi de la récupération Rassurance	Identification des exigences du poste	Faisabilité des aménagements	Accueil du travailleur Répartitions des tâches	Rétroaction au travailleur sur le déroulement du retour au travail
<b>COLLÈGUE</b>		Contacts téléphoniques amicaux		Faisabilités des aménagements	Accueil du travailleur Ajustements quotidiens	Ajustements quotidiens
<b>SYNDICAT</b>					Compatibilité à la convention collective	Soutien du travailleur
<b>SYSTÈME DE SANTÉ</b>						
<b>MÉDECIN TRAITANT</b>	Signature de l'arrêt de travail		Identification des limitations	Autorisation du plan	Surveillance de l'état de santé	Prévention de la rechute
<b>AU BESOIN : CLINIENS EN READAPTATION</b>	Interventions axées sur le retour au travail		Identification des capacités Analyse du poste	Congruence entre le plan et les capacités	Soutien du travailleur	Prévention de la rechute

**Tableau 2: Rôles et responsabilités des acteurs prenant part à la gestion des absences et retours au travail en entreprise**

Acteur	Rôles et responsabilités
<b>Haute direction</b>	Promouvoir le CORAT pour que son rôle soit connu et reconnu par tous les membres de l'organisation. (Lemieux <i>et al.</i> , 2011 ; St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011)
	Sensibiliser les gestionnaires aux styles et aux pratiques de gestion pouvant promouvoir le bien-être des employés. (NICE, 2009b)
	Signifier des attentes aux gestionnaires quant aux pratiques de soutien des travailleurs à adopter et mettre en place des moyens d'évaluation visant à reconnaître leurs efforts et à s'assurer de leur actualisation par une offre de formation. (Lemieux <i>et al.</i> , 2011 ; St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011)
<b>CORAT</b>	Être une personne-ressource pour les diverses parties prenantes (travailleur, gestionnaire, syndicat, collègue, professionnel de la santé) en matière de soutien au retour au travail. (St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011)
	Coordonner les activités de retour au travail par l'intermédiaire de contacts téléphoniques ou en personne en s'assurant que les communications entre les parties prenantes demeurent ciblées sur les besoins/capacités du travailleur et le milieu de travail. (Pomaki <i>et al.</i> , 2010)
	Encourager les acteurs à communiquer entre eux au sujet des capacités fonctionnelles du travailleur et des options de retour au travail de ce dernier, avec le consentement du travailleur. (Loisel et Corbière, 2011 ; Pomaki <i>et al.</i> , 2010)
<b>Gestionnaire</b>	Reconnaître l'état de santé du travailleur absent (c'est-à-dire croire que le problème est bien réel), adopter une attitude empathique et réceptive, proposer des aménagements de travail et diminuer la pression et les attentes envers le travailleur pendant le processus de retour au travail. (Lemieux <i>et al.</i> , 2011 ; Shaw <i>et al.</i> , 2003)
	Impliquer les collègues, avec l'autorisation du travailleur, en leur expliquant les balises du retour au travail du travailleur, le fait que le travailleur présentera des capacités réduites justifiant des mesures d'aménagement (Lemieux <i>et al.</i> , 2011) et en considérant l'impact de ces aménagements sur le travail des collègues, entre autres en matière de productivité. (St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011)
	Prioriser et distribuer les tâches parmi le collectif de travail lors du retour au travail de l'employé absent. (Tjulin <i>et al.</i> , 2011)

**Tableau 2: Rôles et responsabilités des acteurs prenant part à la gestion des absences et retours au travail en entreprise (suite)**

Acteur	Rôles et responsabilités
<b>Collègues</b>	Maintenir des contacts avec le travailleur lors de son absence. (Tjulin <i>et al.</i> , 2011)
	En concertation avec le travailleur, le gestionnaire et le coordonnateur, participer à la répartition des tâches lors de la préparation du plan de retour au travail, afin d'estimer de façon plus juste l'impact des aménagements sur leur propre travail. (Tjulin <i>et al.</i> , 2011)
	Participer aux ajustements de travail quotidiens lors du retour au travail de l'employé. (Tjulin <i>et al.</i> , 2011)
<b>Représentants syndicaux</b>	S'assurer que le consentement du travailleur a été obtenu de façon éthique et appropriée pour l'échange d'information entre les parties prenantes. (Pomaki <i>et al.</i> , 2010; St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011)
	Participer, au besoin, à la préparation d'un plan de retour au travail en concertation avec les parties prenantes. (St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011)
	Maintenir des contacts empathiques avec le travailleur lors de son retour au travail. (Pomaki <i>et al.</i> , 2010)
	S'assurer que la législation portant sur le retour au travail permet de fournir des tâches modifiées ou des aménagements de travail, sans que ces mesures entrent en conflit avec les clauses d'ancienneté des conventions collectives. (MacEachen <i>et al.</i> , 2006)
	Promouvoir l'importance d'un retour au travail comprenant des aménagements avant le rétablissement complet, plutôt que de défendre le droit du travailleur de demeurer absent du travail s'il ne peut accomplir son travail régulier. (MacEachen <i>et al.</i> , 2006)
<b>Conseiller en gestion des absences</b>	Collaborer avec le CORAT en effectuant le suivi de la progression du travailleur à chacune des étapes du processus de retour au travail. (St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011)
	Mettre au point des moyens pour favoriser l'intégration des pratiques de soutien à la gestion médico-administrative des absences. (St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011)

## 2.3 ÉTAPE B – DÉCRIRE LES PRATIQUES DE GESTION DES ABSENCES DES TRAVAILLEURS DANS UNE ORGANISATION ET IDENTIFIER LES PROBLÈMES ET ENJEUX ASSOCIÉS

Cette étape sera abordée de façon très succincte, simplement pour établir les moyens qui ont été utilisés pour guider la réalisation d'une démarche similaire dans une autre organisation. Il s'agissait de bien comprendre les pratiques actuelles de l'organisation participante. Une série de dix-sept entrevues individuelles ont été réalisées avec des interlocuteurs clés: un représentant de la haute direction, deux représentants du service des ressources humaines, six membres de l'équipe de santé au travail (deux conseillers, deux coordonnateurs, deux techniciens), quatre gestionnaires de divers niveaux, deux travailleurs, un représentant syndical et un membre d'une firme externe de gestion des absences. Les participants ont été interrogés sur leurs tâches de travail en lien avec la gestion des absences, la démarche de retour au travail et leurs interactions avec les autres parties prenantes.

Les entrevues ont été analysées et ont permis de dégager: 1- la trajectoire type d'un travailleur lors d'une absence du travail, incluant les différentes pratiques et personnes concernées (quoi, qui, comment); 2- les différents enjeux soulevés (éléments favorables, obstacles).

Une comparaison des résultats de la revue de littérature (POGAT-RAT) avec ceux des entrevues a permis de relever une dizaine d'écarts entre les pratiques actuelles de l'organisation et les pratiques optimales. Une recommandation a été formulée pour chacun des écarts. Ces recommandations ont été présentées par écrit aux responsables des ressources humaines et lors d'une présentation orale au comité conseil. À la suite de discussions, la direction des ressources humaines a proposé de retenir quatre recommandations à implanter à court terme. Il s'agissait entre autres d'identifier une procédure de transmission de l'information entre les différentes parties prenantes et d'élaborer une stratégie de soutien pour le gestionnaire affecté à la gestion des absences. Les autres recommandations, portant sur des ressources matérielles et humaines supplémentaires ainsi que l'aval de la haute direction, ont été ciblées pour des démarches ultérieures et s'inséreront dans un processus de changement à plus long terme.

## 2.4 ÉTAPE C – IMPLANTER DES POGA-RAT ET ÉVALUER CETTE IMPLANTATION DANS L'ORGANISATION CIBLÉE

Dans la perspective d'implanter de nouvelles pratiques, une formation d'une journée a été offerte aux personnes visées par les processus. Les participants, au nombre de treize, provenaient surtout de la direction des ressources humaines et participaient directement à la gestion des absences dans l'organisation. À la suite de cette formation, une enquête Web a été réalisée auprès des participants dans le but d'évaluer leur appréciation de la formation et leur perception de la faisabilité de l'implantation de nouvelles pratiques. Il en ressort trois principaux constats : 1- une majorité connaît parfaitement les nouvelles POGA-RAT (8/13); 2- ces personnes se sentent bien outillées pour les appliquer (10/13); 3- elles perçoivent que le changement qui en résultera va entraîner une charge de travail supplémentaire (7/13). Ces constats ont été partagés avec les responsables des POGA-RAT afin qu'ils puissent ajuster l'information transmise aux participants.

Pour évaluer l'implantation, une étude pilote s'est déroulée sur une période de neuf mois, durée déterminée par la contrainte du financement de l'étude. Tous les nouveaux cas d'absence du travail en raison de problèmes de santé mentale ou physique ont été inclus, de même que tous les cas d'absence depuis plus de quatre semaines dont le retour au travail était imminent. Au final, un total de onze sujets ont été recrutés dont neuf présentaient des TMC et deux des TMS.

L'analyse des indicateurs a permis d'observer qu'un suivi administratif serré (réception d'un billet médical, envoi d'une lettre au travailleur, etc.) a été effectué dans l'ensemble des onze cas. Toutefois, les communications directes avec le travailleur ont eu lieu à six reprises seulement, bien qu'il s'agisse d'une des POGA-RAT. Lors du suivi des cas, environ 50% des POGA-RAT ont été mises en place. À la lumière de ces données, il semble que les POGA-RAT qui incluaient des communications directes et une plus grande participation des travailleurs absents du travail (par exemple, appels téléphoniques, rencontres et suivis) soient celles qui ont été les plus délaissées.

Enfin, des entrevues ont été réalisées au terme du projet dans le but de définir les facilitateurs et obstacles à l'implantation des POGA-RAT. Les personnes rencontrées (n = 10) étaient : trois gestionnaires de haut niveau, trois gestionnaires de moyen niveau, un coordonnateur, un conseiller et deux techniciens en gestion des absences. Les résultats, présentés au tableau suivant, se rapportent tant aux acteurs responsables des pratiques qu'au contexte interne de l'organisation.

**Tableau 3 : Facilitants et obstacles à l'implantation des POGAT-RAT**

<b>Éléments facilitateurs</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconnaissance de la nécessité que les responsables des pratiques de gestion des absences fassent des changements;</li> <li>2. Intérêt des acteurs en place pour une réflexion sur les pratiques actuelles;</li> <li>3. Implication constante et stabilité des acteurs en place (techniciens et conseillers des ressources humaines);</li> <li>4. Bonne communication entre les acteurs concernés;</li> <li>5. Reconnaissance des expertises des chercheurs;</li> <li>6. Clarté des outils fournis par les chercheurs;</li> <li>7. Pertinence et qualité de la formation offerte.</li> </ol>
<b>Obstacles</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Changements fréquents de gouvernance dans l'organisation;</li> <li>2. Structure décentralisée de l'organisation ciblée;</li> <li>3. Manque de savoir-faire pour la mise en place des POGA-RAT;</li> <li>4. Manque de ressources pour la diffusion et la mise en place des POGA-RAT;</li> <li>5. Surcharge de travail perçue relativement aux nouvelles POGA-RAT.</li> </ol>

## 2.5 RETOMBÉES ET LEÇONS À TIRER

L'étude visait à relever deux grands défis : élaborer des pratiques optimales de gestion des absences et des retours au travail et implanter celles-ci dans une grande organisation. Une démarche structurée a d'abord permis l'identification des POGA-RAT, alors qu'un processus collaboratif a ensuite conduit à l'adaptation et à la mise en place de ces pratiques dans une grande organisation. Il en découle trois retombées majeures.

La première retombée de ces travaux est l'élaboration d'une démarche systématique de gestion des absences et des retours au travail en six étapes, incluant une définition du rôle des parties prenantes. Cette démarche présentait une innovation en proposant des POGA-RAT communes pour deux populations habituellement séparées : les personnes présentant des TMC et celles ayant des TMS. Cette combinaison des pratiques correspond mieux aux besoins des organisations qui sont sans cesse confrontées à ces deux réalités, parfois séparées et souvent superposées. De plus, les POGA-RAT sont maintenant largement enseignées depuis 2013 dans des cours universitaires crédités ou des formations sur mesure destinées à des groupes de gestionnaires ou à d'autres clientèles cibles. Par ailleurs, la diffusion de ces POGA-RAT va bien au-delà de l'organisation

participante, car elles seront prochainement utilisées dans de nouveaux projets de recherche. Des revues scientifiques publiées plus récemment confirment la justesse de l'utilisation d'une approche commune à différents problèmes de santé donnant lieu à des absences prolongées du travail. Cette approche dite « transdiagnostique » va même plus loin que notre proposition en intégrant d'autres types de problèmes de santé, tels que les cancers ou les maladies chroniques (Cancelliere *et al.*, 2016; Cullen *et al.*, 2017; White *et al.*, 2015).

La deuxième retombée prend la forme d'un changement de représentations chez les membres du comité conseil, au sujet de la gestion des absences et des rôles précis de chaque partie prenante. Par exemple, une vision plus élargie de la gestion des absences permettrait aux hauts gestionnaires d'apprécier dorénavant davantage la participation des collègues et du gestionnaire immédiat à la préparation du retour au travail du travailleur absent. Par ailleurs, l'étude aura permis aux techniciens, qui gèrent souvent en vase clos l'aspect administratif des dossiers, de comprendre la pertinence d'une communication en personne et d'y inclure d'autres membres de l'équipe, par exemple, un conseiller en ressources humaines, pour aboutir à une action plus concertée. De plus, les représentants syndicaux, après avoir mieux saisi la portée de certains gestes (contact téléphonique précoce pendant l'absence, suivis fréquents lors du retour, etc.), se sont impliqués dans la diffusion des POGA-RAT auprès de leurs membres. En somme, ce projet a « contraint » les contacts et les rencontres entre différentes personnes autour d'une seule et même démarche de gestion des absences et retours au travail, et ce, malgré les réticences de certains à entreprendre cette démarche de façon paritaire. Ainsi, la réalisation de ce projet a permis une co-construction d'une démarche visant le retour au travail réussi des travailleurs, dans laquelle les différents acteurs pouvaient échanger, discuter et s'informer.

Cette expérience peut servir de modèle à suivre pour les grandes organisations. D'abord, le choix d'une approche participative paritaire correspond à une démarche de soutien des travailleurs, ce qui a été relevé comme un élément clé des POGA-RAT. Cette démarche rejoint une caractéristique favorable d'une approche de gestion du changement, en suscitant la participation des différentes parties prenantes, tel qu'il est recommandé dans différents écrits, dont ceux de Rafferty *et al.* (2013) et de Meyers *et al.* (2012). D'autre part, l'utilisation de cette approche devrait favoriser à la fois la mobilisation des différentes parties autour des pratiques optimales et de leur implantation, plutôt que d'aviver les désaccords et contestations systématiques qui sont souvent observés dans les organisations.

La troisième retombée consiste en une réflexion méthodologique sur les analyses d'implantation. Dans ce projet, les « utilisateurs » des nouvelles connaissances produites, c'est-à-dire les POGA-RAT, ont clairement témoigné, dans le sondage Web, de l'acquisition de nouveaux savoirs grâce à la formation d'une journée qui leur a été offerte. Cependant, un écart important a été observé entre ce discours et les résultats de l'étude pilote, qui démontrent une faible implantation des nouvelles pratiques. Une des explications mentionnées dans les entrevues par les acteurs concernés est le manque de ressources humaines et d'appui de la structure de l'organisation pour implanter les POGA-RAT. Lors de la dernière réunion avec le comité conseil, les responsables des POGA-RAT ont toutefois mentionné que les nouvelles pratiques allaient s'implanter au cours des mois et des années suivantes. Par conséquent, le faible niveau d'implantation des pratiques observé pourrait s'expliquer partiellement par une durée d'expérimentation trop courte (durée de neuf mois) avant l'évaluation. En effet, plusieurs auteurs soulignent que l'implantation de changements dans une organisation demande du temps, d'autant plus si ceux-ci se font à des niveaux multiples (personne, groupe, organisation) (Rafferty *et al.*, 2013). Une des recommandations actuelles serait de prolonger la collecte de données lors d'une étude d'implantation pour bien saisir les changements qui prennent plus de temps à être adoptés. De plus, la phase d'implantation devrait être planifiée dès la planification du projet de changement, avant d'amorcer l'expérimentation. Selon Rafferty *et al.* (2013), cette préparation permet de situer les résistances aux changements et de déterminer les conditions à mettre en place pour élaborer et améliorer une approche de changement dans l'organisation. Dans notre étude, il est apparu une discordance entre les changements à faire, les ressources disponibles et le soutien de l'organisation. Il est possible qu'un manque de préparation de l'organisation soit en partie à l'origine de cette difficulté.

En somme, cette recherche a permis à la fois d'établir des pratiques optimales de gestion des absences répondant à un besoin criant des organisations, d'en tester l'implantation et d'en tirer des réflexions méthodologiques pour améliorer les études futures.



## 2.6 RÉFÉRENCES

- CANCELLIERE, C., DONOVAN, J., STOCHKENDAHL, M. J., BISCARDI, M., AMMENDOLIA, C., MYBURGH, C. et CASSIDY, J. D. 2016. Factors affecting return to work after injury or illness: Best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic and Manual Therapies*, 24(1), 32.
- COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC). 2013. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*.
- CORBIÈRE, M. et SHEN, J. 2006. A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 261-288.
- COUTU, M. F., CORBIÈRE, M., DURAND, M. J., NASTASIA, I. et LOISEL, P. 2011. Étude des déterminants de l'incapacité au travail dans une agence gouvernementale du Québec: Volet programme de réadaptation au travail, gouvernement du Québec.
- CULLEN, K. L., IRVIN, E., COLLIE, A., CLAY, F., GENSBY, U., JENNINGS, P. A., HOGG-JOHNSON, S., KRISTMAN, V., LABERGE, M., MCKENZIE, D., NEWMAN, S., PALAGYI, A., RUSECKAITE, R., SHEPPARD, D. M., SHOURIE, S., STEENSTRA, I., VAN EERD, D. et AMICK, B. C. 2017. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-15.
- DEMEROUDI, E., BAKKER, A. B., NACHREINER, F. et SCHAUFELI, W. B. 2001. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- DERASPE, R. 2013. *Questions d'actualité en santé mentale au Canada: L'impact économique de la maladie mentale*. Ottawa, Canada: Bibliothèque du Parlement, 8.
- DURAND, M. J. et BRIAND, C. 2011. Interventions/programmes de retour au travail destinés aux travailleurs ayant un trouble mental transitoire. Dans: CORBIÈRE, M. et DURAND, M. J. (sous la dir. de), *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 199-224.
- DURAND, M. J., CORBIÈRE, M., COUTU, M. F., REINHARZ, D. et ALBERT, V. 2014. A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*. 48(4), 579-589. doi: 10.3233/WOR-141914.
- DURAND, M. J., SYLVAIN, C., FASSIER, J.B., TREMBLAY, D., SHAW, W., ANEMA, J. R., LOISEL, P., RICHARD, M. C. et BERNIER, M. 2017. Troubles musculosquelettiques – Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail (rapport R-942). Montréal: IRSST.
- FRANCHE, R. L., CULLEN, K., CLARKE, J., IRVIN, E., SINCLAIR, S., FRANK, J. et THE WORKPLACE-BASED RETURN-TO-WORK INTERVENTION LITERATURE REVIEW GROUP. 2005. Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.

- GILBERT, M. et BILSKER, D. 2012. Santé et sécurité psychologiques : Guide de l'employeur. Calgary : Commission de la santé mentale du Canada.
- LEKA, S. et JAIN, A. 2010. *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- LEMIEUX, P., CORBIÈRE, M. et DURAND, M. J. 2011. Retour et réintégration au travail de personnes avec un trouble mental: Le rôle du supérieur immédiat. *Dans*: CORBIÈRE, M. et DURAND, M. J. (sous la dir. de), *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 177-198.
- LOISEL, P., et CORBIÈRE, M. 2011. Compétences requises de l'intervenant qui facilite le retour ou la réintégration au travail de personnes à risque d'une incapacité prolongée. *Dans*: CORBIÈRE, M. et DURAND, M. J. (sous la dir. de.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 177-198.
- MACEACHEN, E., CLARKE, J., FRANCHE, R. L., et IRVIN, E. 2006. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32(4), 257-269.
- MEYERS, D. C., DURLAK, J. A. et WANDERSMAN, A. 2012. The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, déc., 50(3-4), 462-480.
- NICE. 2009a. *Managing long term sickness absence and incapacity of work*, vol. 19. Londres, R.-U. : National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE. 2009b. *Promoting mental wellbeing through productive and healthy working conditions: Guidance for employers*, vol. 22. Londres, R.-U. : National Institute for Health and Clinical Excellence.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE). 2010. *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*. dx.doi.org/10.1787/9789264088870-fr
- PELLETIER, K. R. 2009. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: Update VII 2004-2008. [Revue]. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(7), 822-837. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181a7de5a
- POMAKI, G., FRANCHE, R. L., KHUSHRUSHAHI, N., MURRAY, E., LAMPINEN, T. et MAH, P. 2010. *Best Practices for Return-to-Work/Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions*. Vancouver, C.-B. : Occupational Health and Safety Agency for HealthCare in BC.
- POMAKI G., FRANCHE R.L., MURRAY E., KHUSHRUSHAHI, N. et LAMPINEN, T. M. 2012. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, juin, 22(2), 182-195.
- RAFFERTY, A. E., JIMMIESON, N. L. et ARMENAKIS, A. A. 2013. Change Readiness : A Multilevel Review. *Journal of Management*, janvier, 39(1), 110-135.

- SHAW, W. S., ROBERTSON, M. M., PRANSKY, G. et MCLELLAN, R. K. 2003. Employee perspectives on the role of supervisors to prevent workplace disability after injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(3), 129-142.
- ST-ARNAUD, L., BRIAND, C., CORBIÈRE, M., DURAND, M.J., BOURBONNAIS, R., ST-JEAN, M., PELLETIER, M., DELISLE, S. et KEDL, E. 2011. *Retour au travail à la suite d'une absence en raison d'un problème de santé mentale: Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien*. Études et recherches, rapport R-706. Montréal: IRSST, 134.
- ST-ARNAUD, L., PELLETIER, M. et BRIAND, C. 2011. The paradoxes of managing employees' absences for mental health reasons and practices to support their return to work. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, 3(2), 36-52.
- ST-ARNAUD, L. et CORBIÈRE, M. 2011. Déterminants de l'intégration en emploi et du retour au travail en santé mentale. Dans: CORBIÈRE, M. et DURAND, M. J. (sous la dir. de), *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 109-138.
- ST-ARNAUD, L., SAINT-JEAN, M. et DAMASSE, J. 2006. Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 303-315.
- TJULIN, A., MACEACHEN, E. et EKBERG, K. 2010. Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 311-321.
- TJULIN, A., MACEACHEN, E., STIWNE, E. E. et EKBERG, K. 2011. The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disability and Rehabilitation*, 33(21-22), 1979-1989.
- TOWLE, A. et GODOLPHIN, W. 1999. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 319, 766-771.
- VAN DER KLINK, J. J. L., AUSEMS, C. M. M., BEIJDERWELLEN, B. D., BLONK, R. et BRUINVELS, D. J., 2007. *Guideline for the Management of Mental Health Problems by Occupational Physicians*. Utrecht, Pays-Bas: NVAB [société néerlandaise de médecine du travail].
- VAN TIL, J. A., DROSSAERT, C. H. C., PUNTER, R. A. et IJZERMAN, M. J. 2010. The Potential for Shared Decision-Making and Decision Aids in Rehabilitation Medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 598-604.
- VAN VILSTEREN, M., VAN OOSTROM, S. H., DE VET, H. C., FRANCHE, R. L., BOOT, C. R. et ANEMA, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *The Cochrane Database of systematic reviews*, 5(10).
- VIIKARI-JUNTURA, E., KAUSTO, J., SHIRI, R., Lenne, K.-K., TAKALA, E. P., KARPPINEN, J. et MARTIMO, K. P. 2012. Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38(2), 134-143.

WADDELL, G., BURTON, A. K. et KENDALL, N. A. S. 2008. *Vocational rehabilitation: What works, for whom, and when?* Londres, R.-U. : The Stationery Office.

WHITE, M. I., WAGNER, S. I., SCHULTZ, I. Z., MURRAY, E., BRADLEY, S. M., HSU, V., MCGUIRE, L. et SCHULZ, W. 2015. Non-modifiable worker and workplace risk factors contributing to workplace absence: A stakeholder-centred synthesis of systematic reviews. *Work*, 52(2), 353-373.

YOUNG, A. E. 2013. Return to work stakeholders' perspectives on work disability. *Handbook of work disability*. Springer.

---

# CHAPITRE 3

## La prise de décision partagée dans le contexte de la réadaptation au travail

Marie-France Coutu

### MESSAGES CLÉS

---

**Chercheurs** La prise de décision partagée (PDP), issue de l'approche médicale, est maintenant explorée en réadaptation au travail. Elle révèle la complexité du processus en réadaptation au travail, car elle doit tenir compte des différentes parties prenantes. Cependant, il semble favorable d'adopter cette approche. La prochaine étape en recherche serait d'évaluer son efficacité à réduire certains obstacles au retour au travail.

**Professionnels de la santé** Se former à la PDP permet de réellement mettre le travailleur au centre de son processus, en harmonie avec ses valeurs, et à l'inviter à s'engager dans une démarche systématique et éclairée.

**Milieus de travail** La version actuelle du programme de PDP permet d'identifier des options qui tiennent compte des contraintes des assureurs et des entreprises. De cette façon, la mise en œuvre de l'option retenue devrait être facilitée, particulièrement avec la coopération des employeurs, des syndicats et des assureurs.

La PDP permet aux travailleurs de bénéficier d'une démarche qui les inclut réellement dans le processus de décision concernant leur incapacité au travail et d'ainsi réduire les risques de regret associés à certaines décisions.

Ce chapitre a pour visée de présenter, de façon vulgarisée, un programme de prise de décision partagée (PDP) permettant de soutenir le travailleur ayant une incapacité au travail qui doit faire des choix complexes pouvant impliquer plusieurs options et à risque de regret, advenant que l'issue souhaitée ne soit pas atteinte. En contexte de gestion de l'incapacité au travail, les travailleurs et les autres acteurs qui décident des interventions en matière de retour au travail poursuivent souvent des buts différents. Par exemple, les travailleurs éprouvant une douleur persistante (> douze semaines) visent à réduire leur souffrance et agissent dans ce but, alors que les autres acteurs veulent plutôt réduire leur incapacité et favoriser leur retour au travail (Parsons *et al.*, 2012; Coutu *et al.*, 2013; MacEachen *et al.*, 2010). Ces écarts dans les buts et actions à entreprendre peuvent nuire à l'efficacité du traitement et prolonger les délais du retour au travail (Coutu *et al.*, 2013).

3

Le processus de PDP est une approche centrée sur la personne qui permet d'agir sur les écarts entre le patient/travailleur et les professionnels de la santé, par rapport au but et au plan d'action à adopter (Towle et Godolphin, 1999). Le processus de PDP, en contexte médical, est couramment défini par la relation entre le patient et le professionnel de la santé, où il y a échange d'information, expression et discussion des préférences, ainsi que par un consensus sur les buts et le plan d'action à adopter. Un suivi est également planifié pour effectuer une évaluation et un rajustement, si nécessaire, des modalités mises en place (Charles *et al.*, 1999).

À notre connaissance, aucun programme de PDP n'a été spécifiquement conçu pour la réadaptation au travail. Un tel programme devrait permettre de fournir une description détaillée des interventions en matière de changement de comportement, ce qui devrait faciliter sa mise en œuvre dans les milieux de pratique et, dans le cadre de la recherche, favoriser sa réplication scientifique (2009). D'ailleurs, l'une des premières étapes dans l'étude d'une intervention ou d'un programme complexe, comme la PDP, consiste à construire un modèle qui est plausible, tant sur le plan théorique qu'empirique (Chen, 1990; Champagne *et al.*, 2009).

### 3.1 POURQUOI IMPLANTER UNE PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE ?

Les travailleurs en processus de réadaptation auront de multitudes décisions à prendre, dont décider de s'engager dans un programme de réadaptation au travail ou d'effectuer un retour progressif au travail. Ces décisions doivent tenir compte de nombreux éléments qui peuvent constituer des avantages ou des inconvénients, comme s'assurer d'une sécurité

financière, éviter une détérioration de leur condition de santé, de leurs conditions de travail, de leur conciliation travail et vie personnelle, etc. Soutenir les travailleurs dans ce processus les amènera à prendre des décisions en harmonie avec leurs valeurs et en réduisant le regret décisionnel qui peut être un facteur contributif à la détresse. Pour les professionnels de la santé, ce soutien systématique devient crucial du fait que, bien qu'il existe de bonnes pratiques favorisant le retour au travail, il n'est pas possible d'offrir aux travailleurs ayant une incapacité au travail une certitude quant à l'issue de la démarche, puisque des imprévus peuvent survenir. De plus, il est possible que différents moyens ou options puissent être envisagés pour promouvoir le retour au travail et que chacun comporte des avantages et des inconvénients pour les travailleurs ayant une incapacité au travail.

Une revue systématique des écrits scientifiques portant sur les effets de la PDP en contexte médical permet d'observer des impacts positifs sur la personne au regard de son adhésion au traitement, de sa satisfaction, de sa connaissance du traitement et de son bien-être (Joosten *et al.*, 2008). La PDP permet également de réduire le regret et l'insatisfaction liés à la décision (Moudi *et al.*, 2017; Joosten *et al.*, 2008). L'American Pain Society recommande d'ailleurs l'utilisation de la PDP pour les personnes ayant une problématique de douleur liée à un trouble musculosquelettique (TMS) (Chou *et al.*, 2009). Étonnamment, malgré ces résultats positifs, une recension systématique de la littérature scientifique, portant sur 29 études en contexte médical qui ont mesuré, à l'aide d'une grille d'observation, les comportements soutenant une PDP par des professionnels de la santé, conclut à un niveau minimal (score de 23/100) de mise en œuvre en contexte médical réel (Couët *et al.*, 2015). Le fait de recevoir une formation serait cependant associé à un plus haut niveau de comportement de PDP chez les professionnels (Couët *et al.*, 2015). Avoir recours à un outil soutenant la communication, tel qu'un outil d'aide à la décision, favoriserait aussi les comportements de PDP chez les professionnels (Couët *et al.*, 2015).

### 3.2 LE CONTEXTE DE LA RÉADAPTATION AU TRAVAIL

Le contexte de la réadaptation au travail est différent de celui des soins médicaux. En effet, d'autres acteurs, qui ne sont pas nécessairement liés au système de santé, doivent également faire partie du processus de décision. Ces acteurs, comme l'employeur, le syndicat ou l'assureur, auront, de par leurs différents rôles, des intérêts et préoccupations divergents. Pour identifier une option, la PDP devra nécessairement tenir compte des balises au contrat d'assurance, pour éviter, par exemple, de créer chez le

travailleur des attentes irréalistes. De plus, si une option inclut la participation active de l'employeur, appelé à offrir notamment des aménagements de travail visant à faciliter le processus de retour au travail, celui-ci devra être en mesure de les offrir.

Pour le travailleur, mais également pour l'ensemble des acteurs impliqués, la décision qui devra être prise nécessitera l'adoption et le maintien d'un engagement durant la période de réadaptation et de retour au travail. En effet, les études dans le domaine de l'adhésion sont claires : adopter un comportement simple (par exemple, passer un test diagnostique) ayant peu d'effets négatifs et circonscrit dans le temps est plus facile comparativement au maintien dans le temps d'un comportement qui n'est pas inscrit dans les habitudes de la personne. Cette observation est d'autant plus marquée que ce qui est demandé apporte des inconvénients à la personne. Ainsi, le contexte de la réadaptation au travail nécessite d'aller au-delà de la dyade habituellement formée en contexte médical entre le patient et le professionnel de la santé et d'inclure les autres acteurs clés au processus, afin de favoriser un retour rapide, sain et durable du travailleur.

3

### 3.3 COMMENT FAVORISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA PDP EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL ?

Il est essentiel d'adapter ce qui est connu en soins de santé, au sujet de la PDP, à la réadaptation au travail en raison des multiples acteurs aux intérêts variés. Ainsi, notre équipe, composée de chercheurs en réadaptation au travail, en PDP en soins de santé et en collaboration interprofessionnelle, a effectué l'adaptation d'un programme de PDP en fonction des preuves scientifiques, mais également avec la participation de l'ensemble des acteurs clés en réadaptation (Coutu *et al.*, 2016; Coutu *et al.*, 2015a).

Ce programme inclut des objectifs spécifiques, des activités à réaliser, des indicateurs, et il cible les outils nécessaires pour évaluer l'atteinte des objectifs (Coutu *et al.*, 2014). Le programme inclut un objectif à long terme, qui est d'assurer un retour au travail durable, un objectif à moyen terme, visant un retour au travail sécuritaire, ainsi que douze objectifs à court terme (un longitudinal et onze spécifiques). Le programme détaillé peut être consulté à l'adresse suivante : [www.usherbrooke.ca/caprit](http://www.usherbrooke.ca/caprit).

Une formation d'environ dix heures, incluant des lectures en individuel, est également disponible afin de mettre en œuvre le programme dans les règles de l'art.



Globalement, les objectifs spécifiques et l'objectif longitudinal peuvent se regrouper au sein de trois grandes composantes, soit :

- l'établissement et le maintien de l'alliance de travail avec l'ensemble des acteurs clés, dont le travailleur ;
- le processus de délibération entre le travailleur et un professionnel ;
- la mise en œuvre de l'option choisie.

### 3.3.1 L'alliance de travail

L'établissement et le maintien d'une alliance de travail sont un préalable au processus de délibération et à la mise en œuvre de l'option qui sera ultimement retenue. Une façon de favoriser l'établissement de l'alliance est, entre autres, de mettre en place certaines balises dès le début d'un entretien. Ces balises visent à clarifier, auprès du travailleur, la situation qui l'amène à tenir cette rencontre, le but de la rencontre et la façon de procéder. Concrètement, il s'agirait pour un professionnel de la santé de dire à un travailleur :

Bonjour Monsieur/Madame, votre assureur vous a *référé* à notre clinique pour participer à un programme de retour au travail (situation). Dans cette perspective, j'aimerais regarder avec vous les différentes options qui s'offrent à vous concernant votre retour au travail (objectif de la rencontre). Nous allons d'abord regarder ensemble les principaux obstacles au retour au travail et ensuite, nous tenterons d'établir un objectif commun et d'évaluer les options *disponibles* (façon de travailler). Qu'est-ce que vous en pensez ?

Clarifier ces aspects dès le début permet de se centrer, ensemble, plus rapidement sur la tâche et aussi de rassurer le travailleur, advenant qu'il ait d'autres craintes concernant le but de la rencontre.

Lors de l'entretien, il sera important de rester à l'affût des réactions du travailleur. Il s'agit d'évaluer si ses réponses verbales ou non verbales vont dans le sens souhaité. Une analogie avec le code de conduite automobile (St-Arnaud, 2003) permet d'identifier une réponse qui va dans le sens souhaité (un feu « vert »), qui va partiellement dans le sens souhaité (feu « jaune ») ou en sens inverse (feu « rouge »). Le cumul de plus de 3 « codes rouges » permet en temps réel de conclure qu'une alliance n'est pas présente. Dans le contexte de la conduite automobile, « brûler » des feux rouges exposerait le conducteur à un risque d'accident. Il en va de même en contexte de communication. En maintenant le cumul de feux rouges en communication, les risques de ne pas se rendre à destination (l'objectif) sont très grands. Il est alors important de voir ce qui bloque

la communication. Par exemple, le professionnel parle de processus de retour au travail (l'objectif), mais le travailleur ne sait pas ce que cela implique. Le travailleur pourrait être persuadé qu'il sera parachuté au travail à temps plein du jour au lendemain. Le professionnel a pris un raccourci, mais le travailleur ne l'a pas suivi. Les deux interlocuteurs se sont ainsi perdus de vue. Demander régulièrement au travailleur de résumer ce qu'il a compris ou comment il entrevoit une situation est une stratégie efficace pour clarifier la communication (par exemple: «Nous avons discuté de plusieurs éléments dans les dernières minutes, pouvez-vous me résumer ce que vous avez compris?»). Cela fait ressortir le besoin d'assurer une compréhension mutuelle de la problématique qui fera l'objet d'une PDP. Cette compréhension doit être présente entre le travailleur et le professionnel, mais également avec les autres acteurs clés participant au processus de réadaptation au travail. Le tableau 1 décrit le guide d'entrevue avec le travailleur.

Pour les acteurs clés, lors de notre étude, il a été suggéré par les assureurs que les professionnels de la santé aient en main un guide d'entretien initial avec les assureurs (privés et publics), afin de s'assurer de partager une compréhension commune des enjeux et possibilités du cas concerné. Ce guide serait donc idéalement utilisé avant de rencontrer le travailleur et de faire une PDP, dans le but d'avoir une idée de la faisabilité des options qui pourraient être discutées. Les questions proposées pour le guide d'interaction sont rapportées au tableau 2. Le guide contient aussi des questions relatives au type de suivi souhaité par l'assureur, puisque nos résultats ont fait ressortir des attentes très variables d'un conseiller à l'autre (Coutu *et al.*, 2016).

### 3.3.2 Le processus de délibération

Un des grands pièges de la communication interpersonnelle est de tenir pour acquis qu'on a compris une situation, sans la valider. Pour Entwistle et Watt (Entwistle et Watt, 2016), il est clair que la PDP doit inclure une compréhension commune du problème par les parties. De plus, les déterminants en lien avec l'incapacité au travail doivent être pris en considération dans la formulation du problème. Pour ce faire, le professionnel peut avoir recours à des questionnaires qui l'aideront à guider la discussion. Par exemple, le questionnaire portant sur la représentation de l'incapacité au travail (<http://qrit.recherche.usherbrooke.ca/fr/home>) peut être rempli par le travailleur avant la rencontre de délibération. La plateforme Web permet au professionnel d'obtenir un profil interprété des résultats et d'ainsi cibler les composantes de la représentation/compréhension de

**Tableau 1 : Guide d'entrevue entre le professionnel de la santé et le travailleur**

- Proposer le **but de la rencontre** et demander : « Qu'est-ce que vous en pensez? ».
- Proposer la **façon de procéder** lors de la rencontre :
  - Établir une compréhension commune du problème;
  - Identifier un objectif;
  - Identifier un plan d'action commun;
  - Alternier avec : « Qu'est-ce que vous en pensez? »
- Définir le **problème** et s'assurer qu'il est partagé par vous et le travailleur.
- Définir les **déterminants** en lien avec l'incapacité au travail ou la gestion de la douleur :
  - Consulter les résultats du questionnaire sur la représentation de la maladie;
  - Questionner sur les principaux obstacles majeurs (+ de 60/100) à l'égard desquels l'efficacité personnelle est faible (– de 60/100).
- Identifier un **objectif commun**.
- Rendre la **décision explicite** : « Vous avez donc une décision à prendre concernant... Nous allons remplir un outil qui aide à prendre sereinement votre décision. »
- Évaluer les **déterminants qui influencent la décision** :
  - Utiliser gratuitement le *Guide personnel d'aide à la décision* (Ottawa) (<https://decisionaid.ohri.ca/francais/gpdo.html>).
- Identifier les **options** possibles avec le *Guide personnel d'aide à la décision* :
  - Évaluer les valeurs du travailleur;
  - Évaluer la faisabilité;
  - Évaluer le niveau de confiance.
- Atteindre un **accord sur l'option** qui doit être choisie. OU
- **Reporter** explicitement la décision, par exemple : « Nous allons nous rencontrer la semaine prochaine pour discuter de votre décision. »
- Annoncer que la **décision pourra être revue**.
- **Évaluer la rencontre** et exprimer sa satisfaction.

l'incapacité qui sont plus problématiques pour le travailleur. Le professionnel peut également questionner le travailleur sur les principaux obstacles à son retour au travail en les classant en ordre décroissant et en évaluant, pour chacun, la projection que se fait le travailleur de sa capacité à les surmonter (Bandura, 1977). Le but est d'identifier les principaux obstacles que la personne ne se perçoit pas capable de surmonter. Ceux-ci aideront par la suite à élaborer un objectif commun, lié au retour au travail. Il pourrait s'agir, entre autres dans le cas d'un retour au travail d'un menuisier, de développer ses capacités physiques. Une fois l'objectif

**Tableau 2: Guide d'entrevue initiale entre professionnel de la santé et assureur**

Volet emploi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les possibilités chez l'employeur pour le retour au travail?</li> <li>• Globalement, quelles sont les exigences du poste de travail?</li> <li>• Est-ce qu'il y a une cote de sécurité au poste? (par exemple, des restrictions liées à la prise de médication au poste)</li> <li>• Est-ce qu'il y a un bureau de santé chez l'employeur?</li> <li>• Quel est le délai requis par l'employeur pour mettre en place le retour au travail?</li> <li>• Quels sont les mécanismes de concertation et de communication prévus avec l'employeur?</li> </ul>
Volet système de santé
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce qu'il y a actuellement d'autres intervenants dans le dossier de l'assuré? (par exemple, psychologue, travailleur social, infirmier, PAE)</li> <li>• Quels sont les obstacles et facilitateurs déjà établis pour le retour au travail?</li> </ul>
Volet assurance
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la date de changement de définition entre l'invalidité de courte durée et celle de longue durée (inapte à son emploi par rapport à inapte à tout emploi)?</li> <li>• Est-ce qu'il y a des changements anticipés dans la fréquence des paiements d'assurance?</li> <li>• Quel est le nombre de semaines pouvant être attribuées au programme de réadaptation?</li> <li>• Quelles sont les attentes relatives aux services à offrir?</li> <li>• Est-ce qu'il y a une clause de rechute?</li> <li>• Quelles sont les attentes du conseiller en ce qui concerne la concertation et la communication?</li> </ul>

commun identifié, il faudra rendre le moment de décision explicite, c'est-à-dire signifier au travailleur qu'il y aura une décision à prendre concernant les options qui pourraient l'aider à développer ses capacités physiques afin d'effectuer un retour au travail comme menuisier.

La délibération à propos des options pourra être soutenue par l'utilisation du *Guide personnel d'aide à la décision* (Ottawa) (<https://decisionaid.ohri.ca/francais/gpdpd.html>). Une formation gratuite en ligne d'environ trois heures est d'ailleurs disponible en français et permet de bien saisir les éléments clés liés au processus de prise de décision chez une personne. Le guide permettra notamment de documenter la prédisposition envers

un choix ou la présence d'un conflit décisionnel, d'évaluer chaque option en faisant la liste des avantages et des inconvénients et d'établir l'importance relative de chacun. Il est à noter que la faisabilité et l'offre des options basées sur les meilleures pratiques doivent toujours être au cœur des discussions, pour éviter de créer de fausses attentes. Aussi, la perception du travailleur en ce qui concerne sa capacité à accomplir avec succès les options devra être évaluée. Dans le cas où cette perception serait faible, il s'agirait d'effectuer une résolution de problèmes pour mettre en place les conditions favorables à l'atteinte d'un succès.

Une des prémisses à la base de la PDP est que le travailleur doit pouvoir bénéficier d'un réel choix entre plusieurs options, dont celle « de ne rien faire », de ne pas participer à la réadaptation. Il est alors crucial que le travailleur puisse être en mesure d'énoncer les conséquences positives et négatives de ce choix et qu'il ait reçu tout le soutien nécessaire pour prendre sa décision. Une très petite proportion de travailleurs fera ce choix. Cependant, chaque travailleur devra tout de même faire l'ensemble du processus de PDP pour s'assurer qu'il est serein à l'égard de sa décision et qu'il n'éprouvera pas de regret du fait qu'il n'aurait pas eu l'ensemble de l'information pouvant soutenir une décision de qualité. À cet effet, l'outil d'aide à la décision comporte une section évaluant le niveau de confort décisionnel à partir de quatre questions. Une étude démontre que lorsque les personnes ont l'impression de bien connaître les avantages et inconvénients de chaque option (savoir ce qui est plus important pour eux à l'égard des avantages et inconvénients; avoir suffisamment de soutien pour faire leur choix; être convaincus de ce qui constitue le meilleur choix pour eux), les probabilités de regret décisionnel sont faibles (Stacey *et al.*, 2008).

L'approche de PDP n'empêche pas le professionnel de faire une recommandation ou de donner un avis relatif aux options. Il doit cependant y avoir un échange entre le travailleur et le professionnel pour identifier les valeurs du travailleur et s'assurer de la présence d'une compréhension commune et d'objectifs partagés. Aussi, il est très probable que le travailleur ne soit pas en mesure de prendre une décision sur-le-champ lors de la première rencontre de délibération. Il est alors important de reporter explicitement la décision, en fixant une nouvelle rencontre où la décision devra être prise. D'autre part, dans le but de poursuivre le soutien au travailleur, le professionnel pourra établir avec ce dernier ce qu'il devra faire pour atteindre un niveau de confort décisionnel. Le guide personnel d'aide à la décision propose d'ailleurs certaines pistes à cet effet (section 4). Une fois l'option choisie, il est important de mentionner au travailleur que cette décision pourra être revue. En effet, il pourrait y avoir des circonstances imprévues qui remettront en question la décision ou

obligeront de revoir une partie du plan d'action prévu dans l'option, afin de s'ajuster et de maximiser les chances de retour au travail. C'est d'ailleurs ce que prévoit la composante de mise en œuvre de l'option choisie.

### 3.3.3 La mise en œuvre de l'option choisie

À partir du moment où une option aura été choisie (participer à un programme de réadaptation au travail, effectuer un retour à l'emploi pré-lésionnel, etc.), il faudra, lors de rencontre(s) subséquente(s), identifier les moyens à mettre en place pour exécuter l'option, c'est-à-dire le plan d'action. Ce dernier devra être faisable en fonction des contraintes des acteurs clés et atteignable pour le travailleur, afin de favoriser une expérience de succès. Celle-ci aura alors pour effet de renforcer l'engagement et de soutenir la perception de s'approcher de ses buts, autant chez le travailleur que chez les acteurs clés. D'ailleurs, le plan d'action devrait être significatif pour le travailleur. De plus, pour favoriser une compréhension commune, le plan devrait être spécifique et mesurable. Tel qu'il a été mentionné précédemment, les obstacles qui pourraient entraver la performance seront identifiés et des solutions seront apportées, toujours pour favoriser le succès. Le professionnel qui soutient le travailleur dans sa démarche devra alors non seulement consulter le plus tôt possible le travailleur, mais également les acteurs clés au dossier, en fonction des ententes prévues, et ce, le plus tôt possible, dans le but de stimuler l'alliance de travail en trame de fond. Le maintien de l'alliance pourra être favorisé en effectuant les suivis souhaités par les acteurs clés et en effectuant des réajustements, au besoin.

## 3.4 LA MISE EN ŒUVRE DE LA PDP SUR LE TERRAIN

De façon plus globale, différentes fausses croyances peuvent empêcher la mise en œuvre de la PDP par les professionnels (Légaré et Thompson-Leduc, 2014). Parmi celles-ci, certains professionnels sont d'avis que ce ne sont pas tous les travailleurs qui souhaitent prendre part à une PDP (Couët *et al.*, 2015). En contexte de diversité ethnoculturelle, il est connu que certains travailleurs pourraient ne pas prioriser l'autonomisation, comme le valorise la société occidentale. Cela dit, rien n'empêche de consulter le travailleur et de faire l'ensemble de la démarche avec lui. Lors de celle-ci, le professionnel pourra le questionner sur le rôle qu'il souhaite assumer pour prendre cette décision. Le travailleur nommera probablement le professionnel comme la personne désignée pour prendre la décision finale. C'est en fonction des échanges portant sur les déterminants

de la décision (préférences, perception de capacité, pondération des avantages et inconvénients, etc.) que le professionnel pourra prendre la décision la plus arrimée possible aux caractéristiques du travailleur.

Une autre croyance est que les professionnels pensent déjà faire de la PDP avec les travailleurs. L'étude de Couët *et al.* (2015) démontre un niveau très faible d'implantation de la PDP en contexte médical. Une étude (Dierckx *et al.*, 2013) menée auprès de physiothérapeutes n'ayant pas reçu de formation à la PDP fait ressortir un score moyen de 5 sur une échelle variant de 0 à 100, ce qui signifie une très faible implantation des comportements essentiels pour soutenir la PDP. Il est clair que la PDP devrait proposer une façon systématique d'intégrer tous les éléments reconnus pour favoriser une prise de décision de qualité. Par ailleurs, il existe différentes conceptions de la PDP dans la littérature scientifique. Dans certains écrits, il est malheureusement véhiculé que la seule utilisation d'un outil d'aide à la décision, sans nécessairement miser sur l'alliance de travail ou le suivi lors de la mise en œuvre, constitue une approche de PDP. Cependant, la simple transmission d'information par un professionnel ou des documents n'est pas suffisante en soi (Entwistle et Watt, 2016). L'outil d'aide à la décision peut toutefois être un très bon allié pour aider à structurer une rencontre.

Les résultats de notre étude sur l'implantation de la PDP en contexte de réadaptation au travail ont permis d'observer un niveau d'implantation très satisfaisant en ce qui concerne l'établissement des indicateurs liés à la composante de délibération et au maintien de l'alliance avec le travailleur. Comparativement aux études recensées par Couët *et al.* (2015), les résultats relatifs aux comportements essentiels à la PDP observés lors de l'entretien sont parmi les meilleurs, avec une moyenne de 53,94/100, ce qui représente un niveau de compétence conforme aux attentes (Coutu *et al.*, 2015b). Ces professionnels, des ergothérapeutes, avaient été préalablement formés à l'approche.

Les composantes qui ont démontré un niveau d'implantation variable sont celles liées aux acteurs clés. Trois « cas types » sont ressortis. Le premier nommé « *retour au travail: progression positive et action concertée* » est l'exemple type d'une action dite concertée entre tous les acteurs clés où une compréhension commune est partagée. Sur les 32 cas de l'étude dont les données permettent une analyse de l'ensemble du processus, seulement 2 ont été classés ainsi. Ce type de cas est donc plutôt rare en réadaptation. L'autre cas plus commun (n = 14), se soldant aussi par un retour au travail, est nommé « *retour au travail: divers écarts, mais solution créative mise en œuvre* ». Pour ce cas type, il y a des écarts correspondant à différents objectifs, dont la compréhension commune, le plan d'action

ou les modalités de suivi. Pour chaque cas, les écarts sont résolus ou contournés par diverses stratégies permettant de rallier les différents acteurs. Les écarts concernent l'un ou l'autre des acteurs. À la fin du programme de réadaptation, tous les travailleurs de ce cas type sont de retour au travail, à leur emploi pré-lésionnel, donc pour le même employeur et en assumant les mêmes tâches (79 %), mais pour trois d'entre eux (21 %), les tâches ont été modifiées. Les travailleurs ont rapporté être satisfaits et n'indiquent pas de regret décisionnel.

À titre d'exemple, voici quelques résolutions observées au sein de ces cas. Un représentant de l'employeur a refusé l'option de retour au travail progressif en alléguant qu'il ne pouvait pas se permettre d'avoir un travailleur de retour à temps partiel. L'option d'un stage a donc été retenue. Dans un autre cas, le fait d'être en attente de l'autorisation du médecin pour reprendre le travail a eu un effet négatif sur la gestion du dossier par le conseiller en réadaptation, car l'assureur ne pouvait plus indemniser le travailleur au-delà d'une certaine date. La stratégie a consisté à préparer le travailleur en clinique et à réduire de deux semaines le retour progressif initialement prévu sur une période de deux mois, et ce, sans effet défavorable sur la santé du travailleur. Dans un autre cas, le représentant de l'employeur n'a pas informé le milieu de travail du retour au travail de la travailleuse. Aidée par l'ergothérapeute, la travailleuse a alors fait des démarches pour informer ses collègues et pallier ainsi le manque de communication.

Le dernier cas type de notre étude est celui nommé « *absent du travail* » (n = 14). Il se caractérise par une interaction faible ou absente entre le travailleur et les acteurs clés ou par une insatisfaction par rapport à celle-ci. Cette interaction faible ou absente peut se manifester de différentes façons. Par exemple, par l'absence de réponses aux communications ou encore par de la contestation. D'ailleurs, les cas dans lesquels les travailleurs ont refusé que les autres acteurs (par exemple, des employeurs ou des assureurs) participent à l'étude ou dans lesquels l'équipe de recherche n'a pas obtenu de retours d'appel se situent principalement au sein de ce cas type. Il n'y a pas de compréhension commune ou de suivi systématique avec les acteurs. La présence de plusieurs obstacles modérés, voire majeurs, n'a pas été aplanie, malgré des tentatives de résolution de problèmes. À la fin du programme de réadaptation, tous ces travailleurs ne sont pas de retour au travail.

Fait intéressant, dans onze cas, les travailleurs n'expriment pas de regret décisionnel, malgré qu'ils ne soient pas arrivés à retourner au travail. Dans ces cas, il n'y a pas eu de modification majeure de l'option ou du plan d'action qui aurait pu amener le travailleur à croire que ce qu'on lui



proposait était dépourvu de sens. Cependant, dans trois cas, les travailleurs ont mentionné avoir un regret décisionnel. Dans ces cas, il est possible d'observer des modifications importantes de l'option ou du plan d'action, sans qu'une nouvelle PDP soit effectuée.

Dans un des quatorze cas, le plan d'action a été modifié par l'ergothérapeute, mais le travailleur ne percevait pas la pertinence du changement et était en partie en désaccord. Dans ce cas, le programme a été interrompu à cause d'un nouvel épisode de TMS lié aux nouveaux exercices du plan d'action. Le travailleur ne rapporte pas de regret à l'égard de sa décision initiale, mais mentionne en entrevue avoir regretté le changement de plan d'action. Dans les deux autres cas, l'option initialement choisie par le travailleur a été changée en cours de programme de réadaptation par l'assureur ou le médecin. Dans les deux cas, les travailleurs mentionnent un regret décisionnel. Ces derniers cas font donc clairement ressortir un besoin de refaire une PDP lors de changements importants par rapport à l'option ou au plan d'action.

Mentionnons que deux cas n'ont pu être classés au sein des cas types. Ils s'apparentent au cas «*retour au travail: divers écarts, mais solution créative mise en œuvre*». Dans le premier cas, il y a eu une compréhension commune entre le travailleur autonome et l'ergothérapeute. Un accord a été observé concernant l'objectif et le plan d'action à mettre en place. Quelques obstacles mineurs ont été notés et il n'y a pas eu de regret à l'égard des décisions. La différence ici est que le travailleur ne visait pas le retour au travail. Ainsi, à la fin du suivi, il n'a pas repris ses activités professionnelles. Dans l'autre cas, le travailleur n'avait plus de lien d'emploi avec l'établissement où était survenue sa lésion professionnelle, mais il avait un nouvel emploi en perspective. Il a cependant été obligé de cesser le programme de retour au travail à cause d'un événement stressant majeur dans sa vie personnelle, non lié à son TMS. Il n'a pas mentionné éprouver de regret décisionnel.

Lors de l'étude de l'implantation de la PDP en réadaptation, bien que plusieurs difficultés se soient manifestées avec l'employeur, tous les acteurs concernés ont dans les cas de non-retour au travail, à un moment ou à un autre, fait surgir un obstacle majeur pour lequel aucune solution efficace n'a pu être implantée par l'ergothérapeute. En somme, les résultats permettent de comprendre que la seule implantation de la phase de délibération n'est pas suffisante pour atteindre des résultats quant à l'absence de regret en matière décisionnelle, au statut de travail ou à la satisfaction des acteurs clés. Les obstacles qui pourraient entraver la mise en œuvre de la décision doivent être établis, et des solutions doivent être apportées. Effectuer un suivi du déroulement de l'option ou du plan d'action auprès

du travailleur et des acteurs clés est aussi essentiel. Cela dit, en aucun cas les observations ont permis de croire que l'ergothérapeute n'avait pas identifié les obstacles ou fait un suivi. Le défi se situait plutôt au chapitre de l'établissement de la collaboration avec les autres acteurs. À cet effet, Van Til *et al.* (2010) décrivent le manque d'action concertée entre les intervenants de la santé comme une des trois principales barrières à l'implantation. Les résultats de la présente étude nuancent cet aspect en soulignant que ce sont les obstacles majeurs à l'action concertée qu'il n'est pas possible de contourner au moyen de solutions créatives qui empêchent la pleine implantation de la PDP. Les difficultés ne surgissent pas non plus seulement auprès des intervenants de la santé, mais aussi auprès des employeurs et assureurs.

3 La mise en place de solutions créatives préconisées par les ergothérapeutes a nécessité du temps. Selon l'organisation du travail de l'ergothérapeute, si ce temps n'est pas rémunéré, cela pourrait constituer une barrière importante à l'implantation des programmes de PDP, ce que soutiennent les résultats de Mitchie *et al.* (2009). À cet effet, les ergothérapeutes du secteur public n'ont pas mentionné la contrainte de temps concernant la PDP. Le milieu privé pourrait différer d'avis sur cet aspect.

En ce qui concerne les obstacles majeurs à la coopération, Gouin *et al.* (2014) ont formulé, dans leur étude sur l'exploration du processus de prise de décision entre des parties prenantes (par exemple, travailleur, ergothérapeute, représentants de l'employeur et du syndicat) en contexte de réadaptation au travail, le besoin d'explorer le processus de collaboration et la coopération entre les acteurs clés afin d'identifier des pistes d'action ou des contextes qui pourraient contribuer à faciliter le retour au travail à la suite d'une incapacité (Gouin *et al.*, 2014) et, particulièrement, entre le représentant de l'employeur et le travailleur (Franche *et al.*, 2005; Frank *et al.*, 1998; Hall *et al.*, 2012; Tjulin *et al.*, 2011; Young, 2013).

Le programme de PDP en contexte de réadaptation au travail offre aux professionnels une façon systématique d'aider le travailleur à prendre une décision en lien avec son retour au travail. Les résultats observés lors de l'implantation de la PDP en contexte réel de réadaptation soutiennent un des fondements de l'approche de PDP, à savoir que lorsqu'un travailleur bénéficie d'une réelle PDP, même si l'issue de l'intervention n'est pas favorable, il n'y a pas de regret lié à la décision. Cet aspect est crucial, car la manifestation de regret pourrait augmenter la détresse des travailleurs qui se retrouvent, à la fin de leur réadaptation, toujours hors du marché du travail. Les résultats font aussi ressortir l'importance de faire, au besoin, une nouvelle PDP, si l'option ou le plan d'action change significativement, et ce, afin de prévenir justement l'expression d'un regret à l'égard des

décisions. Finalement, selon la perspective d'une équipe clinique de réadaptation en ce qui concerne les bénéfices de cette approche (<http://www.irdpq.qc.ca/expertise-et-formation/publications/revue-differences/mai-2015/la-prise-de-decision-partagee>), la PDP contribue à « éviter de viser, en tant qu'expert, l'atteinte d'un objectif idéal qui ne tient pas compte des priorités et des valeurs du travailleur ou des contraintes des partenaires [et] diminue les probabilités d'être confronté à des impasses thérapeutiques... »

### 3.5 RÉFÉRENCES

- BANDURA, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z. et CONTANDRIOPOULOS, A. P. 2009. Modéliser les interventions. Dans: BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et HARTZ, Z. (sous la dir. de), *L'évaluation: Concepts et méthodes*. Montréal, Québec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- CHARLES, C., WHELAN, T. et GAFNI, A. 1999. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, 319, 780-782.
- CHEN, H. T. 1990. Issues in constructing program theory. *New directions for program evaluation.*, 47, 7-18.
- CHOU, R., LOESER, J. D., OWENS, D. K., ROSENQUIST, R. W., ATLAS, S. J., BAISDEN, J., CARRAGEE, E. J., GRABOIS, M., MURPHY, D. R., RESNICK, D. K., STANOS, S. P., SHAFFER, W. O. et WALL, E. M. 2009. Interventional Therapies, Surgery, and Interdisciplinary Rehabilitation for Low Back Pain. *Spine*, 34, 1066-1077.
- COUËT, N., DESROCHES, S., ROBITAILLE, H., VAILLANCOURT, H., LEBLANC, A., TURCOTTE, S., ELWYN, G. et LÉGARÉ, F. 2015. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: A systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations*, 18, 542-561.
- COUTU, M. F., BARIL, R., DURAND, M. J., CÔTÉ, D. et CADIEUX, G. 2013. Clinician-patient agreement about the work disability problem of patients having persistent pain: Why it matters. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23, 82-92.
- COUTU, M. F., CORBIÈRE, M., DURAND, M. J., NASTASIA, I., LABRECQUE, M. E., BERBICHE, D. et ALBERT, V. 2015a. Factors Associated With Presenteeism and Psychological Distress Using a Theory-Driven Approach. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57, 617-626.
- COUTU, M. F., LÉGARÉ, F., DURAND, M. J., CORBIÈRE, M., STACEY, D., BAINBRIDGE, L. et LABRECQUE, M. E. 2014. Operationalizing a Shared Decision Making Model for Work Rehabilitation Programs: A Consensus Process. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-12.

- COUTU, M. F., LÉGARÉ, F., DURAND, M. J., CORBIÈRE, M., STACEY, D., BAINBRIDGE, L. et LEMIEUX, P. 2016. Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un trouble musculo-squelettique persistant. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- COUTU, M. F., LÉGARÉ, F., STACEY, D., DURAND, M. J., CORBIÈRE, M., BAINBRIDGE, L. et LABRECQUE, M. E. 2015b. Occupational therapists' shared decision-making behaviors with patients having persistent pain in a work rehabilitation context: A cross-sectional study. *Patient education and counseling*, 98, 864-870.
- DIERCKX, K., DEVEUGELE, M., ROOSEN, P. et DEVISCH, I. 2013. Implementation of shared decision making in physical therapy: Observed level of involvement and patient preference. *Physical Therapy*, 93, 1321-1330.
- ENTWISTLE, V. A. et WATT, I. S. 2016. Broad versus narrow shared decision making: Patients' involvement in real world contexts. *Shared Decision Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*.
- FRANCHE, R. L., BARIL, R., SHAW, W., NICHOLAS, M. et LOISEL, P. 2005. Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 525-542.
- FRANK, J. W., SINCLAIR, S., HOGGJOHNSON, S., SHANNON, H., BOMBARDIER, C., BEATON, D. et COLE, D. 1998. Preventing Disability From Work-Related Low-Back Pain – New Evidence Gives New Hope – If We Can Just Get All the Players Onside. *Canadian Medical Association Journal*, 158, 1625-1631.
- GOUIN, M. M., TRUCHON, M. et BÉLANGER, J. 2014. *Prise de décisions en contexte de réadaptation au travail: Un processus concerté? Étude de cas de travailleurs atteints de troubles musculo-squelettiques*. Doctorat, Université Laval.
- HALL, A. M., FERREIRA, M. L., CLEMSON, L., FERREIRA, P., LATIMER, J. et MAHER, C. G. 2012. Assessment of the therapeutic alliance in physical rehabilitation: A RASCH analysis. *Disability & Rehabilitation*, 34, 257-266.
- JOOSTEN, E. A. G., DEFUENTES-MERILLAS, L., DE WEERT, G. H., SENSKY, T., VAN DER STAAK, C. P. F. et DE JONG, C. A. J. 2008. Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-226.
- LÉGARÉ, F. et THOMPSON-LEDUC, P. 2014. Twelve myths about shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 96, 281-286.
- MACEACHEN, E., KOSNY, A., FERRIER, S. et CHAMBERS, L. 2010. The “Toxic Dose” of System Problems: Why Some Injured Workers Don't Return to Work as Expected. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 349-366.
- MICHIE, S., FIXSEN, D. L., GRIMSHAW, J. et ECCLES, M. 2009. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: The need for a scientific method. *Implementation Science*, 4, 1-6.

- MOUDI, Z., PHANODI, Z., ANSARI, H. et ZOHOUR, M. M. 2017. Decisional conflict and regret: shared decision-making about pregnancy affected by  $\beta$ -thalassemia major in Southeast of Iran. *Journal of human genetics*, 1.
- PARSONS, A., HARDING, G., BREEN, A., FOSTER, N., PINCU, T., VOGEL, S. et UNDERWOOD, M. 2012. Will shared decision making between patients with chronic musculoskeletal pain and physiotherapists, osteopaths and chiropractors improve patient care? *Family Practice*, 29, 203-212.
- ST-ARNAUD, Y. 2003. *L'interaction professionnelle: Efficacité et coopération*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- STACEY, D., SAMANT, R. et BENNETT, C. 2008. Decision making in oncology: A review of patient decision aids to support patient participation. *CA: A cancer journal for clinicians*, 58, 293-304.
- TJULIN, A., MACEACHEN, E., STIWNE, E. E. et EKBERG, K. 2011. The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disability & Rehabilitation*, 33, 1979-1989.
- TOWLE, A. et GODOLPHIN, W. 1999. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 319, 766-771.
- VAN TIL, J. A., DROSSAERT, C. H. C., PUNTER, R. A. et IJZERMAN, M. J. 2010. The Potential for Shared Decision-Making and Decision Aids in Rehabilitation Medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 598-604.
- YOUNG, A. E. 2013. Return to work stakeholders' perspectives on work disability. *Handbook of work disability*. New York, Springer.



---

DEUXIÈME PARTIE

# POUR MIEUX RÉFLÉCHIR





---

# CHAPITRE 4

## Les analyses d'implantation de programmes : faisons-nous fausse route ?

Chantal Sylvain

### MESSAGES CLÉS

---

**Chercheurs** Les analyses d'implantation sont maintenant reconnues pour éclairer le fonctionnement des programmes. Cependant, dans l'avenir, il sera nécessaire d'accorder la priorité aux devis centrés sur les processus qui présentent les caractéristiques suivantes : collecte de données prolongée, étude multisite, diversité de points de vue, stratégie d'analyse processuelle et orientée-cas.

**Professionnels de la santé** Pour les aider à implanter des programmes de réadaptation au travail efficaces, les professionnels de la santé doivent s'intéresser non seulement aux interventions promues par ces programmes, mais aussi aux différentes caractéristiques du contexte susceptibles de favoriser ou d'entraver cette implantation au fil du temps. Les apprentissages réalisés en cours de processus représentent des connaissances utiles pour améliorer les pratiques d'implantation, ce qui devrait intéresser les chercheurs en analyse d'implantation de programmes.

**Milieus de travail** Avant d'adopter ou de rejeter un programme à partir des résultats d'une analyse d'implantation, il est nécessaire de s'interroger sur la portée réelle de l'analyse effectuée. Cet examen doit tenir compte non seulement de l'objectif visé, mais également des choix méthodologiques effectués.

Malgré le développement accéléré des connaissances démontrant l'efficacité des programmes visant à réduire l'incapacité prolongée au travail, leur application dans la pratique courante est demeurée faible (Loisel *et al.*, 2005; Rivard *et al.*, 2011). Une des explications possibles de cet écart entre connaissances et pratique réside certainement dans la complexité des programmes de réadaptation au travail et la grande diversité qui les caractérise. Mentionnons, par exemple, la diversité des ancrages théoriques des interventions composant ces programmes (théories sociales, psychologiques, organisationnelles, etc.) de même que la diversité des parties intéressées (travailleurs, syndicats, employeurs, professionnels de la santé, assureurs, etc.) (Champagne et Rivard, 2016). Selon Pransky *et al.* (2011), les programmes à l'étude sont en outre soumis à des influences externes difficilement malléables, entre autres les priorités de financement des pouvoirs publics et l'encadrement réglementaire et législatif auquel ils sont soumis.

4 Une des solutions pour diminuer l'écart entre connaissances et pratique consiste à étudier l'implantation de programmes. Bien qu'il existe plusieurs façons de définir et de réaliser des études d'implantation, ces dernières ont en commun de porter sur ce qui se passe dans les programmes en cours d'implantation, que ce soit pour décrire leur teneur ou pour porter un jugement sur leur valeur. Ainsi, en comprenant mieux ce qui facilite et contraint l'implantation des programmes, on peut espérer accroître la capacité de les implanter et, ultimement, s'assurer qu'ils produisent les effets attendus.

Ces dernières années, les chercheurs ont manifesté un intérêt croissant pour l'implantation de programmes, notamment en réadaptation au travail. Pourtant, une question importante se pose : dans quelle mesure les approches de recherche utilisées pour étudier l'implantation de programmes permettent-elles de rendre compte de leur complexité et de produire des réponses utiles pour l'action ? À ce jour, cette question a été très peu abordée. Dans ce chapitre, nous proposons d'y réfléchir en vue de formuler certaines balises pouvant orienter les prochaines analyses d'implantation de programmes en réadaptation au travail.

Le présent chapitre se compose de quatre parties. La première nous permettra de faire un bref tour d'horizon de l'analyse d'implantation de programmes en la définissant et en situant sa pertinence. En deuxième partie, nous enchaînerons avec la présentation d'un cadre conceptuel de l'implantation de programmes, réalisé à partir de synthèses récentes. Ce cadre introduira la troisième partie du chapitre, consacrée à la présentation des différentes façons d'étudier l'implantation de programmes de réadaptation au travail. Enfin, nous concluons par des recommandations quant

aux orientations à préconiser à l'avenir, afin que les analyses d'implantation soient davantage en mesure de produire des résultats utiles pour faire avancer la pratique.

#### 4.1 L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES

Pour bien définir l'analyse d'implantation de programmes, il convient tout d'abord de la situer dans le mouvement plus vaste de l'évaluation de programmes. Pendant longtemps, évaluer un programme a été synonyme d'évaluer ses effets. Dans le contexte de la réadaptation au travail, la durée de l'absence au travail représente un bon exemple d'une telle mesure des effets d'un programme. Or, malgré l'utilité indéniable de ce type d'évaluation pour renseigner sur l'efficacité des programmes, il est apparu qu'il laissait dans l'ombre des pans importants de connaissances sur le fonctionnement des programmes, notamment leur processus d'implantation. « Ouvrir la boîte noire » des programmes est devenu par conséquent une priorité (Chen et Rossi, 1989). Une grande variété d'études, issues de différents courants et approches en évaluation de programmes, se réclament aujourd'hui des études d'implantation. D'ailleurs, d'excellents ouvrages de référence en français ont été publiés ces dernières années (Ridde et Dagenais, 2012; Brousselle *et al.*, 2011; Alain et Dessureault, 2009). On y cherche tout autant à mieux comprendre le déroulement de l'implantation d'un programme et les facteurs qui le facilitent ou l'entravent qu'à déterminer la présence d'un écart entre ce qui est mis en œuvre et ce qui était prévu (Patton, 1997; Linnan et Steckler, 2002).

En dépit de la diversité des formes sous lesquelles se présentent les études d'implantation de programmes, on peut distinguer deux grands motifs. Le premier est de cerner la dynamique d'implantation et les facteurs explicatifs critiques (Champagne *et al.*, 2011). Le second est de vérifier si le programme a été implanté comme prévu et à éviter notamment les erreurs de type III (Linnan et Steckler, 2002). Ce type d'erreur consiste à tirer des conclusions inexactes concernant l'efficacité d'un programme sans s'être auparavant assuré que les composantes du programme ont été implantées tel que prévu, en concordance avec les objectifs visés (Dobson et Cook, 1980).

#### 4.2 COMMENT CONCEVOIR L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES ?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'analyse d'implantation est devenue ces dernières années un objet de recherche important. Plusieurs travaux de synthèse des écrits ont été réalisés dont ceux de Chaudoir *et al.*

(2013) et de Fixsen *et al.* (2005). Ces travaux renseignent sur les dimensions clés à étudier afin d’appréhender le phénomène. La figure 1 propose un cadre conceptuel de l’implantation de programmes élaboré à partir des travaux de synthèse, cadre que nous avons adapté au contexte des programmes de réadaptation au travail.

**Figure 1 : Cadre conceptuel de l’implantation de programmes adapté aux programmes de réadaptation au travail**

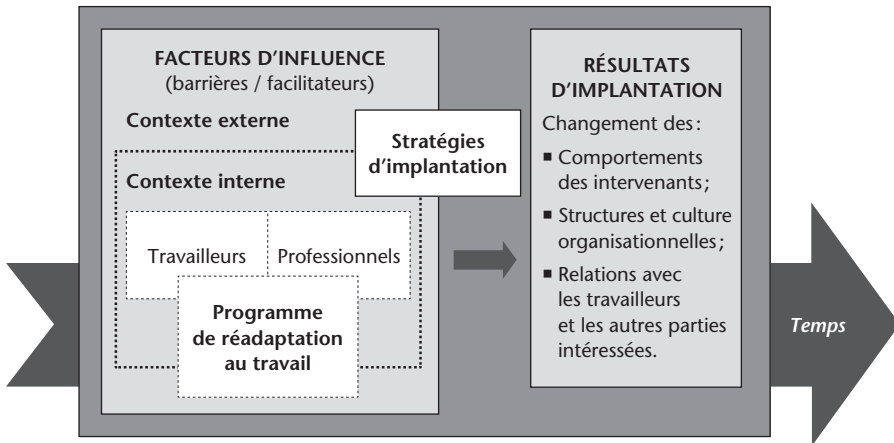


Figure inspirée des travaux de Chaudoir *et al.* (2013) et de Fixsen *et al.* (2005).

L’implantation de programmes peut être conçue comme un processus se déployant au fil du temps, ce dont témoigne la flèche au centre de la figure 1. Les résultats de ce processus dépendent des stratégies d’implantation utilisées, mais aussi des facteurs d’influence (barrières/facilitateurs) qui opèrent à différents niveaux. Cinq niveaux sont distingués : le programme de réadaptation au travail (les caractéristiques du programme lui-même), les travailleurs (caractéristiques des personnes visées par le programme de réadaptation au travail), les professionnels (caractéristiques des personnes responsables de réaliser les activités du programme), le contexte interne (caractéristiques de l’organisation ou des organisations où s’implante le programme) et le contexte externe (caractéristiques socio-culturelles du contexte dans lequel se niche la ou les organisations où s’implante le programme, incluant les partenaires avec lesquels les professionnels du programme doivent interagir).

Les stratégies d’implantation font référence aux actions intentionnelles mises en place afin de soutenir l’implantation d’un programme. La formation initiale offerte aux intervenants ainsi que le *coaching* en

cours d'implantation du programme représentent deux exemples relativement courants de stratégies d'implantation. Comme on peut le constater, les stratégies d'*implantation* se distinguent ainsi nettement des stratégies d'*intervention*, ces dernières renvoyant aux activités du programme lui-même et non aux activités soutenant l'implantation du programme.

En ce qui a trait aux résultats d'implantation, ils concernent des changements par rapport à l'une ou l'autre des trois cibles suivantes : les comportements des intervenants (connaissances, habiletés, pratiques des intervenants), les structures et la culture organisationnelles (valeurs, politiques, procédures de la ou des organisations où s'implante le programme) et les relations avec les travailleurs et autres parties intéressées (inclusion, engagement, satisfaction des différents acteurs). À nouveau, il importe d'éviter d'amalgamer les *résultats d'implantation d'un programme* et les *résultats de ce programme*, ces derniers renvoyant plutôt aux résultats attendus du programme, le retour au travail (RAT), par exemple.

### 4.3 ÉTUDIER L'IMPLANTATION DES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION AU TRAVAIL

Un examen des écrits scientifiques des vingt dernières années qui portent sur l'analyse d'implantation de programmes de réadaptation au travail a mis en lumière la grande diversité des programmes étudiés et de leur contexte (Sylvain, 2015). Cet examen a révélé également la diversité des approches utilisées par les équipes de recherche. Afin de mieux saisir la portée de ces études, il apparaît cependant essentiel de saisir ce qui les caractérise et de les classer.

#### 4.3.1 Typologie des analyses d'implantation de programmes

Cette typologie a été élaborée dans le cadre de nos travaux précédents (Sylvain et Lamothe, 2013) et s'inspire des propositions de Thiétart (2007), selon lesquelles il existe deux grandes façons d'approcher des objets de recherche : la première est centrée sur le contenu et la seconde, sur le processus. La différence fondamentale entre elles réside dans la considération ou non d'une dimension temporelle dans l'étude du phénomène ciblé. Ainsi, l'approche centrée sur le contenu s'intéresse à la nature du phénomène étudié soit pour en révéler les composantes (visée descriptive), soit pour montrer comment les composantes sont associées entre elles (visée explicative). Dans les deux cas, le temps n'est pas pris en compte de façon explicite. Au contraire, l'approche centrée sur le processus

s'intéresse spécifiquement à l'évolution du phénomène étudié dans le temps soit pour révéler l'enchaînement de ses composantes dans le temps (visée descriptive), soit pour montrer comment les composantes évoluent dans le temps en fonction de l'évolution d'autres composantes (visée explicative). Le tableau 1 présente une synthèse de cette typologie adaptée aux analyses d'implantation de programmes.

**Tableau 1 : Typologie des approches pour étudier l'implantation de programmes**

		Approche générale	
		Centrée sur le contenu	Centrée sur le processus
Objectif de l'analyse d'implantation	<i>Descriptif</i>	Décrire les composantes du processus d'implantation.	Décrire l'évolution dans le temps des composantes du processus d'implantation.
	<i>Explicatif</i>	Expliquer les relations entre les différentes composantes du processus d'implantation.	Expliquer l'évolution dans le temps des composantes du processus d'implantation en fonction de l'évolution d'autres composantes.

Tableau adapté de Sylvain et Lamothe (2013).

### 4.3.2 Illustrations d'approches en analyse d'implantation de programmes

Les deux principales approches en analyse d'implantation de programmes (centrée sur le contenu, centrée sur le processus) mises en lumière dans notre typologie sont toutes deux présentes dans les écrits scientifiques sur l'analyse d'implantation de programmes de réadaptation au travail. Cependant, une tendance marquée en faveur de l'approche centrée sur le contenu semble se dégager. Afin de mieux illustrer la portée de chaque approche, nous proposons de les illustrer à partir de deux études récentes : celles de van Beurden *et al.* (2012) et de Martin *et al.* (2015).

**Tableau 2: Caractéristiques des études de van Beurden *et al.* (2012) et de Martin *et al.* (2015)**

	van Beurden <i>et al.</i> (2012)	Martin <i>et al.</i> (2015)
<b>Approche</b>	Approche centrée sur le contenu (à visée descriptive)	Approche centrée sur le processus (à visée explicative)
<b>Contexte de l'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des processus</li> <li>• Implantation d'un nouveau programme visant le RAT de travailleurs aux prises avec un trouble musculosquelettique (TMS)</li> <li>• Réalisée dans le cadre d'un essai clinique randomisé</li> <li>• Pays-Bas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des processus</li> <li>• Implantation d'un nouveau programme visant le RAT de travailleurs aux prises avec un trouble mental courant</li> <li>• Réalisée dans le cadre d'une étude d'efficacité</li> <li>• Danemark</li> </ul>
<b>Objectifs visés</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décrire la population rejointe par le programme et la mesure dans laquelle ce dernier a été implanté tel que prévu.</li> <li>2. Décrire les obstacles et les solutions au RAT des travailleurs.</li> <li>3. Décrire la satisfaction et l'expérience des travailleurs et autres parties prenantes en regard du programme.</li> <li>4. Décrire les barrières et les facilitateurs perçus à l'implantation du programme dans la pratique courante.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décrire les barrières et les facilitateurs à l'implantation du programme dans trois sites différents.</li> </ol>
<b>Stratégies d'implantation utilisées</b>	Formation offerte aux intervenants principaux, puis <i>coaching</i> lors de la mise en route du programme	Aucune précisée
<b>Nombre de sites</b>	Cinq sites	Trois sites

(suite)

**Tableau 2: Caractéristiques des études de van Beurden *et al.* (2012) et de Martin *et al.* (2015) (suite)**

	van Beurden <i>et al.</i> (2012)	Martin <i>et al.</i> (2015)
<b>Variables en lien avec les facteurs d'influence (barrières/facilitateurs)</b>	Barrières/facilitateurs à l'implantation catégorisés selon quatre dimensions: le programme, les travailleurs, les professionnels et le contexte	Facteurs ayant pu influencer sur l'implantation (non définis <i>a priori</i> )
<b>Variables en lien avec les résultats de l'implantation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population rejointe</li> <li>• Fidélité de l'implantation</li> <li>• Obstacles et solutions au RAT des travailleurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population rejointe</li> <li>• Fidélité de l'implantation</li> <li>• Niveau d'activité dispensé</li> <li>• Niveau d'activité reçu</li> </ul>
<b>Collecte de données (stratégies, moments)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données collectées sur la participation au programme de 72 travailleurs               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Questionnaires à T-0 et à T-3 mois auprès des travailleurs (n = 72) et de toutes les parties prenantes</li> <li>– Entrevue de groupe trois mois après l'inclusion du dernier travailleur dans l'étude avec les professionnels du programme et certains partenaires</li> <li>– Tableau de bord sur les solutions trouvées pour résoudre les obstacles documentés pour chaque travailleur (n = 72)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données collectées pendant 2,5 ans sur la participation de 213 travailleurs répartis en trois sites               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Données administratives</li> <li>– Entrevue de groupe avec les professionnels du programme et des partenaires de l'assurance à deux temps de mesure</li> <li>– Entrevue individuelle avec le gestionnaire du programme et des travailleurs (n = 10)</li> <li>– Observations lors de réunions d'équipe à quatre reprises</li> <li>– Plans de RAT d'un échantillon de travailleurs (n = 39)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Stratégies d'analyse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données concernant les variables du processus (barrières/ facilitateurs) et les variables des résultats analysées séparément</li> <li>• Données analysées en distinguant selon la source, mais non selon le moment de collecte ou le site d'implantation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données concernant les variables du processus (barrières/ facilitateurs) et les variables des résultats analysées séparément et de façon croisée</li> <li>• Données analysées selon la source, mais aussi selon le moment de collecte et le site d'implantation</li> </ul>



### 4.3.3 Analyse d'implantation centrée sur le contenu

Comme l'indique le tableau 2, l'étude de Van Beurden *et al.* (2012) visait à évaluer les processus d'implantation d'un nouveau programme de RAT de travailleurs aux prises avec un TMS dans cinq sites aux Pays-Bas. Les résultats indiquent globalement que le programme a été implanté conformément au protocole et qu'il a été perçu de manière satisfaisante par les travailleurs et les autres parties prenantes, malgré des délais fréquents dans la mise en place de mesures pour résoudre les obstacles au RAT. Les auteurs ont également rapporté la présence de plusieurs barrières :

- La lourdeur administrative liée à la complétion de nombreux formulaires (observation se rapportant au programme);
- La restriction de l'autonomie professionnelle consécutive à l'obligation de suivre un protocole très strict (observation formulée par des professionnels);
- Le manque de congruence entre les attentes des travailleurs et celles inhérentes au programme (observation formulée par des travailleurs);
- Le changement fréquent de titulaire du poste de gestion rattaché au programme (observation liée au contexte interne);
- L'insuffisance d'incitatifs financiers pour inciter les employeurs à offrir des opportunités aux travailleurs du programme (observation liée au contexte externe).

Cependant, ces résultats ne permettent pas de savoir si les barrières observées ont évolué au fil du temps, si la présence de certaines s'est révélée associée à des particularités dans l'un des cinq sites d'implantation ou si certaines barrières sont apparues plus déterminantes que d'autres pour expliquer le degré d'implantation atteint, en regard de chacun des résultats d'implantation. Cela s'explique par le fait que les variables étudiées ont été analysées indistinctement du site d'implantation où elles ont été collectées et sans effectuer de comparaison selon le temps de mesure. On obtient conséquemment des résultats qui décrivent différentes composantes de l'implantation (ici, des variables liées aux résultats d'implantation et aux barrières à l'implantation), ce qui permet de porter un jugement sur la faisabilité d'implanter ce programme, mais sans possibilité d'expliquer de possibles relations entre ces composantes ou leur évolution dans le temps. En ce sens, l'étude de van Beurden *et al.* (2012) correspond à une analyse d'implantation centrée sur le contenu à visée descriptive (voir le tableau 1).

#### 4.3.4 Analyse d'implantation centrée sur le processus

La seconde étude présentée au tableau 2 est celle de Martin *et al.* (2015). Cette étude visait à évaluer les processus d'implantation d'un nouveau programme de RAT de travailleurs aux prises avec un trouble mental courant, dans trois sites du Danemark. Les résultats obtenus dans les trois sites montrent des variations importantes dans le degré d'implantation du programme. Encore une fois, différentes barrières ont été identifiées, dont les plus importantes ont été rapportées par des professionnels, et concernent le contexte (interne et externe). Par exemple, dans deux sites, l'étude a mis en lumière des divergences de vues entre les professionnels de la santé et les agents d'assurance impliqués. Ces divergences ont engendré de l'insatisfaction de la part des agents d'assurance et leur désengagement consécutif du programme. Pour le troisième site, des barrières ont également été observées tôt dans le processus d'implantation, mais elles se sont estompées au terme de nombreux échanges d'information entre les partenaires impliqués.

Ces résultats ont amené les auteurs à conclure que le succès de l'implantation de ce programme repose largement sur l'implication des parties prenantes dans la définition initiale du programme. Cela démontre une portée qui dépasse la seule description des composantes d'implantation, pour aller vers une explication de leur évolution dans le temps. Cette conclusion a été rendue possible par l'utilisation d'une stratégie d'analyse prenant en compte l'évolution au fil du temps des différentes variables d'intérêt, notamment les facteurs d'influence de l'implantation. De plus, les données analysées se rapportaient expressément au site d'implantation, pris comme unité d'analyse, ce qui a permis aux auteurs de réaliser par la suite une analyse intersite et de mieux comprendre l'influence des facteurs contextuels. L'étude de Martin *et al.* (2015) correspond en ce sens à une analyse d'implantation de programmes centrée sur le processus à visée explicative (voir le tableau 1).

#### 4.3.5 Analyse comparative

Les deux études exposées précédemment présentent de nombreuses similitudes, notamment au regard :

- Des objectifs visés;
- De la concomitance d'une étude d'efficacité (randomisée ou non);
- De la présence de plus d'un site d'implantation;

- Des variables étudiées (résultats d'implantation et barrières à l'implantation);
- Des stratégies de collecte de données impliquant au moins deux temps de mesure.

Pourtant, la portée de leurs résultats est fort différente, puisque l'une s'est limitée à décrire les différentes composantes de l'implantation (van Beurden *et al.*, 2012), alors que l'autre a expliqué en plus comment certaines composantes ont évolué et influé sur d'autres composantes au fil du temps (Martin *et al.*, 2015). Cette différence s'explique principalement par les stratégies d'analyse qui ont été employées. En effet, Martin *et al.* (2015) ont réalisé des analyses différenciées selon le temps de collecte et le site d'implantation, alors que van Beurden *et al.* (2012) ont analysé les données par variable, sans faire ces distinctions. De plus, Martin *et al.* (2015) ont étudié les relations entre les barrières à l'implantation et les résultats d'implantation (par exemple, population rejointe, fidélité d'implantation), ce qui n'a pas été le cas pour van Beurden *et al.* (2012). En somme, cette brève analyse comparative suggère que, en dépit de leur apparente similitude, deux études visant une analyse des processus peuvent conduire à des résultats ayant une portée fort différente. Quelles conclusions doit-on tirer alors quant aux orientations à préconiser pour l'avenir dans les analyses d'implantation de programmes de réadaptation au travail ?

#### 4.4 ORIENTATIONS RECOMMANDÉES POUR DE FUTURES ANALYSES D'IMPLANTATION DE PROGRAMMES

Un certain nombre d'orientations à privilégier pour les analyses d'implantation de programmes se dégagent de notre analyse. Rappelons que ces orientations visent que les connaissances produites par les analyses d'implantation prennent en compte la complexité des programmes et produisent des réponses utiles pour les décideurs qui désirent en implanter un. Ces conditions nous apparaissent importantes à satisfaire pour favoriser une meilleure application dans la pratique courante des programmes démontrés efficaces.

**Première orientation recommandée:** accorder une priorité à l'analyse d'implantation de programmes centrée sur le processus

Cette orientation nous apparaît en mesure d'assurer une meilleure cohérence entre les difficultés d'implantation observées dans la pratique et le besoin de produire des connaissances utiles. L'analyse centrée sur le

processus appréhende l'implantation comme un enchaînement d'événements se succédant dans le temps, comme un film de l'implantation en train de se déployer. Ce faisant, elle permet de capter comment les choses se déroulent, en contexte. Ce premier type d'analyse contraste avec l'analyse d'implantation centrée sur le contenu, qui appréhende plutôt l'implantation comme un portrait de ce qui est implanté, autrement dit comme une photo de l'implantation qui a eu lieu. Ce faisant, il n'est pas possible de savoir comment les différentes composantes du processus ont évolué et comment elles se sont interinfluencées au fil du temps. L'analyse d'implantation centrée sur le contenu est certainement utile pour prévenir les erreurs de type III (Linnan et Steckler, 2002), mais nettement moins pour comprendre comment les choses se sont passées. Bien que notre illustration de l'analyse centrée sur le processus ait une visée explicative, nous estimons néanmoins important de préconiser tout autant les analyses à visée descriptive que celles à visée explicative. Une analyse d'implantation centrée sur le processus et à visée descriptive en serait une qui s'intéresserait, par exemple, à décrire en profondeur, selon une diversité de points de vue, les différentes étapes d'implantation d'un même programme et de son contexte et à révéler les facteurs qui apparaissent les plus saillants à chacune de ces étapes. Notre survol des écrits dans le domaine ne nous a pas permis de repérer de telles études à visée descriptive. Nous estimons néanmoins qu'elles seraient également propices à produire des résultats utiles pour l'action en fournissant une description approfondie d'une ou de plusieurs expériences d'implantation, incluant les stratégies d'implantation mises en œuvre pour surmonter les difficultés rencontrées.

## 4

**Deuxième orientation recommandée:** assurer une cohérence méthodologique lors de la réalisation d'une analyse d'implantation de programme centrée sur le processus

Cinq repères méthodologiques doivent être pris en considération pour assurer cette cohérence méthodologique. Ainsi, pour capter les composantes d'un phénomène dynamique, il convient en premier lieu de prévoir une **collecte de données sur une période prolongée** (repère 1), idéalement en temps réel. De plus, cette période doit être suffisante pour couvrir la dynamique d'implantation dans son ensemble. Cette affirmation s'appuie sur de nombreux travaux révélant l'importance du temps pour que se créent et se stabilisent de nouvelles façons de faire après un changement majeur (Glouberman et Zimmerman, 2004; Fixsen *et al.*, 2005). Cette collecte de données doit aussi faire place à une **diversité de points de vue** (repère 2). Comme le montre le cadre conceptuel illustré par la figure 1, l'implantation des programmes de réadaptation au travail est soumise à des influences qui opèrent à différents niveaux, et il est

difficile de penser pouvoir capter cette complexité en limitant les sources de données. Ensuite, il importe d'adopter une **stratégie d'analyse processuelle** (repère 3) capable de produire des résultats qui sont sensibles au passage du temps. En ce sens, l'analyse doit se faire en tenant compte du moment de leur collecte et sans les agréger outre mesure. Aussi, les **études multisites** (repère 4) doivent être privilégiées, afin de mieux capter les influences propres au contexte. Par ailleurs, la stratégie d'analyse doit être conséquente. Miles et Huberman (2003) distinguent à cet égard l'analyse orientée-variable, qui s'intéresse aux variables étudiées dans l'ensemble des cas, et l'analyse orientée-cas, qui s'attarde d'abord aux patrons des variables à l'intérieur de chaque cas, puis à la comparaison de ces patrons entre les cas. C'est cette dernière approche d'analyse, l'**analyse orientée-cas** (repère 5), qui apparaît le mieux en mesure de rendre compte de l'effet du contexte sur le processus d'implantation. Pris globalement, ces cinq repères méthodologiques risquent de requérir, de la part des chercheurs, un surcroît de temps et d'effort. Cela nous paraît cependant essentiel pour garantir une meilleure cohérence entre les difficultés d'implantation observées dans la pratique courante et les méthodes choisies pour étudier l'implantation.

**Troisième orientation recommandée:** expliciter l'approche de recherche adoptée pour étudier l'implantation de programmes, en incluant sa visée

Cette orientation est étroitement liée à la précédente. Notre examen approfondi de deux analyses d'implantation de programmes a bien montré que, en dépit de caractéristiques similaires (voir le tableau 2), elles présentaient des différences significatives modifiant la portée des résultats obtenus. Ces différences peuvent s'expliquer en partie par le fait que le concept d'implantation est polysémique: il peut renvoyer tantôt à un résultat, tantôt à un processus, tantôt aux deux à la fois. Ainsi, afin de mieux orienter les lecteurs qui s'intéressent aux travaux en implantation de programmes de réadaptation au travail, il nous apparaît essentiel que les auteurs de ces travaux situent mieux la nature de leur projet de recherche. La typologie des approches pour étudier l'implantation de programmes que nous avons proposée plus tôt dans ce chapitre nous semble un outil pertinent pour réaliser cet effort d'explicitation.

**Quatrième orientation recommandée:** concevoir des analyses d'implantation qui intègrent une diversité de variables concernant tant les facteurs d'influence (barrières/facilitateurs) que les résultats d'implantation

Les deux exemples présentés précédemment constituent de bons exemples de la diversité des facteurs d'influence. En effet, ces études portaient tout à la fois sur des facteurs rattachés aux programmes de

réadaptation, aux travailleurs, aux professionnels du programme, ainsi qu'au contexte interne et externe. La variété était également présente dans les résultats d'implantation, mais elle était moindre. En effet, on peut noter que les mesures de résultats retenues concernaient essentiellement des changements de comportement de la part des intervenants (fidélité d'implantation, obstacles au retour au travail, niveau d'activité dispensé, etc.) et des changements dans les relations avec les travailleurs et les autres parties intéressées (population rejointe, niveau d'activité reçu, etc.). Elles ne concernaient donc pas les changements apportés aux structures et à la culture de l'organisation où s'était implanté le programme. Pourtant, ces changements sont des éléments susceptibles de susciter et de soutenir les autres résultats d'implantation attendus. De plus, leur importance est probablement accrue lorsque les ressources du programme de réadaptation relèvent d'organisations distinctes, comme c'est souvent le cas des programmes de réadaptation au travail. Le tableau 3 résume les quatre orientations.

**Tableau 3 : Quatre orientations recommandées pour les analyses d'implantation de programmes de réadaptation au travail**

Accorder une priorité à l'analyse d'implantation de programmes centrée sur le processus.
Assurer une cohérence méthodologique lors de la réalisation d'une analyse d'implantation de programmes centrée sur le processus : collecte de données sur une période prolongée, diversité de points de vue, stratégie d'analyse processuelle, étude multisite, analyse orientée-cas.
Expliciter l'approche de recherche adoptée pour étudier l'implantation de programmes, incluant sa visée.
Concevoir des analyses d'implantation qui intègrent une diversité de variables concernant tant les facteurs d'influence (barrières/facilitateurs) que les résultats d'implantation.

En conclusion, les analyses d'implantation peuvent représenter une précieuse source d'information pour soutenir les décideurs désirant implanter des programmes reconnus efficaces. Cependant, l'approche de recherche adoptée dans ces études doit tenir compte des problèmes d'implantation observés dans la pratique courante. Ce chapitre nous a permis de constater qu'une telle prise en compte n'est pas toujours présente. Les orientations que nous avons proposées pour les analyses d'implantation à venir constituent un pas dans la bonne direction. Le cas échéant, une implantation plus efficace des programmes de réadaptation au travail permettra certainement de progresser vers notre objectif collectif d'améliorer la santé des travailleurs présentant une incapacité de travail prolongée.

## 4.5 RÉFÉRENCES

- ALAIN, M. et DESSUREAULT, D. 2009. *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et HARTZ, Z. 2011. *L'évaluation: Concepts et méthodes (2<sup>e</sup> édition)*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et DENIS, J.-L. 2011. L'analyse de l'implantation. Dans: BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et HARZ, Z. (sous la dir. de), *L'évaluation: Concepts et méthodes (2<sup>e</sup> édition)*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- CHAMPAGNE, F. et RIVARD, M. 2016. Program Evaluation in Return to Work: An Integrative Framework. Dans: SCHULTZ, I. Z. et GATCHEL, R. J. (sous la dir. de), *Handbook of Return to Work*. Springer, É.-U.
- CHAUDOIR, S., DUGAN, A. et BARR, C. 2013. Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science*, 8, 1-20.
- CHEN, H.-T. et ROSSI, P. H. 1989. Special Issue: The Theory-Driven Perspective Issues in the theory-driven perspective. *Evaluation and Program Planning*, 12, 299-306.
- DOBSON, D. et COOK, T. J. 1980. Avoiding type III error in program evaluation: Results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning*, 3, 269-276.
- FIXSEN, D. L., NAOOM, S. F., BLASÉ, K. A., FRIEDMAN, R. M. et WALLACE, F. 2005. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida.
- GLOUBERMAN, S. et ZIMMERMAN, B. 2004. Systèmes compliqués et complexes: Les conditions de réussite d'une réforme des soins de santé. Dans: FOREST, P.-G., MARCHILDON, G. P. et MCINTOSH, T. (sous la dir. de), *Les forces de changement dans le système de santé canadien*. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- LINNAN, L. et STECKLER, A. 2002. Process evaluation for public health interventions and research. Dans: LINNAN, L. et STECKLER, A. (sous la dir. de), *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LOISEL, P., BUCHBINDER, R., HAZARD, R., KELLER, R., SCHEEL, I., VAN TULDER, M. et WEBSTER, B. 2005. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 507-524.
- MARTIN, M. H. T., MOEFELT, L., NIELSEN, M. B. D. et RUGULIES, R. 2015. Barriers and facilitators for implementation of a return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems: Results from three Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*.

- MILES, M. B. et HUBERMAN, A. M. 2003. *Analyse des données qualitatives (2<sup>e</sup> éd.)*. Paris, De Boeck Université.
- PATTON, M. Q. 1997. *Utilization-Focused Evaluation (3<sup>e</sup> édition)*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- PRANSKY, G., LOISEL, P. et ANEMA, J. 2011. Work Disability Prevention Research: Current and Future Prospects. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 287-292.
- RIDDE, V. et DAGENAI, C. 2012. *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- RIVARD, M., DENIS, J.-L., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., ROSSIGNOL, M., BILODEAU, H., STE-MARIE, G. et LEDERER, V. 2011. Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PRÉVICAP (R-716). Montréal: Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- SYLVAIN, C. 2015. Évaluation d'implantation: faisons-nous fausse route? *L'incapacité au travail au Québec: où en sommes-nous? Recherches, implantations et défis. Colloque organisé dans le cadre du 83<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS*, Rimouski, Canada.
- SYLVAIN, C. et LAMOTHE, L. 2013. Studying Implementation of Dual Diagnosis Services: A Review. *Journal of Dual Diagnosis*, 9, 195-207.
- THIÉTART, R.-A. 2007. *Méthodes de recherche en management (3<sup>e</sup> édition)*, Paris, Dunod.
- VAN BEURDEN, K., VERMEULEN, S., ANEMA, J. et VAN DER BEEK, A. 2012. A Participatory Return-to-Work Program for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: A Process Evaluation Alongside a Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 127-140.



---

# CHAPITRE 5

## Évaluation coût-avantage d'interventions visant le retour et le maintien au travail de travailleurs qui présentent des problèmes de santé mentale

Hélène Sultan-Taïeb, Marjorie Petit,  
Youssef Coulibaly et Sumeet Singh Randhawa

### MESSAGES CLÉS

**Chercheurs** Pour être en mesure de généraliser les résultats d'évaluations économiques coût-avantage et de formuler des recommandations permettant d'orienter les décisions de prévention, il est nécessaire de documenter le processus d'implantation des interventions et le contexte organisationnel spécifique dans lequel elles ont été évaluées.

**Professionnels de la santé et milieux de travail** Les études incluses dans cette revue montrent que les résultats coût-avantage peuvent être positifs. Cependant, il est difficile de conclure sur la question sans incertitude, car les études sont peu nombreuses. De plus, elles portent sur des problèmes de santé mentale variés et évaluent des moyens d'action différents. Un plus grand nombre d'études scientifiques serait nécessaire pour établir une convergence des résultats.

Les problèmes de santé mentale constituent un fardeau économique et social particulièrement lourd au Canada, touchant plus de 6,7 millions de personnes et coûtant plus de 50 milliards de dollars par an, soit 2,8% du PIB du Canada en 2011. On estime qu'une personne sur deux a ou aura eu, à l'âge de 40 ans, un problème de santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2016). Au Québec, l'ensemble des problèmes de santé mentale et de dépendance concerne environ 2,6 millions de personnes (Fleury et Grenier, 2012). Selon l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) de la population en âge de travailler au Québec en 2007-2008, on estimait que la détresse psychologique modérée touchait 14,9% des travailleurs (13,6% des hommes et 16,2% des femmes), et la détresse psychologique élevée en affectait 18,4% (15% des hommes et 21,7% des femmes). Les symptômes dépressifs déclarés touchaient quant à eux 12,4% des travailleurs (8,7% des hommes et 16,1% des femmes) (Vézina *et al.*, 2011). Les interactions entre les problèmes de santé mentale et le travail sont directes. D'une part, ces pathologies touchent une population en âge de travailler et qui se trouve au début ou au sommet de la vie active (Commission de la santé mentale du Canada, 2016). D'autre part, l'environnement de travail et les conditions de réalisation du travail peuvent conduire ou contribuer à une partie de ces problèmes de santé mentale. En effet, la littérature épidémiologique a établi le rôle étiologique des expositions à certaines contraintes psychosociales au travail sur la dépression et les troubles de l'anxiété (Bonde, 2008; Stansfeld et Candy, 2006).

5 Les effets des problèmes de santé mentale sur les organisations peuvent se mesurer d'un point de vue quantitatif si l'on examine les arrêts de travail à court, moyen et long terme (incapacité) et le présentéisme. Par présentéisme on entend le fait d'être présent à son poste de travail, mais avec un niveau de productivité inférieur à sa productivité habituelle, étant donné un état de santé dégradé. Les impacts des problèmes de santé mentale sur la productivité au travail ont été documentés (Lim *et al.*, 2000; Stewart *et al.*, 2003; McTernan *et al.*, 2013) et sont coûteux. Les coûts augmentent avec la sévérité des problèmes de santé mentale comme la dépression, car les pertes de productivité au travail sont plus importantes lorsque les symptômes s'aggravent (Birnbaum *et al.*, 2010). Au Canada, l'ensemble des coûts indirects, soit les pertes de production liées aux problèmes de santé mentale, représentait environ 23,6 milliards de dollars en 2006 (Lim *et al.*, 2008). Il s'agit d'un fardeau économique important partiellement supporté par les employeurs. En outre, la littérature scientifique montre que, parmi les travailleurs qui retournent au travail après un arrêt de travail causé par un problème de santé mentale,

19% connaîtront par la suite des périodes récurrentes d'arrêt de travail qui vont débiter à l'intérieur d'une période de trois ans (Virtanen *et al.*, 2011; Koopmans *et al.*, 2011).

Ces éléments mettent en lumière des enjeux économiques et de santé publique et, par conséquent, la nécessité de mettre en œuvre des actions de prévention, notamment pour favoriser le retour au travail (RAT) après un arrêt. Or la mise en œuvre de politiques de prévention dans les milieux de travail requiert des outils d'aide à la décision permettant d'orienter les actions et d'allouer au mieux les ressources pour la prévention.

Dans un tel contexte, les évaluations économiques de type coût-avantage présentent un intérêt majeur. En effet, l'analyse des coûts d'une intervention et des gains qui en résultent fournit des données probantes et permet de formuler des recommandations utiles pour que le choix entre plusieurs stratégies de prévention puisse s'appuyer sur un critère d'efficacité. En particulier, des évaluations économiques peuvent porter sur les interventions visant à favoriser le retour et le maintien au travail de travailleurs ayant des problèmes de santé mentale. Pourtant, la littérature disponible sur les résultats coût-avantage d'interventions de prévention des problèmes de santé mentale au travail est plus limitée que la littérature qui en évalue les impacts sur la santé. Cette relative rareté peut être observée quel que soit le niveau de prévention concerné (primaire, secondaire ou tertiaire), alors que les enjeux de santé publique sont importants (Sultan-Taïeb, 2011; Sultan-Taïeb *et al.*, 2015). Le présent chapitre a pour objectif de produire une recension des écrits (*scoping review*), sous forme narrative, qui portent sur des évaluations coût-avantage d'interventions visant à favoriser le retour et le maintien au travail de travailleurs qui ont eu des problèmes de santé mentale.

## 5.1 MÉTHODOLOGIE

### 5.1.1 Caractérisation des évaluations coût-avantage d'interventions

Une évaluation économique est considérée comme faisant partie des études coût-avantage si elle évalue les coûts et les gains d'une intervention et compare une stratégie d'intervention à au moins une autre stratégie, l'absence d'intervention pouvant être considérée comme une stratégie (Drummond *et al.*, 2015). Dans ce cadre, l'évaluation des coûts de l'intervention et des gains (ou avantages) se base sur la différence (incrément) entre la stratégie d'intervention étudiée et une stratégie alternative, selon une approche dite «incrémentale». Pour la méthode coût-efficacité, le

ratio produit par l'évaluation est l'ICER (*incremental cost-effectiveness ratio*), et pour la méthode coût-utilité l'ICUR (*incremental cost-utility ratio*) (Hoch et Dewa, 2005; Tompa *et al.*, 2008).

Les trois principales méthodes d'évaluation économique (coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfice) mesurent de la même façon les coûts de l'intervention, mais intègrent différemment la mesure des gains de l'intervention. Ces évaluations, dont les principes sont décrits de façon synthétique au tableau 1, constituent le champ de notre revue de la littérature.

**Tableau 1 : Caractéristiques des méthodes d'évaluation coût-avantage**

<p><b>1. Analyse coût-efficacité : ratio coût/efficacité</b></p> <p>Mesure unidimensionnelle des effets de l'intervention étudiée, exprimée en unités physiques (nombre de jours d'absence en moins, nombre de cas de maladie évités, nombre de décès évités, etc.).</p>
<p><b>2. Analyse coût-utilité : ratio coût/durée de vie gagnée × coefficient de qualité de vie</b></p> <p>Mesure bidimensionnelle des effets de l'intervention étudiée : durée de vie gagnée, pondérée par un coefficient de qualité de vie (par exemple, QALY, <i>Quality Adjusted Life Years</i>).</p> <p>Le coefficient de qualité de vie est calculé en utilisant des échelles validées.</p>
<p><b>3. Analyse coût-bénéfice : différence coût-bénéfice</b></p> <p>Mesure multidimensionnelle des effets (bénéfice) de l'intervention, qui sont exprimés sous forme monétarisée (en dollars), donc dans la même unité de mesure que les coûts.</p> <p>Approche des coûts évités : les bénéfices sont assimilés aux coûts évités par l'intervention étudiée. La stratégie alternative est celle qui consiste à ne pas intervenir. Cette approche se heurte à un manque de données disponibles pour intégrer les coûts intangibles dans l'évaluation (souffrance psychologique, douleur, autonomie) et tenir compte de l'ensemble des conséquences de l'intervention étudiée.</p> <p>Approche de l'évaluation contingente : l'estimation des bénéfices est basée sur les préférences individuelles qui sont révélées par la méthode de la disposition à payer.</p>

5

### 5.1.2 Stratégie de recherche

Nous avons d'abord réalisé une recherche systématique des articles scientifiques publiés dans MEDLINE entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 23 octobre 2015 en utilisant des termes génériques en langage naturel pour désigner le travail (*work*, *occupation* et les dérivés) et les études coût-avantage

(*cost-benefit, cost-utility, cost-effectiveness*). Cette syntaxe nous a permis de couvrir de façon large le champ des évaluations économiques des interventions en santé au travail, sans restreindre la collecte aux problèmes de santé mentale. Cette stratégie nous a permis de mesurer la place de la santé mentale dans la littérature économique sur les interventions en santé au travail.

Nous avons ensuite procédé à une analyse des références publiées entre 2000 et 2015 et citées dans les revues de littérature publiées selon la méthode de remontée de filière bibliographique. Une partie de cette analyse des références citées dans les revues de littérature a fait l'objet de publications antérieures (Sultan-Taïeb, 2011; Sultan-Taïeb *et al.*, 2015). Trois catégories de revues de littérature utilisées pour la remontée de filière bibliographique ont été distinguées :

- Les revues portant sur les études d'évaluation des effets des interventions de prévention des contraintes psychosociales au travail et des problèmes de santé mentale (notamment les revues Cochrane), dont certaines incluaient un volet économique (van der Klink *et al.*, 2001; LaMontagne *et al.*, 2007; Giardini Murta *et al.*, 2007; Ruotsalainen *et al.*, 2008, Giga *et al.* 2003; Caulfield *et al.*, 2004; Martin *et al.*, 2009; Corbière *et al.*, 2009; Timbie *et al.*, 2006; Crowther *et al.*, 2001; Marine *et al.*; 2006, Nieuwenhuijsen *et al.*, 2008; Peñalba *et al.*, 2008; van Oostrom *et al.*, 2009; Williams-Whitt *et al.*, 2015);
- Les revues portant sur les évaluations coût-avantage des interventions en SST en général et traitant non seulement des problèmes de santé mentale mais aussi des autres affections à la santé (Gervais *et al.*, 2009; Tompa *et al.*, 2009; Verbeek *et al.*, 2009; Uegaki *et al.*, 2010b);
- Les revues d'études coût-avantage d'interventions de prévention des problèmes de santé mentale au travail (Hamberg-van Reenen *et al.*, 2012).

Les résultats de la recherche ont été transférés dans l'outil de gestion de références bibliographiques EndNote, et les doublons ont été supprimés.

### 5.1.3 Processus de sélection des références et critères de sélection

Une sélection a été faite de façon indépendante par deux chercheurs, HST et SSR, pour les articles publiés entre 2000 et 2010, ainsi que par HST et MP pour ceux publiés entre 2011 et 2015, à partir des titres, des résumés, puis du texte intégral des articles (figure 1). Les critères d'inclusion et d'exclusion des études sont présentés au tableau 2.

**Tableau 2: Critères d'inclusion et d'exclusion des études**

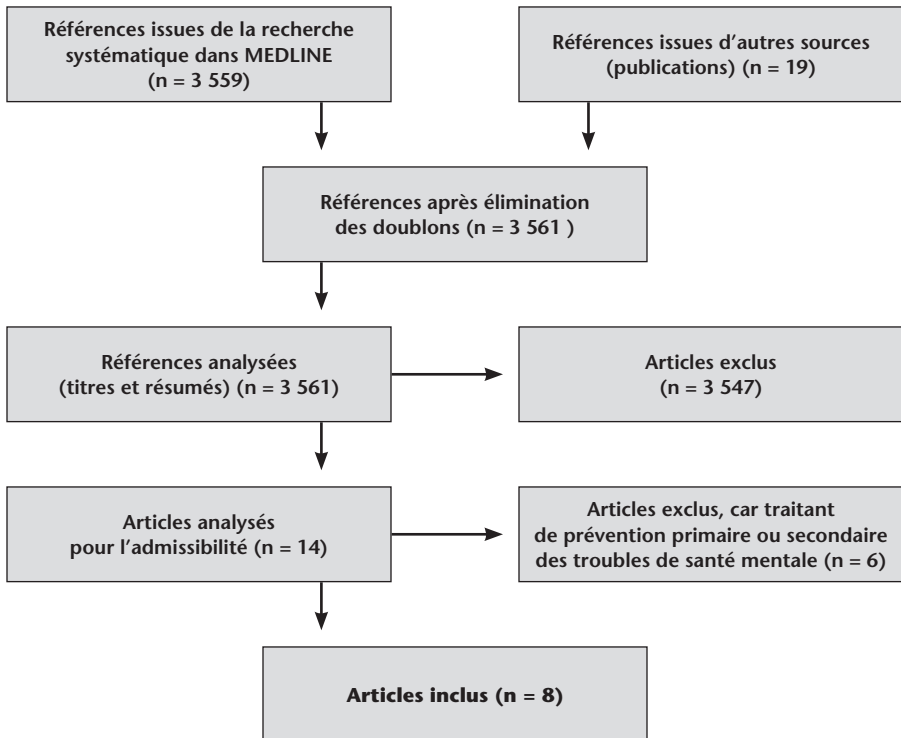
Critères d'inclusion
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intervention visant à favoriser le retour et le maintien au travail de travailleurs en arrêt de travail (maladie ou invalidité) ou en processus de RAT après un arrêt causé par un problème de santé mentale.</li> <li>2. Intervention réalisée auprès de travailleurs sur leur lieu de travail et également à l'extérieur de leur lieu de travail, dans le cadre d'une unité de soins ou de travail social, ou encore d'un cabinet médical, par exemple. Si l'intervention avait lieu à l'extérieur du lieu de travail, les effets mesurés devaient être en lien avec le travail, par exemple, la durée de l'arrêt ou de la période avant la récurrence des arrêts.</li> <li>3. Les problèmes de santé mentale pouvaient être des troubles mentaux communs (dépression, troubles de l'adaptation, stress post-traumatique, troubles anxieux) ou des troubles mentaux sévères (dépression majeure).</li> <li>4. Intervention ayant fait l'objet d'une analyse coût-efficacité, coût-utilité ou coût-bénéfice de l'intervention (Drummond <i>et al.</i>, 2015).</li> <li>5. Analyse incluant à la fois une mesure des coûts de l'intervention et une mesure des effets avec indication des instruments de mesure utilisés.</li> <li>6. Utilisation d'une approche comparative entre deux stratégies d'intervention ou entre un groupe expérimental et un groupe contrôle (une stratégie peut être l'absence d'intervention), selon la définition des études coût-avantage (Drummond <i>et al.</i>, 2015).</li> <li>7. Devis randomisés-contrôlés ou quasi expérimentaux (avec groupe contrôle).</li> <li>8. Échantillon total (groupe contrôle + groupe expérimental) d'un minimum de 100 travailleurs.</li> <li>9. Publiée en anglais ou en français.</li> <li>10. Publiée entre 2000 et 2015.</li> </ol>
Critères d'exclusion
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interventions visant l'amélioration des habitudes de vie (par exemple, alimentation, activité physique, tabagisme, alcoolisme), car il est difficile d'isoler leurs effets sur la santé mentale de leurs effets sur la santé en général.</li> <li>2. Interventions destinées exclusivement à des travailleurs ayant des troubles psychiatriques sévères de type psychoses.</li> <li>3. Études sur des données secondaires sans collecte de données spécifiques en milieu de travail (par exemple, simulation ou modélisation).</li> <li>4. Programmes d'accès au travail (de type programme d'aide à l'accès à l'emploi, <i>vocational programs</i>).</li> </ol>

## 5.2 RÉSULTATS

### 5.2.1 Sélection des évaluations coût-avantage

La figure 1 décrit le processus de sélection en suivant la présentation PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Moher *et al.*, 2009). De 3 561 références (sans doublons), nous sommes passés à huit études après avoir appliqué nos critères d'inclusion et d'exclusion (Arends *et al.*, 2013; Brouwers *et al.*, 2007; Dewa *et al.*, 2009; Goorden *et al.*, 2014; Rebergen *et al.*, 2009; Schoenbaum *et al.*, 2001; Uegaki *et al.*, 2010a; van Oostrom *et al.*, 2010).

Figure 1 : Diagramme PRISMA



L'analyse détaillée de notre processus de sélection montre que les évaluations coût-avantage des interventions de prévention des problèmes de santé mentale au travail sont peu nombreuses dans la littérature scientifique des revues à comités de pairs. En effet, sur les 3 561 références passées en revue, 115 portaient sur une évaluation économique d'interventions en santé au travail. Parmi celles-ci, 24 portaient sur l'évaluation économique d'interventions de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS), 22 sur la promotion de saines habitudes de vie, 5 sur l'évaluation économique de la gestion des absences (toutes pathologies confondues), 1 portait sur une intervention de prévention de l'asthme au travail et 1 sur le RAT après un cancer. Enfin, 24 études étaient des protocoles de recherche et 24 ne comportaient pas de comparaison entre deux interventions ou abordaient l'intervention selon une approche théorique ou modélisée, sans collecte de données sur le terrain. Seulement 14 études étaient des évaluations économiques d'interventions de prévention de problèmes de santé mentale au travail incluant une comparaison entre deux stratégies, dont 8 portaient sur des interventions visant à faciliter le retour et le maintien au travail de travailleurs après un arrêt causé par un problème de santé mentale.

### 5.2.2 Caractéristiques des évaluations coût-avantage retenues dans notre revue de la littérature

Le tableau 3 décrit les principales caractéristiques et résultats des évaluations économiques des huit études retenues. Les **objectifs visés par les interventions** peuvent être regroupés en deux catégories :

- L'intervention a lieu pendant la période d'arrêt de travail et vise à améliorer la prise en charge médicale des travailleurs pour raccourcir le délai avant le RAT (sept études sur les huit sélectionnées);
- Ou bien l'intervention se déroule pendant les premières semaines de RAT et vise à favoriser un retour durable et un maintien en emploi (Arends *et al.*, 2013).

La **nature et la sévérité des problèmes de santé mentale** visés par les interventions variaient selon les études :

- Quatre études incluaient des travailleurs en arrêt de travail pour troubles mentaux communs (incluant dépression, troubles de l'adaptation, troubles anxieux) (Arends *et al.*, 2013, Brouwers *et al.*, 2007, Rebergen *et al.*, 2009, Schoenbaum *et al.*, 2001);



- Une étude était centrée sur la dépression majeure seulement (Goorden *et al.*, 2014);
- Une étude (Dewa *et al.*, 2009) incluait des troubles mentaux de sévérité variable: des troubles mentaux communs (incluant troubles de l'adaptation, troubles anxieux, stress post-traumatique), le stress, la dépression majeure, ainsi qu'un trouble psychotique: les troubles bipolaires;
- Deux études définissaient les problèmes de santé mentale des travailleurs comme étant liés au stress (détresse, dépression, anxiété et somatisation) (Uegaki *et al.*, 2010a; van Oostrom *et al.*, 2010), bien que le stress ne soit pas une pathologie reconnue dans la 5<sup>e</sup> édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM5).

Les **moyens d'action** qui distinguaient le groupe expérimental du groupe contrôle étaient principalement liés à une implication spécifique d'un professionnel de la santé visant à favoriser le RAT, soit des médecins du travail (Arends *et al.*, 2013, Goorden *et al.*, 2014; Rebergen *et al.*, 2009; van Oostrom *et al.*, 2010), des psychiatres (Dewa *et al.*, 2009), des infirmières et des psychothérapeutes (Schoenbaum *et al.*, 2001) ou des médecins généralistes (Uegaki *et al.*, 2010a). Dans une étude, les moyens d'action faisaient appel à des travailleurs sociaux (Brouwers *et al.*, 2007) et, dans deux études, à des gestionnaires en RAT (Dewa *et al.*, 2009; van Oostrom *et al.*, 2010). La quasi-totalité des interventions consistait à mettre en œuvre un processus structuré pour aider individuellement les travailleurs à entreprendre une démarche de définition des problèmes, d'élaboration de stratégies de résolution des problèmes et d'implantation de solutions en prévision d'un RAT ou pendant un RAT. Une seule intervention priorisait la qualité de la prise en charge clinique du travailleur et l'ajustement de son traitement (Dewa *et al.*, 2009). Dans trois études sur huit seulement, l'intervention incluait une consultation ou un échange avec le superviseur du travailleur afin d'élaborer de façon conjointe des solutions tenant compte des contraintes organisationnelles (Arends *et al.*, 2013; Goorden *et al.*, 2014; van Oostrom *et al.*, 2010).

Parmi les huit études retenues, sept avaient un **devis** randomisé-contrôlé, tandis qu'une seule en présentait un quasi expérimental (non randomisé contrôlé) (Dewa *et al.*, 2009). Toutes les études retenues sauf une (Arends *et al.*, 2013) utilisaient comme **indicateur d'effet** la durée des arrêts de travail exprimée soit en nombre de jours, soit en coût monétaire. Cinq études sur huit mesuraient les QALYs (*Quality Adjusted Life Years*),

Tableau 3 : Caractéristiques de l'évaluation et résultats économiques des huit études sélectionnées

1 <sup>er</sup> auteur, année Pays Objectifs de l'intervention	Description des actions de changement dans le groupe expé (intervention) et le groupe contrôle	Population à l'étude (expé. + contrôle)	Devis; type d'évaluation économique; perspective	Évaluation des coûts d'intervention; types de coûts inclus	Indicateurs d'effets	Résultats de l'intervention sur les indicateurs d'effets; résultats de l'évaluation économique
Arends, 2013 Pays-Bas Améliorer le suivi des T au cours des deux premières semaines de RAT.	<i>Groupe expé</i> : Implantation d'un processus de résolution de problèmes pour les T lors des deux premières semaines de RAT après un arrêt pour problèmes de santé mentale, sous la forme de cinq étapes à réaliser avec l'aide et le suivi d'un médecin du travail. <i>Formation</i> de deux jours des médecins du travail dispensée par des formateurs expérimentés. <i>Groupe contrôle</i> : Soutien aux T en RAT par les médecins du travail sans processus structuré	T en arrêt pour troubles mentaux communs (dépression, troubles d'adaptation ou anxieux) (n = 158)	Randomisé contrôlé Coût-efficacité (ICER) selon une perspective sociétale Bénéfice net selon la perspective de l'employeur	Coûts de formation: coûts du formateur, rémunération des médecins du travail, coûts de formation additionnels Coûts de santé	Incidence des arrêts récurrents et laps de temps avant les arrêts récurrents pour cause de maladie Présentéisme	Coût-efficace selon la perspective sociétale si exclusion d'une valeur extrême Bénéfice net non significatif selon la perspective de l'employeur
Brouwers, 2006 Pays-Bas Favoriser le RAT des T en arrêt pour troubles mentaux communs.	<i>Groupe expé</i> : Cinq séances de formation individuelle de 50 min données aux T par un travailleur social pendant 10 semaines: 1) comprendre les causes de la perte de contrôle, 2) élaborer des stratégies de résolution de problèmes, 3) implanter ces solutions. Onze travailleurs sociaux ont reçu une formation de trois jours donnée par les chercheurs, y compris deux séances de suivi pendant la période d'intervention. <i>Groupe contrôle</i> : Suivi habituel par un médecin généraliste	T en arrêt pour troubles mentaux communs (n = 185)	Randomisé contrôlé Coût-efficacité (ICER), coût- utilité (ICUR), bénéfice net Perspective floue	Coûts de formation des assistants sociaux- médicaux; données nationales pour le nombre moyen de séances par traitement	Durée de l'arrêt jusqu'à la reprise complète du travail, coûts des arrêts, état de santé (SF36), QALYs	Pas de différence significative pour l'état de santé, les QALYs, la durée des arrêts et les coûts de l'intervention Intervention non coût-efficace

<p>Dewa, 2009 Canada Améliorer la prise en charge médicale et diminuer la durée des arrêts pour troubles mentaux des T.</p>	<p><i>Groupe expé.</i> : Prise en charge multidisciplinaire et collaborative par le médecin généraliste, le gestionnaire d'invalidité et un psychiatre afin d'évaluer la gravité de l'incapacité et d'offrir des consultations lorsque nécessaire pour ajuster le traitement. <i>Groupe contrôle</i>: Prise en charge sans psychiatre</p>	<p>T en arrêt d'invalidité de court terme pour troubles mentaux communs, dépression majeure et trouble bipolaire, secteur financier (n = 124)</p>	<p>Quasi expérimental Coût-efficacité (ICER) Bénéfice net corrigé pour l'âge Perspective de l'employeur</p>	<p>Coûts d'intervention non couverts par le système de santé publique; données administratives fournies par l'entreprise</p>	<p>Nombre de T en RAT; nombre de T qui sont en arrêt d'invalidité à long terme Nombre de jours d'arrêt d'invalidité à court terme</p>	<p>Différence de coûts entre les deux groupes non significative <i>Groupe expé.</i>: résultats coût-efficacité positifs pour les trois indicateurs d'effet Bénéfice net &gt; 0 (503 \$ par T) pour consentement à payer nul</p>
<p>Coorden, 2013 Pays-Bas Améliorer la prise en charge médicale des T en arrêt pour trouble dépressif majeur.</p>	<p><i>Groupe expé.</i> : Prise en charge collaborative par le médecin du travail de l'entreprise associé à un médecin du travail-gestionnaire de soin (MTGS). Les MTGS ont été formés et reçoivent un suivi pendant l'intervention. Ils fournissent un guide d'auto-assistance aux T et mettent en place un protocole, guidé par Internet et suivi par un psychiatre, au cours duquel les T reçoivent 6 à 12 séances de formation à la résolution de problèmes. Les MTGS participent à une action dans le milieu de travail avec le T et son superviseur pour l'élaboration de solutions. Une médication (antidépresseurs) peut être prescrite si nécessaire. <i>Groupe contrôle</i>: Prise en charge par le médecin du travail de l'entreprise seulement</p>	<p>T en arrêt pour trouble dépressif majeur (n = 126)</p>	<p>Randomisé contrôlé Coût-utilité (ICUR) Perspective sociétale</p>	<p>Coûts de médecine générale (soins de santé, rémunérations); coûts paramédicaux; coûts des travailleurs sociaux; médication, coûts de gestion du service de médecine du travail</p>	<p>QALYs, pertes de productivité liées à l'absentéisme et au présentéisme</p>	<p>L'intervention est moins coûteuse que la prise en charge habituelle, mais elle est associée à une perte de QALYs. La différence de perte de productivité est non significative entre les deux groupes.</p>

(suite)



Tableau 3 : Caractéristiques de l'évaluation et résultats économiques des huit études sélectionnées (suite)

1 <sup>er</sup> auteur, année Pays Objectifs de l'intervention	Description des actions de changement dans le groupe expé (intervention) et le groupe contrôle	Population à l'étude (expé. + contrôle)	Devis; type d'évaluation économique; perspective	Évaluation des coûts d'intervention; types de coûts inclus	Indicateurs d'effets	Résultats de l'intervention sur les indicateurs d'effets; résultats de l'évaluation économique
Rebergen, 2009 Pays-Bas Améliorer la prise en charge des policiers en arrêt pour troubles mentaux communs (anxiété, dépression).	<i>Groupe expé.</i> : Prise en charge des policiers en arrêt pour troubles mentaux communs (dépression, anxiété) par les médecins du travail en utilisant un guide de bonnes pratiques visant à promouvoir un rôle plus actif des médecins en tant que conseillers en RAT. Formation de trois jours sur l'utilisation du guide. <i>Groupe contrôle</i> : Implication minimale des médecins du travail, qui ont un accès facilité à des consultations de psychologues.	T de la police en arrêt pour troubles mentaux communs (anxiété, dépression) (n = 240).	Randomisé contrôlé Coût-efficacité (ICER) du point de vue de la société Bénéfice net du point de vue de l'employeur	Dépenses de santé (soins primaires, hospitaliers, psychologiques et soins au travail), coûts de formation	Nombre de jours d'arrêt avant un RAT à temps complet, coûts des jours d'arrêt	Les coûts de santé plus bas dans le groupe expé. résultent d'une réduction de la prise en charge psychologique. Différence en jours d'arrêt et en coûts des arrêts non significative.
Schoenbaum, 2001 É.-U. Améliorer la prise en charge de la dépression et favoriser le RAT.	<i>Groupe expé. Méd QI</i> : Des infirmières formées communiquent avec les T chaque mois par téléphone ou leur rendent visite pour renforcer l'adhésion au traitement médicamenteux. <i>Groupe expé. Thérapie QI</i> : Des psychothérapeutes formés offrent aux patients une thérapie cognitive comportementale individuelle et de groupe. <i>Groupe contrôle</i> : Prise en charge par le personnel de santé en soins primaires (guide de prise en charge envoyé par courriel).	T avec dépression en soins primaires, groupe 1 : Med-QI, suivi par infirmières (n = 424), groupe 2 : Thérapie-QI, suivi assuré par des psychothérapeutes (n = 489).	Randomisé contrôlé Coût-utilité (ICUR) Perspective sociale	Coûts de formation, temps alloué; dépenses de santé; coûts du temps consacré à l'obtention de soins par le T	Deux indicateurs de QALYs: l'un basé sur le SF-1-2, l'autre basé sur l'utilité des jours en situation de dépression Nombre de jours d'emploi	Différence de coûts non significative entre les trois groupes. Dans les deux groupes expé., effet significatif sur le nombre de jours d'emploi. Différence en QALYs non significative pour Med-QI, mais significative pour Thérapie-QI; coût par QALY pour Thérapie-QI = 21 478 \$.

<p>Uegaki, 2010 Pays-Bas Améliorer la qualité de vie et raccourcir le délai de RAT des T en arrêt avec symptômes de stress.</p>	<p>Groupe expé. : Trois consultations en quatre semaines par des médecins généralistes visant : 1) à diagnostiquer des troubles mentaux communs liés au stress, 2) à renseigner sur les problèmes et l'importance de jouer un rôle actif pour récupérer ses capacités fonctionnelles, 3) à informer sur la résolution de problèmes, 4) à faire un suivi des progrès, 5) à orienter les T vers un spécialiste. Groupe contrôle: Prise en charge habituelle par un médecin généraliste</p>	<p>T en arrêt avec symptômes de stress mesurés par le 4DSQ (déresse, dépression, anxiété et somatisation) (n = 184)</p>	<p>Randomisé contrôlé Coût-utilité (ICUR) Perspective sociétale</p>	<p>Formation, documentation, perte de production, déplacements</p>	<p>QALYs Durée de l'arrêt Dépenses de santé</p>	<p>Différence de coûts et d'effet non significative entre les deux groupes</p>
<p>van Oostrom, 2010 Pays-Bas Améliorer la qualité de vie et raccourcir le délai de RAT des T en arrêt avec symptômes de stress.</p>	<p>Groupe expé. : Prise en charge par le médecin du travail et un coordonnateur en RAT au sein de l'entreprise. Processus structuré par étapes visant à identifier et à résoudre les obstacles au RAT. Trois rencontres individuelles sur deux semaines d'une durée totale de 3 h 45 : 1) entre le T et le coordonnateur en RAT pour identifier les obstacles au RAT selon la perspective du T, 2) entre le superviseur et le coordonnateur pour identifier les obstacles selon la perspective du superviseur, 3) entre superviseur, T et coordonnateur pour élaborer des solutions et élaborer un plan d'implantation basé sur le consensus. Groupe contrôle: Prise en charge habituelle par le médecin du travail</p>	<p>T en arrêt avec symptômes de stress mesurés par le 4DSQ (déresse, dépression, anxiété et somatisation) dans trois grandes entreprises (université, centre médical, sidérurgie) (n = 143)</p>	<p>Randomisé contrôlé Coût-efficacité (ICER), coût-utilité (ICUR) selon la perspective sociétale Bénéfice net selon la perspective de l'employeur</p>	<p>Dépenses de santé, coûts de formation, coûts du temps alloué Les coûts des changements organisationnels sont difficiles à estimer.</p>	<p>Durée des arrêts jusqu'à la reprise complète du travail pendant au moins quatre semaines; coût des arrêts QALYs</p>	<p>Aucune différence statistiquement significative pour le nombre de jours d'arrêt et les QALYs L'intervention n'est pas coût-efficace. Bénéfice net négatif</p>

4DSQ = Four-Dimensional Symptom Questionnaire; Groupe expé. = groupe expérimental; ICER = Incremental Cost-Effectiveness Ratio; ICUR = Incremental Cost-Utility Ratio; Med-QI désigne une des deux interventions évaluées dans l'étude de Schoenbaum et al., 2001; QALY = Quality Adjusted Life Year; RAT = retour au travail; T = travailleurs; SF-36 = 36-Item Short-Form Health Survey; SF-12 = 12-Item Short-Form Health Survey; Thérapie-QI désigne l'une des deux interventions évaluées dans l'étude de Schoenbaum et al., 2001.



c'est-à-dire le nombre d'années de vie gagnées ajustées selon la qualité de vie (Brouwers *et al.*, 2007; Goorden *et al.*, 2014; Schoenbaum *et al.*, 2001; Uegaki *et al.*; 2010a; van Oostrom *et al.*, 2010). D'autres indicateurs étaient utilisés, mais de façon moins fréquente, dans les études retenues:

- Les pertes de production dues au présentéisme (Arends *et al.*, 2013; Goorden *et al.*, 2014);
- La période écoulée avant un nouvel arrêt de travail ou le nombre de jours d'emploi (Arends *et al.*, 2013; Schoenbaum *et al.*, 2001);
- L'incidence des arrêts récurrents (Arends *et al.*, 2013);
- Le nombre de travailleurs qui retournent au travail ou qui tombent en invalidité de longue durée (Dewa *et al.*, 2009).

Il est intéressant de noter que seule une étude utilisait comme indicateur d'effet l'état de santé mentale des travailleurs en tant que tel (Brouwers *et al.*, 2007).

La **perspective d'évaluation économique** dans les études était celle de l'employeur (quatre études) ou celle de la société (six études). Une même étude pouvait comporter plusieurs analyses, selon différentes perspectives. Les **méthodes d'analyse** employées étaient équilibrées avec cinq évaluations coût-efficacité, cinq études coût-utilité, cinq autres coût-bénéfice, sachant que certaines études comportaient plusieurs analyses.

### 5.2.3 Résultats économiques

Le tableau 4 résume les résultats économiques obtenus par les études retenues dans notre revue de la littérature.

Le bilan coût-avantage des interventions est positif dans deux études sur huit. Dans une étude, le bilan est positif ou négatif, selon la perspective et la méthode d'analyse choisies. Pour ce qui est de l'étude de Dewa *et al.* (2009), le programme de retour au travail a un coût non significativement différent de la prise en charge habituelle (groupe contrôle) et est plus efficace d'après les trois indicateurs d'effet retenus (nombre de travailleurs en retour au travail, nombre de travailleurs en invalidité de longue durée, durée des arrêts pour invalidité de courte durée). Par conséquent, l'intervention est coût-efficace. Pour 100 travailleurs traités par le programme, le bénéfice net estimé, selon la perspective de la société, serait de 50 000 \$ par travailleur compte tenu de l'augmentation des retours au travail (n = 23), du moindre nombre de personnes passant en incapacité à long terme (n = 24) et du gain total de 1 600 jours

**Tableau 4: Catégories de résultats économiques selon la perspective adoptée dans les huit études retenues**

Bilan coût-avantage	Bilan positif avec gain en efficacité	Bilan positif avec baisse de l'efficacité et des coûts inférieurs dans le groupe expérimental (intervention)	Bilan négatif
<b>Perspective de la société</b>			
ICER	Arends, 2013	Rebergen, 2009	Van Oostrom, 2010
ICUR	Schoenbaum, 2001 (Thérapie-QI)	Goorden, 2014	Uegaki, 2010 Van Oostrom, 2010
<b>Perspective de l'employeur</b>			
ICER	Dewa, 2009		
Bénéfice net	Dewa, 2009	Rebergen, 2009	Arends, 2013 Van Oostrom, 2010
<b>Perspective non définie</b>			
ICER et ICUR			Brouwers, 2007

ICER = Incremental Cost-Effectiveness Ratio pour évaluation coût-efficacité; ICUR = Incremental Cost-Utility Ratio pour évaluation coût-utilité. Thérapie-QI et Med-Qi désignent les deux interventions évaluées dans l'étude de Schoenbaum et al 2001 (voir le tableau 1).

travaillés. Dans l'étude de Schoenbaum *et al.* (2001), une des deux interventions (thérapie cognitive et comportementale) a un bilan coût-utilité positif comparativement au groupe contrôle, dans la mesure où le coût par QALY supplémentaire est proche des montants habituellement financés dans le secteur médical (entre 9 478 \$ et 21 478 \$ par QALY). Le cas de l'étude d'Arends *et al.* (2013) produit un résultat qui dépend de la perspective adoptée. Selon la perspective de l'employeur, le bénéfice net est négatif, mais si l'on adopte la perspective de la société (et en retirant une valeur statistiquement extrême), le bilan coût-efficacité est positif. En faisant l'hypothèse qu'un investissement de 70 \$ pour éviter un jour supplémentaire d'arrêt de travail récurrent est acceptable pour la société dans son ensemble, l'intervention est coût-efficace par rapport à la prise en charge habituelle, selon une probabilité très élevée (98 %).

Deux études produisent un bilan coût-avantage positif, mais associé à une baisse des coûts (l'intervention étant moins coûteuse que la prise en charge habituelle) et aussi à une baisse des effets obtenus

(Rebergen *et al.*, 2009; Goorden *et al.*, 2014). Comme l'indiquent Goorden *et al.*, une intervention qui se solde par une moins bonne prise en charge des travailleurs et une baisse de leur qualité de vie par rapport au groupe contrôle peut certes permettre d'économiser des ressources. Cependant, une recommandation qui viserait à généraliser cette intervention n'aboutirait pas à une situation souhaitable.

Enfin, trois études produisent un bilan coût-avantage négatif, l'effet de l'intervention étant non significatif (van Oostrom *et al.*, 2010; Brouwers *et al.*, 2007; Uegaki *et al.*, 2010a).

### 5.3 PISTES À RETENIR

Les évaluations coût-avantage d'interventions de prévention des problèmes de santé mentale au travail sont peu nombreuses, par rapport à la littérature disponible sur la prévention des TMS ou encore la promotion de saines habitudes de vie. Les études publiées sont encore plus rares si l'on s'intéresse aux interventions de retour et de maintien au travail des travailleurs après une période d'absence.

Seulement trois des huit interventions retenues sont coût-avantageuses, la grande majorité des interventions évaluées se soldant par un bilan négatif ou mitigé, dans lesquelles le caractère coût-efficace est obtenu grâce à une intervention, certes moins coûteuse que la prise en charge habituelle (groupe contrôle), mais aussi moins efficace.

Notre approche comporte toutefois plusieurs limites, liées à la méthodologie employée. Nous n'avons pas inclus la littérature grise (études non publiées, rapports de recherche), qui pourrait contenir des références pertinentes. De plus, notre revue de la littérature se limite à une seule base de données bibliographiques (MEDLINE). Celle-ci a été complétée par une recherche de références dans un grand nombre de revues de la littérature publiées. Mais une recherche dans d'autres bases (PsycINFO, par exemple) aurait pu dégager des références supplémentaires. La stratégie adoptée nous a cependant permis d'utiliser une syntaxe de recherche bibliographique plus générique (non limitée aux problèmes de santé mentale) sur une longue période (2000-2015) et de produire une mesure du nombre d'articles publiés dans notre champ, par rapport à un corpus large des évaluations coût-avantage dans le domaine des interventions de prévention en santé au travail en général.

De plus, par définition des études coût-avantage, nous avons exclu les évaluations qui ne comportaient pas de comparaison entre deux stratégies et, par conséquent, les évaluations sans groupe contrôle. Cela a



conduit à ne pas inclure les études de mesure du retour sur investissement qui sont réalisées dans une approche non comparative. Aussi, étant donné la difficulté de la collecte de données en milieu de travail, les obstacles rencontrés lors du processus d'implantation d'une intervention et la complexité de définir et collecter des données dans un groupe contrôle similaire sans contamination vers le groupe expérimental, on peut s'interroger sur les interactions entre intervention et évaluation. En effet, réaliser un essai randomisé-contrôlé pourrait être plus faisable avec certains types d'intervention : des interventions centrées sur la personne sans action sur l'organisation du travail permettent en effet d'éviter le risque de contamination et autorisent la sélection aléatoire de personnes dans un collectif de travail. Ces actions individuelles et circonscrites dans le temps facilitent la définition d'un groupe contrôle dans la même organisation dont l'activité de travail aurait les mêmes caractéristiques que celle du groupe expérimental. Le choix d'inclure des études publiées dans des revues internationales à comité de lecture identifiées dans le champ médical (MEDLINE) pourrait avoir créé une succession de biais : une plus grande probabilité de publication des devis randomisés-contrôlés, qui nécessitent des interventions sans contamination entre les groupes, donc circonscrites dans le temps, avec un tirage aléatoire au sein d'un collectif, donc davantage compatibles avec des actions individualisées. On peut ainsi se demander s'il existe une interaction entre le choix du devis d'évaluation et les effets obtenus par l'évaluation, dans la mesure où une intervention circonscrite dans le temps, sans dimension organisationnelle, pourrait produire des effets mesurables sur la santé des travailleurs dans une plus faible probabilité.

Par ailleurs, ces résultats économiques peuvent-ils servir d'outil d'aide à la décision pour choisir des interventions visant à faciliter le retour au travail de travailleurs en arrêt pour des problèmes de santé mentale? En premier lieu, il est nécessaire de souligner que les montants monétaires des bilans coût-avantage sont difficiles à généraliser entre pays. Notre revue regroupe des évaluations d'interventions menées aux Pays-Bas, au Canada et aux États-Unis, qui n'ont pas les mêmes systèmes d'indemnisation des arrêts de travail en raison de problèmes de santé mentale ni les mêmes systèmes de santé. Par conséquent, une intervention pourrait être coût-avantageuse du point de vue de l'employeur dans un système d'assurance du risque professionnel donné, mais ne pas l'être dans un autre, en fonction des cotisations versées par l'employeur selon les différents types d'assurance publique (par exemple, au Québec, la cotisation à la CNESST) et d'assurance privée (par exemple, l'assurance salaire et l'assurance santé). De la même façon, le coût du travail et donc le coût des arrêts de travail varient d'un pays à l'autre, notamment en

fonction des montants des cotisations sociales. En outre, certaines interventions s'appuient sur le réseau de médecine du travail qui existe dans certains pays (les Pays-Bas pour les études sélectionnées) et pas dans d'autres. Cette variabilité entre les pays rend plus difficile la transférabilité des résultats.

Ensuite, l'interprétation des résultats économiques obtenus est difficile si l'on ne prend pas en compte les éléments concernant le processus d'implantation des interventions. En effet, un bilan coût-avantage négatif d'une intervention mise en œuvre dans un milieu de travail donné pourrait être dû à un échec de programme ou bien à un échec théorique (Kristensen, 2005) : le bilan est-il négatif à cause de difficultés rencontrées en cours d'implantation ou parce que les ingrédients actifs de l'intervention ne sont pas efficaces pour résoudre le problème rencontré ? Dans le cadre de notre revue de la littérature, il serait difficile d'apporter des éléments de réponse à cette question, car les articles économiques retenus incluaient très peu d'information sur le processus d'implantation des interventions étudiées : l'adéquation entre l'intervention et les besoins du milieu de travail, le caractère participatif de l'intervention, la fidélité entre l'intervention prévue et celle réellement mise en œuvre, le niveau d'activité reçue par la population cible, les obstacles rencontrés lors de l'implantation. Quatre études parmi les huit sélectionnées (Brouwers *et al.*, 2007 ; Rebergen *et al.*, 2009 ; Uegaki *et al.*, 2010a ; van Oostrom *et al.*, 2010) se basent de façon explicite sur l'hypothèse de « l'intention de traiter » (*intention to treat hypothesis*) qui est directement inspirée des études cliniques. Cette hypothèse suppose que tous les participants d'un essai clinique randomisé-contrôlé reçoivent le traitement de façon identique. Un protocole basé sur cette hypothèse suppose donc que les questions d'observance et de fidélité au traitement ne se posent pas. Les données de tous les patients randomisés sont incluses dans le protocole, et les différences d'observance sont supposées réparties de façon similaire statistiquement entre le groupe contrôle et le groupe expérimental (intervention). Or, dans un contexte d'intervention en milieu de travail, les difficultés rencontrées lors de l'implantation peuvent jouer un rôle déterminant pour l'ensemble de la population étudiée. L'hypothèse « intention de traiter » ne permet pas de s'interroger sur les écueils à éviter lors de l'implantation de l'intervention ni sur les éléments de contexte à prendre en compte pour tenter de reproduire une intervention au bilan coût-avantage positif. Pour pouvoir traduire ces résultats économiques en outils d'aide à la décision, il paraît nécessaire de combiner la synthèse des résultats économiques avec une synthèse d'information sur le processus d'implantation et le contexte organisationnel de l'intervention.

En définitive, les évaluations coût-avantage d'interventions sont par définition des études de cas qui évaluent les coûts et les gains d'une intervention dans un contexte organisationnel donné sur une période donnée. Comme il s'agit d'évaluations *situées*, il paraît indispensable de documenter la façon dont l'intervention a effectivement été mise en œuvre, afin que l'étude puisse servir d'outil d'aide à la décision. Pour décider d'implanter une intervention qui a été démontrée coût-avantageuse dans un contexte donné, il est nécessaire de connaître les leviers qui ont facilité son implantation, les éventuels écarts entre l'intervention prévue et effectivement implantée, et les opportunités qui ont conditionné son coût. La question sous-jacente ici est le caractère généralisable des résultats de ces évaluations économiques, qui peut être discuté à partir du moment où l'on documente le contexte organisationnel. Ce sont des éléments qui pourraient contribuer à orienter les recherches à venir sur l'évaluation économique des interventions en santé et sécurité du travail.

## 5.4 RÉFÉRENCES

- ARENDS, I., BULTMANN, U., VAN RHENEN, W., GROEN, H. et VAN DER KLINK, J. J. 2013. Economic evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *PLoS One*, 8, e71937.
- BIRNBAUM, H. G., BEN-HAMADI, R., KELLEY, D., HSIEH, M., SEAL, B., KANTOR, E., CREMIEUX, P. Y. et GREENBERG, P. E. 2010. Assessing the relationship between compliance with antidepressant therapy and employer costs among employees in the United States. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 52, 115-124.
- BONDE, J. P. 2008. Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 438-445.
- BROUWERS, E. P., DE BRUIJNE, M. C., TERLUIN, B., TIEMENS, B. G. et VERHAAK, P. F. 2007. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: A randomized controlled trial. *European Journal of Public Health*, 17, 214-220.
- CAULFIELD, N., CHANG, D., DOLLARD, M. F. et ELSHAUG, C. 2004. A Review of Occupational Stress Interventions in Australia. *International Journal of Stress Management*, 11, 149-166.
- COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. 2016. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Ottawa: Commission de la santé mentale du Canada.

- CORBIERE, M., SHEN, J., ROULEAU, M. et DEWA, C. S. 2009. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 33, 81-116.
- CROWTHER, R., MARSHALL, M., BOND, G. R. et HUXLEY, P. 2001. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- DEWA, C. S., HOCH, J. S., CARMEN, G., GUSCOTT, R. et ANDERSON, C. 2009. Cost, effectiveness, and cost-effectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 379-388.
- DRUMMOND, M., SCULPHER, M., CLAXTON, K., STODDART, G. L. et TORRANCE, G. 2015. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- FLEURY, M.-J. et GRENIER, G. 2012. État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être, gouvernement du Québec.
- GERVAIS, R. L., PAWLOWSKA, Z., BOJANOWSKI, R., KOUVONEN, A., KARANIKA-MURRAY, M., VAN DEN BROEK, K. et DE GREEF, M. 2009. Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises: A review. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA).
- GIARDINI MURTA, S., SANDERSON, K. et OLDENBURG, B. 2007. Process evaluation in occupational stress management programs: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 21, 248-254.
- GIGA, S. I., NOBLET, A. J., FARAGHER, B. et COOPER, C. L. 2003. The UK perspective: A review of research on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist*, 38, 158-164.
- GOORDEN, M., VLASVELD, M. C., ANEMA, J. R., VAN MECHELEN, W., BEEKMAN, A. T., HOEDEMAN, R., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. M. et HAKKAART-VAN ROJJEN, L. 2014. Cost-utility analysis of a collaborative care intervention for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 555-562.
- HAMBERG-VAN REENEN, H. H., PROPER, K. I. et VAN DEN BERG, M. 2012. Worksite mental health interventions: A systematic review of economic evaluations. *Occupational and Environmental Medicine*, 69, 837-845.
- HOCH, J. S. et DEWA, C. S. 2005. An introduction to economic evaluation: What's in a name? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 159-166.
- KOOPMANS, P. C., BULTMANN, U., ROELEN, C. A., HOEDEMAN, R., VAN DER KLINK, J. J. et GROOTHOFF, J. W. 2011. Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 193-201.
- KRISTENSEN, T. S. 2005. Intervention studies in occupational epidemiology. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 205-210.

- LAMONTAGNE, A. D., KEEGEL, T., LOUIE, A. M., OSTRY, A. et LANDSBERGIS, P. A. 2007. A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 13, 268-280.
- LIM, D., SANDERSON, K. et ANDREWS, G. 2000. Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3, 139-146.
- LIM, K., JACOBS, P. et DEWA, C. S. 2008. How Much Should We Spend on Mental Health? Institute of health economics.
- MARINE, A., RUOTSALAINEN, J., SERRA, C. et VERBEEK, J. 2006. Preventing Occupational Stress in Healthcare Workers. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- MARTIN, A., SANDERSON, K. et COCKER, F. 2009. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 35, 7-18.
- MCTERNAN, W. P., DOLLARD, M. F. et LAMONTAGNE, A. D. 2013. Depression in the workplace: An economic cost analysis of depression-related productivity loss attributable to job strain and bullying. *Work & Stress*, 27, 321-338.
- MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J., ALTMAN, D. G. et THE, P. G. 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6, e1000097.
- NIEUWENHUIJSEN, K., BÜLTMANN, U., NEUMEYER-GROMEN, A., VERHOEVEN, A. C., VERBEEK, J. H. et FELTZ-CORNELIS, C. M. 2008. Interventions to improve occupational health in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- PEÑALBA, V., MCGUIRE, H. et LEITE, J. R. 2008. Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- REBERGEN, D. S., BRUINVELS, D. J., VAN TULDER, M. W., VAN DER BEEK, A. J. et VAN MECHELEN, W. 2009. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 313-322.
- RUOTSALAINEN, J., SERRA, C., MARINE, A. et VERBEEK, J. 2008. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 34, 169-178.
- SCHOENBAUM, M., UNUTZER, J., SHERBOURNE, C., DUAN, N., RUBENSTEIN, L. V., MIRANDA, J., MEREDITH, L. S., CARNEY, M. F. et WELLS, K. 2001. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1325-1330.

- STANSFELD, S. & CANDY, B. 2006. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32, 443-62.
- STEWART, W. F., RICCI, J. A., CHEE, E., HAHN, S. R. et MORGANSTEIN, D. 2003. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3135-3144.
- SULTAN-TAÏEB, H. 2011. Les analyses coût-avantage des interventions de prévention du stress professionnel. Dans : EXPERTISE COLLECTIVE INSERM (sous la dir. de), *Stress au travail et santé, situation chez les indépendants*. Paris : Editions Inserm.
- SULTAN-TAÏEB, H., BRISSON, C. et NIEDHAMMER, I. 2015. Évaluations économiques pour la prévention des expositions aux risques psychosociaux au travail : Coût attribuable aux expositions et évaluations coût-avantage des interventions de prévention. Dans : LEROUGE, L. (sous la dir. de), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*. Paris : Octarès.
- TIMBIE, J. W., HORVITZ-LENNON, M., FRANK, R. G. et NORMAND, S. L. 2006. A meta-analysis of labor supply effects of interventions for major depressive disorder. *Psychiatric Services*, 57, 212-518.
- TOMPA, E., CULYER, A. J. et DOLINSCHI, R. 2008. *Economic Evaluation of Interventions for Occupational Health and Safety, Developing Good Practice*. Londres : Oxford University Press.
- TOMPA, E., DOLINSCHI, R., DE OLIVEIRA, C. et IRVIN, E. 2009. A systematic review of occupational health and safety interventions with economic analyses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 1004-1023.
- UEGAKI, K., BAKKER, I., BRUIJNE, M., BEEK, A., TERLUIN, B., MARWIJK, H., HEYMANS, M., STALMAN, W. et MECHELEN, W. 2010a. Cost-effectiveness of a minimal intervention for stress-related sick leave in general practice: Results of an economic evaluation alongside a pragmatic randomised control trial. *Journal of Affective Disorders*, 120, 177-187.
- UEGAKI, K., DE BRUIJNE, M. C., LAMBEEK, L., ANEMA, J. R., VAN DER BEEK, A. J., VAN MECHELEN, W. et VAN TULDER, M. W. 2010b. Economic evaluations of occupational health interventions from a company's perspective: A systematic review of methodological quality. Dans : UEGAKI, K. (sous la dir. de), *Economic evaluation of interventions for occupational health: Exploring methods and applied studies*. Amsterdam : VU Medical Center.
- VAN DER KLINK, J. J., BLONK, R. W., SCHENE, A. H. et VAN DIJK, F. J. 2001. The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.
- VAN OOSTROM, S. H., DRIESSEN, M. T., DE VET, H. C., FRANCHE, R. L. et SCHONSTEIN, E. 2009. Workplace Interventions for Preventing Work Disability. Cochrane Database of Systematic Reviews.

- VAN OOSTROM, S. H., HEYMANS, M. W., DE VET, H. C., VAN TULDER, M. W., VAN MECHELEN, W. et ANEMA, J. R. 2010. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occupational and Environmental Medicine*, 67, 603-610.
- VERBEEK, J., PULLIAINEN, M. et KANKAANPAA, E. 2009. A systematic review of occupational safety and health business cases. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 35, 403-412.
- VÉZINA, M., CLOUTIER, E., STOCK, S., LIPPEL, K. et FORTIN, E. 2011. Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail – Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.
- VIRTANEN, M., KAWACHI, I., OKSANEN, T., SALO, P., TUISKU, K., PULKKI-RABACK, L., PENTTI, J., ELOVAINIO, M., VAHTERA, J. et KIVIMAKI, M. 2011. Socio-economic differences in long-term psychiatric work disability: Prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 791-798.
- WILLIAMS-WHITT, K., WHITE, M. I., WAGNER, S. L., SCHULTZ, I. Z., KOEHN, C., DIONNE, C. E., KOEHOORN, M., HARDER, H., PASCA, R., WARJE, O., HSU, V., MCGUIRE, L., SCHULZ, W., KUBE, D., HOOK, A. et WRIGHT, M. D. 2015. Job demand and control interventions: A stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews on workplace disability. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 6, 61-78.





---

TROISIÈME PARTIE

**POUR MIEUX COMPRENDRE  
LA PERSPECTIVE  
DES PARTIES PRENANTES**



---

# CHAPITRE 6

## Entretiens avec des acteurs de la CNESST, de la CSN et de PRATA Plus

La réalisation d'entretiens avec des représentants d'organisations québécoises permet de percevoir les perspectives de différentes parties prenantes, pour ce qui est d'intervenir en matière d'incapacité et de réadaptation au travail, mais également en prévention. Ce chapitre rapporte les éléments clés des thèmes abordés lors de trois entretiens.

Il y a d'abord des entretiens réalisés avec deux partenaires majeurs au Québec. Il s'agit de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST), qui est un assureur public et un acteur incontournable au regard des accidents de travail et maladies professionnelles. En deuxième lieu, la Confédération des syndicats nationaux (CSN), qui compte environ 300 000 membres, est un autre acteur de premier plan au Québec.

En plus de dresser un portrait de l'évolution de la gestion de l'incapacité au travail au cours des 25 ou 30 dernières années, les deux entretiens soulignent plusieurs aspects importants, en vue d'aborder les défis actuels et futurs. Il y est entre autres question des dossiers d'incapacité qui se sont beaucoup complexifiés, autant sous l'angle des problématiques

de santé que du profil des travailleurs, qui sont, par exemple, vieillissants et qui ont une appartenance ethnoculturelle hétérogène. La dimension multifactorielle des dossiers engendre très souvent la nécessité d'adopter une approche multidisciplinaire, doublée d'une meilleure concertation entre les intervenants. À travers ces entretiens, il est possible de mesurer le chemin parcouru et celui qui reste à parcourir. Il paraît surtout essentiel de continuer à produire et à diffuser des outils pratiques, car des interventions plus efficaces sont souhaitées, autant pour prévenir que pour gérer l'incapacité et la réadaptation au travail.

Le troisième entretien met justement l'accent sur la réadaptation au travail, avec le Programme de retour au travail adapté PRATA Plus pour les travailleurs du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Ce programme illustre bien toute la capacité d'innovation dont peuvent faire preuve les acteurs québécois. Toutefois, force est de constater que certaines conditions essentielles doivent être présentes. Cet entretien décrit les conditions qui ont prévalu dans cette région.

## 6.1 LES ASSUREURS ET LA PRÉVENTION DE L'INCAPACITÉ AU TRAVAIL AU QUÉBEC : LE CAS DE LA COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CNESST)

Entretien réalisé le 10 mai 2016 avec Geneviève Viau, conseillère stratégique et adjointe à la Direction générale de l'indemnisation et de la réadaptation

### *Au Québec, durant les 30 dernières années, quels ont été les grands changements qui ont influencé la prise en charge des travailleurs ?*

Le bilan lésionnel a changé depuis les 30 dernières années. On avait beaucoup [...], dans les années 80-90, de lésions dans les secteurs de la transformation de matières ou de substances : forêt, industrie du meuble, industrie du papier, textile, différentes industries manufacturières. Puis, évidemment, avec la tertiarisation du marché, les types de lésions ont changé. Actuellement, on a beaucoup plus de lésions dans les services médicaux, [...] commerciaux, d'enseignement et dans l'administration publique. Par contre, on en a autant dans le transport et l'entreposage...

On note actuellement une diminution du nombre de lésions. Il y a différentes raisons dont la prévention-inspection, mais aussi le développement des connaissances, le soutien à la recherche, le développement [...] et l'amélioration de nos façons de faire. Cette diminution est pancanadienne. En fait, toutes les commissions d'accidents du travail des [...] provinces le constatent.

### *Est-ce qu'il y a eu des réformes qui ont influencé la prise en charge des travailleurs par la CSST, maintenant la CNESST ?*

Absolument [...], on distingue nos facteurs internes, qui sont nos changements de façons de faire à la CNESST, par exemple, nos orientations et l'encadrement qu'on donne à nos ressources.

Mais il y a aussi des facteurs externes, donc tout le système de santé, l'amélioration des connaissances médicales, des technologies [...], le changement de secteurs économiques, puis le cadre juridique. En fait, il faut évoluer même si notre loi (Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles) n'a pas changé [...] depuis 1985 ; toutes les nouvelles législations finissent par nous influencer, d'une certaine façon...

***Par rapport à la réadaptation, est-ce qu'il y a eu un changement au niveau de la réglementation, une réforme?***

Avant la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), c'était vraiment nous qui prenions en charge les soins... Depuis la LATMP, le contexte a changé pour la réadaptation. On a créé deux droits additionnels, soit le droit de retour au travail et le droit à la réadaptation. Et, à plus court terme, on s'est mis à vouloir se rapprocher un peu de nos employeurs, de nos travailleurs, puis leur parler davantage. Il a fallu réorganiser nos façons de faire, vers 2000-2004. Mais qu'est-ce qui a influencé ça? Ça a été la nécessité de se rapprocher des grands employeurs pour les aider à installer un retour au travail. Notre rôle était d'assurer un retour au travail, de protéger le droit de retour au travail des travailleurs et de mettre en place des plans individualisés de réadaptation.

***Il y a eu la LATMP en 1985 qui a changé vraiment les façons de faire. Mais, par la suite, comment les façons de faire ont changé?***

En fait, les règlements ont très peu changé, on applique toujours la même loi. La seule prise qu'on avait, c'était sur nos façons de faire. Donc on a réorganisé notre travail, puis on a réorganisé la gestion du risque sur la base de l'expérience. Au début, on s'est dit: «Il nous manque de l'information médicale, on va se concentrer là-dessus pour être sûrs [...] que le travailleur reçoit les bons soins.» Ensuite, dans les années 2000, il a fallu [...] spécialiser nos ressources. On a spécialisé les agents d'indemnisation et les conseillers en réadaptation, avec différents types de dossiers particuliers. Après, on a voulu faire la prévention de la chronicité [...]; prendre les travailleurs en charge plus rapidement en installant une approche d'encadrement différente. Avant, le type d'encadrement qu'on donnait, c'était [...] un suivi très médico-administratif... Maintenant, avec l'approche de la prévention de la chronicité, on a dit aux agents: «Vous allez devoir vous intéresser aussi à ce qui se passe pour les employeurs puis les travailleurs [...], pas nécessairement au processus médico-administratif». Donc ça a été un premier changement... L'approche continue de prévention de la chronicité a été implantée en 2010, du début à la fin du traitement d'une réclamation... Tout le monde doit se concentrer sur ce qui se passe pour le travailleur. C'est valable pour l'agent d'accès au régime, l'agent qui faisait auparavant juste le suivi médical et l'agent qui s'occupe, avec le conseiller en réadaptation, du retour au travail...

***Donc, si on résumait les grands virages de la CNESST?***

Il y a eu d'abord un grand virage [...] en 2000, pour spécialiser nos ressources. Par la suite, on a voulu repositionner les cadres, disons à peu près en 2004-2005. On a surtout essayé de comprendre comment [...] les cadres pouvaient faire une différence auprès des ressources qui se spécialisaient, finalement. En 2010, on a implanté l'approche continue de la prévention de la chronicité [...] à tous les niveaux de la gestion des réclamations et des corps professionnels.

... Tout le monde se préoccupe dès le début de la lésion en effectuant une gestion selon des facteurs de risque qui ont été identifiés par la recherche, plutôt que selon des facteurs de risque basés sur notre expérience... Les facteurs issus de notre expérience, ce n'était pas nécessairement mauvais, mais dans les faits, à un moment donné, tu utilises ton propre regard puis tu manques peut-être un peu de distance. Nous avons préféré être nourris par ce que les chercheurs avaient trouvé... Il fut un temps où nos facteurs de gestion du risque, c'était la taille de l'entreprise pour laquelle la personne travaillait, selon le maintien du lien d'emploi. Si on était chez un employeur avec un régime rétrospectif, on ne s'en occupait pas; l'employeur avait mis en place ce qu'il fallait pour garder le travailleur... Il pouvait le mettre en assignation temporaire pendant deux ans puis on ne l'appelait pas... Ceux qui perdaient leur *job*, on s'en occupait plus vite, ou qui étaient chez un petit employeur, un couvreur, par exemple. Le travailleur qui a perdu l'usage de ses jambes ne peut plus être couvreur. Il faut s'en occuper plus rapidement.

***Si on comprend bien, c'est majeur, le changement de l'évaluation des facteurs de risque?***

C'est majeur, parce que là ce ne sont pas seulement les caractéristiques de l'entreprise qui vont décider de votre approche, mais aussi celles du travailleur... Notre façon de travailler à changer...

***Concernant le profil du personnel de la CNESST, est-ce que le personnel est différent par rapport à 1985 ou à 2000?***

... De 1985 à 2000, ça a été le moment charnière où on s'est mis à changer puis à spécialiser nos ressources. Avant ça, il y avait beaucoup de nos agents d'indemnisation qui travaillaient sur dossier seulement, sans contact avec les travailleurs ni avec l'employeur. Donc ils travaillaient avec l'information qu'ils recevaient des rapports médicaux, du formulaire

de l'employeur ou du travailleur qui envoyait une demande de remboursement, [...] tout se faisait sur dossier. Puis on a pensé qu'ils pourraient être en contact avec le système médical, appeler le médecin, l'hôpital, le physiothérapeute ou l'ergothérapeute, [...] se spécialiser. On a eu justement des agents qui se spécialisaient en surdité, en maladies pulmonaires professionnelles, en traitement de dossiers de décès...

***A-t-il fallu offrir des formations aux ressources?***

Exactement, il a fallu former les gens en conséquence.  videmment, nous sommes partis du personnel qu'on avait. C'est le service de la formation à l'interne qui s'est développé, beaucoup pour soutenir l'amélioration des processus. Le service de formation s'est mis à faire plein de formations pour soutenir la spécialisation de nos ressources.

***Le conseiller en réadaptation de 2016, puis celui qui pratiquait il y a 30 ans, est-il différent, en termes de pratique?***

... Le conseiller en réadaptation, il y a 30 ans, il attendait que le dossier soit complètement consolidé médicalement, puis qu'il y ait au dossier des limitations fonctionnelles... L'agent d'indemnisation travaillait d'abord sur dossier et attendait d'en avoir assez dans le dossier. Après, il le donnait au conseiller en réadaptation. Et même physiquement, parfois, l'agent et le conseiller n'étaient pas sur le même étage. Aujourd'hui, on dit qu'ils sont dans des condos, parce que, en fait, ils sont dans des cubicules partagés... Donc l'agent et le conseiller travaillent ensemble quotidiennement.

***Quelle a été l'influence de la recherche sur les pratiques de la CNESST?***

La grande influence de la recherche s'est faite massivement dans l'organisation du travail en 2010, avec l'installation de l'approche de la prévention de la chronicité où on s'est mis à se dire: «Peut-être qu'il faudrait trouver d'autres facteurs de risque que ceux sur lesquels on travaille depuis des années...». On s'est mis à s'intéresser à la recherche, de façon à vraiment modifier notre approche. D'abord, on s'est demandé si on peut faire les choses autrement. Puis toute l'équipe de formation [s'est impliquée], justement celle qui avait formé les gens en spécialisation de profil. C'est cette même équipe qui lisait pour pouvoir monter les formations... Les deux grands projets de recherche que tout le monde connaît un peu plus, c'est celui de Pr vicap et celui qui a été fait à l'Université Laval sur la détection, qui s'est fait en même temps que l'implantation de l'approche continue de prévention de la chronicité... On s'est nourris à même les



résultats de recherche, à la fois ceux de [...] nos partenaires, l'Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), partenaire direct, mais aussi ceux du Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT) et du centre de recherche de l'Université Laval.

***On peut imaginer qu'il y a eu également le modèle de Sherbrooke ?***

Le modèle de Sherbrooke, oui, absolument. Puis il faut mentionner que les gens [...] engagés comme conseillers en réadaptation, beaucoup depuis l'amélioration des processus [...], c'était souvent des profils d'universitaires qui avaient fait des études [...], qui avaient un bagage et qui avaient appris des choses nouvelles...

***Est-ce que les initiatives, comme la recherche en direct, ont un effet ?***

Cette formule est quand même assez récente. Il y a cinq ans, on en faisait peut-être une par année. Maintenant, c'est trois à quatre fois par année. Cette formule aide parce que ça permet à mes collègues, qui sont dans le développement de formations, de programmes et de politiques, d'avoir accès directement aux chercheurs, plutôt que de lire seulement les résultats de recherche. Ils peuvent poser des questions puis, en quelque part, je pense que ça permet de donner un élan à la lecture. Quand tu lis à froid des résultats de recherche, ce n'est pas la même chose que quand tu en as entendu parler avant.

L'intérêt de le faire à la CNESST, sur une période d'une demi-journée, c'est de pouvoir avoir accès au chercheur puis lui poser des questions, tandis que, si je vais le voir dans un colloque, je peux poser une question, mais je ne peux pas lui demander de me donner plus de temps.

***Si on regarde maintenant les relations entre la CNESST et les employeurs, qu'est-ce qui a changé avec les années ?***

... Les employeurs doivent cotiser, c'est un régime d'assurance public. Ils sont regroupés en trois catégories : taux rétrospectif (très grandes entreprises), taux personnalisé (grandes et moyennes entreprises) et taux de l'unité (petites entreprises).

C'est quand même juste 20% de nos employeurs qui sont à taux rétrospectif. Mais eux, avec les années, puis avec le soutien des conseillers en réadaptation, qui débarquaient une fois qu'ils avaient les limitations fonctionnelles et qui faisaient des visites de postes, tout ça, ils se sont organisés, avec le soutien de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de toutes sortes d'organismes publics, ils se sont structurés pour

traiter minimalement le dossier de santé sécurité, [...] un dossier de lésion professionnelle. Je dis minimalement parce que, parfois, il manque encore un peu de coordination... Notre rapport avec eux s'est finalement installé, même si c'est sûr qu'il y a des modifications...

... Là où le défi ressort de plus en plus, [...] c'est bien avec le taux personnalisé et le taux de l'unité. Pour ce qui est des petites et moyennes entreprises, les taux de dossiers de lésion [...] sont proportionnellement plus élevés que le rétrospectif... Il faut mettre de l'énergie là... Il faut faire de la sensibilisation, de la promotion, trouver des solutions provisoires auprès des petites et moyennes entreprises, parce que ce n'est pas pareil, elles connaissent moins ça, elles ne sont pas structurées...

***Alors, pour la petite et moyenne entreprise, il faut développer d'autres mesures?***

En fait, ce serait de voir comment ce genre de mesures-là peut s'installer... On peut le faire [...] dans le cadre légal, c'est-à-dire avec une assignation temporaire de travail, ce qu'on appelle une ATT... C'est quelque chose de structurant si tu t'adresses à une PME qui n'a pas la structure pour porter l'ATT. Tu peux quand même mettre en place ce qu'on appelle une solution provisoire, qui n'a pas à être aussi structurante tant légalement qu'administrativement, mais qui, finalement, a le même effet pour le travailleur. Ça lui permet de faire un retour progressif aussi. Mais il s'agit davantage d'un sur mesure...

***Avec des phénomènes tels que le vieillissement des travailleurs, les différences de genre (homme/femme), est-ce qu'il y a d'autres tendances que l'on voit dans les profils de travailleurs?***

... Les maladies professionnelles ont augmenté, c'est essentiellement dû à la surdité professionnelle. Celle-ci est intimement reliée au vieillissement de la population de travailleurs. On a quand même plusieurs cas, par exemple, des travailleurs qui, après plusieurs années comme camionneurs, font une réclamation pour se procurer des prothèses auditives. C'est nouveau dans le sens que, les travailleurs vieillissants, il y en a de plus en plus... On a plus de travailleurs de 55 ans et plus qui se blessent au travail qu'avant. Pour les femmes, ça ne change pas, depuis 30 ans, le nombre d'accidents de travail. Pourtant, on est dans des secteurs qui se « tertiarisent » et qui sont souvent féminins...  a diminue pour les hommes, mais se maintient pour les femmes.

***Pour les gens associés à des cultures différentes, est-ce qu'il y a quelque chose qui apparaît? Est-ce une question que vous avez traitée jusqu'à maintenant?***

En fait, pour nous, c'est encore au niveau des enjeux. On le sait qu'il y a une diversification des caractéristiques des travailleurs, autant leur origine que, évidemment, leur âge, mais aussi leur niveau de compétence, leur qualification. Parfois, leur qualification est [...] très loin du marché du travail et, quand ils ne peuvent plus retourner dans leur emploi, c'est plus difficile... C'est surtout de ce point de vue que les jeunes et les personnes immigrantes sont des clientèles qu'on surveille... On le sait que ça s'en vient, que la population de jeunes va bien sûr prendre le relais [...], dans une intensification et une complexification du marché du travail... Les travailleurs plus âgés s'en vont à la retraite et [...] ça peut avoir un effet...

***Si on revient à un point de vue plus générique, le professionnel de la CNESST semble intervenir plus rapidement dans les dossiers. De quelle manière il y a eu transformation?***

Depuis 2010 [...], on parle aux travailleurs et aux employeurs presque à toutes les étapes du traitement d'une réclamation. Ils sont un peu étonnés qu'on les appelle si rapidement. Puis il fallait les rassurer, surtout les travailleurs...

... C'est sûr qu'il y en a pour qui ça a été difficile... Mais il y en a plusieurs pour qui ça fait leur affaire de pouvoir parler aux travailleurs... On embauche comme agents d'indemnisation souvent des gens qui ont des techniques en sciences humaines, en sciences physiques [...], des gens qui avaient des études en relation d'aide, si on veut, d'une certaine manière, puis au niveau des conseillers en réadaptation aussi... Les gens qui travaillent chez nous, ils veulent aider, puis on leur demande de prendre le leadership dans le dossier...

***Quels sont les défis de votre organisation face à la prise en charge?***

On a un enjeu numéro un, c'est la continuité de nos activités [...], quand tu regroupes les trois missions de la CNESST. Je veux dire, un enquêteur des normes, ce n'est pas comme un inspecteur de santé et sécurité, puis un autre, en fait, qu'ils n'appellent pas vraiment enquêteur en équité. Mais ils ont tous comme rôle d'aller voir comment l'employeur se comporte dans un dossier... Dans le cas des normes, c'est pour protéger systématiquement le travailleur. Dans le cas de l'équité, c'est pour protéger

les femmes par rapport à l'iniquité. En santé et sécurité, c'est protéger d'un accident au travail... Il faut maintenir les activités de chacune de nos missions...

Mais pour ce qui est de notre champ à nous, qui est évidemment plus loin, l'indemnisation et la réadaptation, à très court terme, on garde le cap sur l'approche continue de prévention de la chronicité... On est toujours ouverts à prendre acte et à s'informer de [...] différents facteurs de risque qui pourraient ressortir, par exemple, de nouvelles recherches... On maintient l'accompagnement des cadres, parce qu'on sait que ça passe par les cadres [et qu'ils doivent continuer] de se positionner à la bonne place... S'ils reviennent à leurs habitudes d'il y a 5 ou 10 ans et qu'ils questionnent seulement, par exemple, la durée d'un dossier ainsi que la finalité potentielle d'un dossier, ils peuvent [...] décentrer, en fait, les facteurs de risque de l'enjeu principal: le travailleur. Il faut que tout le monde s'intéresse aux travailleurs, incluant les cadres.

***Dans le fond, un des défis avec la nouvelle CNESST, c'est de maintenir ce que vous avez développé, et de développer à nouveau, éventuellement?***

Oui, mais on veut quand même travailler au défi [...] de l'équilibre financier du régime. Par conséquent, on veut essayer de changer nos règlements et notre LATMP... Le règlement sur l'assistance médicale, qui est un règlement qui encadre justement tous les frais pour les professionnels et les intervenants de la santé, il est sur la table puis on essaie de le changer, de le modifier... Juste au niveau des tarifs, ceux qu'on paie aux ergothérapeutes, ce sont les mêmes depuis 20 ans.

***Donc on entend qu'il y aura une mise à jour de la réglementation?***

... On veut s'assurer que, dans le fond, les services professionnels externes sont des services de qualité, tout en ayant un certain contrôle des coûts, notamment en physiothérapie-ergothérapie puis en surdité... Il faut travailler là-dessus parce que c'est un défi, notamment en surdité... Nos travailleurs sont vieillissants, puis nos cas de surdité augmentent de façon exponentielle... Heureusement pour le travailleur, la technologie s'améliore puis il va vouloir porter sa prothèse plutôt que de la mettre dans son tiroir. Mais on sait qu'une prothèse auditive qui est plus spécialisée est plus chère, donc là, c'est un engrenage... Il faut juste s'assurer que le régime va être capable de tenir la machine au niveau financier... Si les employeurs imputés, ce sont toujours les mêmes... Alors que le travailleur camionneur qui était chez un employeur non imputé, mais c'est imputé à l'ensemble des employeurs, sa surdité [...], on va s'en occuper jusqu'à

la fin de ses jours, de sa prothèse auditive... Ça augmente les coûts de façon exponentielle, alors que ce n'est pas son employeur qui paye directement. Donc, c'est une question d'équilibre du régime, et pour les soins en physiothérapie-ergothérapie, c'est sûr que c'est sur la table, oui, ça fait longtemps que ça l'est...

Compte tenu du regroupement puis des recommandations du Vérificateur général du Québec, déposées sur le site de l'Assemblée nationale, c'est sûr que le gros morceau est de travailler la gouvernance à la CNESS. Les comités techniques viennent en soutien au conseil d'administration pour [...] faire des recommandations de modifications réglementaires, alors que ces comités existaient de façon peut-être presque un peu autonome... Ce n'est pas toujours facile de faire en sorte que la machine soit nourrie comme il faut, le conseil d'administration, puis inversement.

***Si, demain matin, vous aviez carte blanche pour la recherche, quelles seraient les deux propositions les plus importantes?***

Il faut vraiment nous aider à comprendre l'aspect, la dimension multifactorielle dans nos dossiers, la complexité de nos dossiers. On a essayé de façon plus ou moins efficace, j'ose espérer quand même assez efficace, de faire ressortir, par exemple, des facteurs de risque dans différents types de recherche... Puis on a essayé de faire un amalgame de ça... Mais est-ce que ce sont les bons? On n'avait pas beaucoup de recherches qui étudiaient plusieurs facteurs de risque en même temps, parce qu'on sait que c'est complexe à faire. Mais il reste que c'est notre réalité, les dossiers sont multifactoriels.

***Comment travailler avec tout ceci, comment être capable de prioriser l'action?***

... Je pense qu'on est encore en train d'essayer de comprendre l'amalgame de plusieurs facteurs... On le sait que ce n'est pas juste le facteur physique, mais il est quand même important pour certaines lésions versus d'autres. Alors que les autres facteurs comme le social puis le personnel sont plus forts dans certains types de lésions... La pondération des facteurs, ça serait aidant... Évidemment, en lien avec les enjeux émergents, il y a donc de nouveaux facteurs potentiels...: le vieillissement, justement la jeunesse, l'interculturel... Ce qui s'est passé dans le fond avec la fermeture d'une manufacture puis le changement, on ne l'a jamais vraiment étudié... Si on essayait de voir venir un peu les changements socioéconomiques, on serait capable peut-être de mieux comprendre ce qui est en train de se passer...

***Est-ce que vous abordez les lésions psychologiques?***

Ce sont nos gros sujets de conversation avec les autres commissions d'accidents du travail, puis le Québec aussi... J'ai le sentiment qu'il faut s'y prendre autrement... On le sait que les lésions psychologiques vont occuper de plus en plus de place. On le sent, on ne le sait pas, ce n'est pas étudié tant que ça. Il y a plus de demandes, bien sûr, c'est tout ce qu'on est capable de dire. Puis on les a traitées au début avec beaucoup de réserve, comme on a fait il y a 25 ans avec les troubles musculosquelettiques, finalement... On n'avait pas les moyens technologiques médicaux non plus pour les comprendre. Mais là, c'est la même affaire avec les lésions psychologiques, on n'est pas sûrs que les médecins ont les moyens technologiques pour bien les diagnostiquer, les comprendre.

***Est-ce qu'il vous manque des outils? Est-ce que la recherche pourrait contribuer?***

... Pas nécessairement des outils concrets... Je pense que ce serait aller trop vite dans le développement des façons de faire. On a surtout besoin de comprendre le phénomène. Par exemple, quelqu'un qui souffre d'une lésion psychologique, même si ce n'est pas professionnel, est-ce que ça fait en sorte qu'il ne reste jamais sur le marché du travail? Est-ce que ça fait en sorte que, quand il se blesse, professionnellement, ça lui prend vraiment plus de temps que tous les autres à guérir?

... Puis on voit que le retour au travail est peut-être plus difficile. Mais on dit que ce n'est peut-être pas juste à cause de ça, c'est peut-être parce que, nous, on ne sait pas comment faire. Mais avant d'essayer quelque chose de nouveau, on veut être sûr de bien saisir.

***La question aussi, c'est: est-ce que cette personne-là, il faut qu'elle soit hors-travail ou non? C'est une question importante, est-ce que l'arrêt de travail est la solution? Est-ce que ce sont des questions qui se posent?***

Ce sont les questions qu'on avait fini par se poser après 20 ans de TMS, avec les médecins... On s'en est rendu compte que ce n'était pas une bonne idée de les laisser chez eux... Ils s'ankylosaient puis [...], quand tu les opères, la convalescence est plus longue... C'est clair que, pour les TMS, on ne fait plus ça...

***Maintenant, on parle de lésions psychologiques, on parle de multifactoriel, est-ce qu'on peut prévoir dans les prochaines années un autre profil de personnel pouvant aider ces gens?***

... Forcément, on est dedans, là... On a l'expérience clinique, mais ce n'est jamais scientifique. Cliniquement, on est sur le terrain, on voit qu'ils ont besoin de ça. Ils reçoivent des rapports de psychiatres, mais ils ne savent pas quoi faire avec ça, il faut les former. On a engagé un psychiatre, qui est maintenant à la CNESST. Il s'est assis avec les gens de la formation, il se promène dans les régions, il forme tout le monde.

***Est-ce qu'il y aurait autre chose à ajouter?***

Je pense vraiment qu'il faut s'assurer de mettre en place des liens en continu avec le milieu de la recherche. Il ne faut pas que ce soit fait de façon ponctuelle, pour des projets particuliers, mais [...] qu'on s'installe en partenariat, qu'on s'installe pour observer ensemble le phénomène de chacun [...], autant un chercheur, qui fait de la recherche sur quelque chose de bien spécifique et que je suis incapable de rapatrier, que nous dans les opérations. Si on est toujours intuitifs, on se perd un peu.

## 6.2 LES SYNDICATS ET LA PRÉVENTION DE L'INCAPACITÉ AU TRAVAIL AU QUÉBEC : LE CAS DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (CSN)

Entretien réalisé le 16 juin 2016 avec Andrée Bouchard et Patricia Richard, conseillères syndicales

*Selon vous, quels ont été les grands changements des 25-30 dernières années qui ont influencé, au Québec, la prise en charge des travailleurs?*

**Andrée Bouchard :** Les lois n'ont pas tellement évolué, sauf par rapport au harcèlement psychologique puis la violence au travail. Par contre, le marché du travail a beaucoup évolué. On est passé des années 80 à l'époque des accidents du travail dans l'industrie, le secteur manufacturier. Il y en a encore, mais maintenant ça s'est plutôt déplacé dans le secteur des services. On observe aussi un changement au niveau du travail lui-même qui amène beaucoup de problèmes de santé psychologique... Il y a également toute la question des recherches qu'on a commencé à faire dans les années 90 sur les TMS. On ne parlait pas de ça dans les années 80. Les femmes aussi ont beaucoup intégré le marché du travail... Au début des années 80, si on se rappelle les groupes prioritaires, c'était les groupes où il y avait principalement des hommes, et pour les autres groupes, on avait des préjugés comme quoi c'était plus léger [...], qu'on avait moins de problèmes, c'était moins dangereux. C'est certain qu'on trouve moins de personnes qui meurent dans les secteurs davantage à composante féminine. Par contre, on y observe souvent que les accidents ou les maladies vont être plus longues et plus graves... Donc les recherches ont aussi suivi l'évolution du marché du travail. On a commencé à essayer de développer des nouveaux modèles, entre autres le programme Prévicap, au début des années 90... Au départ, le projet ne prévoyait pas d'aller dans les milieux de travail, ce sont les syndicats qui ont forcé les chercheurs à le faire... Ça s'est avéré quelque chose de très novateur, finalement... Depuis aussi l'époque où la CNESST, anciennement la CSST, a ouvert aux cliniques privées les soins de physiothérapie et d'ergothérapie, on a vu le privé se développer énormément dans ce secteur. Dans le public, il y a des services, mais ils sont très peu accessibles, il faut que tu sois hospitalisé. Quand tu es suivi en externe, tu as très peu accès à ce genre de service... Au niveau de l'IRSST, ils ont même ouvert un champ de recherche sur la réadaptation au travail. C'est quelque chose de nouveau, on n'avait pas ça au début des années 80. Par contre, ça prend du temps avant de pénétrer réellement le terrain de première ligne.



**Patricia Richard :** Avec l'arrivée des mutuelles de prévention, depuis quelques années, certains employeurs se déresponsabilisent en engageant une mutuelle [de prévention, c'est-à-dire un regroupement d'employeurs favorisant la prévention, la réadaptation et le retour au travail]. L'employeur, finalement, il ne connaît plus les risques et les facteurs qui ne favorisent pas le retour au travail, car il ne s'en mêle plus!

*Il y a 25-30 ans, quelle était l'approche des employeurs par rapport aux travailleurs accidentés?*

**A. B. :** Il y a 30 ans, le système d'assurance accident du travail n'était pas le même. Il était moins réactif à ce qu'on appelle l'expérience accident, donc les employeurs contestaient beaucoup moins. Il y avait eu beaucoup de grèves avant la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) de 1979. Le monde était extrêmement militant, il y avait eu des accidents mortels et [...] on voulait que ça arrête... Mais cette loi n'a pas été déployée complètement, dans tous les secteurs. Je trouve que ça vient teinter un peu le décor parce que, quand on regarde les groupes où les mécanismes de prévention ont été déployés, le syndicat a eu un espace pour travailler, s'occuper davantage des accidents et faire de la prévention. Alors que, dans d'autres secteurs, ça dépend des conventions, de l'employeur... On est encore en discussion pour essayer de déployer l'ensemble des mécanismes de la LSST. On est rendu en 2016 et ce n'est toujours pas fait. On a des secteurs comme celui de la construction où il y a encore énormément d'accidents et de morts... Il y a eu de la progression, mais là, on est entrés [dans une ère de] travail qui s'intensifie, qui rend les gens malades, tant sur le plan physique que psychologique. On s'aperçoit de plus qu'il y a des facteurs aggravants. La recherche nous a démontré ça. Il y a des facteurs autres que le simple facteur physique qui font que quelqu'un reste malade longtemps ou même devient chronique. Ce sont des concepts difficiles à comprendre pour le monde du terrain. Les nouvelles connaissances, on essaie de les transmettre, mais ce n'est pas évident.

*Justement, dans ce contexte, comment le syndicat intervient-il en matière d'incapacité au travail?*

**P. R. :** Dans la culture syndicaliste, on va défendre les droits des travailleurs. Mais le syndicat est là aussi pour informer et soutenir, lors de l'assignation temporaire, du retour au travail à la suite d'une lésion, etc. Le syndicat doit être impliqué tout de suite à savoir quel poste on cible pour le retour de la personne et quelles sont les accommodements possibles,

en tenant compte aussi de la convention collective. Les syndicats veulent bien s'occuper du retour au travail, mais ils n'ont pas tous les mêmes ressources, notamment en termes de libération...

**A. B. :** On a plus de 50% de syndicats qui ont moins de 50 membres.

**P. R. :** Il y a aussi la problématique des libérations. Dans le fond, il faut négocier du temps de libération supplémentaire pour favoriser la prévention et le retour au travail, pour que les plus petits syndicats puissent agir. En fait, certains n'ont qu'une journée de libération par semaine, ils ont tellement de choses à faire, syndicalement parlant. Le temps pour la prévention et le retour au travail est alors moins présent.

***Quelle a été plus précisément la contribution de la recherche au cours des dernières décennies jusqu'à maintenant?***

**A. B. :** Il y a des choses qui sont novatrices. Entre autres, comme on siège à l'IRSST, on a des représentants qui y sont. On peut faire circuler les recherches, les nouvelles connaissances. Notre façon de faire, c'est un relais avec les séances de formation. Nos experts vont être mieux informés au niveau de la recherche, des nouvelles recherches. Ils participent entre autres à des projets de recherche... On a deux représentants à l'IRSST, ils font un peu le relais avec nos équipes pour les nouvelles connaissances qui se développent. Puis on a Internet qui a changé beaucoup la donne... C'est plus facile de s'informer, d'avoir accès à des connaissances diverses, dont des résultats de recherche qui proviennent de partout. Ça a démocratisé l'accès à l'information... Ça nous a permis aussi de développer un portail de formation en ligne pour nos syndicats, d'avoir un outil accessible pour tout le monde, finalement... Dès qu'il y a une nouvelle connaissance, on essaie de mettre à jour le portail de formation...

Aussi, quand on défend les travailleurs, les recherches sont très importantes pour démontrer qu'il y a un lien avec le travail. À l'IRSST, les recherches sur les maladies professionnelles, entre autres, c'est plus difficile. Par exemple, ils ont développé beaucoup de choses sur les TMS, sur la chronicité et les facteurs psychosociaux. Même la CNESST s'est saisie de ces connaissances et elle a fait un plan par rapport à la chronicité. Parfois, on n'aime pas tout ce qu'elle fait. Mais il reste qu'elle a quand même une préoccupation à ce niveau... Dans nos discussions avec elle, on essayait de dire que c'était important, la réadaptation, c'était important d'avoir de nouveaux services de réadaptation. On voulait en développer dans le secteur public, parce qu'on déplore qu'il y ait trop de choses dans le privé, et pas assez dans les centres publics de réadaptation. On voulait avoir dans les centres publics des services accessibles pour les accidentés

et les médecins traitants. En fait, il y a une multitude d'acteurs, puis il y a beaucoup de solitude. Les recherches ont généré des connaissances, mais on dirait entre autres que ça prend du temps avant que les médecins s'en emparent, même chose chez les professionnels comme les ergothérapeutes et les physiothérapeutes... Maintenant, je pense qu'ils sont plus à jour, mais on a encore de la misère à mettre tout le monde ensemble avec une vision commune et un même objectif.

**P. R. :** Il y a eu plusieurs projets en réadaptation... On essaie de mettre tout le monde ensemble, puis de développer une expertise commune [...] pour créer une meilleure connaissance terrain. Mais, finalement, je ne vois pas toujours que ces connaissances sont vraiment intégrées dans les pratiques sur le terrain.

***En 30 ans, est-ce que les médecins ont changé leur prise en charge du travailleur accidenté ou en maladie professionnelle?***

**A. B. :** Je ne sais pas comment c'était il y a 30 ans, mais je sais que l'Association médicale canadienne envoie actuellement des sondages à tous ses membres dans les différentes provinces. Un des constats qui est fait, c'est qu'il y a énormément de formulaires à remplir par les médecins traitants, que ça soit pour les accidentés ou les assurés... Les médecins traitants sont un peu comme nos syndicats. Ils sont pris dans le brouhaha, ils ont beaucoup de clientèle. Il faut qu'ils soignent les gens et, à travers tout ça, la judiciarisation a amené beaucoup de formulaires, de l'administratif et de la contestation. Même les assureurs privés contestent. Ce n'est pas plus facile avec eux, car tu n'as quasiment pas le droit de parole. L'autre jour, je rencontrais des médecins de la santé au travail et ils me disaient que c'était rendu effrayant les examens médicaux qu'ils font passer aux personnes avant leur embauche... Avec l'abondance des formulaires à remplir, certains médecins affichent qu'ils ne veulent plus s'occuper des accidentés du travail. Sauf que le Collège des médecins a dû envoyer un avis à ses membres disant que c'est illégal de faire ça. Vous ne pouvez pas refuser un patient parce qu'il est accidenté du travail.

**P. R. :** Ça démontre que c'est lourd.

**A. B. :** Il y a des médecins qui se spécialisent dans la contestation. Les employeurs sont équipés en médecins pour les contestations. Mais, du côté des médecins traitants, ils ont de la misère à suivre le développement des connaissances, les recherches.

Au niveau de la prise en charge [du travailleur accidenté ou en maladie professionnelle], il faudrait améliorer ça... Il faudrait développer un véritable réseau d'experts composé de différents professionnels (médecins,

toxicologues, épidémiologistes, etc.) spécialisés en santé et sécurité au travail. Ils appuieraient les médecins traitants par leurs connaissances des symptômes cliniques, des résultats de recherche et des revues de littérature. Il faut que le ministère de la Santé face preuve de leadership, qu'il facilite le développement d'un tel réseau et également la mise en place de corridors de services. Les médecins traitants pourraient ainsi facilement se référer aux experts. Une meilleure organisation des services va faire en sorte que tout le monde va être gagnant : les travailleurs, les employeurs, les médecins, etc.

***Quelle a été l'évolution de la prise en charge du travailleur par la CNESST, anciennement la CSST?***

**A. B. :** Je ne crois pas qu'elle faisait des évaluations de postes. Il y avait des ergonomes, mais il n'y avait pas d'ergothérapeutes, au début des années 80. Les problèmes importants, c'était la surdité professionnelle et les TMS.

Auparavant, le système était beaucoup plus généreux. Par exemple, sous l'ancienne loi, les sourds étaient plus compensés que maintenant, parce qu'ils avaient une rente à vie. Depuis la LATMP de 1985, les personnes sourdes n'ont pas d'indemnités de remplacement de revenus, car elles continuent à travailler. Il y a peu de mécanismes de réadaptation, et les personnes sourdes ne bénéficient que d'un maigre paiement forfaitaire pour dommages corporels. On a observé que la CSST, avant 85, voulait qu'on règle le problème de surdité, du côté prévention. Puis après, elle a arrêté d'en parler, car il y avait moins de coûts financiers et moins de pression sociale. Maintenant, on recommence à en parler, on est, depuis 2015, dans un comité paritaire de la CNESST qui cherche à baisser la norme sur le bruit, alors que toutes les autres provinces l'ont déjà baissée.

Il y a un plan pour amener une révision de la norme sur le bruit et également une révision concernant le côté réparation avec les orthèses, les prothèses auditives.

**P. R. :** Il y a 30 ans, avec les accidents du travail, on ne voulait pas que les travailleurs meurent, qu'ils perdent un bras. On a fait beaucoup de travail en prévention, on a fait de belles percées. Mais l'intensification du travail a fait que, maintenant, on trouve des TMS et des problèmes de santé psychologique. La charge de travail a changé et les problématiques aussi. Il y a une influence au niveau du retour au travail. Avant, on ne retournait peut-être pas quelqu'un qui perdait un bras. Maintenant, on retourne les gens au travail après des TMS et des troubles de santé psychologique. C'est correct, si c'est vraiment pour favoriser la réadaptation !

Maintenant, la CNESST propose aux employeurs de faire des interventions pré-consolidation. On s'insère dans cette démarche sur le terrain pour faire les visites de postes avant qu'il y ait des limitations permanentes... Dans ce cadre, c'est intéressant parce qu'on peut tout de suite faire un programme de réadaptation en lien avec les contraintes et les exigences du poste de travail... Ça permet de travailler en multi. On constate que, pour nos travailleurs qui vont voir leur médecin traitant [...], ce n'est pas toujours évident pour le médecin de bien comprendre la situation au travail, [notamment pour autoriser] des assignations temporaires... Mais quand on lui donne le rapport d'une visite du poste, avec des photos, il comprend mieux le travail. Il peut suggérer des traitements [...], de meilleurs assignations, dans le but d'éviter les limitations fonctionnelles et de favoriser le retour au travail. Par contre, si une décision de capacité ou d'incapacité est prise trop rapidement, ça ne favorise pas un retour au travail durable.

**A. B. :** Même du côté du syndicat, parfois, il ne comprend pas cette démarche pré-consolidation.

J'ai eu des plaintes de représentants syndicaux disant que la CNESST venait leur faire perdre du temps, puis énervait le travailleur pour rien. Son médecin ne s'est pas encore prononcé sur les limitations, puis là ils regardent les postes qu'il pourrait faire mais, en bout de ligne, il n'a pas de limitations...

Depuis 90, ils ont mis en place le nouveau système de tarification réactif avec l'expérience et, en 98, ils ont ouvert la possibilité de faire des mutuelles [de prévention regroupant des employeurs engagés dans une démarche de prévention des lésions, de réadaptation ou de retour au travail]. Les mutuelles, dans les statistiques, contestent autant que les employeurs à régime rétrospectif...

### *Comment expliquer davantage cette culture de contestation ?*

**A. B. :** Pour un employeur qui conteste tout, il y a différents impacts, notamment sur sa facture. Aussi, les travailleurs voient ça, qu'ils se font contester. Avec le nouveau système de tarification de la CNESST, qui date du début des années 90, c'est payant pour un employeur de contester. De plus, avec la LATMP et les nouvelles procédures d'appel, ça facilite les contestations. Souvent, les travailleurs aiment mieux aller vers l'assurance collective ou l'assurance privée, plutôt que vers la CNESST...

**P. R. :** Effectivement, on voit des gens qui vont aller vers les assurances privées, parce qu'on leur dit : «Ça va être bien moins compliqué, tu vas être payé tout de suite». Alors, il n'y a pas de reconnaissance des facteurs

de risque dans le travail, donc pourquoi faire de la prévention! Mais maintenant, on voit des compagnies d'assurance privées qui refusent des demandes, car elles disent que c'est relié au travail.

**A. B. :** Souvent, pour tout le psychosocial, les employeurs vont essayer de dire que ce n'est pas le travail, que c'est vraiment les conditions personnelles: «Tu es plus faible, tu es séparé, tu as trop de pression chez vous, puis tu es porté à faire des dépressions». Ils essaient de mettre ça sur l'aspect personnel. Par contre, il y en a tellement que, là, ils sont pris avec un problème.

Ils commencent à en parler dans les colloques patronaux, qu'il y aurait peut-être des composantes personnelles et qu'il y a aussi des composantes liées au travail. Mais c'est un peu difficile, parce que les employeurs sont maintenant dans un contexte international. Donc la mondialisation a aussi entraîné toute une kyrielle d'effets néfastes.

Au privé comme au public, les employeurs contestent parce qu'ils n'ont pas beaucoup de comptes à rendre sur l'argent qu'ils dépensent en contestation. Au public, les structures de gestion sont extrêmement complexes et ce n'est pas simple. Par contre, il y a des associations sectorielles, dans le public comme dans le privé, qui font du très beau travail de prévention. Il y avait aussi l'association patronale, l'AQESSS, qui a disparu avec les compressions du gouvernement, et qui faisait du bon travail. Il y avait des bonnes choses qui commençaient à émerger en prévention, mais ça va être à recommencer. Il y avait des employeurs dans le public qui embauchaient des préventionnistes à temps plein pour travailler avec leur comité de santé et sécurité au travail...

***Au cœur de ces enjeux, il y a un travailleur accidenté. Son cheminement de prise en charge est-il différent par rapport à il y a 30 ans?***

**A. B. :** À l'époque, on avait davantage de gros syndicats, de plus grosses entreprises. Pour les questions de santé et de sécurité au travail, on retrouvait ça davantage dans le secteur industriel. Les syndicats avaient beaucoup plus de membres et il y avait beaucoup d'information. Aussi, il y avait de la mobilisation, des grèves. Par exemple, à la CSN, on a voté à un moment donné qu'il fallait un budget pour s'occuper des accidentés du travail, pour payer les expertises médicales, quand on a besoin de contester. Donc, on avait une prise en charge plus collective, si je peux parler ainsi. Nos syndicats [...] allaient plaider aux tribunaux administratifs... C'était des bureaux de révision indépendants, c'était plus facile.

... Aujourd'hui, c'est la prise en charge quand il y a un dossier d'accident du travail. Le syndicat local doit monter le dossier minimalement, faire un peu d'enquête, puis ensuite il transfère le dossier à notre service confédéral qui est centralisé... Ce ne sont pas les mêmes problèmes qu'il y a 30 ans. Il y avait davantage de problèmes de bras amputés, de doigts coupés... On a justement mis en place beaucoup d'organismes de défense pour les accidentés du travail, comme la Fondation pour l'aide aux travailleuses et travailleurs accidentés (FATA), mise sur pied par Michel Chartrand... Aujourd'hui, par exemple, si on regarde dans la construction, ils sont tous syndiqués mais sans sécurité d'emploi. Quand il y a un gros chantier dans la construction, les représentants syndicaux vont être là, ils vont s'occuper de savoir ce qui se passe, avec quoi on travaille. Quand tu es dans les plus petits chantiers, avec de plus petits groupes et des sous-contractants, tu ne sais pas trop avec quoi tu travailles et l'employeur a moins d'équipement sécuritaire, moins de protection...

Il y a aussi de nombreuses agences de placement qui se sont développées et il y a beaucoup de main-d'œuvre qui est issue de l'immigration. Par exemple, dans le secteur de l'industrie forestière, il y a eu une désyndicalisation. En plus, il y a eu des crises économiques [...], le secteur est actuellement en mutation... Il y a une main-d'œuvre qui est un peu sous-payée et les entreprises ont de la difficulté à faire du remplacement de main-d'œuvre. Souvent, ils vont aller chercher du monde en Russie, en Pologne, des gens qui ne parlent ni français ni anglais... Ils sont un peu à la merci de l'exploitant et ne connaissent pas leurs droits. Disons que c'est la même chose pour les travailleurs des agences de placement, ils ne connaissent pas leurs droits. Souvent, les travailleurs pensent [qu'ils doivent payer les frais d'assurance], pas l'employeur. Ils pensent que, s'il y a un accident de travail, c'est de leur faute, qu'ils n'ont pas fait attention.

**P. R. :** Pour répondre à la question, je pense que c'est un peu la même chose qu'il y a 30 ans: «Je suis blessé, je vais aller voir mon médecin». Ce qu'il y a de nouveau, c'est davantage que les employeurs veulent vraiment l'assignation temporaire, on veut que le travailleur retourne au travail le plus vite possible. Il y a plus de pression aujourd'hui qu'avant. Tu étais blessé, ton employeur te laissait aller, prendre le temps de guérir. Tu revenais quand tu étais guéri. Il y avait peut-être moins de pression pour guérir et revenir vite...

**A. B. :** Quand on est dans [les problèmes de nature] psychologique, c'est vraiment difficile. La CNESST en reconnaît très peu, sauf les chocs post-traumatiques. Elle reconnaît très peu toutes les lésions professionnelles à

caractère psychologique. Donc les gens vont en assurance privée. Aussi, c'est un peu difficile, parce que même si on allait se battre devant le tribunal, quand tu souffres d'une lésion psychologique à cause du travail, souvent tu n'es pas en état d'aller te défendre pour faire reconnaître ta lésion professionnelle...

***Pour les syndicats, quels seront les défis des prochaines années en matière de prise en charge ou d'intervention auprès des travailleurs?***

**P. R. :** On se préoccupe des cancers reliés au travail. C'est une de nos préoccupations, on va beaucoup s'informer de la recherche sur ces sujets. Il y a aussi l'avenue du 4.0, de l'intelligence artificielle, qui nous questionne en matière de santé et sécurité au travail, et la charge de travail, qui devient grandissante. Il y a des problématiques au niveau de la charge de travail, naturellement dans le secteur public, mais aussi dans le secteur privé. Également, la santé psychologique, il faut y travailler, de même pour les TMS qui ne sont pas encore pris en charge et reconnus comme liés au travail.

**A. B. :** ... Les travailleurs vieillissants, mais aussi ceux qui sont issus de l'immigration, il va y en avoir de plus en plus. Reliées à ça, il y a différentes problématiques. Dépendant d'où ils viennent, il y en a qui n'ont pas la même sensibilité par rapport à la santé et à la sécurité au travail. Il y a une question de connaissances et de perceptions. Il va falloir travailler fort pour les intégrer, pour qu'ils comprennent mieux le contexte où on est [...], pour les amener à se mobiliser avec les autres. Il y a une question d'intégration à faire. Mais au-delà de ça, au niveau de l'organisation comme telle, il faut vraiment aller chercher les mécanismes de prévention qui s'appliquent à tout le monde...

**P. R. :** Dans les entreprises, quand il y a un comité paritaire en santé et sécurité au travail, un représentant en prévention ou quelqu'un qui effectue les tâches de représentant en prévention, c'est plus facile de faire de la prévention et du retour au travail. Ce ne sont pas seulement les groupes prioritaires qui doivent avoir ces outils pour faire de la prévention. Le taux d'accident dans les secteurs prioritaires a d'ailleurs baissé de façon significative depuis l'entrée en vigueur de la LSST en 79.

**A. B. :** ... C'est ça le problème, il faut batailler pour que ce soit dans les conventions, pour réussir à négocier des comités...



***Quelle pourrait être la meilleure contribution de la recherche pour aider le milieu syndical à surmonter ces défis?***

**P. R. :** Il serait bon de faire des recherches sur les coûts et bénéfices, de documenter, par exemple, les coûts de contestation ou des actions de prévention...

Il faut également que [les résultats des recherches, notamment sur les bonnes pratiques du retour au travail], redescendent sur tous les fronts, au niveau des médecins, qu'ils soient plus informés, puis au niveau des assureurs...

**A. B. :** ... Ce serait agréable d'avoir des outils pour les intervenants locaux, les intervenants terrain, comme le syndicat, l'employeur, qui soient adaptés en fonction des rôles de chacun. Justement, par rapport à leur rôle, il faudrait peut-être clarifier. On ne peut pas transformer, par exemple, un représentant syndical ou patronal en ergonomiste ou en ergothérapeute. Mais il faut tout de même clarifier les rôles...

Tout le monde a un rôle à jouer, a un bout à faire. Il faudrait qu'on développe des outils plus simples, non seulement pour les professionnels comme le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le médecin, mais aussi pour les acteurs qui sont sur le terrain immédiat, l'employeur et le syndicat [...], pour qu'ils aient des yeux de prévention et qu'ils sachent quelles questions poser ou ce qu'ils doivent regarder s'il y a un poste de travail et qu'on doit y retourner quelqu'un avec des limitations...

**P. R. :** Il faut adapter. En tant que chercheur, vous soulevez des principes généraux. Mais il faut adapter ces principes à chaque particularité de l'entreprise... C'est peut-être de ne pas faire des outils non adaptables dans la réalité. Il y a ce qu'il faudrait faire dans l'idéal et il y a le contexte qui est là, qu'on doit considérer.

**A. B. :** Il faut voir si l'outil fonctionne, il faut le tester avec les personnes qui vont avoir à l'appliquer...

Il y a aussi l'autre défi, le changement générationnel. Les jeunes ont d'autres valeurs au niveau de la communication, ils fonctionnent autrement, et il va falloir s'adapter. Les jeunes n'acceptent plus de venir pour une journée de formation, il faut faire des demi-journées, des capsules...

De plus, il faudra sans doute adapter l'approche de réadaptation pour tenir compte à la fois du changement générationnel et des différentes provenances des travailleurs.

*Est-ce qu'il y aurait autre chose à ajouter?*

**A. B. :** C'est quand même plus facile de communiquer... Maintenant, quand c'est informatisé, on n'a plus de raison de dire que c'est plus lourd pour envoyer l'information... Il y a une question de volonté patronale, tant que ce n'est pas dans la loi, tant que nous n'aurons pas tous nos mécanismes de prévention déployés, on va tout le temps courir. Il y a de plus en plus de travailleurs qui sont en dehors du filet des lois sociales traditionnelles [...], qui n'ont pas accès à tous les droits qu'on a avec les mécanismes de prévention. Il faut que tous les travailleurs puissent se prévaloir des mêmes droits et protections sociales. Les fonctions du comité paritaire et les fonctions du représentant en prévention, c'est vraiment dédié à la prévention. Si on peut avoir ça, on va avancer [...], on va pouvoir travailler d'une façon intelligente, au lieu d'être à la pièce et tout le temps dans la contestation.

**P. R. :** On s'occupe d'êtres humains, non de chiffres ou de statistiques. Si on aborde le retour au travail dans une démarche de prévention en santé et sécurité au travail, ça va faire partie d'une suite logique par rapport à ce qui est mentionné dans les lois (LSST, LAMPT), en visant la correction des risques à la source et le retour au travail durable du travailleur.

### 6.3 PRATA PLUS : UN PROGRAMME DE RETOUR ET DE MAINTIEN AU TRAVAIL POUR LES TRAVAILLEURS DU RÉSEAU PUBLIC DE SANTÉ

Entretien réalisé le 2 mai 2016 avec Yves Cormier, préventionniste au Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) du Bas Saint-Laurent

#### *Pouvez-vous nous parler des grands changements des 30 dernières années en matière d'incapacité au travail dans le réseau public de santé du Québec ?*

Il y a 27 ans, quand je suis entré dans le réseau public de santé, ce qui était vraiment problématique, ce dont on parlait beaucoup, c'était les maux de dos. On suivait les recherches du Dr Patrick Loisel, par rapport aux lombalgies, aux hernies discales. On a vu apparaître, peut-être 10 ans plus tard, les tendinites, tout ce qui est TMS. On s'est attardé aussi à tout ce qui était relié aux environnements de travail.

Les maux de dos, ça représentait beaucoup de mobilisations de patients. Il n'y avait pas d'équipement, c'était improvisé. Après ça, il y a eu des problématiques de tendinite, reliées aux manivelles de lit et aux mobilisations de patients. Depuis peut-être les dix dernières années, on est davantage dans la santé psychologique... Avec les problématiques de maux de dos, on a vu apparaître les projets de levier sur rail au plafond et on a commencé à donner de manière plus intensive et continue des formations sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)... On s'est mis à étudier les gestes, les postures... Et là, il y a eu l'arrivée des ordinateurs, avec les souris, encore beaucoup de mobilisations, des gens qui n'étaient pas habitués, stressés, mal organisés, des chaises de qualité très moyenne. Il y a eu une évolution des risques et la prévention s'est aussi ajustée. Il y a vraiment eu, à chaque problématique de santé, des ajustements venant autant des chercheurs, qui questionnaient les phénomènes, que du côté des préventionnistes qui disaient : « On a des coûts d'absences reliés à ça, que faisons-nous et comment on s'organise ».

Actuellement, on est davantage au niveau du bien-être au travail, des problématiques de santé psychologique, des charges de travail, des charges psychiques. On est davantage aussi dans tout ce qui est biopsychosocial. Au niveau sociétal, c'est plus difficile, ça va plus vite. Par exemple, il y a beaucoup de familles monoparentales dans le réseau public de santé, avec principalement des femmes comme chef de famille.

***Au cours de ces dernières décennies, est-ce qu'il y a eu un changement de profil du travailleur du réseau public de santé?***

Le profil des travailleurs du réseau public de santé est particulier : ce sont à 90 % des femmes... Le réseau a pas mal toujours été à 90 % féminin : beaucoup d'infirmières, d'auxiliaires, de préposées. Il y a des infirmiers, mais pas beaucoup, un peu de préposés. Les hommes sont souvent dans les services techniques, l'entretien ménager, la maintenance... Pour les soins directs, 9 sur 10 sont des femmes... On pourrait faire un parallèle entre la condition de ces femmes depuis 30 ans et celle de l'invalidité au travail. L'alourdissement de la clientèle a entraîné l'augmentation du nombre de transferts, la mobilisation des patients, etc. Au départ, il y avait quelques hommes pour mobiliser les patients. À un moment donné, quand il faut que tu mobilises 60 % de ta clientèle, les quelques hommes, tu les brûles. Puis les femmes font des transferts, elles se blessent... Deux dames de 90 ou 100 lb qui déplacent un homme de 200 lb, ça ne fonctionne pas. Maintenant, pour certains établissements plus avant-gardistes, il y a partout des lits électriques et des leviers sur rail au plafond : à l'urgence, à la morgue, en imagerie médicale...

***Pour ce qui est de la structure du réseau public de santé ou des approches gouvernementales, est-ce qu'il y a eu de grands changements durant ces 30 dernières années?***

Il faut bien le dire, depuis que je suis entré dans le réseau de santé, il a toujours été en transformation et en compression. Le réseau a toujours été en réorganisation... Il y a eu aussi le changement de tarification de la CSST au début des années 90, rendant chaque employeur d'une certaine importance plus responsable des accidents... Le ministère de la Santé finançait les établissements au taux personnalisé, c'est-à-dire qu'un établissement avec moins d'accidents, plus performant, faisait des économies... Ainsi, il y avait quand même un certain nombre d'incitatifs à faire de la prévention... Mais les vagues successives de compression sont arrivées au milieu des années 90, les incitatifs à la retraite en 96 [...], les fusions en 2000 et encore en 2015... Il y a eu une perte d'expertise, de beaucoup de ressources, d'infirmières, entre autres.

Ça se produit encore aujourd'hui. Les gens partent à la retraite, puis on les rappelle, pour revenir... Il y a, chaque année, des compressions ou les budgets ne sont pas indexés en fonction de l'augmentation des coûts. On s'est rendu compte que le réseau coûtait excessivement cher, avec beaucoup de développements en même temps : des technologies, des compétences, des spécialisations médicales, etc. Ce sont quand même des améliorations importantes, comme pour le cancer. Il y a 25 ans, si on t'annonçait que

tu avais le cancer, c'était quasiment la fin. Aujourd'hui, par exemple, pour le cancer du sein, il y a 70% de rémissions. La technologie, les laboratoires et les imageries médicales se sont beaucoup spécialisés.

Par conséquent, ça prend beaucoup d'argent. L'informatisation, ça aussi prend beaucoup d'argent. Mais 80% du budget du réseau de santé est affecté aux ressources humaines. Donc, chaque fois que tu fais des compressions budgétaires, pour 80% de la compression, ce sont des ressources humaines qui écopent. Tu réorganises toujours avec moins de ressources [...], tu mets une pression de plus en plus grande sur la personne, sur le travailleur.

***C'est donc dans un contexte de transformation et de réorganisation du réseau de santé que PRATA Plus naît au Bas-Saint-Laurent?***

De 98 à 2008, on a travaillé en prévention sur les charges lourdes [...], puis on a transité vers les TMS... On a vraiment vu la réadaptation s'ajuster à tout. Vers 2008, on était davantage dans le contexte de chercher jusqu'où il fallait aller dans les organisations... Prenons le cas de quelqu'un qui a un accident de travail et qui est blessé au dos. Le retour au travail, auparavant, il était davantage géré par la CSST, qui est maintenant la CNESST. Tu étais soumis un peu à sa vitesse de fonctionnement, à son horaire, à son échancier, etc. Je me disais qu'il fallait s'occuper de la réadaptation à l'interne, gérer les retours au travail. Il fallait que nous soyons les gestionnaires de tout ça...

Par ailleurs, au Bas-Saint-Laurent, au Service régional en santé et sécurité au travail, j'ai toujours fait des analyses statistiques, même du coût des absences dans les établissements, alors que chacun était une entité séparée. Je pouvais dire que tel établissement avait tel niveau de performance. C'était intéressant d'avoir ces données et d'être capable de dire aux dirigeants d'un établissement de santé: «Ça vous coûte tant, il faudrait travailler là-dessus et là-dessus». Il s'agissait d'inciter en même temps les établissements à se prendre en main, d'autant plus que le réseau de santé perdait des employés de qualité. On perdait à peu près une quinzaine d'employés par année au Bas-Saint-Laurent... C'était une perte significative.

***Ces analyses ont fait bouger les choses dans votre région?***

La direction de l'ex-Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent avait de la difficulté à croire ça. C'était d'abord coûteux en frais d'assurance: CSST et assurance salaire. De plus, à un moment donné, tu es sur l'assurance invalidité à long terme. Plus tu utilises l'assurance invalidité à long terme, plus ça augmente les coûts. Les syndicats ont vu

grimper les primes d'assurance. Il y avait probablement un bon *timing* pour tout le monde... À partir du moment où les soins cliniques sont bons, mais qu'on perd encore des gens, ça soulève une question. Il y avait un pont qui ne se faisait pas entre le milieu clinique et l'employeur.

### ***L'idée d'un pont manquant, c'était bien le point de départ de PRATA Plus?***

Effectivement, c'était le point de départ du programme, il fallait créer un pont entre l'après-clinique et la clinique, faire passer les gens d'environ 70% de leurs capacités à peut-être 85-90%... Si tu ne fais pas ce pont, les gens peuvent revenir pour faire du présentéisme au travail et ça coûte également cher. Le présentéisme est probablement au moins deux fois plus important en termes de coûts et de dysfonctionnement dans les équipes...

### ***Que signifie exactement PRATA Plus?***

C'est Programme de retour au travail adapté (PRATA). Quand a commencé PRATA, il s'agissait seulement des TMS... On s'est dit, stratégiquement, on est mieux de commencer par les TMS, d'habituer tout le monde au processus. En 2012, on a ajouté Plus à PRATA, pour aborder la santé psychologique...

### ***De quelle manière le démarrage de PRATA s'est-il effectué?***

Avant de faire un premier dossier PRATA, officiellement en octobre 2008, on a fait des tests avec, par exemple, un représentant syndical. Moi, comme préventionniste, je travaille en contexte paritaire. Je ne suis pas quelqu'un qui est vu négativement, ni par l'employeur, les gestionnaires ou les travailleurs. Si je suis là, généralement, c'est pour aider le travailleur. Puis ça avantage l'employeur qui a moins de gestion à faire, et la qualité des soins s'en trouve améliorée. Je ne suis pas perçu comme quelqu'un de menaçant. Par contre, quelqu'un qui gère les dossiers d'absence est moins perçu comme neutre dans les organisations... Donc, au début, j'ai parlé de l'idée, aux différents membres des comités paritaires, que j'aimerais faire un pas de plus pour qu'on s'occupe d'aide au retour au travail. Les syndicats ont été très ouverts et ont voulu embarquer.

Mais j'ai aussi fait la démonstration financière à toute la structure hiérarchique des établissements. Étant donné que j'avais l'appui de la haute direction de l'Agence pour le projet, j'ai pu rencontrer les tables des directions des ressources humaines, celles des directions des finances et les tables des directions générales des établissements. J'ai rencontré ces

trois groupes décisionnels je ne sais plus combien de fois pendant l'étape de préparation. PRATA s'est fait par étapes, dans la préparation et l'implantation. Même si ça a beaucoup bougé au niveau de l'administration, ce qui est resté relativement stable, c'est au niveau de l'adhésion des différents présidents-directeurs généraux, des directeurs généraux et des directions des ressources humaines qui sont passés à l'Agence. Le soutien, le support a toujours été inconditionnel.

Puis, au bout d'un an de préparation, quand j'ai déposé le projet PRATA, ils m'ont dit: «On te libère pendant deux ans (2008-2010), il y a quelqu'un qui va être embauché pour te remplacer dans ce que tu fais, de la prévention régionale, puis tu pars ça».

### ***Quels sont les résultats après les deux premières années d'implantation de PRATA?***

PRATA a été monté comme un projet autofinancé. Il fallait tout évaluer, quantitativement et qualitativement. J'avais un collègue qui était psychologue organisationnel. Il m'a aidé à identifier des questionnaires de satisfaction de la clientèle, des employés, des gestionnaires, des syndicats, des intervenants des services de santé: les mêmes questions à tout le monde... Ces données ont été traitées par un autre collègue qui travaillait en informatique et qui faisait beaucoup d'analyses statistiques pour l'Agence. Ça a notamment permis d'évaluer les changements dans les coûts d'absence en raison de TMS. De plus, 95% des répondants à nos questionnaires, que ce soit la partie patronale, syndicale ou le travailleur, mentionnaient que PRATA devait continuer.

Dès 2010-2011, on avait des statistiques montrant que 85-90% des travailleurs ayant participé à PRATA étaient de retour au travail, avec 2% de rechute. Les gens se sont sentis écoutés, appréciés et ont appris de meilleures méthodes de travail, au lieu de se sentir jugés, contestés, qu'on ne les croit pas... PRATA s'est toujours demandé si la personne est dans un contexte optimal pour réussir à livrer ce pourquoi elle est engagée, ce pourquoi elle travaille. Si la réponse est oui, il y a eu une malchance, elle s'est blessée, on lui a dit comment ne plus se blesser, avec de meilleures méthodes de travail, des éléments à prendre en considération. Mais avec quelqu'un qui a des entorses lombaires à répétition, là tu te demandes pourquoi lui. Est-ce parce que sa physiologie n'est pas bonne? A-t-il une fragilité? Mais c'est sûr que tu es plus fragile après plusieurs entorses. Si tu ne t'en occupes pas, il va continuer à faire du *in and out*. Est-ce que ses méthodes sont à point? Est-ce qu'il travaille avec une clientèle qui est très à risque? PRATA, ça sert aussi à repérer les gens qui présentent un plus grand risque...

***Lors de cette étape d'implantation, quel était le cas type de PRATA?***

En fait, quand on a commencé PRATA, on a décidé de prendre seulement les dossiers de travailleurs en arrêt pour un TMS depuis deux ans et plus, car ils présentaient un plus grand risque d'absence à long terme... L'employeur avait la possibilité de fermer le dossier, mais je disais : « Avant de fermer le dossier, on va toujours bien essayer, c'est le *last call* ». Dans le temps, il y avait des intervenants en santé et sécurité au travail dans tous les établissements de l'Agence. On a commencé à examiner ces dossiers avec eux et on a essayé de comprendre les parcours professionnels et d'absence des personnes...

***Une fois les dossiers examinés, les cas ciblés, que se passait-il?***

C'était l'intervenant du Service en santé et sécurité au travail qui coordonnait la mise en place de PRATA, c'est-à-dire qu'il avisait le syndicat, le gestionnaire et l'employé. L'intervenant en santé et sécurité au travail appelait l'employé. Il lui disait : « On a un nouveau service pour voir comment on peut t'aider à revenir au travail ». Je tenais ensuite une première rencontre.

En fait, il est nécessaire de vendre le service, avec des faits. Les intervenants connaissaient le contenu du programme [...] et ils me faisaient des commentaires... Ça t'amène à te questionner, à te demander comment tu peux intégrer des éléments. Au cœur de PRATA, il y a des ressources humaines, de la santé et de la sécurité au travail, de la réadaptation, de la santé mentale, un paquet de disciplines inter-reliées, de l'ergonomie...

***Comment se déroulait plus précisément la première rencontre, le démarrage d'un dossier de PRATA?***

Il y avait une espèce de pyramide de distribution des responsabilités; j'animais la rencontre et j'en faisais le compte rendu. Mon travail, c'était de m'assurer que le processus, la démarche, se fasse dans les meilleures conditions possibles. Il y avait le gestionnaire, l'employé, son syndicat, l'intervenant du service de santé. Le gestionnaire était là, nécessairement, et il y avait parfois le conjoint du travailleur, le médecin, le psychiatre, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute.

C'est toujours la même chose. Le mandat de départ, c'est une première rencontre. Ce n'est pas compliqué, on explique le processus et il y a toujours une partie de données administratives: le travailleur occupe quel poste, il travaille à quel endroit, ça fait combien de temps qu'il est dans l'établissement, qu'il a tel poste, qu'il travaille dans tel quart de travail,



quelle est la structure du poste, si jamais c'est pertinent. Après ça, on a le volet médical: il a quel type de problème de santé, il est suivi par qui, il a quel genre d'équipe thérapeutique, et à quelle étape de son processus de réadaptation physique le travailleur est rendu, quel est le pronostic, les activités quotidiennes de la personne ressemblent à quoi, etc. À partir d'un certain moment, on est davantage dans la dimension clinique. J'ai accès au dossier médical de l'employé, du service de santé, et j'ai le travailleur qui me donne de l'information. Après, on regarde le niveau de capacité et qu'est-ce qu'on peut faire pour aider le retour au travail... C'est l'idée, on fait les rencontres, on détermine le médical, on détermine ses capacités ou ses incapacités. PRATA travaille beaucoup sur les capacités. On est capable de déterminer avec le travailleur ce qu'il peut faire. Par exemple, un préposé aux bénéficiaires, on lui explique qu'au début il va peut-être passer les cabarets, puis il va passer les pots d'eau, il va répondre aux clochettes, donc toute la dynamique de travail, de l'équipe aussi, c'est un critère qui est vraiment important.

... Je fais le compte rendu après la rencontre. Je résume ce qui est entendu, ce qui a été dit, ce que l'employé pense qu'il est capable de faire comme retour. En même temps, l'employeur va s'assurer que ce à quoi le travailleur va être exposé, en termes de travail, répond aux capacités de la personne. Puis c'est envoyé aussi à l'équipe thérapeutique. Et c'est comme ça à chacune des rencontres suivantes. Au fur et à mesure que l'employé développe son autonomie et sa capacité, on va augmenter la lourdeur, la quantité de tâches. Mais c'est toujours en fonction du prochain mois, on s'entend là-dessus.

### ***Le retour au travail régulier survient à quel moment?***

Tout dépend du dossier. Par exemple, si, dans la convention collective, la période de réadaptation prévue est de trois mois, après entente avec l'employeur et le syndicat, ça peut devenir six mois. Pour le dossier de quelqu'un qui est absent deux ans et plus, minimalement, le retour devrait s'échelonner sur six mois. Si tu veux ramener quelqu'un au travail en moins de six mois et que ça fait deux ou trois ans qu'il est parti, tu mets trop de pression sur le système. Puis la personne va craquer, ça ne fonctionnera pas. C'est clair pour tout le monde.

Je n'ai jamais accepté de pression de qui que ce soit pour ramener les gens plus vite au travail. J'ai toujours dit que PRATA n'est pas un processus *fast track* pour ramener les gens au travail. Mon objectif est de réussir le retour et le maintien au travail. Juste réussir le retour n'est pas suffisant, ça prend les deux.

... Au début, une personne référée au PRATA peut être en essai de retour au travail ou elle peut être carrément en arrêt de travail. On l'accompagne jusqu'à un mois après son retour au travail régulier, dans son poste, pour environ 98 % des dossiers, ou dans un autre poste, pour un très faible pourcentage. Mais je dirais qu'on fait, en moyenne, trois ou quatre rencontres mensuelles. J'ai probablement 70-75 % des dossiers qui se sont réglés en trois mois: la rencontre initiale, une rencontre après chaque mois et une dernière rencontre, un mois après le retour... Mais il y a des dossiers plus compliqués. Si nécessaire, on fait des évaluations de postes. Mais tout dépend vraiment du besoin. PRATA, c'est très adapté à l'individu. Par exemple, tu es infirmière et tu as une hernie. C'est possible que nous allions voir ta chaise, ton environnement de travail et l'ensemble de tes tâches.

***Et s'il survient une contestation en cours de PRATA, quelle sera votre position?***

Je dirais que la position de PRATA est de se distancier des contestations de l'employeur ou encore de la CNESST. Je me centre sur l'employé qui a besoin de mettre du pain et du beurre sur sa table, qui a besoin d'un travail. Je dis qu'il y a un chemin facile et un chemin plus difficile. Le chemin le plus facile, c'est de travailler pour que tu sois capable de retourner à ton poste pré-lésionnel, tandis que, le plus difficile, c'est quand tu n'es pas capable d'y retourner. Il faut aller vers un autre emploi, ailleurs dans l'organisation ou, s'il n'y en a pas, un emploi ailleurs que dans le réseau public de santé...

L'employeur va réagir à l'abuseur. Mais je dirais [...] qu'il y a 1 ou 2 % d'abuseurs, honnêtement. Le problème qu'on a souvent, c'est que les employeurs ont peu de compétences ou de connaissances. Ils ne comprennent pas la dynamique d'absence de la personne, ils ne comprennent pas l'agir de la personne. Parfois, ça fait penser que la personne veut abuser du contexte, alors que ce n'est pas ça le problème. J'ai dit souvent au gestionnaire de dossiers d'absences: «Tu as essayé de gérer cette personne au niveau administratif, en contestant tous les billets médicaux et en l'envoyant en arbitrage». Je propose de gérer le tout de façon différente. Je vais mettre cartes sur table, je vais mettre ça clair et précis. Et je vais dire à l'employé: «Tu es en train de t'enligner dans une voie qu'on appelle l'absentéisme excessif, et à la fin, tu perds ton emploi». Ce que j'offre, c'est un chemin différent où l'employé doit contribuer, fournir une prestation normale de travail: «Je peux t'aider, mais si je travaille plus fort que toi [...], je me retire et tu vas être géré administrativement».

***Les données ont montré que PRATA semblait réussir avec de lourds cas de TMS. Qu'en est-il des cas de santé psychologique?***

Vers la fin de 2010, on teste aussi certains dossiers de santé psychologique... On travaille alors avec les médecins traitants... Les références des cas de PRATA peuvent venir du médecin traitant, de l'intervenant du Service de santé et sécurité au travail, du représentant syndical, du gestionnaire, du travailleur ou carrément de moi... On a appris à travailler ensemble. Les médecins reçoivent les comptes rendus et ils savent où en est le travailleur de rencontre en rencontre... L'attention est dirigée vers le retour au travail. C'est PRATA qui a fait ça. Avant, il fallait pousser, alors que, maintenant, c'est organisé et le travailleur est soutenu. Il a telle ou telle problématique, on lui dit d'en parler aux gens de PRATA...

À un moment donné, quand le contrat du collègue qui me remplaçait a pris fin, j'ai repris mon poste de préventionniste à mi-temps, tout en préparant la phase 2, qui est PRATA santé psychologique. Mais on ne voulait pas appeler ça ainsi, de là l'acronyme PRATA Plus... On ne voulait pas étiqueter les gens en santé mentale, parce que, PRATA santé psychologique, ça visait beaucoup à documenter, à sensibiliser les gens, les syndicats, les collègues, les employeurs et les gestionnaires, en général, sur la problématique de santé mentale... En fait, PRATA Plus est un outil de sensibilisation à la réalité ou difficulté de la santé mentale. Quand on a testé les dossiers de santé mentale, les gens qui étaient les plus frileux à faire PRATA Plus provenaient des directions des ressources humaines. Les médecins, eux, le demandaient depuis 2008. Pour PRATA Plus, on a fait toute la représentation, on a rencontré les médecins à peu près toutes les années dans chacun des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et groupes de médecine de famille (GMF). En 2012, on a rencontré des psychiatres aussi...

***Est-ce que le processus pour un dossier de santé mentale est différent? Justement, est-ce qu'un psychiatre est impliqué, par exemple?***

Que tu sois en dépression, en trouble de l'adaptation, en trouble anxieux ou que tu aies une douleur physique à 7/10, tu es inapte au travail. Tu vis les mêmes problèmes, tu ne sais plus comment faire ton travail, tu as de la difficulté à la maison, à dormir, et peut-être que des problèmes financiers se sont rajoutés, parce que ton salaire n'est plus le même. Je gère un processus, une démarche... C'est sûr que le questionnement n'est plus la charge physique, mais ça va être davantage: qu'est-ce qui te rend anxieux, qu'est-ce qui te dérange le plus ou qu'est-ce qui te donne des sueurs juste à penser à revenir au travail... En fait, c'est plus facile à gérer, de faire un PRATA de santé psychologique, que de faire un PRATA pour

un TMS avec douleurs chroniques. C'est plus facile parce qu'on a seulement besoin de s'assurer que l'équipe thérapeutique fait en sorte que le mal-être ait le moins d'impact possible...

Prenons, par exemple, une infirmière qui revient au travail après une dépression et qui a un trouble de concentration et d'attention, à cause de sa condition médicale. Je n'irais pas lui faire distribuer des pilules. C'est certain qu'il y a trop de risques d'erreurs, et le gestionnaire ne voudra pas... Que ce soit en santé physique ou en santé psychologique, ta capacité est à un certain niveau, puis ta charge de travail est à un autre niveau. Que ce soit physique ou psychologique, peu importe, c'est la même affaire. Qu'est-ce que je peux te donner comme travail, avec la marge de manœuvre que tu as. Elle peut être très mince. Je vais te donner un travail qui est hyper stable, au niveau de tes capacités, si tu augmentes ta marge de manœuvre, tu seras capable d'absorber de la fluctuation dans la charge de travail...

***Lors du démarrage de PRATA Plus, en 2012, quelle était la structure de fonctionnement ?***

Les succès de PRATA étaient suffisamment probants, au niveau des TMS, pour que, dorénavant, dans le cadre de mon travail d'agent de prévention régional, je continue à faire des dossiers PRATA. Mon poste était devenu un emploi d'agent de prévention et de réadaptation au travail. PRATA était devenu un incontournable...

Mais, en 2012, on engage une ergothérapeute qui avait une double expérience de clinicienne et de gestionnaire... Elle me remplace à mon poste d'agent de prévention et de réadaptation au travail, car j'ai le mandat de développer PRATA santé psychologique, PRATA Plus. L'ergothérapeute fait de la prévention et des dossiers PRATA pour les TMS. Je développe PRATA Plus pendant 80-90% de mon temps de travail et je continue à faire de la prévention... L'ergothérapeute se promène à la grandeur du territoire pour des TMS. Je lui transfère progressivement mon *caseload* et je m'en constitue un de santé psychologique, quoiqu'il soit arrivé fréquemment que l'ergothérapeute se soit retrouvée avec des dossiers de santé psychologique. À un moment donné, ça devient confondant, tu pars en arrêt avec une tendinite et tu finis avec une dépression...

***Nous sommes maintenant en 2016, huit ans après le démarrage initial du programme, quelle est la situation ?***

Après des fusions en 2015 et un contexte d'optimisation [...], maintenant, on est dans tout type d'absence pour un problème de santé physique ou psychologique. On n'a pas les mêmes types de problèmes, mais c'est la même affaire et la question est : « A-t-il de la médication et peut-on lui donner une certaine charge de travail ? Que peut-il faire, est-il en mesure de faire le travail à son poste régulier ? » C'est PRATA Plus ! Il faut amener une personne à être capable de faire un travail, qu'elle soit handicapée à la suite d'un accident de travail ou à la suite d'un accident d'auto. Peu importe, c'est la même affaire.

Mais il ne faut pas oublier que, à partir du moment où quelqu'un a une restriction médicale fonctionnelle ou une limitation fonctionnelle, l'employeur et les syndicats sont obligés de faire un processus d'accommodement. Il y a une obligation de vérifier dans l'organisation s'il y a un poste que la personne est raisonnablement en mesure de faire... À l'époque, quand je faisais un PRATA, si la personne n'était pas capable de faire son travail, je poursuivais avec l'accommodement et je faisais toute l'analyse des postes possibles avec les compétences. Lorsqu'on n'avait rien à lui donner, ça devenait une fin d'emploi, mais on l'accompagnait jusque-là. Aujourd'hui, quand on arrive à une personne qui n'est pas capable de retourner à son poste pré-lésionnel, on met fin au PRATA Plus. Le processus d'accommodement débute par la suite.

***Quels sont les défis futurs pour PRATA Plus ?***

Je dirais qu'il y a d'abord celui de la continuité, à travers les fusions d'établissements et les accréditations syndicales. On avait des gestionnaires, des représentants syndiqués qui connaissaient PRATA Plus et y étaient habitués. Il y avait une culture PRATA Plus. Maintenant, avec les fusions, il y a une espèce de renouvellement, beaucoup de changement, de réorganisation. Il y a une instabilité de gestion et on porte à bout de bras un PRATA Plus un peu plus fragile, parce que les acteurs principaux sont aussi fragilisés. Au niveau de la structure hiérarchique, auparavant, si je voulais parler au président-directeur général de l'Agence, c'était facile. Maintenant, il y a davantage de niveaux hiérarchiques, c'est vraiment moins accessible. Avant, tout ce qui concernait PRATA Plus passait de façon systématique au comité de direction de l'Agence, avant de passer ensuite aux tables de directeurs de ressources humaines, de directeurs des finances et de directions générales des établissements. Maintenant, c'est clair, je n'irai plus au comité de direction du CISSS.

... Mais je pense que PRATA Plus devrait se poursuivre, malgré mon départ. J'ai annoncé mon départ. Normalement, je devrais être éventuellement remplacé. Cependant, la permanence des postes, pour assurer le déploiement du programme, reste à faire... Il y a un blocage structurel [...], même si la démonstration financière a été faite d'après des principes comptables généralement reconnus. Malgré presque 600 dossiers de retour au travail réalisés depuis 2008, il n'y a pas de création de postes pour les personnes qui déploient PRATA Plus... C'est sûr que, si on rendait disponible un outil d'implantation avec les facteurs de succès du programme, l'un des premiers facteurs serait l'acceptabilité organisationnelle...

***En terminant, quel rôle peut jouer la recherche en ce qui concerne ces défis futurs ?***

On a un cadre de référence qu'il faudrait réviser. Depuis 2012, beaucoup de preuves scientifiques sont apparues et on a modifié certains éléments de notre démarche, parce que PRATA Plus évolue tout le temps... Mais c'est sûr que je suis un praticien et non un chercheur. Je n'ai pas les compétences pour faire des recherches en tant que tel, ni de temps à y investir... On aurait avantage à faire un genre de maillage entre praticiens et chercheurs [...], même si PRATA Plus gardera toujours un côté intuitif...

La recherche prometteuse réside dans les projets autofinancés, avec des intérêts marqués pour les coûts et bénéfices des actions... C'est vraiment là la recherche la plus porteuse pour assurer une pérennité à PRATA Plus... La prémisse de base de PRATA était que ce n'est pas normal qu'un réseau qui soigne des gens crée ses propres blessés, ce n'est pas logique. Mais on n'est plus là en 2016! On est dans l'exigence d'autofinancement, dans la démonstration du retour sur l'investissement. Il faut être capable de documenter les coûts et bénéfices.

---

QUATRIÈME PARTIE

# **POUR MIEUX ANTICIPER L'AVENIR**





---

# CHAPITRE 7

## La recherche de la relève

Le prochain chapitre témoigne à la fois du dynamisme d'une relève et de l'ampleur de la tâche de recherche à accomplir. Les sept courts textes d'étudiantes, qui sont en plein parcours de recherche universitaire ou l'ont terminé récemment, concernent autant de sujets de recherche qui seront d'actualité pendant de nombreuses années.

Sans conteste, il se dégage de ces textes une volonté de mieux comprendre des problématiques de santé qui ont jusqu'à maintenant été moins explorées, au regard de l'incapacité au travail, et d'outiller également les intervenants pour soutenir la reprise du travail en santé des travailleurs.

## 7.1 L'EXPÉRIENCE DES TRAVAILLEURS AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL LÉGER ET DE LEUR ERGOTHÉRAPEUTE EN REGARD DE L'INFLUENCE D'UN ASSUREUR SUR LE PROCESSUS DE RÉADAPTATION AU TRAVAIL

Milène Bélanger-Douet<sup>1, 2</sup>, candidate à la maîtrise

Sous la supervision de Marie-José Durand<sup>1, 2, 3</sup>, Ph. D.,  
et Chantal Sylvain<sup>1, 2, 3</sup>, Ph. D.

Le traumatisme cranio-cérébral léger (TCCL) représente une blessure relativement courante dans la population, et 5 à 20% des personnes vont présenter des difficultés persistantes (Carroll *et al.*, 2014). La prise en charge est souvent jugée difficile par les professionnels de la santé dont les ergothérapeutes (Cassidy *et al.*, 2014). Actuellement, les écrits suggèrent que, lorsqu'un assureur est concerné, les travailleurs présentent plus de risques de montrer des incapacités à long terme prolongeant la durée de l'absence au travail (Cancelliere *et al.*, 2014). Les raisons expliquant cette association restent peu documentées (Mansfield *et al.*, 2015; Kilgour *et al.*, 2015a et 2015b) et il devient important d'explorer la réalité en donnant la parole aux personnes directement touchées, les travailleurs et leur ergothérapeute.

L'étude vise à mieux comprendre l'influence de l'assureur sur le processus de réadaptation au travail selon l'expérience des travailleurs indemnisés post-TCCL et de leur ergothérapeute. Deux objectifs principaux ont été fixés: 1- décrire le contexte d'interaction entre le travailleur, l'ergothérapeute et l'assureur durant la réadaptation au travail, 2- cerner les facteurs perçus comme exerçant une influence favorable ou défavorable sur le processus de réadaptation au travail. Un dispositif qualitatif-interprétatif a été utilisé (Thorne, 2016) avec un échantillonnage par choix raisonné de huit dyades (travailleur-ergothérapeute). Une entrevue individuelle semi-structurée a été réalisée avec les ergothérapeutes et les travailleurs 6 à 24 mois post-accident. Une analyse thématique par dyade a été réalisée en utilisant un guide de codification mixte (Miles *et al.*, 2014).

Les résultats indiquent trois dimensions au contexte d'interaction avec un assureur: 1- la reconnaissance de la légitimité des plaintes du travailleur, 2- la qualité des interactions, 3- l'accessibilité aux services appropriés. Selon les participants, les connaissances de l'assureur jugées

---

1. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke  
2. Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne  
3. École de réadaptation, Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil)

bonnes et la reconnaissance de la légitimité des plaintes des travailleurs ont été déterminantes pour l'évolution favorable de la réadaptation. Il en est de même pour la qualité des interactions avec l'assureur qui fait référence à des modes de communication satisfaisants, à des caractéristiques positives, par exemple, disponibilité et stabilité des effectifs, et à des comportements positifs de l'assureur. Seul le manque d'information transmise par l'assureur sur le fonctionnement du système d'assurance a été jugé défavorable par les travailleurs. Les ergothérapeutes ont en plus mentionné deux facteurs favorables, soit la présence d'une collaboration étroite avec l'assureur et d'une action concertée permettant de départager les rôles. Tous les participants ont perçu que l'assureur a facilité l'accès aux services appropriés. Ces résultats indiquent des influences de l'assureur majoritairement positives, ce qui contraste avec d'autres travaux. Un contexte favorable, c'est-à-dire des ergothérapeutes issus du système de santé public et effectuant régulièrement de l'enseignement auprès des assureurs, peut expliquer en partie cette distinction.

Au Québec, c'est la première fois dans le domaine de la réadaptation au travail des TCCL qu'une étude aborde la perspective de deux groupes d'acteurs distincts. Elle offre des pistes de réflexion sur les facteurs susceptibles d'influencer la réadaptation au travail en présence d'un assureur et constitue une base pour des projets de plus grande envergure.

## Remerciements

L'auteure tient à remercier l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J. Armand Bombardier – Pratt et Whitney Canada) et la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke.

## Références

- CANCELLIERE, C., KRISTMAN, V.L., CASSIDY, J. D., HINCAPIÉ, C. A., CÔTÉ, P., BOYLE, E., CARROLL, L. J., STÅLNACKE, B. M., NYGREN-DE BOUSSARD, C., BORG, J. 2014. Systematic review of return to work after mild traumatic brain injury: Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(suppl. 3), S201-S209.
- CARROLL, L. J., CASSIDY, J. D., CANCELLIERE, C., CÔTÉ, P., HINCAPIÉ, C.A., KRISTMAN V.L., HOLM, L.W., BORG, J., NYGREN-DE BOUSSARD, C., HARTVIGSEN, J., 2014. Systematic review of the prognosis after mild traumatic

- brain injury in adults: Cognitive, psychiatric, and mortality outcomes. Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(suppl. 3), S152-S173.
- CASSIDY, J.D., CANCELLIERE, C., CARROLL, L.J., CÔTÉ, P., HINCAPIÉ, C.A., HOLM, L.W., HARTVIGSEN, J., DONOVAN, J., NYGREN-DE BOUSSARD, C., KRISTMAN, V.L. et BORG, J. 2014. Systematic review of self-reported prognosis in adults after mild traumatic brain injury: Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(suppl. 3), S132-S151.
- KILGOUR, E., KOSNY, A., MCKENZIE, D., et COLLIE, A. 2015a. Interactions between injured workers and insurers in workers' compensation systems: A systematic review of qualitative research literature. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 25(1),160-181.
- KILGOUR, E., KOSNY, A., MCKENZIE, D. et COLLIE, A. 2015b. Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 220-239.
- MANSFIELD, E., STERGIU-KITA, M., CASSIDY, J.D., BAYLEY, M., MANTIS, S., KRISTMAN, V., KIRSH, B., GOMEZ, M., JESCHKE, M.G., VARTANIAN, O., MOODY, J. et COLANTONIO, A. 2015 Return-to-work challenges following a work-related mild TBI: The injured worker perspective. *Brain Injury*, 29(11), 1362-1369.
- MILES, M.B., HUBERMAN, A. et SALDANA, J. 2014. *Qualitative Data Analysis: A methods Sourcebook*. 3<sup>e</sup> éd. Oaks, Californie, É.-U., SAGE Publications.
- THORNE S. 2016. *Interpretive Description, qualitative research for applied practice*. 2<sup>e</sup> éd. New-York: Routledge.

## 7.2 LA PRÉVENTION INTÉGRÉE : ANALYSE DU CONCEPT POUR UNE MEILLEURE PRATIQUE

Bénédicte Calvet<sup>1</sup>, M. Sc., candidate au doctorat

Sous la supervision de Marie Laberge<sup>2</sup>, Ph. D.,  
et Nicole Vézina<sup>1</sup>, Ph. D.

Dans un premier temps, l'objectif de cette étude est de contribuer à une meilleure compréhension de la notion de « prévention intégrée » visant la coordination des actions de prévention et de décrire les barrières et les leviers à son implantation dans les milieux de travail. Dans un deuxième temps, nous visons l'amélioration des pratiques de prévention dans les milieux de travail pour mieux contrer les iniquités. L'adoption de pratiques de prévention intégrée pourrait, par exemple, offrir de nouvelles possibilités pour mieux prendre en compte le sexe/genre des travailleurs dans la prévention des lésions professionnelles. Plusieurs études ont en effet montré des iniquités entre les hommes et les femmes à chaque niveau de prévention, que ce soit par rapport à l'exposition à des contraintes (Calvet *et al.*, 2012) ou au retour au travail à la suite d'une lésion (Lederer, 2012).

Une revue de la littérature a été réalisée dans trois bases de données : SCOPUS, MEDLINE et GOOGLE SCHOLAR. Les articles retenus devaient aborder la coordination d'au moins deux niveaux de prévention dans un milieu de travail. Les résultats de ces données ont aussi été discutés avec l'Équipe de recherche interdisciplinaire sur la prévention et la réduction de l'incapacité au travail (ÉRIPRIT).

Les résultats montrent que la prévention intégrée peut être abordée sous différentes formes. Il peut s'agir de systèmes, de programmes, de modes de gestion, d'interventions, d'approches ou de structures. En plus de la coordination des actions de prévention, la prévention intégrée peut englober plusieurs autres aspects comme l'expertise de plusieurs disciplines (santé publique, santé et sécurité au travail, etc.), des aspects physiques et psychosociaux, ainsi que des composantes individuelles et organisationnelles.

La classification des niveaux de prévention varie selon les auteurs. Certains auteurs partagent les actions entre les niveaux de prévention primaire (interventions avant la survenue d'un événement) et secondaire

---

1. Faculté des sciences, Université du Québec à Montréal  
2. Faculté de médecine, Université de Montréal

(interventions après une lésion). D'autres utilisent les niveaux de prévention primaire (pro-action), secondaire (amélioration) et tertiaire (réaction). Les définitions des différents niveaux de prévention varient selon que l'emphase est mise sur l'évolution de l'état de santé des personnes ou sur des actions posées dans le milieu de travail.

Les auteurs ont trouvé plusieurs avantages à cette coordination : amener des changements plus larges à partir d'un processus de retour au travail (Tremblay-Boudreault *et al.*, 2011; Bernon *et al.*, 2011), élaborer des stratégies plus efficaces en utilisant les forces de chaque niveau de prévention (Yassi *et al.*, 2003; Frank et Cullen, 2006; LaMontagne *et al.*, 2014), permettre aux employeurs de composer avec les multiples contraintes présentes sur les lieux de travail (Chu, 2002) et avoir un portrait plus complet des facteurs qui contribuent à l'incidence de l'incapacité et de ses conséquences (Amick *et al.*, 2000).

Plusieurs leviers à l'implantation d'une prévention intégrée sont relevés dans la littérature comme la prise en compte du contexte de l'entreprise, la participation des parties prenantes et des travailleurs, ou l'amélioration des postes de travail. Les enjeux liés au sexe/genre ne sont pas discutés par les auteurs même si les articles font référence à des milieux de travail féminins, masculins ou mixtes.

Cette revue de la littérature a permis de montrer que plusieurs auteurs s'intéressent à la notion de prévention intégrée et souhaitent une meilleure coordination des actions de prévention dans les milieux de travail. Il est cependant nécessaire de développer un vocabulaire commun et de poursuivre les investigations pour modéliser le concept de prévention intégrée et le rendre opérationnel pour les milieux de travail. De plus, comme l'adoption d'une pratique de prévention intégrée peut représenter une occasion à saisir pour progresser vers plus d'équité, la prise en compte du sexe/genre dans les études pourrait faire l'objet de plus d'attention.

## Remerciements

L'auteure tient à remercier le Centre de recherche sur les politiques en matière d'invalidité professionnelle (CRPIP), la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J. Armand Bombardier – Pratt et Whitney Canada), le CHU Sainte-Justine, le Centre interdisciplinaire sur le bien-être, la santé, la société et l'environnement (CINBIOSE), l'Équipe des IRSC sur le genre, l'environnement et la santé et l'Institute for Work and Health (IWH).

## Références

- AMICK III, B.C., HABECK, R.V., HUNT, A., FOSSEL, A.H., CHAPIN, A., KELLER, R.B. et KATZ, J.N. 2000. Measuring the impact of organizational behaviors on work disability prevention and management. *Journal of occupational rehabilitation*, 10(1), 21-38.
- BERNON, J., ESCRIVA, E. et SCHWEITZER, J.M. 2011. Les conditions d'une réussite pérenne : Agir sur la prévention durable des TMS.
- CALVET, B., RIEL, J., COUTURE, V. et MESSING, K. 2012. Work organisation and gender among hospital cleaners in Quebec after the merger of 'light' and 'heavy' work classifications. *Ergonomics*, 55(2), 160-172.
- CHU, C. et DWYER, S. 2002. Employer role in integrative workplace health management. *Disease Management and Health Outcomes*, 10(3), 175-186.
- FRANK, J., CULLEN, K. 2006. Preventing injury, illness and disability at work. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 160-167.
- LAMONTAGNE, A.D., MARTIN, A., PAGE, K.M., REAVLEY, N.J., NOBLET, A.J., MILNER, A.J., KEEGEL, T. et SMITH P.M. 2014. Workplace mental health: Developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14(1), 131.
- LEDERER, V., RIVARD, M. et MECHAKRA-TAHIRI, S.D. 2012. Gender differences in personal and work-related determinants of return-to-work following long-term disability: A 5-year cohort study. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(4), 522-531.
- TREMBLAY-BOUDREAU, V., VÉZINA, N., DENIS, D. et TOUSIGNANT-LAFLAMME, Y. 2011. La formation visant la prise en charge globale des troubles musculo-squelettiques par l'entreprise: Une étude exploratoire. Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé.
- YASSI, A., OSTRY, A. et SPIEGEL, J. 2003. Injury prevention and return to work: Breaking down the solitudes. Preventing and managing disabling injury at work. Peterson's.

### 7.3 MODÉLISATION D'UNE INTERVENTION POUR LA RÉAPPROPRIATION DU TRAVAIL DES SURVIVANTES DU CANCER DU SEIN

Maryse Caron, M. Sc., candidate au doctorat<sup>1, 2</sup>

Sous la supervision de Marie-José Durand<sup>3</sup>, Ph. D.,  
et Dominique Tremblay<sup>4</sup>, Ph. D.

La réappropriation du travail après un cancer est un défi pour plusieurs survivants, et très peu d'études ont abordé cette problématique en contexte québécois (Dorland *et al.*, 2016; Stergiou *et al.*, 2014). De plus, certains auteurs concluent que des interventions ciblant la réappropriation du travail après un cancer doivent être réalisées et évaluées pour surmonter ce défi majeur associé à la période de survivance (Bilodeau *et al.*, 2017; Caron *et al.*, 2017; Sun *et al.*, 2017). Le but de l'étude était donc de modéliser une intervention s'inscrivant spécifiquement dans le processus de réappropriation du travail des survivantes du cancer du sein. L'approche en trois étapes ARA (*Active-Réactive-Adaptative*) a été adoptée (Brousselle *et al.*, 2009). Il s'agit 1- d'élaborer une version préliminaire de l'intervention en se basant sur deux sources : étude de cas multiples de retour au travail (RAT) après un cancer du sein et revue intégrative des écrits scientifiques portant sur des interventions réalisées pour soutenir le RAT à la suite d'un cancer; 2- de consulter des experts par entretiens semi-directifs pour modéliser l'intervention et en apprécier l'applicabilité; 3- d'améliorer la modélisation de l'intervention en fonction des données collectées auprès des experts.

Pour la première étape de l'approche ARA, l'étude de cas multiples auprès de dix survivantes se maintenant au travail depuis plus de deux ans a révélé cinq leviers et trois obstacles au processus de réappropriation du travail. La revue des écrits a par ailleurs permis de repérer 22 articles et de faire ressortir deux éléments nécessaires à la réalisation de futures interventions : 1- le recours à une théorie d'intervention explicite; 2- l'inclusion et la mobilisation des milieux de travail dans l'intervention. Pour la deuxième étape de l'approche ARA, quatre experts présentant des profils différents et complémentaires, dans les domaines de l'oncologie et du RAT, ont été rencontrés. En se basant sur l'ensemble de ces sources, une intervention a été modélisée. Au terme de l'étape 3 de l'approche ARA, une intervention précoce auprès de la survivante, du système de santé et

1. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
2. Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne
3. École de réadaptation, Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil)
4. École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil)



du milieu de travail a été proposée. L'intervention poursuivait quatre objectifs: 1- sensibiliser les parties prenantes aux capacités découlant des symptômes et à l'état de santé de la survivante; 2- favoriser la reprise du rôle de travailleuse de la survivante; 3- favoriser la préparation au travail; 4- favoriser la capacité d'autogestion des symptômes liés au cancer et de ses traitements. Pour y parvenir, l'intervention modélisée propose aussi des activités dont la tenue d'une rencontre formelle entre l'employeur et la survivante avant le retour au travail et la préparation d'un plan de RAT.

La modélisation de l'intervention, basée sur les écrits scientifiques, la perspective de survivantes du cancer du sein et d'experts, constituait une première étape. La prochaine étape pourrait être de poursuivre l'étude de son acceptabilité et de réaliser une étude d'implantation.

## Remerciements

L'auteure tient à remercier la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J. Armand Bombardier – Pratt et Whitney Canada) et l'Équipe de recherche interdisciplinaire sur la prévention et la réduction de l'incapacité au travail (ÉRIPRIT), financée par le Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS).

## Références

- BILODEAU, K., TREMBLAY, D. et DURAND, M.J. 2017. Exploration of return-to-work interventions for breast cancer patients: A scoping review. *Support Care Cancer*, 25, 1993-2007.
- CARON, M., DURAND, M.J. et TREMBLAY, D. 2017. Intervention pour le retour et le maintien au travail après un cancer: Une revue de la littérature. *Santé Publique* 29(5), 655-664.
- CARON, M., DURAND, M.J. et TREMBLAY, D. 2017. Perceptions of breast cancer survivors on the supporting practices of their supervisors in the return-to-work process: a qualitative descriptive study. *Journal of occupational rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9698-x>.
- DORLAND, H., ABMA, F., ROELEN, C., SMINK, J., RANCHOR, A. et BÜLTMANN, U.. 2016. Factors influencing work functioning after cancer diagnosis: A focus group study with cancer survivors and occupational health professionals. *Support Care Cancer*, 24(1), 261-266.
- STERGIOU-KITA, M., GRIGOROVICH, A., TSEUNG, V., MILOSEVIC, E., HEBERT, D., PHAN, S. et JONES, J. 2014. Qualitative meta-synthesis of survivors'work experiences and the development of strategies to facilitate return to work. *Journal of Cancer Survivorship*, 1-14.

## 7.4 DÉVELOPPEMENT D'UN OUTIL DE SOUTIEN À LA PRATIQUE DE L'ASSIGNATION TEMPORAIRE DESTINÉ AUX EMPLOYEURS DU QUÉBEC : L'OUTIL SPATEQ

Line Lemelin<sup>1, 2</sup>, candidate à la maîtrise

Sous la supervision de Marie José Durand<sup>1, 2, 3</sup>, Ph. D.,  
et Hélène Sultan-Taïeb<sup>4</sup>, Ph. D.

Au Québec, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, les lombalgies constituent un problème de santé fréquent (CSST, 2014). Bien que la guérison soit rapide et complète pour la majorité des personnes atteintes, il demeure que pour environ 10 à 15 % des personnes, les douleurs et les incapacités au travail se prolongent, entraînant des coûts sociaux majeurs (Zimney *et al.* 2014). Au Québec, la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) inclut une mesure appelée l'assignation temporaire (AT), par laquelle un employeur peut suggérer à un employé blessé de reprendre le travail en lui assignant des tâches qui correspondent à ses capacités actuelles. Actuellement, cette mesure est rapportée indirectement dans plusieurs écrits scientifiques (van Vilsteren *et al.*, 2015; Nastasia *et al.*, 2014; Hoefsmit *et al.*, 2012), mais aucune étude n'a décrit les composantes précises de l'AT telles quelles pourraient être déployées au Québec.

L'objectif de cette étude est d'élaborer un outil permettant aux employeurs québécois de mettre en place une AT optimale pour les travailleurs lombalgiques et d'apprécier les effets de celle-ci sur le plan économique. Un devis multi-méthode combinant des méthodes qualitatives et quantitatives a été retenu.

L'étude s'est déroulée en plusieurs étapes. D'abord, des entrevues individuelles ont permis d'explorer le déploiement actuel de l'AT dans huit entreprises de tailles et de secteurs d'activité variés. Les résultats suggèrent que l'AT fait l'objet d'une démarche informelle, facilitée par la communication et le maintien du travailleur dans son équipe de travail, et dont la mise en place vise d'abord à limiter les primes à verser à l'assureur. Dans un deuxième temps, une consultation par la méthode Delphi auprès de dix experts cliniques et scientifiques a été réalisée. Les experts devaient se prononcer sur la faisabilité et la pertinence d'un ensemble de 38 actions issues d'une revue intégrative de la littérature. Également, une

---

1. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke  
2. Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne  
3. École de réadaptation, Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil)  
4. École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal

modélisation économique des effets économiques de la mise en place des différentes formes d'AT présentes en entreprise, adoptant le point de vue de l'employeur, a été réalisée. Ces trois premières étapes ont permis l'élaboration de l'outil SPATEQ (Soutien à la pratique de l'assignation temporaire pour les entreprises du Québec). Enfin, des entrevues individuelles auprès d'utilisateurs potentiels de quatre entreprises manufacturières de tailles variées ont été réalisées pour explorer l'acceptabilité de l'outil. Les résultats suggèrent que ce dernier est pertinent, clair, visuellement attrayant et que seule la présentation des actions par fonction devrait être revue.

Au final, cette étude a permis d'élaborer un outil, basé sur les données probantes et les besoins des utilisateurs, pouvant soutenir les employeurs dans une implantation de l'AT dans une forme optimale.

## Remerciements

L'auteure tient à remercier la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J. Armand Bombardier – Pratt et Whitney Canada) et l'Équipe de recherche interdisciplinaire sur la prévention et la réduction de l'incapacité au travail (ÉRIPRIT), financée par le Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS).

## Références

- CSST. 2014 *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2010-2012*, 36 pages.
- HOEFSMIT, N., HOUKES, I. et NIJHUIS, J.N. 2012. Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 462-477.
- NASTASIA, I., COUTU, M.F. et CIBOTARU, A. 2014. *Rapport R-841. Prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques: Une revue systématique de la littérature mise à jour 2008-2013*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- VAN VILSTEREN, M., VAN OOSTROM, S.H., DE VET, H.C.W., FRANCHE, R.L., BOOT, C.R.L. et ANEMA, J.R. 2015. *Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 10.1002/14651858.CD006955.pub3
- ZIMNEY, K., LOUW, A. et PUENTEDURA, E.J. 2014. Use of Therapeutic Neuroscience Education to address psychosocial factors associated with acute low back pain: A case report. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(3), 202-209.

## 7.5 ADHÉSION À UN PROGRAMME D'EXERCICES À DOMICILE POUR LA LOMBALGIE NON AIGÛE: UNE ÉTUDE OBSERVATIONNELLE

Judith L'Heureux<sup>1, 2</sup>, M. Sc.

Sous la supervision de Marie-France Coutu<sup>1, 2, 3</sup>, Ph. D.,  
et Christian Larivière<sup>4</sup>, Ph. D.

Les maux de dos représentent une problématique majeure à l'échelle mondiale (Buchbinder *et al.*, 2013; Hoy *et al.*, 2014). La région lombaire est la plus touchée (CSST, 2012) et, dans 90 % des cas, il s'agit d'une douleur non spécifique (Koes *et al.*, 2006) appelée la lombalgie. Les évidences scientifiques reconnaissent les exercices comme modalité préventive et curative (CLIP, 2006; Poitras *et al.*, 2008; Steffens *et al.*, 2016). Or, les effets sont modestes, ce qui amène la communauté scientifique à questionner, entre autres, le niveau d'adhésion des patients à leur programme d'exercices à domicile.

Cette étude visait deux objectifs : 1- mesurer l'association entre l'adhésion à un programme d'exercices à domicile et les variables de résultats (primaires: douleur, incapacité; secondaires: changements globaux, sentiment d'efficacité personnelle, détresse psychologique); 2- mesurer l'association entre l'adhésion à ce programme et les principales variables biopsychosociales sur lesquelles le thérapeute peut agir, en utilisant un cadre théorique. Une cohorte longitudinale de 48 volontaires ayant une lombalgie non aigüe (> quatre semaines) a été recrutée. Un programme d'exercices de stabilisation lombaire a été donné en clinique et incluait un programme d'exercices à domicile. L'adhésion au programme à domicile et les variables biopsychosociales ont été mesurées par des questionnaires auto-administrés. Les mesures ont été prises au début, après quatre semaines, à la fin des huit semaines de traitement et six mois plus tard.

Concernant le premier objectif, les modèles linéaires mixtes démontrent que l'adhésion explique seulement les variables de résultats secondaires. Pour ce qui est du second objectif, 50% de la variance de l'adhésion (ICC = 50,00,  $p < 0,001$ ) a été expliquée par sept variables, les changements globaux ayant la plus forte association avec l'adhésion. Les changements globaux réfèrent à la perception des participants d'une

1. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
2. Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne
3. École de réadaptation, Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil)
4. Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

amélioration, d'une détérioration ou d'une absence d'effet. Cette perception de changement a ensuite été analysée pour déterminer par cinq variables (ICC = 22,3,  $p = 0,028$ ) les représentations ayant la plus forte association. L'alliance de travail n'était pas associée à l'adhésion.

Cette recherche est la première à suggérer l'importance de considérer le facteur temps dans les analyses statistiques, mais aussi d'intégrer davantage certaines variables de résultats secondaires, dont les changements globaux, le sentiment d'efficacité personnelle et la détresse psychologique. La prochaine étape serait d'étudier l'adhésion auprès d'un plus grand nombre de participants, afin de pouvoir tester un modèle qui pourrait inclure plusieurs modèles actuellement étudiés de façon indépendante.

## Remerciements

L'auteure tient à remercier l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

## Références

- BUCHBINDER, R., BLYTH, F.M., MARCH, L.M., BROOKS, P., WOOLF, A.D. et HOY, D.G. 2013. Placing the global burden of low back pain in context. *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, 27(5), 575-589.
- CLIP. 2006 Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne: Guide de pratique. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/55943>
- CSST. 2012. Statistiques sur les affections vertébrales. Québec: Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
- HOY, D., MARCH, L., BROOKS, P., BLYTH, F., WOOLF, A., BAIN, C., WILLIAMS, G., SMITH, E., VOS, T., BARENDREGT, J., MURRAY, C., BURSTEIN, R. et BUCHBINDER, R. 2014. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(6), 968-974.
- KOES, B.W., VAN TULDER, M.W. et THOMAS, S. 2006. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*, 332, 1430-1434.
- POITRAS, S., ROSSIGNOL, M., DIONNE, C., TOUSIGNANT, M., TRUCHON, M., ARSENAULT, B., ALLARD, P., COTÉ, M. et NEVEU, A. 2008 An interdisciplinary clinical practice model for the management of low-back pain in primary care: the CLIP project. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, 54. doi:10.1186/1471-2474-9-54
- STEFFENS, D., MAHER, C., PEREIRA, L., STEVENS, M., OLIVEIRA, V., CHAPPLE, M., TEIXEIRA-SALMELA, L.F. et HANCOCK, M. 2016. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*. doi:10.1001/jamainternmed.2015.7431

## 7.6 LES REPRÉSENTATIONS DE L'INCAPACITÉ AU TRAVAIL DE TRAVAILLEURS AYANT SUBI UNE ARTHROPLASTIE DU GENOU

Pascale Maillette<sup>1, 2</sup>, M. Sc.

Sous la supervision de Marie-France Coutu<sup>1, 2, 3</sup>, Ph. D.,  
et de Nathaly Gaudreault<sup>1, 3, 4</sup>, Ph. D.

Près de 40% des 57 718 Canadiens ayant subi une arthroplastie du genou entre 2013 et 2014 étaient des travailleurs; la majorité avait entre 55 et 64 ans (ICIS, 2014). Des indices démographiques et législatifs laissent entrevoir que ce nombre continuera d'augmenter dans les prochaines années (Kurtz *et al.*, 2009). Actuellement, entre 15 et 30% des travailleurs éprouvent des difficultés à reprendre le travail ou à y demeurer six mois après la chirurgie (Kievit *et al.*, 2014). Malgré l'ampleur du phénomène, la perspective des travailleurs demeure inconnue.

L'étude réalisée visait à mieux comprendre, selon la perspective du travailleur, les mécanismes sous-jacents à la reprise ou non d'une vie saine et active au travail, à la suite d'une arthroplastie du genou. Plus précisément, il s'agissait de décrire les représentations de l'incapacité au travail de ces travailleurs. Ce projet qualitatif reposait sur une approche narrative. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été conduites auprès de huit travailleurs ayant eu une arthroplastie du genou et éprouvant des difficultés à reprendre le travail ou à y demeurer. Les données ont d'abord été codées selon la méthode de Landry (1997), et le modèle d'autorégulation de Leventhal *et al.* (2003), utilisé comme cadre conceptuel, a permis l'élaboration d'un cahier de codification qui laissait place aux codes émergents. Une analyse thématique des verbatims a ensuite été réalisée. De plus, chacun des huit cas a fait l'objet d'une discussion avec une équipe multidisciplinaire (kinésologue, psychologue et physiothérapeute).

La moitié des travailleurs était absente du travail au moment de l'entrevue. L'émergence de cinq thèmes principaux a permis de dégager deux trajectoires: 1- les travailleurs de retour au travail avec difficultés, mais recevant un soutien de l'employeur; 2- les travailleurs qui ne sont pas retournés au travail. Les travailleurs de la première trajectoire ont rapporté une implication de l'entreprise dans les démarches de retour au travail et avaient les conditions nécessaires pour prendre des moyens

1. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
2. Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne
3. École de réadaptation, Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil)
4. Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

actifs et améliorer leur état de santé. Pour les travailleurs de la deuxième trajectoire, différents obstacles ont nui à la reprise des activités, dont des complications postopératoires, une perception d'exigences de travail élevées, un faible soutien de l'environnement de travail et peu de ressources pour les aider.

L'identification d'une trajectoire moins favorable au retour au travail permet de mettre en lumière des travailleurs plus à risque d'être en situation d'incapacité au travail. Ces derniers pourraient bénéficier de services en réadaptation au travail pour favoriser la reprise d'une vie saine et active après l'arthroplastie du genou. Une des futures voies de recherche serait de suivre des travailleurs tout au long de leur processus de retour au travail, de manière à valider les trajectoires observées. D'ailleurs, l'emploi d'un tel devis longitudinal pourrait ouvrir davantage de pistes de réponses sur les difficultés éprouvées tout au long du continuum, allant de la prise de décision pour la chirurgie au retour au travail, et même à son maintien dans le temps.

## Remerciements

L'auteure tient à remercier l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et l'Équipe de recherche interdisciplinaire sur la prévention et la réduction de l'incapacité au travail (ÉRIPRIT).

## Références

- ICIS. 2014. Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada. Rapport annuel de 2014. Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA). Ottawa, Ontario.
- KIEVIT, A.J., VAN GEENEN, R.C.I., KUIJER, P.P.F.M., PAHLPLATZ, T.M.J., BLANKEVOORT, L. et SCHAFROTH, M.U. 2014. Total knee arthroplasty and the unforeseen impact on return to work: A cross-sectional multicenter survey. *The Journal of Arthroplasty*, 29(6), 1163-1168.
- KURTZ, S.M., LAU, E., ONG, K., ZHAO, K., KELLY, M. et BOZIC, K.J. 2009. Future young patient demand for primary and revision joint replacement: national projections from 2010 to 2030. *Clinical Orthopaedics*, 467(10), 2606-2612.
- LANDRY, R. 1997 L'analyse de contenu. *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 329-356.
- LEVENTHAL, H., BRISSETTE, I. et LEVENTHAL, E.A. 2003 The common-sense model of self-regulation of health and illness cognition. *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. Londres: Routledge, 42-65.

## 7.7 FACTEURS CONTRIBUANT AU MAINTIEN AU TRAVAIL DES PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS AYANT UNE DOULEUR MUSCULOSQUELETTIQUE : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

Marie-Christine Richard<sup>1, 2</sup>, candidate à la maîtrise

Sous la supervision de Marie-José Durand<sup>2, 3</sup>, Ph. D.

Le monde du travail est frappé par le vieillissement démographique et, pour la première fois, le nombre de Québécois en âge de travailler diminue (Commission nationale sur la participation au marché du travail, 2011). Des données démontrent que les travailleurs de 55 ans et plus sont fortement touchés par la douleur musculosquelettique (DM). Il semble que, bien que la majorité réussisse à demeurer au travail, 25 % d'entre eux souffrent de douleur chronique. Ainsi, il apparaît crucial de mieux comprendre ce qui favorise leur maintien au travail, afin de les aider à poursuivre leur vie active en santé et leur contribution à la société.

L'objectif de cette étude consistait à explorer les facteurs associés au maintien au travail de personnes de 55 ans et plus aux prises avec une DM. Un devis qualitatif de type descriptif interprétatif a été utilisé (Thorne, 2016). Les données ont été recueillies par entrevues semi-structurées. Les participants ont été sélectionnés au moyen d'une méthode d'échantillonnage intentionnel par quotas (Patton, 2015), en fonction de la taille d'entreprise, du niveau d'exigences physiques du travail et du sexe des participants. Les critères de sélection étaient : 1- travailler depuis au moins un an chez le même employeur ; 2- travailler 28 heures/semaine ou plus ; 3- présenter une DM depuis six mois ou plus ; 4- ne pas avoir été absent du travail plus de 15 jours au cours de l'année précédente. Un cadre conceptuel transdisciplinaire a été élaboré, incluant les dimensions suivantes : marché de l'emploi, contexte législatif, travailleur (situation personnelle, santé/*coping*, valeurs associées au travail) et travail (exigences et environnement social, facteurs organisationnels et financiers) (Hasselhorn et Apt, 2015 ; de Vries *et al.*, 2011 ; Durand *et al.*, 2015). Des entrevues individuelles ont été réalisées avec les participants, enregistrées en format audio et transcrites. Pour l'analyse du contenu thématique, une grille mixte a été élaborée à partir du cadre conceptuel. Des analyses intra-cas et inter-cas ont été réalisées (Miles *et al.*, 2014).

---

1. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke  
2. Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne  
3. École de réadaptation, Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil)



Les quatorze travailleurs qui ont participé à l'étude avaient une moyenne d'âge de 59 ans. Plus de la moitié d'entre eux (huit sur quatorze) travaillaient en entreprise privée et plusieurs (six sur quatorze) occupaient un emploi dit manuel. La durée de la douleur était de dix ans ou plus pour cinq participants, et sept avaient de la douleur dans au moins cinq régions corporelles. Les analyses préliminaires ont permis de situer les participants selon un continuum d'effort à fournir pour se maintenir au travail. L'effort de maintien se définit en fonction des effets sur la vie personnelle et des difficultés à fournir une performance de travail. Les travailleurs déployant un effort de maintien élevé (cinq sur quatorze) travaillaient surtout dans le secteur privé (quatre sur cinq), alors que les efforts faibles étaient davantage associés au secteur public (quatre sur cinq). Pour l'ensemble des participants, des moyens organisationnels, tels qu'un horaire flexible et une autonomie pour décider de la priorité des tâches ou du partage avec les collègues, semblaient favorables au maintien. Également, posséder une expertise reconnue et rare apparaissait comme un facteur de maintien. Cependant, cet échantillon semble peu représentatif de l'ensemble des travailleurs au Québec, puisqu'il s'agissait de volontaires de langue française nés au Québec.

Ces résultats seront utiles à l'élaboration d'une enquête plus vaste et permettront de cibler les meilleures stratégies à déployer pour favoriser le maintien au travail de cette population.

## Remerciements

L'auteure tient à remercier l'Équipe de recherche interdisciplinaire sur la prévention et la réduction de l'incapacité au travail (ÉRIPRIT), le Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS) et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

## Références

- COMMISSION NATIONALE SUR LA PARTICIPATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL DES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS EXPÉRIMENTÉS DE 55 ANS ET PLUS, 2015. *Le vieillissement de la main d'oeuvre et l'avenir de la retraite: Des enjeux pour tous, un effort de chacun*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec, Québec.
- DE VRIES, H.J., BROUWER, S., GROOTHOFF, J.W., GEERTZEN, J.H.B. et RENEMAN, M.F. 2011. Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: A qualitative study of workers' experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 126.

- DURAND, M.J., VÉZINA, N. et RICHARD, M.C. 2015 Concept of Margin of Manoeuvre in Return to Work in Handbook of Return to Work: From research to practice. Dans: SCHULTZ, I. Z. et GATCHEL, R. J. (sous la dir. de), New York, Springer.
- HASSELHORN, H.M. et APT, W. 2015 Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges, *Joint Programming Initiative: More years, better lives. The potential and challenges of demographic changes*, ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, Allemagne.
- MILES, M.B., HUBERMAN, A. et SALDANA, J. 2014. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. 3<sup>e</sup> éd., Oaks, Californie, É.-U. : SAGE Publications.
- PATTON MQ. 2015. *Qualitative Research and Evaluation Methods. Integrating Theory and Practice*. 4<sup>e</sup> éd.,Oaks, California, USA: SAGE Publications.
- THORNE S. 2016 *Interpretive description: Qualitative research for applied practice*. 2<sup>e</sup> éd. Routledge. New York: Taylor and Francis.

# Conclusion générale

La grande richesse du présent ouvrage est d'offrir un ensemble de pistes de réflexion et d'intervention tant aux chercheurs et aux professionnels de la santé qu'aux interlocuteurs des milieux de travail. On y trouve des considérations méthodologiques ainsi que de nouvelles conceptions de la prise de décision, de la coresponsabilisation en matière de gestion des absences et de la coordination des actions afin d'améliorer la prévention de l'incapacité au travail.

Les différents thèmes abordés dans cet ouvrage montrent parfaitement l'évolution des recherches et des préoccupations depuis le rapport Spitzer, qui s'attardait à l'incapacité au travail, principalement dans une perspective individuelle. En effet, différents éléments de l'ouvrage témoignent de l'adoption d'une compréhension élargie de l'incapacité au travail comme une résultante de l'influence de divers systèmes. Les auteurs reconnaissent la contribution et l'importance du système de l'entreprise, qui a longtemps été ignoré au sein d'une approche biopsychosociale de prévention de l'incapacité au travail, dans laquelle le social se résumait trop souvent à la famille des personnes. Ainsi, l'attention se porte maintenant non seulement sur les caractéristiques individuelles du travailleur, mais également sur la participation de ce dernier au travail de l'entreprise. Le caractère interdisciplinaire des auteurs de l'ouvrage traduit cette vision de l'incapacité au travail et met en lumière une forme de décloisonnement des disciplines vers une meilleure compréhension de ce phénomène social.

Ces derniers constats, reflétant une vision multisystémique de l'incapacité au travail et le caractère interdisciplinaire des chercheurs du domaine, consolident la pertinence de maintenir des approches de recherche variées se distanciant, d'une certaine façon, des essais cliniques randomisés, généralement centrés sur l'évaluation des effets sur la

personne. Les évaluations coût-avantage combinées avec des analyses d'implantation de programmes permettraient entre autres de mieux répondre aux besoins des diverses parties prenantes dans le domaine de la prévention de l'incapacité au travail.

Nous tenons à remercier les auteurs d'avoir relevé le défi de la réalisation de cet ouvrage collectif, notamment les partenaires sociaux (CNESST, CSN, PRATA Plus) pour leurs témoignages riches au regard de la problématique complexe de l'incapacité au travail.

Il nous reste à espérer que cet ouvrage soit porteur de changements tant pour les chercheurs, leur relève et les professionnels de la santé que pour les différents interlocuteurs des milieux de travail. Avec la reconnaissance que l'incapacité au travail résulte de l'interaction entre divers systèmes, les actions pour la réduire deviennent une responsabilité sociale intersectorielle et sa prévention, une marque indubitable de l'attention que porte une société à ses travailleurs.

Marie-José Durand