



**Retour au travail à la suite d'une lésion  
professionnelle :  
Perspective des intervenants en réadaptation du système  
d'indemnisation public**

**Mémoire**

**Marie-Maxime Robichaud**

**Maîtrise en sciences de l'orientation – recherche et intervention  
Maître ès arts (M.A.)**

Québec, Canada  
© Marie-Maxime Robichaud, 2016



## Résumé

Mieux comprendre le retour au travail s'avère nécessaire afin d'en saisir la complexité et prévenir qu'une situation d'incapacité se prolonge. Le retour au travail mobilise l'intervention de nombreux acteurs. Parmi ceux-ci, les intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public occupent un rôle essentiel. Leur perspective sur ce qui influence le retour au travail a été peu documentée jusqu'à maintenant. L'objectif de ce mémoire est de mieux comprendre ce qui influence le retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle à partir de la perspective des intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public. Cette étude qualitative s'appuie sur un modèle écologique de gestion de l'incapacité. Des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès de dix-neuf agents d'indemnisation et conseillers en réadaptation. Une analyse thématique en continu a été menée. Selon les intervenants, la représentation de l'objectif et du processus menant au retour au travail peut différer d'un acteur à l'autre, en fonction de leur contexte, et influencer leur manière de se mobiliser et de collaborer durant le processus. Des éléments psychosociaux individuels ont été nommés, dont des stratégies d'adaptations, des réactions cognitives et émotionnelles du travailleur et des proches ainsi que des éléments relevant de la vie personnelle. La qualité des relations au travail, la culture organisationnelle et les pratiques de gestion ont été soulevés par les intervenants. Finalement, le fonctionnement des systèmes d'indemnisation et de santé ainsi que la collaboration et la transmission d'informations entre les acteurs durant le processus ont émergé de l'analyse. Ce que les intervenants perçoivent comme facilitant le retour au travail demeure lié à ce qui facilite l'atteinte de l'objectif initial du processus prescrit par l'organisme d'indemnisation public. Les résultats sont cohérents avec plusieurs écrits scientifiques et amènent à explorer l'influence sur le retour au travail du contexte dans lequel s'insère chaque acteur.



# Table des matières

RÉSUMÉ .....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES FIGURES.....	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES.....	XIII
REMERCIEMENTS.....	XVII
INTRODUCTION .....	1
<b>CHAPITRE 1 — ÉTAT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>5</b>
1.1    PRÉOCCUPATIONS À L'ÉGARD DU RETOUR AU TRAVAIL DES INDIVIDUS À RISQUE D'INCAPACITÉ PROLONGÉE À LA SUITE D'UNE LÉSION PROFESSIONNELLE .....	5
1.1.1 <i>Contexte historique québécois</i> .....	5
1.1.2 <i>Conséquences de l'incapacité de travail à la suite d'une lésion professionnelle</i> .....	8
1.2    SYSTÈME LÉGISLATIF D'INDEMNISATION ET DE RÉADAPTATION QUÉBÉCOIS .....	11
1.2.1 <i>Principales lésions professionnelles indemnisées</i> .....	11
1.2.2 <i>Fonctionnement : législation et procédures</i> .....	14
1.2.3 <i>Agent d'indemnisation</i> .....	17
1.2.4 <i>Conseiller en réadaptation</i> .....	18
1.3    CADRES THÉORIQUES ASSOCIÉS AU RETOUR AU TRAVAIL .....	20
1.4    ÉLÉMENTS FACILITANT OU FREINANT LE RETOUR AU TRAVAIL .....	27
1.4.1 <i>Éléments individuels</i> .....	27
1.4.2 <i>Éléments associés au milieu de travail</i> .....	29
1.4.3 <i>Éléments associés au système de santé</i> .....	31
1.4.4 <i>Éléments associés au système d'indemnisation</i> .....	31
1.4.5 <i>Interaction entre les acteurs</i> .....	33
1.4.6 <i>Interventions favorisant le retour au travail</i> .....	37
1.4.7 <i>Système d'indemnisation et perspective des acteurs sur le retour au travail</i> .....	39
1.5    SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES CONNAISSANCES .....	40
1.6    OBJECTIF ET QUESTIONS DE RECHERCHE .....	43
<b>CHAPITRE 2 — CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>45</b>
2.1    DÉFINITIONS DES PRINCIPAUX CONCEPTS .....	45
2.1.1 <i>Retour au travail</i> .....	45
2.1.2 <i>Éléments freinant ou facilitant</i> .....	46
2.1.3 <i>Intervenants en réadaptation</i> .....	47
2.1.4 <i>Interaction</i> .....	47
2.1.5 <i>Acteurs impliqués dans le retour au travail</i> .....	48
2.2    MODÈLE CONCEPTUEL .....	48
<b>CHAPITRE 3 — MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>51</b>
3.1    APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE ET POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE .....	51

3.2	DESCRIPTION ET JUSTIFICATION DU CHOIX DES PARTICIPANTS	52
3.3	NATURE DES DONNÉES ET MÉTHODE DE COLLECTE	52
3.3.1	<i>Échantillonnage et recrutement des participants</i> .....	52
3.3.2	<i>Méthodes de collecte des données</i> .....	56
3.3.2.1	Entrevue semi-dirigée.....	56
3.3.2.2	Guide d'entretien .....	56
3.3.2.3	Prétest du guide d'entrevue .....	57
3.3.2.4	Procédé d'enregistrement et protection des données.....	58
3.4	MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES	58
3.4.1	<i>Stratégie de traitement et d'analyse des données</i> .....	58
3.4.2	<i>Cadre d'analyse des thèmes</i> .....	62
3.4.3	<i>Validation des résultats</i> .....	65
3.5	ÉTHIQUE	67
<b>CHAPITRE 4 – RÉSULTATS</b> .....		<b>69</b>
4.1	CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTS	69
4.2	ANALYSE THÉMATIQUE	70
4.2.1	<i>Éléments facilitant ou freinant le retour au travail</i> .....	71
4.2.1.1	Éléments liés au système personnel du travailleur .....	71
4.2.1.2	Éléments liés au milieu de travail et aux acteurs de ce système .....	80
4.2.1.3	Éléments liés au système de santé et aux acteurs de ce système .....	87
4.2.1.4	Éléments liés au système d'indemnisation et aux acteurs de ce système.....	92
4.2.1.5	Éléments liés au contexte sociopolitique et culturel .....	95
4.2.2	<i>Éléments liés aux interactions entre les acteurs et les intervenantes de l'organisme d'indemnisation</i> .....	96
4.2.3	<i>Éléments pouvant améliorer le processus de retour au travail</i> .....	102
4.3	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	107
<b>CHAPITRE 5 — ANALYSE ET DISCUSSION</b> .....		<b>109</b>
5.1	COLLABORATION À L'OBJECTIF INITIAL : RETOUR À L'EMPLOI PRÉLÉSIONNEL	109
5.2	COMMUNIQUER : UN PROCESSUS ESSENTIEL AU RETOUR AU TRAVAIL	113
5.3	REPRÉSENTATIONS ASSOCIÉES AU RÔLE DU TRAVAILLEUR, À LA DOULEUR ET À L'INCAPACITÉ	114
5.3.1	<i>Être acteur de son retour au travail</i> .....	115
5.3.2	<i>Au-delà de la douleur : focaliser sur les capacités du travailleur</i> .....	117
5.4	PLACE DU TRAVAIL DANS LA VIE DU TRAVAILLEUR	120
5.5	ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS ET SOCIAUX RELATIFS AU MILIEU DE TRAVAIL	122
5.5.1	<i>Culture de gestion priorisant la santé et le soutien du travailleur</i> .....	122
5.5.2	<i>Des relations qui favorisent le soutien</i> .....	124
5.6	EN AMONT DU TRAVAILLEUR : LES INSIDIEUX IMPACTS DES SYSTÈMES D'INDEMNISATION ET DE SANTÉ SUR LE RETOUR AU TRAVAIL	127
5.6.1	<i>Surindemnisation</i> .....	127
5.6.2	<i>Les mutuelles de prévention : un acteur présent, mais méconnu</i> .....	129
5.6.3	<i>Accessibilité au système de santé</i> .....	130
5.6.4	<i>Favoriser davantage les contacts avec les acteurs</i> .....	131
5.7	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	133
5.8	PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET CONTRIBUTIONS AUX SCIENCES DE L'ORIENTATION	135
<b>SYNTHÈSE ET CONCLUSION</b> .....		<b>137</b>

**BIBLIOGRAPHIE..... 141**  
**ANNEXES ..... 161**



# Liste des tableaux

TABLEAU 1 — PORTRAIT DES PARTICIPANTS (N=19) .....	70
TABLEAU 2 — SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS FACILITANT ET FREINANT LE RETOUR AU TRAVAIL .....	108



# Liste des figures

FIGURE 1 — SCHÉMA CONCEPTUEL DE LA CIDIH (OMS, 1980).....	21
FIGURE 2 — CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ (CIF, OMS, 2001) .....	22
FIGURE 3 — MODÈLE ÉCOLOGIQUE DE GESTION DE L'INCAPACITÉ .....	25
FIGURE 4 — INTERACTIONS ENTRE LES ACTEURS IMPLIQUÉS (DURAND ET LOISEL, 2001, 4).....	34
FIGURE 5 — MODÈLE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE .....	50
FIGURE 6 — ATTRITION DES PARTICIPANTS POTENTIELS .....	54
FIGURE 7 — APPROCHE CONCENTRIQUE .....	110



# Liste des abréviations et des sigles

ACCESE : Association des chercheuses et chercheurs étudiant en sciences de l'orientation

CAT : Commission des accidents du travail

CIDIH : Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIRRIS : Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

CLP : Commission des lésions professionnelles

CRIVAT : Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail

CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail

EQCOTESST : Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail

IRR : indemnité de remplacement de revenu

IRSST : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail

LATMP : Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PREVICAP : PRÉvention des situations de handICAP au travail

TMS : troubles musculo-squelettiques



*À mon père et à ma mère.*

*Pour l'amour d'apprendre.*

*Pour l'amour...*



## Remerciements

Je me souviens, étant petite, avoir rêvé d'écrire un article sur les poissons-loups dans la revue scientifique jeunesse Les Débrouillards... Je me souviens d'avoir passé de longues heures à feuilleter les livres à la bibliothèque... Je me souviens de m'être improvisée éditrice d'une revue et d'avoir recruté mes compagnons de classe du primaire à titre de journalistes et d'illustrateurs... Je me souviens du son de la machine à écrire noire de mon père avec laquelle j'écrivais des « romans » dans le bureau du commerce familial... Je me souviens m'être promis d'écrire un livre, un jour, quand je serais grande... Je me souviens de mon projet de fin de programme au collégial : la production d'un court mémoire sur un sujet d'actualité, où j'ai découvert l'immense plaisir d'écouter des personnes parler de leur vie, de leurs espoirs, de leurs craintes... Pour ensuite, avoir le désir de transmettre ces propos et les réflexions qu'ils soulèvent auprès d'un auditoire... Je me souviens du constat à la fois déchirant et exaltant que, malgré une belle carrière en gestion des ressources humaines, un de mes rêves les plus fous, mais surtout l'un des plus importants à accomplir dans ma vie, était de retourner sur les bancs de l'université, d'apprendre encore plus et d'écrire un mémoire...

C'est ainsi qu'il y a presque 4 ans, j'ai tout « foutu en l'air » pour réaliser ce rêve. L'impression de sauter dans le vide sans savoir ce qui est en bas... mais avec la forte intuition qu'il s'agissait de la bonne décision. Un parcours parfois semé d'incertitudes et souvent de sacrifices, afin de réussir. Mais surtout, un grand bonheur; l'impression de m'offrir le plus beau des cadeaux. Ce long parcours ne s'est pas fait seul. En fait, ce projet n'aurait pas été possible sans l'implication de plusieurs personnes. Il est important pour moi de prendre le temps de souligner leur apport.

Mes remerciements vont d'abord aux intervenants qui ont accepté de parler de leur travail avec générosité et dynamisme. Je les remercie d'avoir pris le temps de me rencontrer, malgré une charge de travail élevée, de m'avoir fait confiance et de s'être impliqués dans ce projet. Je remercie également les représentants de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui ont permis la réalisation de mon projet en me facilitant l'accès au milieu.

Je tiens à souligner l'apport et le soutien de Manon Truchon, sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. Son accompagnement, sa grande générosité, sa compréhension face à mes écueils ainsi que la délicatesse, la rigueur et la pertinence de ses commentaires ont contribué au succès de ce projet. Elle m'a permis de croire en mes capacités et a su mettre en place les conditions pour m'épanouir

professionnellement. Elle fait partie des personnes, dans ma vie, qui ont fait une différence et qui m'ont permis de grandir, et cela, au-delà de la sphère universitaire. Manon, je te remercie infiniment.

Je remercie Louise St-Arnaud pour sa disponibilité, et surtout, sa sensibilité et son écoute qui lui ont permis de comprendre les moments où sa présence était importante. Je suis reconnaissante pour ces discussions où l'on prend le temps de réfléchir; où je peux « refaire le monde », laisser mes idées s'exprimer et se confronter aux siennes. Merci de m'accompagner dans les moments d'exaltation comme de questionnements, de me laisser être « en équilibre » et de m'accompagner dans la voie que je désire. Je me sens privilégiée d'apprendre mon métier à tes côtés.

Je remercie Iuliana Nastasia. Je me sens privilégiée qu'elle ait accepté de s'impliquer dans mon projet avec générosité et un si grand intérêt, et cela, dès les premiers instants. Sa présence, ses encouragements et ses conseils furent importants tout au long de mon projet. J'en profite également pour souligner l'apport de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), autant sur le plan financier que sur le plan de mon développement professionnel dans le domaine de la santé au travail. Leur soutien a permis de rendre mon passage à la maîtrise agréable, sans trop de heurts et, surtout, de m'initier à une carrière en recherche.

Je remercie le Département des fondements et pratiques en éducation de l'Université Laval, le Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail (CRIEVAT), la Chaire de recherche du Canada sur l'intégration professionnelle et l'environnement psychosocial du travail ainsi que le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) pour leur accueil et leur soutien technique. Un merci tout particulier à Marie-Ève Schmouth pour son aide précieuse à plusieurs étapes de mon mémoire ainsi que pour ses remarques toujours judicieuses qui m'ont permis de pousser plus loin ma réflexion. Je remercie les auxiliaires de recherche qui ont participé à la transcription des verbatims. Je remercie également Martin et Sébastien pour le soutien technique durant la collecte de mes données.

Je remercie les organismes et instances qui m'ont aidée financièrement durant ma maîtrise : l'IRSST pour une bourse de maîtrise; la Faculté des sciences de l'éducation pour une bourse d'excellence lors de mon admission; le Fond Desjardins et le Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail (CRIEVAT) pour une bourse de soutien aux travaux de recherche; l'Association des chercheuses et chercheurs étudiant en sciences de l'éducation (ACCESE) pour une subvention permettant de présenter mes résultats lors d'un colloque international.

Je remercie mes amis et collègues d'université : Émilie, Judith A., Marie-Hélène, Olivier, Fred, Marie-Maude, Johannine B., Catherine, Sébastien, Dominic, Marise et Marie-Michèle G. et tous les autres que je ne nomme pas, car la liste est trop longue. Vous vous êtes intéressés à mon projet. Certains se sont impliqués directement. Vous m'avez écoutée et encouragée. Mes amis, vous avez été présents et avez accepté ces nécessaires moments d'absence et mon besoin de solitude. Un merci spécial à Sébastien qui a toujours cru en mon potentiel; à Johannine B. pour sa présence, son écoute et ses conseils dans le « bureau »; à Marie-Hélène pour nos soirées où nous avons réfléchi sur le « monde », pour son aide lors de la correction et pour son amitié, tout simplement; à Maude pour le plus beau des cadeaux; à Olivier pour ses encouragements et ses précieux conseils ainsi qu'à Judith, surtout pour les « derniers kilomètres », parce qu'elle comprend mieux que quiconque. Finalement, je remercie Sylvain. Tu m'inspires et grâce à toi, je donne le meilleur de moi-même, chaque jour un peu plus. Merci de faire partie de ma vie.

Je remercie mes parents et ma famille, pour m'avoir transmis l'amour d'apprendre et le goût de persévérer dans mes études. Vous me suivez avec fierté depuis mes premiers pas. Sachez que, malgré la distance et mes trop longues absences, vous êtes les plus importants à mes yeux. Ces quelques mots ne peuvent exprimer toute la gratitude et l'amour que je vous porte. Merci de m'avoir aidé et encouragé à réaliser ce rêve, sans jamais douter.

À toutes les personnes qui ont joué un rôle, de près ou de loin, mais que je ne peux nommer par manque d'espace, je tiens à vous dire merci d'avoir contribué à l'accomplissement de mon plus grand défi et, surtout, de ce rêve qui n'était peut-être pas « si fou », finalement.



# Introduction

« Les accidents de travail, ça blesse plus de monde qu'on pense ». Voilà l'un des slogans de la campagne de prévention de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) en 2014. En effet, selon les statistiques de cet organisme public d'indemnisation, plus de 235 personnes se blessent au travail chaque jour au Québec (CSST, 2014d). Pour certains, cette blessure ne nécessitera aucun arrêt de travail. Plusieurs seront absents du travail quelques jours, voire quelques semaines seulement. Un petit nombre toutefois se retrouvera en situation d'incapacité prolongée (CSST, 2013b). Or, les conséquences négatives d'une absence prolongée sur le travailleur sont majeures. Plusieurs voient leur santé mentale se détériorer (Coutu, Baril, Durand, Côté, & Cadieux, 2011; Coutu, Durand, et coll., 2011; Lippel, 2007). Pour d'autres, l'estime de soi et l'identité, qui se construisent et se maintiennent en grande partie à l'âge adulte par le travail, se trouvent fragilisées (Arcand, Stock, Vézina, & Mercier, 2012; Clavier, 1994; Dejours, 1993; Mercure & Vultur, 2010; Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet, & Laurendeau, 1992). De plus, la dynamique familiale est parfois modifiée, avec toutes les conséquences que cela peut engendrer sur la vie de couple et les enfants. La situation financière peut devenir précaire, induisant ainsi une pression sur la famille au quotidien (Clavier, 1994; Lebeau, Duguay, & Boucher, 2013; Lippel, 2007). L'employeur est également touché par cette absence. Une perte de productivité et une augmentation des cotisations aux régimes d'indemnisation peuvent être observées (Lebeau & Duguay, 2011; Soklaridis, Cassidy, Gabrielle, Tompa, & Hogg-Johnson, 2012). Les lésions professionnelles engendrent ainsi de multiples conséquences, tant pour la personne que pour sa famille et son milieu de travail. Ces conséquences exigent de mieux comprendre ce qui freine le retour au travail afin de diminuer l'ampleur de la souffrance et des coûts qui y sont associés.

La communauté scientifique se penche de près sur la question du retour au travail à la suite d'une situation d'incapacité depuis de nombreuses années (Durand & Loisel, 2001; Frank et coll., 1998; Loisel & Anema, 2013; Loisel et coll., 2001; MacEachen, Kosny, Ferrier, & Chambers, 2010; St-Arnaud & Pelletier, 2013). Or, malgré toute cette attention, le phénomène menant à l'incapacité prolongée s'avère difficile à saisir et donc, à prévenir. Ne manquerait-il pas, comme dans un casse-tête, des morceaux essentiels permettant de mieux visualiser l'ensemble du phénomène? De quelle manière accéder à une meilleure compréhension? Y a-t-il des terrains de recherches peu investigués pour l'instant, mais pourtant au cœur du phénomène? À la lumière de plusieurs écrits scientifiques, un regard élargi sur le processus de retour au travail s'avère de plus en plus nécessaire afin d'en saisir les particularités ainsi que toute la complexité (Durand & Loisel, 2001; MacEachen et coll., 2010; Soklaridis, Ammendolia, & Cassidy, 2010). La prise en compte, non seulement du travailleur et des facteurs individuels, mais

également des collègues, du superviseur, des professionnels de la santé, ainsi que du contexte et des enjeux propres à chacun, s'avèrent des avenues privilégiées par plusieurs chercheurs (Loisel & Anema, 2013). De fait, la lésion ne serait pas le seul élément déterminant de la durée de l'absence. La prolongation de l'absence résulte d'une multitude de facteurs qui exigent de prendre en compte les différents systèmes qui interviennent durant le processus de retour au travail soit : l'individu et son système personnel (aspects physiques, cognitifs, sociaux et affectifs), le système de santé, le système d'indemnisation et le milieu de travail (Bültmann & Brouwer, 2013; Durand & Loisel, 2001; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001; MacEachen, 2013; Shaw, Kristman, & Vézina, 2013). L'étude de ces systèmes s'avère une voie privilégiée afin de mieux comprendre le retour au travail. Différents acteurs impliqués dans le retour au travail œuvrent au sein de ces systèmes. Leurs perspectives sur ce qui influence le retour au travail peuvent apporter un éclairage afin de mieux comprendre ce phénomène (Corbière et coll., 2014; Friesen, Yassi, & Cooper, 2001; Lemieux, Durand, & Hong, 2011; Lippel, 2007; MacEachen et coll., 2010; Tjulin, MacEachen, & Ekberg, 2010).

Parmi les systèmes qui interviennent durant le retour au travail, dans le cas d'une lésion professionnelle, le système public d'indemnisation serait particulièrement important en raison des mesures d'indemnisation et de réadaptation qu'il encadre, en plus de définir les rôles de plusieurs acteurs prenant part au processus de retour au travail (Baril, 2002; Baril, Martin, Lapointe, & Massicotte, 1994; CSST, 2014b; LATMP, 1985). Parmi ces acteurs, les intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public sont au cœur des différentes démarches menant vers le retour au travail (Baril et coll., 1994; CSST, 2014a; Durand & Loisel, 2001; Lippel, 2007; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001; Strunin & Boden, 2004). Ils travaillent à favoriser un retour rapide au travail afin de minimiser les impacts humains et financiers de l'absence et collaborent avec plusieurs acteurs en ce sens (Baril & Berthelette, 2000; Wasiak, Verma, Pransky, & Webster, 2004; Young, 2013). Or, bien que les intervenants de l'organisme d'indemnisation public soient au cœur du processus de retour au travail, leur perspective à propos du processus et de ce qui freine le retour au travail reste peu documentée jusqu'à maintenant.

Ce mémoire vise à prendre en compte la perspective que portent les intervenants de l'organisme d'indemnisation public sur le retour au travail afin de mieux saisir toute la complexité du retour au travail. En effet, les éléments formulés par les intervenants de l'organisme d'indemnisation permettront de combler un vide dans la littérature scientifique en ajoutant leur perspective à celles de plusieurs autres acteurs déjà documentées. Ces éléments permettront également d'obtenir une perspective plus

complète et profonde du processus qui mène ou non au retour au travail. Finalement, leur perspective permettra de mieux saisir le phénomène à partir des enjeux propres au contexte d'indemnisation, contexte particulier des lésions associées au travail.

Le début du premier chapitre est consacré à mettre en évidence l'ampleur des préoccupations à l'égard du retour au travail des individus à risque d'incapacité prolongée à la suite d'une lésion professionnelle. Cela permet de rendre compte du contexte législatif unique dans lequel se situe le processus de retour au travail. Ensuite, une description des particularités du travail de l'agent d'indemnisation et du conseiller en réadaptation est faite. Suis ensuite une présentation des divers cadres théoriques associés au retour au travail et des études empiriques portant sur les éléments qui influencent le retour au travail. Cet état des connaissances amène à s'interroger sur la place, dans la littérature empirique, de la perspective des acteurs du système d'indemnisation sur ce qui influence le retour au travail. Découlant de ces divers constats, l'objectif général et les questions de recherche de cette étude sont précisés. Le deuxième chapitre vise à préciser les choix conceptuels faits dans le cadre de cette étude. Premièrement, les principaux concepts sous-tendant l'objectif de l'étude sont repris séparément et définis. Deuxièmement, l'élaboration du modèle conceptuel est présentée sous forme narrative et graphique afin de situer les principales dimensions étudiées. Le troisième chapitre présente l'approche méthodologique et la posture épistémologique privilégiées afin de répondre aux objectifs de recherche. La description et les choix de méthodes sont décrits de manière précise afin de mieux situer la démarche scientifique effectuée, et cela, en cohérence avec le cadre conceptuel et l'approche compréhensive privilégiée. Le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude. Une première partie présente les caractéristiques socioprofessionnelles et sociodémographiques des participants. Ensuite, les éléments influençant le retour au travail sont présentés en détail et de manière descriptive, tels qu'ils ressortent de l'analyse thématique. L'analyse des résultats se base sur le cadre conceptuel proposé au chapitre précédent. Des extraits du verbatim viennent appuyer et détailler la perspective des intervenants rencontrés dans le cadre de cette étude. Dans ce chapitre, une analyse est amorcée à propos des thèmes significatifs émergeant du discours des intervenants et de leurs interrelations. Finalement, le chapitre 5 offre une analyse approfondie des éléments qui influencent le retour au travail tout en permettant de les situer au regard du contexte particulier du travail des intervenants. Les éléments sont discutés non seulement à la lumière de la littérature scientifique et professionnelle portant sur le retour au travail, mais également dans un exercice de compréhension plus large, au regard d'éléments puisés en dehors de la littérature scientifique portant spécifiquement sur le retour au travail. Les retombées ainsi que les principales forces et limites du mémoire sont également présentées. Ce chapitre se termine avec les principales perspectives de recherche et les contributions de ce mémoire aux sciences de l'orientation. Finalement,

une synthèse et une conclusion permettent de faire état des principaux résultats et d'ouvrir sur des pistes de réflexion pouvant améliorer le processus de retour au travail, mais également les recherches ultérieures sur le retour au travail.

# Chapitre 1 — État des connaissances

## 1.1 Préoccupations à l'égard du retour au travail des individus à risque d'incapacité prolongée à la suite d'une lésion professionnelle

### 1.1.1 Contexte historique québécois

Au Québec, au fil des décennies, la situation des individus en situation d'incapacité à la suite d'une lésion professionnelle, notamment en ce qui a trait à l'indemnisation et à la réadaptation, a mené à des luttes ouvrières, à la création d'organismes publics, à des mesures législatives ainsi qu'à la mobilisation de plusieurs chercheurs. Ces moments marquants de l'histoire québécoise sont présentés par ordre chronologique, de la fin du 19<sup>e</sup> siècle jusqu'aux années 90.

Tout au long du 19<sup>e</sup> siècle, le sort difficile réservé aux travailleurs blessés soulève de nombreuses préoccupations. Les confréries de métiers se sentent directement concernées par la situation des travailleurs et se soutiennent mutuellement en cas de lésion professionnelle (Dionne, 2002). Toutefois, la législation québécoise en matière de responsabilité et de réparation n'accorde aucun recours au travailleur lorsque la cause de la lésion est inconnue ou interprétée comme résultant de l'imprudence du travailleur. Or, cela s'avère être le cas de nombreux accidents. En effet, à cette époque, le travailleur doit faire la preuve que sa lésion découle du travail qu'il effectue. Également, il lui revient la responsabilité d'entreprendre des poursuites judiciaires contre son employeur afin de démontrer la responsabilité de ce dernier à l'égard du fait accidentel (Dionne, 2002). Ces procédures et ces règles de droit s'avèrent fort préjudiciables pour le travailleur. C'est ainsi que des individus se mobilisent et tentent de se faire entendre afin de modifier la législation québécoise (Dionne, 2002).

En 1909, une première loi portant sur l'indemnisation est adoptée afin de soutenir les travailleurs subissant un arrêt de travail à la suite d'une lésion associée au travail (CSST, 2014b). Le travailleur a droit à l'indemnisation sans avoir à prouver qu'il n'est pas en faute. Également, l'indemnisation est maintenant à la charge de l'employeur. En 1931, la Loi sur les accidents de travail (LAT) est adoptée et confère alors un régime quasi universel d'indemnisation (Dionne, 2002). Cette loi marque la naissance d'un nouveau régime d'indemnisation des travailleurs ayant une lésion professionnelle. Elle permet un contrat social entre le travailleur et l'employeur : le travailleur est indemnisé lorsqu'il est victime d'un accident du travail et l'employeur bénéficie d'un régime collectif d'assurance responsabilité sans égard à la faute (CSST, 2014b). Ce régime présente alors une avancée pour la protection des travailleurs

accidentés, mais demeure encore déficient pour répondre aux besoins découlant des lésions professionnelles.

La fin des « Trentes glorieuses » (Fourastié, 1979), ces années caractérisées notamment par le plein-emploi et l'enrichissement collectif dans les pays industrialisés, sont le berceau de plusieurs mouvements populaires visant à défendre les droits des minorités. En effet, dans les années 60 et 70, plusieurs préoccupations au niveau international découlent des conséquences associées aux incapacités fonctionnelles persistantes chez une minorité d'individus ayant subi un accident de travail et des blessures durant les deux grandes guerres. Notamment, plusieurs mettent de l'avant les enjeux entourant l'indemnisation de ces individus, à laquelle s'ajoutent des enjeux capitalistes de maintien de la force de travail et de la productivité humaine (Fougeyrollas, 2002).

À partir des années 30 et jusqu'à la fin des années 70, le Québec connaît une vague de mobilisations visant à obtenir de meilleures protections pour les travailleurs, qui marqueront l'histoire syndicale. De grands conflits ouvriers sont centrés sur la question de la santé et de la sécurité des travailleurs, dont les grèves de l'amiante. Cette émergence des mouvements sociaux engendre, au fil des années, une série de débats et de mesures étatiques dans le domaine de la santé et de la sécurité des travailleurs (Fougeyrollas, 2010).

Outre la préoccupation pour l'indemnisation des travailleurs, les instances québécoises démontrent également une préoccupation pour la réadaptation des travailleurs (CSST, 2014b). Déjà, dans les années 30, le constat émerge : les travailleurs vivant une situation d'absence prolongée du marché du travail à la suite d'une lésion engendrent des coûts élevés en indemnisation, une réduction de la main-d'œuvre disponible ainsi que des frais médicaux importants (CSST, 2014b). Les coûts élevés deviennent ainsi une préoccupation grandissante pour les instances d'indemnisation, poussant ces dernières à s'interroger sur le processus de réadaptation (CSST, 2014b). C'est ainsi qu'une des priorités de la Commission des accidents du travail (CAT) réfère à l'offre de service en réadaptation afin de faciliter le retour au travail (CSST, 2014b). Malgré cet objectif explicite de la part du gouvernement, et en réponse au maintien d'un taux élevé d'absentéisme dû notamment au manque d'accès à des services appropriés, un premier centre consacré à la réadaptation physique verra le jour à Québec en 1965 (CSST, 2014b). Témoin privilégié des valeurs occidentales en ce qui a trait à la place du travail dans notre société, la plaque d'inauguration du Centre de réadaptation de Québec dévoile alors sa maxime : « Accidenté, récupère ta capacité de travail » (Fougeyrollas, 2002). Face à la problématique de l'incapacité prolongée, la récupération de la capacité de travail de l'individu constitue ainsi l'objectif principal à atteindre

(Fougeyrollas, 2002). Également, dans le sillage de la reconnaissance à l'échelle mondiale des droits de l'homme par l'Organisation des Nations unies (ONU), la Commission Castonguay-Nepveu instaure, en 1966, une vision de « santé globale » assurant à l'individu de recevoir les soins nécessaires à sa condition, d'où découle une refonte du système de santé (Fougeyrollas, 2002; Gouvernement du Québec, 2010). La vision curative et médicale intègre peu à peu une dimension sociale (Fougeyrollas, 2002; Gouvernement du Québec, 2010).

Au Québec, en 1978, le domaine de la santé et sécurité est marqué par la publication du livre blanc du Gouvernement du Québec qui offre une description rigoureuse de la situation québécoise de l'époque en santé et sécurité (Vinet, 1979). Ce document contribuera à faire naître, quelque temps plus tard, la Loi sur la santé et la sécurité du Québec (LSST) (CSST, 2014b). Cette loi permet à la CSST de voir le jour au début des années 80 (CSST, 2014b). Dès sa naissance, la CSST place en tête de ses priorités, à l'instar des années 40, le prompt retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle. L'importance accordée par cet organisme à une approche individualisée ainsi qu'au développement de l'expertise en réadaptation apportera son lot d'initiatives, dont l'adoption de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) (CSST, 2014b). La LATMP instaure des mesures importantes qui influencent encore aujourd'hui le processus de retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle : le droit à la réadaptation physique, sociale et professionnelle (art. 145 à 178), la procédure d'assignation temporaire (art. 179 à 180) et le droit de retour au travail (art. 234 à 246). Cette loi prévoit également que le médecin traitant choisi librement par le travailleur devienne l'intervenant majeur au niveau du traitement et de la réadaptation, sous réserve du droit de contestation (art. 192 à 225).

Parallèlement à la création de la CSST, la mise sur pied en 1980 de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST) permet une contribution de la recherche dans le domaine de la réadaptation professionnelle (CSST, 2014b). Quelque temps après sa création, soit en 1983, pour faire suite au constat de l'augmentation des soins de santé destinés aux travailleurs atteints d'une affection vertébrale, la CSST confie à l'IRSST le mandat de faire état de la situation et d'émettre des recommandations. Ce mandat est accompli par un groupe de chercheurs provenant d'une multitude de disciplines, le *Quebec Task Force on Spinal Disorder* (Spitzer, 1986). Le rapport publié en 1986, mieux connu sous le nom de *Rapport Spitzer*, aura l'effet de mobiliser et d'orienter les recherches et les interventions ultérieures, notamment en ce qui a trait à l'incapacité de travail à la suite d'une affection vertébrale (Baril, 2002). Ce rapport confirme également une préoccupation importante envers l'incapacité associée aux affections vertébrales : une grande proportion des coûts est engendrée par une minorité de travailleurs (Spitzer, 1986). En effet, les coûts sont en rapport direct avec la durée d'absence

puisqu'une grande portion de ces derniers provient des indemnités de remplacement de revenus (Baril, 2002; Spitzer, 1986). À ce propos, dans une recherche publiée en 1987, Abenhaim et Suissa ont étudié le cas d'environ 2 500 travailleurs absents du travail pour une affection vertébrale. Les résultats démontrent que 74,2 % des travailleurs étaient absents moins d'un mois et que 7,4 % étaient absents plus de 6 mois. L'étude fait ressortir que ce petit nombre d'absences prolongées engendre toutefois près de 73,2 % des coûts médicaux et 76 % des coûts d'indemnisation. Les constats issus de ces études démontrent ainsi l'importance de s'attaquer au phénomène de l'incapacité associé aux affections vertébrales et, surtout, de mieux en comprendre les causes lorsqu'elle se prolonge (Spitzer, 1986). En ce sens, le *Rapport Spitzer* invite les chercheurs à se préoccuper des éléments qui influencent la réadaptation et le retour au travail en considérant une multitude de facteurs (ex. psychologiques, sociaux, économiques, etc.). Les chercheurs insistent sur le fait que le retour au travail est le but des traitements.

À la suite de ce rapport, de nombreux chercheurs tenteront de mieux comprendre ce qui influence le retour au travail. Notamment, l'étude de Baril et coll. (1994) met en lumière la complexité et la diversité des processus de retour au travail. Les travaux de Loisel et coll. (1994) viennent confirmer l'importance du milieu de travail afin de favoriser le retour au travail. Selon Baril (2002), les différentes recherches menées entre la fin des années 80 et le début des années 90 démontrent la nécessité de concevoir le retour au travail dans une optique thérapeutique, de favoriser le retour chez l'employeur pré-lésionnel et de considérer l'importance du contexte et de la dynamique entre les acteurs durant le processus de retour au travail. Ces constats génèrent depuis ce temps de nombreuses recherches visant à mieux comprendre ce qui influence le retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle (Beardwood, Kirsh, & Clark, 2005; Brouwer et coll., 2009; Côte, Clarke, Deguire, Frank, & Yassi, 2001; Dionne et coll., 2013; Friesen et coll., 2001; Guzman, Yassi, Cooper, & Khokhar, 2002; Krause, Frank, Dasinger, Sullivan, & Sinclair, 2001; MacEachen et coll., 2010; Shaw, Robertson, Pransky, & McLellan, 2003; Soklaridis et coll., 2010; St-Arnaud & Corbière, 2011a; St-Arnaud, Saint-Jean, & Rhéaume, 2003; Tjulin, MacEachen, Stiwnne, & Ekberg, 2011).

### 1.1.2 Conséquences de l'incapacité de travail à la suite d'une lésion professionnelle

L'incapacité de travail à la suite d'une lésion professionnelle représente un lourd fardeau économique pour les employeurs, les travailleurs et les sociétés (Gilks & Logan, 2010; Lebeau et coll., 2013; Leigh, Markowitz, Fahs, Shin, & Landrigan, 1997; OIT, 2002). Lebeau et Duguay (2011) distinguent les coûts liés aux lésions professionnelles selon qu'ils soient directs, indirects ou humains. Les coûts directs

correspondent au traitement et à la réparation des lésions, tels les frais liés aux soins médicaux (Lebeau & Duguay, 2011). Les coûts indirects représentent les pertes engendrées pour le travailleur, mais également pour sa famille, l'organisation et la société (Lebeau & Duguay, 2011; Leigh, Cone, & Harrison, 2001; Tompa, 2013). Finalement, les coûts humains, de nature intangible, s'avèrent plus difficiles à quantifier. Selon Lebeau et coll. (2013), les coûts humains sont toutefois non négligeables, puisque ces chercheurs estiment qu'ils représentent 62 % environ de l'ensemble des coûts annuels liés aux lésions professionnelles au Québec entre 2005 et 2007. Les coûts humains, tels que la diminution de la santé et des interactions avec la famille, la souffrance de l'individu et les indemnités pour dommages corporels, correspondent à la valeur du changement dans la qualité de vie du travailleur et de son entourage (Lebeau & Duguay, 2011; Weil, 2001).

Selon l'Organisation Internationale du travail (2002), les coûts directs et indirects reliés aux lésions professionnelles représentent 4 % du PIB mondial. Aux États-Unis, ces coûts étaient estimés à 171 milliards de dollars en 1992 (Leigh et coll., 1997). Toutefois, selon Leigh et coll. (1997), il s'agirait d'une sous-estimation puisque la douleur et la souffrance des personnes atteintes ainsi que les coûts liés aux soins qu'apportent les membres de la famille ne seraient pas pris en compte dans cette estimation. Au Canada, l'ensemble des coûts directs et indirects des lésions professionnelles est estimé à 19 milliards de dollars annuellement (Gilks & Logan, 2010). Une étude effectuée par Lebeau et ses collègues (2013) estime les coûts globaux des lésions professionnelles au Québec, tant financiers qu'humains, à 4,64 milliards de dollars en moyenne pour la période entre 2005 et 2007. Selon ces auteurs, ce chiffre est probablement sous-estimé étant donné certaines limites méthodologiques de l'étude. Également, un certain nombre d'individus en situation d'incapacité à la suite d'une lésion professionnelle ne sont pas indemnisés et sont donc absents des fichiers administratifs de l'organisme d'indemnisation public, d'où proviennent une majorité des données. C'est ainsi que les indicateurs de coûts associés aux lésions professionnelles peuvent s'avérer imparfaits et ne pas représenter la réalité de l'ensemble des travailleurs (Lebeau et coll., 2013; Lippel, 2006; Shannon & Lowe, 2002).

Au-delà du calcul des coûts humains utilisés lors du calcul du fardeau économique, plusieurs chercheurs ont tenté de décrire l'impact d'une situation d'incapacité de travail dans la vie d'un travailleur en documentant la perspective du travailleur (Clavier, 1994; Lippel, 2007; Roberts-Yates, 2003; Soklaridis et coll., 2010). Notamment, des travaux démontrent que certains travailleurs en situation d'incapacité liée aux lésions professionnelles rapportent se sentir stigmatisés, notamment par leur entourage, leur réseau personnel, le milieu de travail, les professionnels de la santé et l'organisme d'indemnisation (Eakin, MacEachen, & Clarke, 2003; Lippel, 2007; Roberts-Yates, 2003; Soklaridis et coll., 2010). En ce sens,

une étude menée auprès de travailleurs québécois en situation d'incapacité et bénéficiant d'une indemnisation met en lumière l'impression pour certains d'être considérés comme des « criminels », notamment lorsque leur lésion n'est pas apparente (Lippel, 2007). Également, la précarité engendrée par la situation d'incapacité peut rendre les finances personnelles instables : difficulté à rembourser certaines dettes, confiscation de biens, humiliation de recourir à l'aide sociale et angoisse face aux effets que cela engendre sur les membres de la famille (Lippel, 2007; Soklaridis et coll., 2010). Il ressort ainsi de ces études qu'une situation d'incapacité peut s'avérer être une expérience difficile pour certains travailleurs.

Également, des chercheurs mettent de l'avant certaines difficultés vécues par le travailleur qui s'inscrivent dans le processus d'indemnisation et de réadaptation. Pour certains, ce processus peut être une source de stress importante et générer des effets négatifs sur leur santé mentale (Lippel, 2007; Roberts-Yates, 2003). Une étude menée par Soklaridis et coll. (2010) démontre que certains travailleurs ressentent du stress et de la colère lorsqu'ils interagissent avec l'organisme d'indemnisation. L'analyse du discours de quelques travailleurs interpellés à propos de leur expérience du processus d'indemnisation rend également compte d'idées suicidaires (Lippel, 2007). D'autres expliquent se sentir engagés dans un processus où les forces sont inégales, comparant leur situation à celle de « David et Goliath » (Lippel, 2007; MacEachen et coll., 2010). Il ressort d'une étude menée auprès de travailleurs indemnisés pour une lésion professionnelle que le processus peut être perçu, dans certains cas, comme ne tenant pas compte de leurs situations uniques. Les travailleurs perçoivent que le processus est administré selon des procédures rigides établies par le système d'indemnisation (Roberts-Yates, 2003). En ce sens, un travailleur indemnisé décrit ainsi son expérience : « *I just felt like a number with skin on* (Je me sentais comme un simple numéro recouvert d'une peau) » (Roberts-Yates, 2003 [traduction libre]). C'est ainsi que le processus d'indemnisation semble alourdir la situation déjà difficile des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle.

En conclusion, les préoccupations étatiques, scientifiques et communautaires envers les conséquences des lésions professionnelles sur la vie des travailleurs, mais également sur les coûts découlant de l'indemnisation et de la réadaptation, ont mené à l'émergence du besoin de favoriser le retour au travail et de mieux comprendre ce qui peut mener à une situation d'incapacité du travail prolongée. Toutefois, il appert que la situation des travailleurs en incapacité à la suite d'une lésion professionnelle s'inscrit au Québec dans un contexte distinct de ceux en incapacité en raison d'une lésion non liée au travail, notamment en raison du contexte législatif. En effet, « en accordant aux travailleurs victimes de lésions professionnelles le droit à la réadaptation et le droit de retour au travail, la Loi sur les accidents de travail

et les maladies professionnelles fait de ces travailleurs une catégorie distincte » (Baril et coll., 1994, p. 11). Il devient important de situer et de tenir compte du contexte législatif québécois régissant les aspects d'indemnisation et de réadaptation à la suite d'une lésion professionnelle, ainsi que les objectifs et la nature des interventions mises en place dans le contexte de la LATMP (Baril et coll., 1994; Lapointe, 1991).

## **1.2 Système législatif d'indemnisation et de réadaptation québécois**

### **1.2.1 Principales lésions professionnelles indemnisées**

Au Québec, la LATMP permet l'indemnisation<sup>1</sup> des travailleurs qui sont victimes d'une lésion entraînant une situation d'incapacité lorsque cette lésion (maladie ou blessure) survient par le fait ou à l'occasion d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle y compris lors d'une récurrence, d'une rechute ou d'une aggravation de cette lésion (art. 2). Au Québec, en 2013, la CSST a indemnisé 152 614 lésions professionnelles (CSST, 2014e). La majorité des lésions avec perte de temps surviennent dans le cadre de professions manuelles (Duguay, Boucher, Busque, Prud'homme, & Vergara, 2012). Près d'une lésion sur huit engendre une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur. La partie du corps la plus fréquemment atteinte est le dos, suivi des mains et des doigts. Les lésions impliquent en majorité une entorse-foulure ou une ecchymose-contusion (Duguay et coll., 2012). Les types de lésions professionnelles sont multiples. Toutefois, certaines lésions indemnisées se démarquent par leur fréquence et l'ampleur de la problématique qu'elles génèrent, telles que les troubles musculo-squelettiques (TMS)<sup>2</sup>, les affections vertébrales<sup>3</sup> et les lésions associées au stress<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Selon la CSST, une lésion indemnisée est celle pour laquelle des indemnités de remplacement du revenu ou des indemnités pour préjudice corporel ou des indemnités de décès ont été versées au dossier (CSST, 2011b).

<sup>2</sup> L'expression « trouble musculo-squelettique » correspond à des atteintes de l'appareil locomoteur, c'est-à-dire des muscles, des tendons, du squelette, des cartilages, des ligaments et des nerfs (Luttman, Jäger, & Griefhan, 2004, p. 1). Ces structures musculo-squelettiques subissent des atteintes inflammatoires ou dégénératives (CSST, 2014f). Les pathologies surviennent lors d'une sursollicitation articulaire, notamment lorsque la charge de travail mécanique est supérieure à la capacité fonctionnelle des différents constituants de l'appareil musculo-squelettique (CSST, 2014f; Luttman et coll., 2004, p. 2). Certains facteurs psychosociaux, tels qu'un faible soutien social et des contraintes de temps, sont également associés à l'apparition des TMS (Luttman et coll., 2004).

<sup>3</sup> Communément appelées « maux de dos », les affections vertébrales englobent les lésions situées dans les régions cervicale, dorsale et lombaire (CSST, 2011b). Les affections vertébrales regroupent les réactions physiopathologiques caractérisées par des symptômes tels que la douleur avec parfois des problèmes de fonctionnement. Elles s'établissent le plus souvent des suites d'un traumatisme (CSST, 2012, p. 5).

<sup>4</sup> De 2008 à 2011, plus des deux tiers des lésions attribuables au stress en milieu de travail (73,7 %) correspondaient à l'un des quatre genres d'accident ou d'exposition suivants : exposition à un événement traumatisant (40,1 %), menace armée (13,8 %), coups, coups de pied, volée de coups (10,0 %) ou menace verbale (9,9 %). En ce qui concerne la nature de la lésion, le choc nerveux (stress post-traumatique) est le premier en importance avec une proportion de 64,1 % en 2011, en hausse sur la période étudiée. Sa proportion est passée de 61,6 % en 2008 à 64,1 % en 2011. Le trouble d'adaptation est le second type de lésion en importance et sa proportion est à la hausse, étant passée de 17,8 % en 2008 à 18,5 % en 2011. Quant à

Selon le plus récent rapport de la CSST, en 2014, les TMS représentaient 27,2 % des dossiers ouverts et acceptés à la CSST, cette proportion étant relativement stable au cours des dernières années (CSST, 2015b). Les affections vertébrales sont les lésions ayant la plus forte proportion de l'ensemble des lésions de type TMS indemnisées (CSST, 2012, 2014f, 2015b). Il ressort que le nombre d'affections vertébrales tend à diminuer entre 2008 et 2014 (CSST, 2011b, 2012, 2015b)<sup>5</sup>. En contrepartie, il est important de souligner que la durée moyenne d'absence du travail liée aux affections vertébrales tend à augmenter depuis quelques années. Entre 2003 et 2011, la durée moyenne d'absence est passée de 53,5 jours en 2003 à 61 jours en 2011 (CSST, 2007b, 2012). Parallèlement, les indemnités de remplacement de revenu sont également à la hausse pour la même période (CSST, 2007b, 2012).

Au Québec, les lésions associées au stress représentent une très faible proportion de l'ensemble des lésions indemnisées soit environ 1,47 % de l'ensemble des lésions indemnisées en 2011 (CSST, 2013c). Toutefois, la grande majorité des réclamations d'invalidité auprès des assureurs privés pour des troubles de santé mentale connaîtrait une croissance constante et serait attribuable à la dépression (Dewa, Goering, & Caveen, 2004; Dewa, McDaid, & Sultan-Taïeb, 2011). Au Québec, selon les données issues l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) (Vézina et coll., 2011a), environ 7,4 % des travailleurs ayant participé à l'étude déclarent avoir souffert de symptômes dépressifs liés au travail. Parmi ceux-ci, plus de 40 % se sont absentés de leur travail pour cette raison et de ce nombre environ 25 % l'ont été pour une période de plus de 3 mois.

L'incidence des facteurs de risques psychosociaux au travail sur les problèmes de santé mentale, notamment la dépression majeure et les symptômes dépressifs, est documentée (Bonde, 2008; Clumeck et coll., 2009; Grynderup et coll., 2013; Ibrahim, Scott, Cole, Shannon, & Eyles, 2001; Jensen, Wieclaw, Munch-Hansen, Thulstrup, & Bonde, 2010; Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010; Vézina, Theorell, & Brisson, 2015). Notamment, dans une recension systématique de la littérature portant sur les facteurs psychosociaux occupationnels, Nieuwenhuijsen et coll. (2010) indiquent que les preuves scientifiques démontreraient fortement qu'une faible maîtrise de son emploi, un faible soutien social ainsi qu'un déséquilibre entre les efforts et les récompenses au travail seraient des facteurs de risque de

l'anxiété, au stress, aux troubles névrotiques, cette catégorie est troisième en importance avec 12,5 % des cas en 2011, une proportion à la baisse passant de 16,5 % en 2008 à 12,5 % en 2011 (CSST, 2013c, p. 9).

<sup>5</sup> «En 2011, une façon commune d'extraire les données sur les lésions de type TMS a été adoptée par la CSST, l'IRSST et l'Institut national de santé publique du Québec, afin de faciliter la cohérence et l'interprétation des données tirées des banques informationnelles de la CSST.» (CSST, 2015b, p. 6) Ces changements exigent de présenter séparément les données issues des rapports statistiques de la CSST portant sur les TMS publiés avant 2011 et ceux après 2011; les calculs et les regroupements étant différents.

développer des troubles liés au stress. Selon les données issues de l'EQCOTESST (Vézina et coll., 2011a), les travailleurs exposés à une combinaison de contraintes physiques et psychosociales dans leur milieu de travail sont fortement plus à risque de développer des symptômes dépressifs liés au travail. Selon Vézina et coll. (2015, p. 316) :

Au cours des dernières décennies, les milieux de travail ont connu de profondes transformations, qui se sont globalement traduites par une intensification du travail et une précarisation des liens d'emploi. [...] Même si l'approche épidémiologique appliquée au stress professionnel est un champ relativement nouveau en science, il existe malgré tout plusieurs recherches internationales en épidémiologie sociale qui ont permis de documenter les impacts de ces transformations sur la santé des travailleurs en termes de maladies cardiovasculaires, mentales et musculo-squelettiques.

Or, il semble que ce ne soit pas tous les travailleurs qui ont subi une lésion en raison du travail qui soient indemnisés (Lippel, 2006; Shannon & Lowe, 2002; Spieler & Burton Jr., 2012; Vézina et coll., 2011a). Selon les données issues de l'EQCOTESST :

Il a été noté que le tiers des victimes d'un accident du travail ayant entraîné une absence n'a pas fait de réclamation à la CSST. La situation est encore plus flagrante pour les salariés non cadres qui se sont absentes de leur travail en raison de douleurs musculo-squelettiques qu'ils attribuent entièrement à leur emploi, car plus de 80 % d'entre eux n'ont pas adressé une demande d'indemnisation à cet organisme. Près de 23 % des salariés et 81 % des travailleurs autonomes qui se sont absentes du travail à cause de TMS liés au travail n'ont reçu aucun revenu durant ces absences. Pour ce qui est des troubles psychiques, plus de 40 % des travailleurs qui présentent des symptômes dépressifs qu'ils attribuent en tout ou en partie à leur travail se sont absentes en raison de ce problème et près d'un quart d'entre eux n'ont reçu aucun revenu pendant ce temps. Ces résultats suggèrent que les données d'indemnisation présentent un écart par rapport à l'ampleur réelle des lésions professionnelles (accidents et maladies). (Vézina et coll., 2011b, p. 27)

Les raisons invoquées par les travailleurs pour ne pas réclamer d'indemnisation sont le manque d'informations reçues à propos de l'indemnisation et des raisons d'ordre administratif et relationnel (Vézina et coll., 2011b), Également, selon Lippel (2006), tout porte à croire que certains travailleurs ne sont pas indemnisés par l'organisme public en raison d'une sous-déclaration des maladies et d'un taux de rejet important des réclamations soumises. Les difficultés de faire reconnaître la lésion comme étant liée au travail ainsi que l'accès à un régime universel de soins de santé sont parmi les raisons soulevées par la chercheuse pour expliquer cette situation. Il appert ainsi que la prévalence des lésions résultant d'un accident de travail, notamment des TMS, des affections vertébrales et des lésions associées au stress, est probablement supérieure à celles des lésions professionnelles indemnisées par l'organisme d'indemnisation.

## 1.2.2 Fonctionnement : législation et procédures

Au Québec, le régime d'indemnisation et de réadaptation des lésions professionnelles est géré par un organisme public, la CSST. En 2014, l'organisme estime qu'environ 3 754 690 travailleurs québécois sont couverts par le régime (CSST, 2015a). Ce régime est relativement semblable dans sa structure aux organismes d'indemnisation anglo-saxons tels que ceux des autres provinces canadiennes, des États-Unis et de l'Australie (Lippel, 2007).

À travers le monde, les régimes d'indemnisation diffèrent selon l'autorité juridique auquel ils appartiennent (Lippel & Lötters, 2013). Le régime d'indemnisation québécois est un système basé sur l'événement accidentel engendrant la situation d'incapacité (cause-based system) (Lippel & Lötters, 2013). Ce régime offre une indemnisation lorsque l'événement est reconnu comme survenant par le fait ou à l'occasion du travail (LATMP, 1985, art. 44). Ainsi, le lien entre la lésion et le travail doit être démontré afin d'obtenir une indemnisation et des services de réadaptation (Lippel & Lötters, 2013).

Il a été vu précédemment que ce type de système d'assurance sociale attaché au travail est le fruit d'un important « compromis historique » : un système financé exclusivement par les employeurs en échange d'une protection contre les recours possibles de la part des travailleurs. Les travailleurs sont pour leur part indemnisés dans le cas d'une lésion causée par leur travail. Le régime d'indemnisation protège ainsi à la fois l'employeur et le travailleur sans égard à la responsabilité (Lippel, 2007; Lippel & Lötters, 2013). Ce détail historique permet de comprendre que l'employeur, bien qu'il finance le système, ne soit pas l'unique tributaire des services et qu'ainsi le travailleur reçoit des services et des indemnisations à la suite d'un accident de travail (Lippel & Lötters, 2013).

Pour établir la tarification annuelle de chaque employeur, la CSST établit un taux de prime en fonction du taux de tarification le plus adapté à la situation de chaque organisation (CSST, 2007a). Les divers taux visent notamment à encourager l'employeur à effectuer de la prévention, à faciliter la réadaptation de ses travailleurs ayant une lésion professionnelle et à favoriser un retour prompt et durable (CSST, 2007a).

La CSST a compétence exclusive pour toutes les questions relevant de la LATMP (Baril et coll., 1994). Cette loi a pour objet « la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires » (art. 1). Elle a comme principal objectif la réintégration professionnelle du travailleur ayant une lésion professionnelle (Baril et coll., 1994). Elle détermine l'ensemble des règles

et des modalités s'appliquant à l'indemnisation, aux soins médicaux et à la réadaptation physique, sociale et professionnelle d'un travailleur ayant une lésion professionnelle ainsi que les modalités de financement de son régime (Baril et coll., 1994; CSST, 2014b; LATMP, 1985).

En cas d'une situation d'incapacité de travail, le travailleur reçoit un remplacement de revenu de 90 % de son salaire net jusqu'à un maximum déterminé (LATMP, 1985, art. 45). Ces prestations se terminent avec le retour au travail ou jusqu'à un an après la date où l'individu a été jugé apte à travailler (LATMP, 1985, art. 48). Un montant est également prévu pour couvrir la différence dans le cas d'un salaire moindre que celui précédent la lésion (Baril et coll., 1994). Si le travailleur est jugé inapte à occuper un emploi, il recevra des prestations jusqu'à l'âge de la retraite (Baril et coll., 1994). Il est également indemnisé s'il garde des séquelles permanentes de cette lésion (Baril et coll., 1994; Lippel & Lötters, 2013).

La LATMP prévoit deux droits fondamentaux aux travailleurs : le droit à la réadaptation et le droit au retour au travail (CSST, 2007a; LATMP, 1985, art. 1). Le droit de retour au travail permet notamment au travailleur de protéger son emploi et ses acquis professionnels (ancienneté, années de service continu, régime de retraite et d'assurance, rémunération, etc.) (Lapointe, 1991). Ce droit oblige l'employeur à reprendre un travailleur qui redevient apte à occuper son emploi habituel, ou un emploi équivalent<sup>6</sup> ou tout autre emploi convenable<sup>7</sup> à sa situation et qui est disponible dans l'entreprise, et ce, selon la particularité de chaque situation (par exemple une convention collective qui prévoit des règles d'ancienneté) (Baril et coll., 1994; CSST, 2007a; Lapointe, 1991; LATMP, 1985). Le travailleur conserve ce droit durant deux ans s'il travaille pour un organisme de plus de 20 employés ou un an dans les autres cas (CSST, 2007a). Le droit de réadaptation s'inscrit dans la situation où l'intégrité psychique ou physique du travailleur est altérée de manière permanente, nécessitant des ressources pour favoriser son retour sur le marché du travail (CSST, 2007a; LATMP, 1985). Il permet d'offrir aux travailleurs des compensations financières (indemnité de remplacement de revenu et montant pour des atteintes permanentes) et des services de réadaptation individualisés aux niveaux physique, social et professionnel (Baril et coll., 1994).

<sup>6</sup> Emploi équivalent: un emploi qui possède des caractéristiques semblables à celles de l'emploi qu'occupait le travailleur au moment de sa lésion professionnelle relativement aux qualifications professionnelles requises, au salaire, aux avantages sociaux, à la durée et aux conditions d'exercice. (LATMP, 1985, art. 2)

<sup>7</sup> Emploi convenable: un emploi approprié qui permet au travailleur victime d'une lésion professionnelle d'utiliser sa capacité résiduelle et ses qualifications professionnelles, qui présente une possibilité raisonnable d'embauche et dont les conditions d'exercice ne comportent pas de danger pour la santé, la sécurité ou l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion. (LATMP, 1985, art. 2)

Le programme de réadaptation physique vise à éliminer ou à atténuer l'incapacité physique du travailleur découlant des limitations fonctionnelles engendrées par sa lésion professionnelle (LATMP, 1985, art. 148). Il comprend les soins et les traitements, dont les soins infirmiers, la physiothérapie et l'ergothérapie, que le médecin traitant du travailleur juge nécessaires (LATMP, 1985, art. 149). Le programme de réadaptation sociale « a pour but d'aider le travailleur à surmonter dans la mesure du possible les conséquences personnelles et sociales de sa lésion professionnelle, à s'adapter à la nouvelle situation qui découle de sa lésion et à redevenir autonome dans l'accomplissement de ses activités habituelles » (LATMP, 1985, art. 151). Il peut comprendre des services d'interventions psychosociales, des services pour adapter le domicile, faciliter le transport et la vie quotidienne du travailleur, tels que le remboursement des frais de garderie (LATMP, 1985, art. 152). Le programme de réadaptation professionnelle a comme objectif initial le retour au travail pré-lésionnel (emploi occupé avant la lésion) ou à un emploi équivalent. Si cela n'est pas possible, le programme de réadaptation professionnelle vise ensuite tout autre emploi convenable (LATMP, 1985, art. 166). Il regroupe plusieurs interventions telles que la formation professionnelle, l'aide à la recherche d'emploi et l'adaptation du poste de travail (LATMP, 1985, art. 167).

La CSST a comme objectif d'intervenir dès que possible pour favoriser le retour au travail du travailleur afin de diminuer les coûts et de permettre au travailleur d'utiliser son droit de retour au travail (Baril & Berthelette, 2000). En 1993, la CSST a mis sur pied une politique de maintien du lien d'emploi afin de favoriser le retour dans le milieu de travail pré-lésionnel. Ainsi, le retour au travail dans le milieu de travail qu'occupait le travailleur avant son accident est priorisé (Baril & Berthelette, 2000). Plusieurs mesures sont mises de l'avant pour favoriser le retour rapide en emploi, telles que le maintien du contact avec le milieu de travail et l'activation professionnelle du travailleur (Berthelette & Baril, 2002). En ce sens, l'assignation temporaire est une mesure favorisant cet objectif (Baril & Berthelette, 2000). L'assignation temporaire est un travail que le travailleur peut accomplir, sans danger pour sa santé et favorisant sa réadaptation (LATMP, 1985, art. 179). Lors d'une étude menée par Baril et Berthelette (2000), 90 % des dossiers étudiés étaient caractérisés par une assignation temporaire<sup>8</sup>. Cette mesure est appliquée selon l'initiative de l'employeur lorsqu'il obtient un consentement médical à cet effet (Baril et coll., 1994; LATMP, 1985).

Si un employeur ou un travailleur se croient lésés dans le cadre d'une des décisions prises par la CSST, ils peuvent recourir au bureau de révision, lors d'une première étape et par la suite, en appeler d'une

<sup>8</sup> L'étude descriptive porte sur l'ensemble des lésions professionnelles inscrites dans le fichier RMLE.DRS (entre janvier 1994 et mars 1997) de quatre directions régionales soit 13 728 dossiers.

décision du bureau de révision (Baril et coll., 1994; LATMP, 1985). Toutes les décisions prises par la CSST peuvent faire l'objet d'un appel à un tribunal externe à la CSST, la Commission des lésions professionnelles (CLP) (LATMP, 1985; Lippel, 2007).

Le travailleur a le droit de choisir son médecin traitant (LATMP, 1985, pp., art. 199). La CSST est liée aux diverses décisions prises par ce médecin (Baril et coll., 1994). Cependant, la CSST ou l'employeur peuvent en appeler des décisions médicales par arbitrage lorsqu'ils obtiennent des résultats divergents lors de leurs propres expertises médicales (Baril et coll., 1994; LATMP, 1985; Lippel, 2007).

Les interventions de la CSST sont menées par des équipes multidisciplinaires : agent d'indemnisation, conseiller en réadaptation, inspecteur, avocat, médecin-conseil et plusieurs autres types de professionnels (Baril & Berthelette, 2000). Deux de ces acteurs, soit l'agent d'indemnisation et le conseiller en réadaptation, sont particulièrement en contact avec le travailleur, de même qu'avec plusieurs autres acteurs, et cela, tout au long du processus. Les deux prochaines sections présentent les caractéristiques du travail effectuées par l'agent d'indemnisation et le conseiller en réadaptation ainsi que leur rôle respectif durant le processus de retour au travail.

### 1.2.3 Agent d'indemnisation

Dans la démarche prévue par la CSST, l'agent d'indemnisation prend connaissance en premier du dossier afin d'évaluer si le travailleur est admissible et les documents de son dossier conformes aux normes (Baril & Berthelette, 2000). L'agent d'indemnisation vise à réintégrer rapidement le travailleur en emploi. Il tente de détecter également les travailleurs à risque de s'absenter plus longtemps (Baril & Berthelette, 2000). Il procède au paiement des indemnités. Il effectue le suivi des contestations selon les normes législatives et les procédures administratives en vigueur.

Dès qu'une incapacité est considérée comme étant à risque de se prolonger, l'agent d'indemnisation s'occupe du dossier en collaborant avec un conseiller en réadaptation (Sabourin, 2010a). L'agent met alors beaucoup d'efforts afin de favoriser le retour en emploi du travailleur concerné (Sabourin, 2010a). Il peut servir d'intermédiaire entre l'employeur et le travailleur (Sabourin, 2010a).

Selon Sabourin (2010a), la communication est au centre du métier de l'agent d'indemnisation. En ce sens, il doit être capable de réagir de manière professionnelle face à certaines situations provoquant des émotions négatives (Sabourin, 2010a). Il peut avoir à faire face à des travailleurs insatisfaits, voire en

colère, lorsque leurs prestations sont refusées (Sabourin, 2010a). Il doit ainsi posséder de bonnes habiletés pour communiquer, une bonne capacité d'écoute, de prise de décision et ne pas se laisser guider par ses préjugés (Sabourin, 2010a).

#### 1.2.4 Conseiller en réadaptation

Selon Lapointe (1991), le conseiller en réadaptation est le principal intervenant de la CSST dans le domaine de la réadaptation des travailleurs ayant une lésion professionnelle. Le conseiller en réadaptation entre en fonction lorsque le travailleur présente un risque d'être en situation d'incapacité prolongée ou encore, présente des difficultés de retour au travail (Baril & Berthelette, 2000). Pour ce faire, le conseiller en réadaptation élabore et met en œuvre un plan individualisé de réadaptation (Baril & Berthelette, 2000; Lapointe, 1991; LATMP, 1985). Dans ce domaine, il évalue les besoins de réadaptation sociale, physique et professionnelle (Baril & Berthelette, 2000).

En cohérence avec la législation sur le droit au retour au travail, l'évaluation des besoins en réadaptation s'oriente principalement à partir de l'évaluation des capacités fonctionnelles du travailleur (Lapointe, 1991). L'évaluation de base est effectuée par le conseiller en réadaptation. À partir du rapport final du médecin traitant qui évalue les atteintes permanentes et les limitations fonctionnelles, le conseiller en réadaptation met en relation les séquelles et les exigences du poste de travail du travailleur afin de déterminer si le travailleur a la capacité de reprendre le travail prélesionnel ou un emploi équivalent chez le même employeur (Baril et coll., 1994; LATMP, 1985, art. 203). Lorsque l'évaluation de base est insuffisante ou contestée par le travailleur, l'employeur ou le médecin, le conseiller en réadaptation peut demander une évaluation spécialisée, souvent effectuée par un ergothérapeute externe à la CSST œuvrant dans un centre de réadaptation ou une firme privée (Lapointe, 1991). Cette évaluation, faite en laboratoire ou en situation réelle de travail, vise à mesurer la performance du travailleur dans la réalisation d'activités spécifiques de travail (Lapointe, 1991).

À partir des résultats de l'évaluation des besoins en réadaptation, le conseiller en réadaptation élabore un plan individualisé de réadaptation. Le plan individualisé de réadaptation est établi en suivant plusieurs étapes : 1) retour au travail prélesionnel ou à un emploi équivalent; 2) fournir des mesures d'ajustement et de réadaptation nécessaires pour revenir à un emploi convenable chez le même employeur; 3) possibilité d'occuper un emploi convenable ailleurs sur le marché du travail et application de certaines mesures afin d'y arriver (Baril & Berthelette, 2000; Lapointe, 1991; LATMP, 1985). Le conseiller passe à une étape suivante lorsque l'étape précédente est impossible à atteindre. Autrement dit, l'objectif initial

du conseiller en réadaptation est le retour au travail prélésionnel occupé par le travailleur. Lorsque cette étape s'avère impossible à la suite de l'évaluation de la capacité de travail, le conseiller en réadaptation évalue les possibilités d'un emploi convenable pour le travailleur d'abord chez l'employeur jusqu'à, finalement, viser un emploi convenable sur le marché du travail chez un autre employeur, si nécessaire (CSST, s.d.; Lapointe, 1991).

Selon les besoins identifiés dans le plan individualisé de réadaptation, le conseiller en réadaptation peut mettre en place des mesures favorisant le maintien du lien d'emploi telles que l'assignation temporaire et le retour progressif au travail (Baril & Berthelette, 2000; Lapointe, 1991). Il implique l'employeur dans l'élaboration du plan afin d'identifier des solutions (Lapointe, 1991).

En plus du travailleur, le conseiller en réadaptation intervient auprès de plusieurs acteurs impliqués dans le retour au travail, tels que l'employeur, le médecin traitant, le physiothérapeute et le psychologue, afin d'assurer le suivi des interventions visant à favoriser le retour au travail (Lapointe, 1991).

Le rôle du conseiller concernant l'exercice du droit de retour au travail en est un d'information et de négociation, et ce, principalement auprès du travailleur et de l'employeur, mais aussi auprès des spécialistes concernés, notamment les personnes impliquées dans le processus d'évaluation des capacités fonctionnelles du travailleur, soit le médecin ou l'ergothérapeute. [...] Ce rôle de négociateur est encore plus important lorsque le travailleur a des séquelles permanentes associées à sa lésion professionnelle. (Lapointe, 1991, p. 11)

Le conseiller joue également un rôle de coordination entre le travailleur et les professionnels de la santé, mais également avec l'employeur (Lecomte & Savard, 2006). En effet, le rôle du conseiller en réadaptation a évolué au fil des années en devenant de plus en plus proactif dans la coordination du dossier au sein d'une équipe multidisciplinaire (médecin, ergothérapeute, ergonomiste, inspecteur, etc.) (Lecomte & Savard, 2006; Sabourin, 2010b). Le conseiller communique avec les acteurs, facilite les relations entre ceux-ci et favorise leur implication dans le processus (Owen & Commons, 2012; Shaw, Hong, Pransky, & Loisel, 2008).

En ce sens, son rôle semble nécessiter de bonnes habiletés relationnelles et de direction (CSST, 2014a; Sabourin, 2010b). Il doit être capable d'adapter son discours, de communiquer de manière positive et d'avoir une bonne capacité d'écoute (Gardner, Pransky, Shaw, Hong, & Loisel, 2010). Selon Shaw et coll. (2008), les capacités liées à la médiation et à la résolution de problèmes complexes sont au centre de son rôle. De même, l'accomplissement du travail du conseiller en réadaptation semble dépendre davantage de son habileté à bien communiquer et à résoudre des conflits que de l'étendue de ses

connaissances médicales (Shaw et coll., 2008). Une compétence qui ressort comme importante de certains écrits scientifiques est celle de résoudre des conflits interpersonnels (Gardner et coll., 2010). Ce faisant, le conseiller doit être neutre, capable de négocier et de faire de la médiation (Gardner et coll., 2010). Face à la résolution de problèmes complexes, il se doit de faire preuve de créativité, d'ouverture au point de vue des autres acteurs et d'être orienté vers des solutions réalistes plutôt que vers des solutions parfaites (Gardner et coll., 2010). Lecomte et Savard (2006) ont identifié des domaines de compétence auxquelles doit répondre le conseiller en réadaptation : 1) une connaissance approfondie du système de santé; 2) une connaissance des limitations fonctionnelles et de leurs implications médicales; 3) une connaissance des services et des ressources spécialisées de réadaptation; 4) une maîtrise des dossiers, de la gestion de cas et de leur évolution; 5) des habiletés de coordination et de travail d'équipe; et 6) une connaissance et une maîtrise du counseling de réadaptation sur les plans théorique et pratique (Lecomte & Savard, 2006, p. 25). Finalement, la capacité du conseiller à maintenir les objectifs et les actions vers le retour au travail ressort comme une compétence importante (Gardner et coll., 2010).

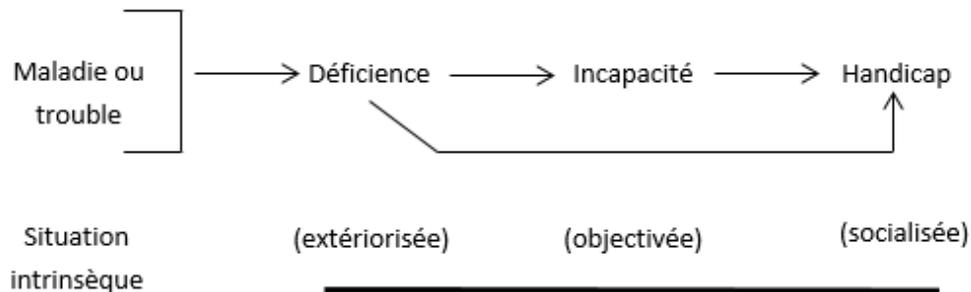
### **1.3 Cadres théoriques associés au retour au travail**

Dans le vaste champ d'études associées au retour au travail, plusieurs cadres théoriques ont été développés au cours des dernières années (Durand, Vachon, Loisel, & Berthelette, 2003; Fougeyrollas, 2010; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001; OMS, 2001; St-Arnaud, 2001). De nombreuses études ont également été menées afin de mieux comprendre les éléments influençant le retour au travail et menant à une situation d'incapacité prolongée (Baril et coll., 2003; Bültmann & Brouwer, 2013; Shaw et coll., 2013; St-Arnaud, Bourbonnais, Saint-Jean, & Rhéaume, 2007; Truchon & Fillion, 2000; Waddell, Burton, & Main, 2003). La présente section propose une synthèse des principaux modèles utilisés dans le champ multidisciplinaire du retour au travail.

Jusqu'au début des années 70, dans le domaine de l'incapacité, le modèle diagnostique et curatif, qui conçoit le handicap comme une seule déficience corporelle ou fonctionnelle, est privilégié (Fougeyrollas, 2002; RIPPH, 2014). Dans les années 70, les travaux de Phillip Wood contribuent à documenter le phénomène associé à l'incapacité fonctionnelle prolongée en introduisant les concepts de déficience, d'incapacité et de handicap dans une Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) qui sera publiée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1980. Ce modèle linéaire permet essentiellement de décrire des relations de cause à effet entre les atteintes (déficiences),

les activités fonctionnelles (incapacités) et leurs désavantages sociaux (handicaps). (Fougeyrollas, 2002, p. 4)

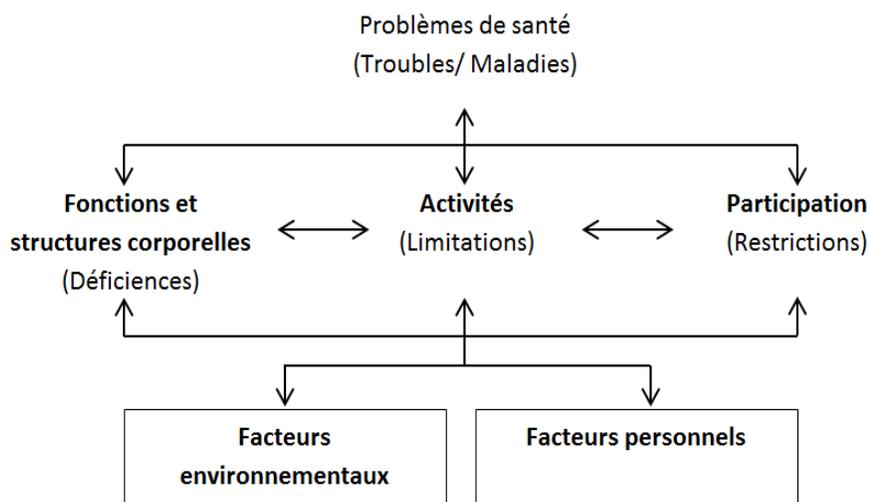
Figure 1 — Schéma conceptuel de la CIDIH (OMS, 1980)



Selon Fougeyrollas (2002), l'apport considérable des travaux de Wood se situe sur le plan de la reconnaissance des conséquences sociales d'une situation d'incapacité. En effet, selon le modèle de Wood, ces conséquences engendrent un processus de production du handicap chez l'individu. Les travaux de Wood s'inscrivent dans le sillon des écrits sociologiques de Goffman (1963) et de Friedson (1965) portant sur les théories de la déviance et de la stigmatisation qui contribuent à mieux comprendre de quelle manière les facteurs environnementaux et sociaux peuvent constituer des obstacles à la participation sociale des individus ayant une incapacité fonctionnelle (Fougeyrollas, 2010).

Le plus récent modèle biopsychosocial de l'incapacité développé par l'OMS, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS-CIF) (OMS, 2001), permet une meilleure compréhension de l'influence des facteurs environnementaux et personnels sur la situation d'incapacité (Costa-Black, Feuerstein, & Loisel, 2013). Selon ce modèle, la situation d'incapacité serait conséquente à des facteurs biologiques (ex. dysfonctionnement physiologique), psychologiques (ex. croyance, comportement) et sociaux (ex. culture, soutien social) (Waddell & Burton, 2005). En 2011, dans son Rapport mondial sur le handicap, l'OMS définit le handicap comme renvoyant « aux aspects négatifs de l'interaction entre un individu atteint d'un problème de santé (comme l'infirmité motrice cérébrale, le syndrome de Down, la dépression) et les facteurs personnels et environnementaux (comme les attitudes négatives, l'inaccessibilité des transports et des bâtiments publics et des soutiens sociaux limités) » (OMS, 2011, p. 7).

Figure 2 — Classifications internationales du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF, OMS, 2001)



La prise en compte de l'influence des facteurs environnementaux sur la situation d'incapacité est le fruit de la réflexion, au fil des dernières décennies, de nombreux chercheurs provenant de diverses disciplines (Fougeyrollas, 2010). Dans les années 40, les travaux de Lewin sur l'écologie sociale mettent de l'avant l'importance de la prise en compte du milieu de vie en psychologie ainsi que l'interdépendance entre la personnalité et l'environnement (Fougeyrollas, 2010). De son côté, Von Bertalanffy (1973) contribue à la théorie des systèmes qu'il définit comme des éléments en interaction (Fougeyrollas, 2010). Sa vision holistique et dynamique de l'être humain, en opposition à une vision mécaniste, influencera notamment les travaux de Bronfenbrenner (1977, 1979) qui propose le modèle de l'écologie du développement humain (Fougeyrollas, 2010). Les travaux de Bronfenbrenner vont enrichir les modèles théoriques dans le domaine de la réadaptation et du retour au travail en permettant de concevoir le processus comme un phénomène complexe et influencé par divers niveaux d'environnement (microsystèmes, mésosystèmes, exosystèmes et macrosystèmes) (Bronfenbrenner, 1977; Loisel et coll., 2001; St-Arnaud, 2001).

The ecology of human development is the scientific study of the progressive, mutual accommodation, throughout the life span, between a growing human organism and the changing immediate environments in which it lives, as this process is affected by the relations obtained within and between these immediate settings, as well as the larger social contexts, both formal and informal, in which settings are embedded. (Bronfenbrenner, 1977, p. 514)<sup>9</sup>

<sup>9</sup> L'écologie du développement humain est l'étude scientifique des ajustements progressifs et mutuels se produisant tout au long de la vie entre un organisme humain en croissance et les environnements immédiats en changement dans lesquels il vit, ce processus étant influencé par les relations entretenues dans et entre ces contextes immédiats, ainsi que par les contextes sociaux formels et informels plus vastes dans lesquels ces environnements s'insèrent. (Traduction libre de Fougeyrollas, 2010, p. 15)

Selon Fougeyrollas (2010, p. 16), les travaux de Bronfenbrenner « ont une influence significative sur le développement de la conceptualisation systémique des facteurs environnementaux sur les plans proximal, communautaire et sociétal qui influence le processus handicapant ».

Il faut souligner l'apport des travaux de Fougeyrollas (2002, 2010) à la reconnaissance d'un processus de production du handicap inscrit au sein d'un processus dynamique qui prend en compte l'individu dans son environnement. Le modèle de Production du handicap proposé par Fougeyrollas (2010) définit l'environnement, au sens large, incluant les caractéristiques physiques, sociales, politiques, économiques, institutionnelles et culturelles. Ce modèle regroupe ces éléments sous l'appellation de « facteurs environnementaux ». Ces facteurs peuvent être classifiés sur une échelle de mesure allant de facilitateur optimal à l'obstacle complet (Fougeyrollas, 2010, p. 158). À cet égard, un « facilitateur » est un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (identité, système organique et aptitudes) et l'obstacle, son opposé, entrave de la même façon les habitudes de vie (Fougeyrollas, 2010, p. 159).

Une « habitude de vie » s'explique comme une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situation de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. La qualité de la réalisation d'une habitude de vie se mesure, à son tour, sur une échelle allant de la situation de pleine participation sociale à la situation de handicap total. (Fougeyrollas, 2010, p. 159)

Le modèle de Processus de production du handicap prend tout son sens lorsqu'on place la question du retour au travail en lien avec une habitude de vie telle que le travail (Fougeyrollas, 2010). À ce propos, un individu s'inscrit dans le processus de retour au travail lorsqu'il se retrouve dans une situation où son habitude de vie « travailler » se trouve entravée ou, comme le souligne Durand et Loisel (2001), lorsqu'il se retrouve dans une situation de handicap au travail. Dans le contexte d'une incapacité résultant d'une lésion professionnelle, l'environnement peut être le milieu de travail, le système de santé et le système d'indemnisation.

Certains modèles reconnaissent d'ailleurs ces trois systèmes comme influençant le retour au travail, notamment le modèle écologique de gestion de l'incapacité<sup>10</sup> (Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel

<sup>10</sup> Traduction libre de «case management ecological model» (Costa-Black et coll., 2013; Schultz, Stowell, Feuerstein, & Gatchel, 2007).

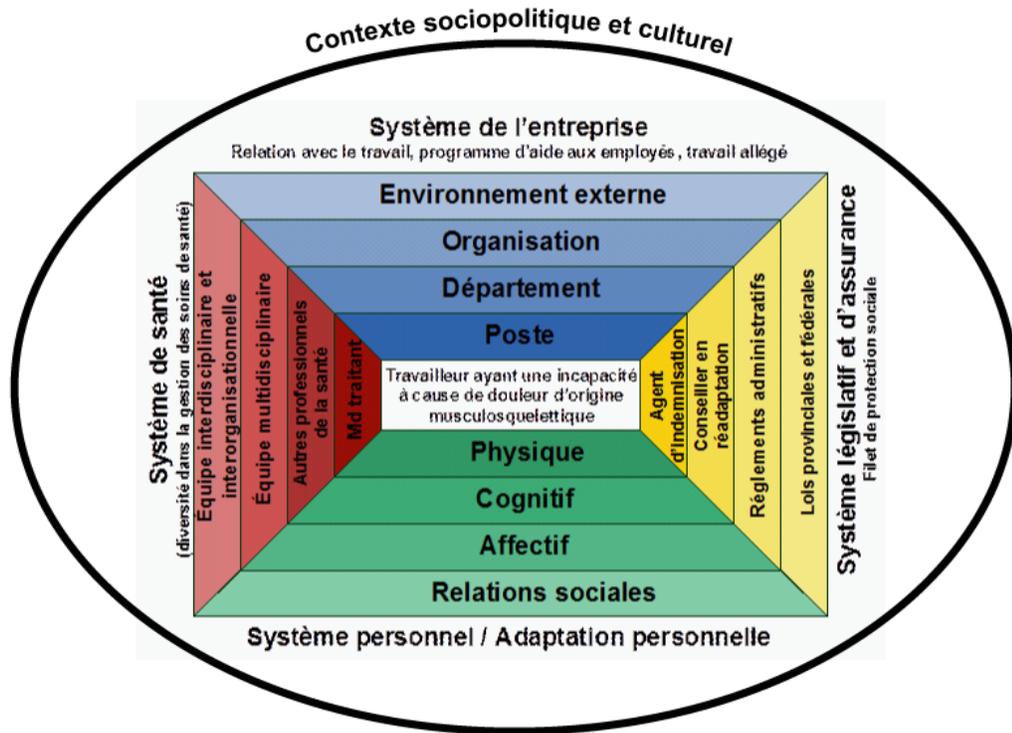
et coll., 2001). En effet, de plus en plus de recherches démontrent que l'incapacité n'est pas seulement une conséquence des facteurs biomédicaux ou des facteurs psychosociaux liés à l'individu, mais est également liée aux différents systèmes (c.-à-d. système personnel du travailleur, système de santé, système d'indemnisation, milieu de travail et contexte sociopolitique et culturel) et à leurs acteurs (professionnels de la santé, collègues, superviseur, famille, agent d'indemnisation, conseiller en réadaptation, etc.) impliqués lors du retour au travail (Frank et coll., 1998; Friesen et coll., 2001; Loisel et coll., 2001; MacEachen et coll., 2010; Pransky, Shaw, Franche, & Clarke, 2004; Soklaridis et coll., 2010; St-Arnaud et coll., 2003; Young, 2013). Ces constats empiriques ont mené à un changement de paradigme. Notamment, à travers leurs travaux, Loisel et ses collègues (2005; 2013b; 2001) soulignent l'importance de dépasser le paradigme de la prévention et du traitement de la maladie et de mettre davantage l'accent sur la gestion de l'incapacité. Selon Loisel et Côté (2013b), l'incapacité au travail doit être considérée selon une approche compréhensive, au-delà des considérations médicales, et il faut y inclure les facteurs découlant de l'environnement.

Inspiré en partie de la théorie des systèmes développée par Bronfenbrenner (1979), le modèle écologique de gestion de l'incapacité proposé par Loisel et coll. (2005; 2001) positionne le travailleur comme un centre autour duquel gravitent quatre principaux systèmes impliqués dans le processus de retour au travail (Figure 3) (Costa-Black et coll., 2013; Loisel et coll., 2001). Le système personnel du travailleur inclut ses dimensions personnelles importantes (physique, cognitive, affective et sociale). Le système de santé inclut les aspects inter et multidisciplinaires des soins ainsi que les différents professionnels de la santé pouvant être amenés à s'impliquer dans le processus de retour au travail (ex. médecin, ergothérapeute et physiothérapeute). Le milieu de travail inclut les différentes structures sociotechniques et les acteurs associés (ex. collègues, superviseur, syndicat). Le système législatif et d'assurance inclut finalement les aspects légaux et les régimes d'indemnisation ainsi que les acteurs y évoluant (ex. agent d'indemnisation, médecin-conseil, conseiller en réadaptation) (Costa-Black et coll., 2013; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001). Finalement, le contexte sociopolitique et culturel a été ajouté au modèle initial puisqu'il influence également le retour au travail (Loisel, Buchbinder, et coll., 2005).

Selon ce modèle, l'incapacité de travail doit être appréhendée de manière écologique en considérant l'interaction entre les différents niveaux de système (micro, méso et macro) (Friesen et coll., 2001; Hershenson, 1998; Schultz et coll., 2007). Également, les attitudes et les actions des différents acteurs travaillant au sein de chacun des systèmes, et cela à travers leurs interactions, sont des éléments importants à prendre en considération lors de la conceptualisation du retour au travail (Loisel et coll.,

2001; Schultz et coll., 2007). Ce paradigme met ainsi en lumière la nécessité de développer des stratégies de gestion face aux multiples perspectives et aux intérêts des acteurs qui s'avèrent parfois conflictuelles (Loisel & Côté, 2013b). Il invite les différents systèmes, et les acteurs y évoluant, à travailler ensemble de manière coordonnée afin de prévenir une situation d'incapacité prolongée (Loisel et coll., 2001). À la lumière des résultats de différentes études, Loisel et Côté (2013b) concluent que les éléments influençant la situation d'incapacité se situent au-delà des aspects médicaux; soit plutôt au niveau des préoccupations, des perceptions, des conditions de travail et des attitudes des divers acteurs.

Figure 3 — Modèle écologique de gestion de l'incapacité



Loisel et coll. (2005; 2001)

D'autres chercheurs proposent des modèles prenant en considération le processus dynamique de gestion du retour au travail (Durand et coll., 2003; St-Arnaud et coll., 2003). St-Arnaud et coll. (2003) ont développé un modèle qui rend compte du caractère dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle à la suite d'un problème de santé mentale. Ce modèle

a été conçu à partir d'un échantillon de salariés ayant eu un problème de santé mentale. Il démontre que les caractéristiques individuelles, les événements stressants hors travail et l'environnement psychosocial de travail sont des dimensions qui interagissent et influencent la santé mentale ainsi que la capacité de l'individu à travailler.

L'évolution dans le temps permet de décrire la trajectoire des personnes en fonction des événements qui ont précédé l'arrêt de travail, du processus de restauration des capacités et de la gestion médico-administrative de l'absence et enfin, des conditions de travail qui favorisent le rétablissement de l'état de santé mentale et le recouvrement des capacités de travail. (St-Arnaud et coll., 2003, p. 202)

Le modèle de St-Arnaud et coll. (2003) a la particularité de prendre en considération le processus de désinsertion comme un élément influençant le retour au travail. En effet, la représentation subjective des événements ayant précédé l'arrêt de travail (événements difficiles au travail et hors du travail) et ayant contribué à la détérioration de la santé mentale est représentée dans le modèle comme un élément influençant le retour au travail. Le modèle soulève également la nécessité de considérer l'environnement psychosocial de l'individu lors du retour au travail. À ce propos, le soutien des acteurs (médecins, psychothérapeutes, direction, supérieur, syndicat) durant la gestion médico-administrative de la restauration de l'état de santé est considéré comme important. Le modèle considère également les aspects cliniques nécessaires à la restauration des capacités (pharmacologie, psychothérapie, etc.) ainsi que l'analyse de l'environnement de travail et l'exploration de changements au travail durant le processus de restauration de l'état de santé. Finalement, le retour progressif, l'amélioration des conditions de travail ainsi que le soutien des collègues et du supérieur influencent la trajectoire du travailleur lors du recouvrement de sa capacité de travail.

Durand et ses collègues (Durand, Berthelette, Loisel, Beaudet, & Imbeau, 2007; Durand, Berthelette, Loisel, & Imbeau, 2012a; Durand, Berthelette, Loisel, & Imbeau, 2012b; Durand & Loisel, 2001; Durand et coll., 2003; Loisel et coll., 2008) proposent un modèle théorique explicatif du retour au travail. Selon ce modèle écologique, le retour au travail est conçu comme résultant de l'interaction personne-environnement (Durand et coll., 2012a; Durand et coll., 2003). Le modèle comprend trois dimensions : le travailleur, l'environnement de travail et l'interaction entre le travailleur et l'environnement de travail (Durand et coll., 2003). Le modèle théorique considère l'action concertée entre les acteurs comme primordiale afin d'atteindre l'objectif de retour au travail (Durand et coll., 2003; Loisel et coll., 2001). L'action concertée est définie comme étant « l'échange d'information pertinente entre les acteurs ainsi que la contribution de chacun selon son expertise et ses ressources au bénéfice d'un objectif partagé » (Cinq-Mars et Fortin, 1999 cités dans Durand et coll., 2003, p. 239). Également, Durand et ses collègues

(Durand & Loisel, 2001; Durand et coll., 2003) proposent de considérer l'influence des systèmes de santé et d'indemnisation sur le retour au travail. Selon eux, l'interaction entre ces systèmes engendre des conséquences sur le retour au travail (Durand et coll., 2003; Loisel et coll., 2001).

Finalement, le modèle écologique de gestion de l'incapacité a également influencé le modèle légal<sup>11</sup>, généralement associé au système d'indemnisation (Schultz et coll., 2007). Traditionnellement influencé par le modèle biomédical selon lequel une déficience découle d'un problème biomédical observable de manière « objective », le système d'indemnisation se base de plus en plus sur un modèle légal qui vise à gérer efficacement les traitements et le processus de retour au travail (Schultz et coll., 2007). Ce modèle tente de mieux comprendre l'influence des interactions, des cognitions et des motivations du travailleur en situation d'incapacité afin de bien orienter les décisions et les interventions. Le modèle légal vise notamment à identifier les travailleurs qui « simulent » des symptômes et qui peuvent être motivés par des gains secondaires. Les gains et les pertes pour le travailleur qui découlent de la situation d'incapacité sont pris en considération dans ce modèle (Schultz et coll., 2007).

## **1.4 Éléments facilitant ou freinant le retour au travail**

Cette section présente les éléments qui facilitent ou freinent le retour au travail selon qu'ils sont associés au travailleur (éléments individuels), au milieu de travail, au système de santé, au système d'indemnisation ou aux interactions entre les acteurs. Cette classification permet de clarifier la présentation des multiples éléments de la littérature, mais il est important de souligner que certains éléments peuvent être associés à plus d'une catégorie. Par la suite, un survol d'éléments facilitant le retour au travail portant sur l'efficacité des interventions en réadaptation est présenté. Finalement, une recension des études empiriques documentant la perspective des acteurs du système d'indemnisation sur le processus de retour au travail est présentée.

### *1.4.1 Éléments individuels*

Dans le domaine de la recherche portant sur l'incapacité de travail, plusieurs études ont été menées afin d'identifier les principaux facteurs médicaux et sociodémographiques associés au développement d'une situation d'incapacité prolongée à la suite d'une lésion musculo-squelettique. Selon une recension systématique des écrits sur les facteurs prédictifs liés à la lombalgie chronique effectuée par Truchon et

<sup>11</sup> Traduction libre de «forensic model» (Schultz et coll., 2007).

Fillion (2000), « les antécédents de douleurs lombaires, vraisemblablement marqués par des épisodes suffisamment graves pour avoir occasionné un arrêt du travail ou une consultation auprès d'un médecin, paraissent cruciaux pour la prédiction de l'incapacité chronique » (Truchon & Fillion, 2000, p. 9). Selon une autre recension systématique des écrits effectuée par Waddell et coll. (2003), l'âge, le statut d'emploi, l'histoire médicale et la durée du congé de maladie seraient des variables pouvant prédire la situation d'incapacité prolongée. Dans une étude transversale menée par St-Arnaud et ses collaborateurs (2007) auprès de 1 800 travailleurs du secteur public et para public qui se sont absentés à la suite d'un problème de santé mentale, un nombre significativement plus élevé de femmes sont retournées au travail comparativement aux hommes. Les chercheurs proposent quelques hypothèses afin d'expliquer cette différence : 1) les emplois occupés par les femmes (emplois de service auprès d'une clientèle vulnérable) incitent à revenir rapidement au travail et présentent un plus grand risque de présentéisme; 2) le salaire moyen des femmes est plus bas, ce qui peut nécessiter un retour plus rapide au travail; 3) moins de femmes décident de prendre une retraite anticipée que les hommes étant donné une arrivée plus tardive sur le marché du travail; 4) les femmes consultent davantage un professionnel de la santé et 5) les femmes ont un réseau social plus grand leur permettant d'obtenir un soutien favorisant un retour au travail plus tôt comparativement aux hommes. Il ressort également de cette étude que, comparativement aux travailleurs qui sont retournés au travail, un nombre significativement plus élevé de travailleurs qui ne sont pas retournés avaient eu deux antécédents et plus d'absences.

Certaines caractéristiques sociodémographiques et individuelles du travailleur sont également soulevées dans des études qualitatives documentant la perspective de certains acteurs à propos des éléments influençant le retour au travail (Lemieux et coll., 2011; Soeker, Wegner, & Pretorius, 2008; Soklaridis et coll., 2010). Selon une étude documentant la perspective des superviseurs sur les éléments qui influencent le retour au travail chez les travailleurs ayant une problématique de santé mentale (Lemieux et coll., 2011), la présence de problèmes dans la vie personnelle pourrait affecter le retour au travail. Également, de multiples absences dues à des problèmes de santé mentale précédant la période d'incapacité constitueraient un élément qui freinerait le retour au travail. De leur côté, Soklaridis et coll. (2010) ont rencontré plusieurs individus impliqués dans le retour au travail afin de faire ressortir les principaux éléments influençant le retour au travail des individus ayant une lombalgie. Selon certains professionnels de la santé rencontrés dans le cadre de cette étude, la communauté culturelle à laquelle appartient le travailleur semble influencer le retour au travail. Aussi, des représentants syndicaux font ressortir que le manque de maîtrise de la langue par le travailleur peut influencer sa compréhension du processus et donc nuire à son retour au travail.

Dans la littérature scientifique documentant les facteurs prédictifs d'une situation d'incapacité prolongée, particulièrement à la suite d'une lésion musculo-squelettique, les facteurs psychosociaux individuels ressortent comme importants (Bültmann & Brouwer, 2013; Gatchel & Gardea, 1999; Loisel & Côté, 2013b; Nicholas, Linton, Watson, & Main, 2011; Steenstra, Irvin, Mahood, Hogg-Johnson, & Heymans, 2011; Truchon et coll., 2007; Truchon & Fillion, 2000; Waddell et coll., 2003). Ils sont définis par Bültmann et Brouwer (2013) comme étant des caractéristiques du travailleur relatives aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux. Ils regroupent les croyances et les attitudes du travailleur à l'égard de sa lésion et de la douleur, de même que ses réactions émotives et ses comportements (Nicholas et coll., 2011). Selon une recension menée par Bültmann et Brouwer (2013), les stratégies d'adaptation utilisées seraient un facteur prometteur pour prédire la situation d'incapacité. Selon une autre recension menée par Waddell et coll. (2003), les attentes concernant le retour au travail ainsi que la détresse émotionnelle seraient des prédicteurs forts de l'incapacité au travail. À ce propos, Truchon et Fillion (2007) ont démontré que la détresse émotionnelle combinée à la croyance que l'activité est nuisible à sa santé chez le travailleur atteint d'une lombalgie contribue à l'évitement de l'activité physique. Au final, cet évitement et cette détresse prolongeraient la situation d'incapacité. Également, les attentes du travailleur envers sa guérison (c'est-à-dire sa croyance qu'il pourra retourner ou non travailler) seraient un facteur pronostic important de la durée de l'absence au travail à la suite d'une lombalgie (Bültmann & Brouwer, 2013; Steenstra, Verbeek, Heymans, & Bongers, 2005).

Certains chiropraticiens rencontrés lors de l'étude menée par Côté et coll. (2001) perçoivent que la peur de se blesser lors du retour au travail constitue un frein. Les résultats de l'étude de Ramel et coll. (2013) menée auprès de travailleurs ayant une blessure à la main démontrent qu'une vision négative de la situation d'incapacité par les travailleurs influence négativement le retour au travail. Dans le même sens, des travailleurs expliquent ne pas vouloir retourner au travail avant que la douleur ait disparu, prolongeant ainsi la situation d'incapacité (Baril et coll., 2003). En contrepartie, une attitude positive ainsi qu'une vision positive de son état de santé pourraient favoriser le retour au travail (Baril et coll., 2003; Baril et coll., 1994; Côté et coll., 2001; Friesen et coll., 2001; Lemieux et coll., 2011; Ramel et coll., 2013).

#### *1.4.2 Éléments associés au milieu de travail*

Plusieurs facteurs associés au milieu de travail ont été soulevés dans la littérature portant sur l'incapacité prolongée du travail. Selon une recension systématique de la littérature menée par Shaw et coll. (2013), les emplois exigeant des efforts physiques élevés semblent freiner le retour au travail. Les résultats tendent à démontrer que les efforts du milieu de travail afin de faciliter l'assignation temporaire,

augmenter le soutien du superviseur et des collègues ainsi que pour favoriser une gestion adéquate du retour au travail seraient des facteurs diminuant la durée de l'incapacité au travail. Selon Truchon et Fillion (2007), une des variables les plus importantes pour expliquer le développement de l'incapacité prolongée à la suite d'une lombalgie serait une perception négative des pratiques de santé et sécurité de son milieu de travail lorsqu'elle est associée à la peur de se blesser de nouveau lors du retour. Également, selon Waddell et coll. (2003), l'insatisfaction et le manque d'intérêt envers le milieu de travail seraient des prédictors de l'incapacité au travail.

Dans l'étude menée par St-Arnaud et ses collaborateurs (2007), une différence significative a été observée entre les travailleurs qui rapportent s'être absentes du travail en raison de conditions de travail difficiles et ceux qui rapportent s'être absentes du travail en raison de facteurs personnels. Il ressort des analyses que ceux qui disent s'être absentes en raison de conditions de travail difficiles semblent avoir plus de difficultés à réintégrer leur travail. Les conditions de travail difficiles identifiées par ces travailleurs comme ayant contribué à leur absence sont la surcharge de travail, le manque de reconnaissance, les conflits avec le superviseur et l'évaluation négative de leur travail. Selon les auteurs de l'étude, l'amélioration des conditions de travail lors de la réintégration au travail semble être un déterminant majeur du retour au travail et du rétablissement d'un problème de santé mentale.

Dans des études qualitatives portant sur les éléments influençant le retour au travail à la suite d'une blessure au dos ou d'une brûlure, certains travailleurs pointent les conditions de travail perçues comme difficiles, voire délétères pour leur santé, ou trop exigeantes par rapport à leur propre capacité de production, comme pouvant freiner leur retour au travail (Esselman et coll., 2007; Magnussen, Nilsen, & Råheim, 2007; Soeker et coll., 2008). Aussi, selon plusieurs acteurs impliqués dans le retour au travail à la suite d'une lésion musculo-squelettique, le manque de motivation à revenir au travail chez le travailleur ressort comme un élément crucial (Baril et coll., 2003; Friesen et coll., 2001). Également, la méconnaissance des acteurs du milieu de travail, tels que le superviseur et les représentants syndicaux, à l'égard du rôle du médecin, du type de lésion et de la gestion du retour au travail, est ressortie comme un élément freinant le retour au travail (Friesen et coll., 2001; Soeker et coll., 2008). Du côté des éléments qui faciliteraient le retour au travail, l'ouverture de l'employeur à accommoder le travailleur lors de son retour a été soulevée comme particulièrement importante par certains participants (Baril et coll., 1994; Côte et coll., 2001; Dionne et coll., 2013; Guzman et coll., 2002; Lemieux et coll., 2011; Schweigert, McNeil, & Doupe, 2004). Également, le soutien social offert par les collègues et les superviseurs pourrait faciliter le retour au travail (Dionne et coll., 2013; Haugli, Maeland, & Magnussen, 2011). Dans le même sens, une attitude positive de l'employeur est un élément qui semble faciliter le retour au travail (Baril et

coll., 2003; Côte et coll., 2001; Lemieux et coll., 2011; Soeker et coll., 2008). Une relation positive au travail est également considérée par certains comme un élément favorable au retour au travail (Baril et coll., 2003; Baril et coll., 1994; Friesen et coll., 2001).

Finalement, les intervenants de l'organisme d'indemnisation public suédois rencontrés dans le cadre d'une étude menée par Gard et Sodenberg (2004) parlent de l'importance d'augmenter l'implication de l'employeur durant le processus de réadaptation. Ils soulignent l'importance de considérer les ressources de l'employeur, de lui offrir davantage d'informations et de l'impliquer dans la résolution des problèmes rencontrés durant le processus de réadaptation.

### *1.4.3 Éléments associés au système de santé*

Parmi les éléments pouvant influencer le retour au travail, le manque de formation sur le retour au travail chez les professionnels de la santé, notamment des médecins, ressort de certaines études qualitatives (Côte et coll., 2001; Schweigert et coll., 2004; Soklaridis, Tang, Cartmill, Cassidy, & Andersen, 2011). À ce propos, selon Loisel et Côté (2013b), les médecins seraient bien formés pour le diagnostic et le traitement des maladies physiques, mais moins bien préparés à considérer les éléments psychosociaux, professionnels ainsi que ceux découlant des effets du système d'indemnisation (Loisel & Côté, 2013a). Certains travailleurs expliquent également s'être sentis peu soutenus par les professionnels de la santé, voire parfois s'être sentis stigmatisés (Haugli et coll., 2011). Aussi, les délais liés à l'accès aux traitements ainsi qu'à la durée de certains traitements ralentiraient le retour au travail selon certains médecins (Anema, van der Giezen, Buijs, & van Mechelen, 2002; Schweigert et coll., 2004). Finalement, l'imprécision des informations fournies par le médecin serait défavorable au retour au travail selon certains responsables de dossiers à la CSST rencontrés dans le cadre d'une étude menée par Baril et coll. (1994).

### *1.4.4 Éléments associés au système d'indemnisation*

Soklaridis et coll. (2010) ont mené une étude qualitative auprès d'individus impliqués dans le processus de retour au travail (travailleurs, médecins et autres professionnels de la santé, employeurs, organismes d'indemnisation, coordonnateurs du retour au travail, etc.). L'objectif de cette étude était de comprendre quels sont les éléments psychosociaux les plus importants selon ces individus lors du retour au travail à la suite d'une lombalgie. Il est ressorti de cette étude qu'un manque de communication entre les individus

du système d'indemnisation et les individus du milieu de travail pouvait entraîner des retards d'indemnisation (Soklaridis et coll., 2010). Certains travailleurs ressentiraient alors de la frustration en raison de ces retards (Soklaridis et coll., 2010). D'autres travailleurs dénoncent le manque de continuité dans la gestion des dossiers d'indemnisation (Soklaridis et coll., 2010). Aussi, les individus provenant du système de santé et ceux du système d'indemnisation ne travailleraient pas toujours en équipe, ce qui semble freiner le retour au travail (Soklaridis et coll., 2010).

Une étude menée par Strunin et Boden (2004) cherche à comprendre l'expérience que vivent les travailleurs américains en situation d'incapacité à la suite d'une lésion au dos lorsqu'ils sont indemnisés. Certains décrivent les intervenants de l'organisme d'indemnisation comme étant aidants, coopératifs et soutenant. D'autres décrivent que l'interaction avec le système d'indemnisation peut être une expérience négative et une source d'affrontements (Strunin & Boden, 2004). En ce sens, certains travailleurs décrivent vivre une relation déplaisante due au fait qu'ils ont l'impression d'être perçus par les intervenants du système d'indemnisation comme des personnes voulant profiter de ce système (Strunin & Boden, 2004). En ce sens, l'attitude de certains intervenants du système d'indemnisation face à la véracité de leur situation médicale semble contribuer à rendre l'interaction difficile (Strunin & Boden, 2004). Ce type de relation semble engendrer des retards dans le processus, des problèmes financiers ainsi que de l'anxiété chez le travailleur (Strunin & Boden, 2004).

L'étude de Lippel (2007), visant à documenter l'expérience de travailleurs québécois avec le système d'indemnisation ainsi que les effets des interactions avec ce système sur leur état de santé, suggère que le système d'indemnisation, en raison de sa structure et de sa législation, semble influencer négativement le retour au travail en favorisant les litiges (Lippel, 2007).

Dans le cadre d'une étude menée par Baril et coll. (1994) afin de comprendre le processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs indemnisés, certains professionnels de la CSST décrivent qu'une surcharge de dossiers les amène à prioriser certains dossiers et semble diminuer la qualité de la relation avec le travailleur. Cette surcharge limiterait notamment au minimum les contacts avec ce dernier ainsi que l'analyse approfondie du dossier. Également, la contradiction perçue par les professionnels de la CSST quant aux divers rôles qu'ils doivent occuper serait une source de difficulté.

En effet, ils [les intervenants du système d'indemnisation] considèrent qu'ils ne peuvent à la fois être celui qui surveille, qui juge (mesures) et qui sanctionne (contestation, arrêt de paiement) et être en même temps celui qui doit construire une relation de confiance avec le travailleur afin de l'informer et de le guider efficacement dans ses démarches (Baril et coll., 1994, p. 151).

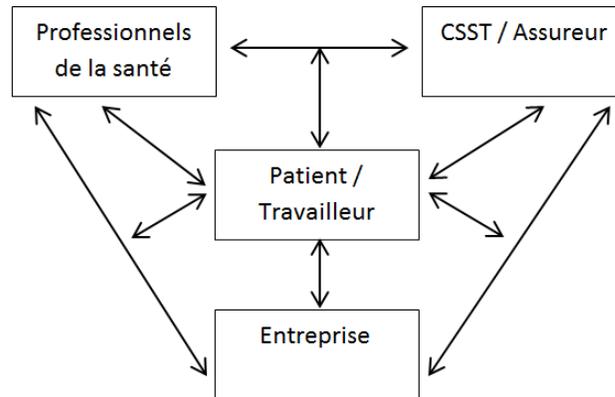
Aussi, les participants rapportent que le manque de connaissances à l'égard du milieu de travail spécifique à chacun des travailleurs indemnisés ainsi que, plus globalement, à l'égard du marché du travail serait des éléments freinant le retour au travail. Ils soulèvent également l'impact des contestations, lesquelles engendreraient des retards dans le processus de retour au travail.

Finalement, une étude menée par Gard et Sodenberg (2004) documente la perspective de l'assureur public en Suède sur ce qui peut améliorer le processus de réadaptation professionnelle. Premièrement, il ressort de cette étude que l'identification précoce des problématiques, des besoins et des interventions à mettre en place par l'assureur favorise la réadaptation du travailleur. Ensuite, la formulation d'objectifs clairs d'interventions, en consensus avec le travailleur, semble favoriser la réadaptation. La possibilité d'utiliser plusieurs types d'interventions est également ressortie comme favorisant le retour au travail. Ces interventions sont l'entraînement physique du travailleur, la formation professionnelle, l'analyse et la modification du poste de travail et les changements dans l'organisation du travail. Finalement, Gard et Sodenberg (2004) soulignent l'importance de l'interaction avec les autres acteurs dans le cadre de leur travail. En ce sens, une coopération et une communication plus étroite avec ces acteurs sont des éléments pouvant améliorer la réadaptation.

#### *1.4.5 Interaction entre les acteurs*

Nous avons vu précédemment que le retour au travail implique une multitude d'acteurs provenant de différents systèmes (Baril, 2002; Baril et coll., 1994; Frank et coll., 1998; Loisel, Durand, Baril, Gervais, & Falardeau, 2005; Soklaridis et coll., 2010; Young, 2013). Il se dégage un consensus dans le milieu scientifique à propos de l'importance de l'interaction des acteurs (c.-à-d. le travailleur, l'assureur, les professionnels de la santé, l'employeur, etc.) sur le retour au travail (Lederer, 2014). Selon l'approche systémique, l'interaction est une notion qui suggère une action mutuelle et réciproque (Marc & Picard, 2006). L'interaction sociale est influencée par le système dans lequel évolue chacun des acteurs (Marc & Picard, 1989). À travers leurs interactions, certains comportements sont déployés par les acteurs en fonction de leurs intérêts, mais également des normes et des contraintes du système dans lequel ils s'inscrivent (Marc & Picard, 1989). En ce sens, le retour au travail est vu par certains chercheurs comme un phénomène social complexe influencé par les attitudes, les actions et les interactions d'une multitude d'acteurs (Baril et coll., 1994; Frank et coll., 1998; Loisel et coll., 2001; Soklaridis et coll., 2010).

Figure 4 — Interactions entre les acteurs impliqués (Durand et Loisel, 2001, 4)



Selon les travaux menés par Baril et coll. (2002; 1994), les acteurs s'impliquent chacun à leur façon dans le processus. Il semble que chacun ait ses propres manières de fonctionner ainsi que des valeurs et des normes propres au milieu dans lequel il évolue (Baril, 2002; Baril et coll., 1994). Selon Baril et coll. (1994), leurs références proviennent de leur histoire personnelle, de leur formation et de leur milieu de travail. De plus, il ressort de cette étude que, même à l'intérieur d'un groupe donné, les référents des acteurs ne semblent pas homogènes (Baril et coll., 1994). Notamment, les conseillers en réadaptation du système d'indemnisation ont des formations différentes (relations industrielles, orientation, service social, etc.) engendrant des visions différentes du processus de retour au travail au sein même de leur organisation (Baril et coll., 1994).

Également, les chercheurs constatent que les médecins, dépendamment de leur spécialité, jettent un regard différent sur les lésions (Baril et coll., 1994). Selon eux, ces différences peuvent engendrer des faux pas, des décalages et des incompréhensions lors de l'interaction entre certains acteurs (Baril et coll., 1994). Selon une étude qualitative menée auprès de divers acteurs impliqués dans le retour au travail de travailleurs ayant un TMS (Baril et coll., 2003), les rôles et les mandats des différents acteurs (c'est-à-dire le travailleur, le milieu de travail et les acteurs en dehors du milieu de travail), bien que parfois complémentaires, peuvent parfois différer et mener ainsi à des conflits et des tensions entre ces acteurs. De plus, cette étude fait ressortir des difficultés de communication, particulièrement avec le médecin traitant (Baril et coll., 2003).

Les travaux de Durand, Loisel et leurs collaborateurs (Durand et coll., 2007; Durand et coll., 2012a; Durand & Loisel, 2001; Durand et coll., 2003; Loisel, Durand, et coll., 2005; Loisel et coll., 2008) soulignent l'importance de la collaboration entre les acteurs lors du retour au travail. En effet, dans le

cadre d'une évaluation de l'efficacité d'un programme de collaboration précoce, les difficultés de collaboration avec le médecin traitant ainsi qu'avec le conseiller en réadaptation de l'organisme d'indemnisation ont été soulevées comme élément explicatif de l'insuccès du programme (Durand et coll., 2007; Loisel et coll., 2008). Il semble ainsi qu'un désaccord entre les partenaires sociaux puisse freiner le retour au travail (Loisel et coll., 2008). En effet, « il apparaît que l'implication de partenaires faisant partie d'organisations différentes, avec leurs objectifs et contraintes propres, augmente la complexité de la collaboration » (Durand et coll., 2012a, p. 9). Selon une étude portant sur la collaboration interdisciplinaire en réadaptation professionnelle à la suite d'un TMS (Loisel, Durand, et coll., 2005), l'équipe de réadaptation peut parfois tenter d'inciter les autres acteurs (c'est-à-dire le travailleur, l'employeur, l'assureur et le médecin traitant) à adopter son approche thérapeutique, sans toutefois tenter de comprendre leur point de vue. L'équipe de réadaptation peut ainsi adopter une attitude de fermeture durant le processus (Loisel, Durand, et coll., 2005). Selon Loisel et coll. (2005), la forte croyance en l'efficacité clinique de leur approche expliquerait leur manque d'ouverture. En effet, les chercheurs ont observé que les équipes de réadaptation attribuaient parfois le manque de collaboration des autres acteurs à une faible compréhension du processus thérapeutique. Il ressort de cette étude que les équipes de réadaptation utilisaient alors diverses stratégies, telles que donner de l'information et sensibiliser, afin de favoriser la collaboration des autres acteurs au processus thérapeutique proposé. Les chercheurs ont soulevé que la recherche de l'approbation des acteurs à l'égard de leur approche thérapeutique était omniprésente durant les réunions d'équipe de réadaptation.

Dans un article décrivant les transformations émergentes des pratiques en réadaptation, Durand et Loisel (2001) font le parallèle entre l'ajout de nouveaux acteurs au processus de réadaptation au cours des dernières années et l'opposition de certaines logiques d'action propres à ces acteurs. En effet, ils remarquent que des acteurs semblent préférer s'en tenir à une logique de professionnalisme, plus proche du paradigme biomédical alors que d'autres adoptent une logique de collaboration. Or, les relations entre les acteurs sont appréhendées de manières différentes selon que l'on adhère à la vision professionnaliste ou à celle de collaboration (Durand & Loisel, 2001). Selon D'Amours (1997) (cité dans Durand et Loisel, 2001, p. 10) « la logique de professionnalisme adhère plus à une vision mécaniste de la personne, plus réductionniste, de type médical tandis qu'une logique de collaboration s'associe à une vision humaniste, plus systémique, plus interactionnelle de l'individu avec son milieu ». La vision de collaboration découle plutôt du modèle écologique qui considère l'interaction entre le travailleur et son environnement (Durand & Loisel, 2001). Les relations entre les acteurs semblent influencées par la dynamique créée lors de la rencontre de ces deux visions opposées : « Dans la logique de professionnalisme, on privilégie le contrôle, le pouvoir, l'autorité, les frontières étanches par opposition à la collaboration où l'on partage et

intègre les savoirs, où les zones d'intervention sont communicantes et où la collaboration est interactive » (Durand & Loisel, 2001, p. 11). Ces différences ont engendré des difficultés dans l'application du programme de réadaptation étudié. Ces difficultés semblent être liées à la difficulté des acteurs de collaborer vers le même objectif, notamment en raison des différences de logique et de vision à propos du déroulement du processus.

Bien qu'il semble que les différents acteurs impliqués durant le processus aient en commun l'objectif de retourner l'individu à son travail, il ressortirait de certaines études que la collaboration demeure un défi étant donné les intérêts divergents des acteurs (Durand & Loisel, 2001; Franche, Baril, Shaw, Nicholas, & Loisel, 2005; Loisel, Durand, et coll., 2005; Young, 2013). À travers les travaux de Young et coll. (2013; 2005), l'importance de considérer les intérêts divergents des différents acteurs impliqués dans le processus de retour au travail est soulevée. Une étude menée en 2005 par Young et ses collaborateurs (Young, Wasiak, et coll., 2005) vise à mieux comprendre le retour au travail en considérant les motivations, les intérêts et les enjeux des différents acteurs impliqués durant le processus. Dans cette étude, les chercheurs décrivent les objectifs que peut poursuivre chacun des acteurs durant le processus. Le travailleur vise à retrouver et à préserver sa santé, à avoir une situation financière stable et à être heureux. L'assureur cherche à être financièrement viable, à engendrer un profit (pour l'assureur privé) et à préserver une image positive auprès du public. Les professionnels de la santé priorisent la santé du patient et visent un diagnostic et un traitement adéquat. Ils visent également à ce que les services de santé soient financièrement viables. Du côté de l'employeur, la productivité et la rentabilité de ses activités sont des priorités. À cela s'ajoutent une préoccupation envers la santé et la sécurité de ses ressources humaines ainsi qu'une image positive de son organisation auprès du public. Les chercheurs concluent que tous ces acteurs ont intérêt à ce que le travailleur retourne au travail, mais qu'ils ont également d'autres objectifs pouvant influencer leur degré d'implication dans le retour au travail. En d'autres termes, ces acteurs doivent être en mesure d'apprécier les avantages escomptés associés à un retour au travail réussi afin de s'impliquer. Selon Young (2013), l'amélioration de la collaboration entre les différents acteurs en considérant leur contexte semble une avenue intéressante pour améliorer le retour au travail.

Finalement, la communication durant le processus est également un élément qui s'avère important afin d'assurer le succès du retour au travail (Kosny et coll., 2006; Mortelmans, Donceel, & Lahaye, 2006; Pransky et coll., 2004). Kosny et coll. (2006), dans une étude portant sur le retour au travail à la suite d'un TMS, font ressortir l'importance du contact direct entre les professionnels de la santé et le milieu de travail ainsi que d'une communication proactive entre les professionnels de la santé et le travailleur. Une

étude de Pransky et coll. (2004) fait également ressortir l'importance d'améliorer la communication entre les acteurs durant les diverses interventions visant le retour au travail afin de diminuer les conflits et d'assurer le succès du retour au travail. De leurs côtés, Mortelmans et coll. (2006) ont étudié la présence d'information asymétrique entre les différents acteurs durant le processus de retour au travail. En effet, ils remarquent que certaines informations critiques sont parfois transmises de manière inadéquate ou peuvent également ne pas être transmises aux acteurs concernés, freinant ainsi le retour au travail (Mortelmans et coll., 2006). Selon Mortelmans et ses collaborateurs (2006), l'asymétrie de l'information partagée entre les acteurs semble être un problème majeur lors du retour au travail.

#### *1.4.6 Interventions favorisant le retour au travail*

Les résultats de plusieurs études proposent des interventions qui semblent favoriser le retour au travail (Berthelette & Baril, 2002; Briand, Durand, St-Arnaud, & Corbière, 2008; Durand et coll., 2012a; Frank et coll., 1996; Loisel et coll., 2008; St-Arnaud et coll., 2011). Ces interventions semblent guider la prise en charge des travailleurs par les intervenants du système d'indemnisation et les professionnels de la santé (CSST, 2011a, s.d.; Durand et coll., 2012a; Loisel et coll., 2008; Rossignol & Arsenault, 2006). Ils influencent également les guides de retour au travail (Commission canadienne des droits de la personne, 2007; St-Arnaud & Pelletier, 2013; WorkCover WA, 2011). Dans le cadre de ce mémoire, la recension des interventions est principalement basée sur les études menées au Québec.

Un programme de réadaptation au travail, nommé PREVICAP (pour PRÉvention des situations de handICAP au travail), découle des travaux de Durand et coll. (Durand et coll., 2007; Durand et coll., 2003). Ce programme, basé sur le modèle théorique explicatif du retour au travail (Durand et coll., 2003), propose d'abord une intervention visant l'identification de facteurs engendrant la situation d'incapacité (nommée en anglais le Work Disability Diagnosis), puis une seconde étape d'intervention privilégiant le milieu de travail comme lieu de réadaptation afin de favoriser le retour en emploi (nommée le Retour Thérapeutique au Travail). Le modèle théorique du programme de réadaptation repose sur les mécanismes suivants :

The PREVICAP program is expected to e) increase the worker's general work capacities, f) decrease work environmental demands (physical, mental, social and organizational) and

g) promote concerted action between stakeholders in order to B) increase competent work behaviors. (Durand et coll., 2003, p. 239) <sup>12</sup>

Les travaux de Durand et coll. (2007) mettent en évidence l'importance de l'alliance stratégique ainsi que de la collaboration et la communication avec le médecin traitant lors de l'instauration du programme.

Dans le modèle opérationnel, la collaboration et la communication avec le médecin traitant responsable du retour au travail était une étape favorisant le retour au travail. Or, il apparaît que l'implication de partenaires qui appartiennent à des organisations différentes, avec leurs objectifs et contraintes propres, augmente la complexité de la collaboration et peut mettre en péril l'alliance stratégique dans un processus de retour au travail. (Durand et coll., 2007)

Dans le cadre d'une étude portant sur l'implantation et l'efficacité du programme PREVICAP chez les travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie, des chercheurs présentent une recension de l'état des connaissances à propos des principales composantes des programmes de retour au travail qui semblent favorables au retour au travail (Durand et coll., 2007; Loisel et coll., 2008). Notamment, l'activation du travail, qui réfère au maintien des activités habituelles de travail dans la mesure du possible, semble être un élément clé dès le début de l'absence. Également, la réintégration précoce dans le milieu de travail semble importante afin de faciliter le processus de réadaptation. Une démarche de collaboration entre les acteurs semble également favorable au retour au travail. Finalement, rassurer le travailleur à l'égard de ses craintes, notamment celles associées à la reprise d'activité et à la douleur, ainsi qu'améliorer son sentiment d'efficacité personnel sont des interventions recommandées par ces chercheurs.

St-Arnaud et coll. (2011) ont développé une démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail destinée aux employés absents de leur travail pour des raisons de santé mentale. Ils font ressortir les éléments qui favorisent le retour au travail lors de l'implantation de leur démarche. La recherche de pistes d'action avec le travailleur et le supérieur immédiat afin de favoriser le retour ainsi que le maintien en emploi est un exercice positif. Aussi, l'accueil, le soutien au travail, la mise en œuvre de pratiques visant à rassurer le travailleur pendant l'arrêt de travail ainsi que la possibilité pour les travailleurs d'apporter des changements à leur travail sont des éléments favorisant un retour au travail réussi. Finalement, St-Arnaud et coll. (2011) démontrent que la réussite d'une intervention lors d'un retour au travail nécessite certaines conditions : l'établissement d'un climat de

<sup>12</sup> Le programme PREVICAP vise à e) augmenter la capacité générale de travail, f) diminuer les demandes du milieu de travail (physique, mentale, sociale et organisationnelle) et g) promouvoir l'action concertée des acteurs impliqués afin de b) augmenter les compétences professionnelles du travailleur. Durand et coll. (2003, p. 239) (Traduction libre)

confiance marqué par le respect, une communication efficace et une collaboration entre les différents acteurs internes ou externes visés par le retour au travail.

#### 1.4.7 Système d'indemnisation et perspective des acteurs sur le retour au travail

Il a été vu précédemment que la description de la perspective d'un acteur à propos de ce qui facilite le retour au travail est une approche empruntée dans de nombreuses études (Nastasia, Coutu, & Tcaciuc, 2014). Les perspectives du travailleur et des acteurs du milieu de travail ont été documentées par plusieurs chercheurs (Corbière et coll., 2014; Dionne et coll., 2013; Esselman et coll., 2007; Haugli et coll., 2011; Jakobsen & Svendsen, 2013; Lemieux et coll., 2011; MacEachen, Kosny, & Ferrier, 2007; Magnussen et coll., 2007; Ramel et coll., 2013; Soeker et coll., 2008). D'autres chercheurs se sont aussi attardés à documenter la perspective des professionnels de la santé, particulièrement des médecins (Anema et coll., 2002; Côte et coll., 2001; Guzman et coll., 2002; Nastasia et coll., 2014; Schweigert et coll., 2004; Soklaridis et coll., 2011). Finalement, d'autres, adoptant une perspective systémique, ont inclus dans un même échantillon la perspective de plusieurs types d'acteurs, afin d'obtenir une compréhension plus large du phénomène (Baril et coll., 2003; Friesen et coll., 2001; MacEachen et coll., 2010; Soklaridis et coll., 2010). C'est ainsi que les perspectives des acteurs provenant de trois systèmes reconnus comme étant impliqués dans le retour au travail (le système personnel du travailleur, le système de santé et le milieu de travail) ont été étudiées par plusieurs chercheurs.

Mais qu'en est-il du système d'indemnisation et de la perspective de ses acteurs sur le retour au travail? Selon les résultats d'une recension systématique portant sur les tendances de la recherche dans le domaine de l'incapacité prolongée liée au TMS, le système d'indemnisation et leurs acteurs occupent une place importante dans les écrits (Nastasia et coll., 2014). C'est ainsi que le système d'indemnisation fait l'objet de plusieurs études (Lecomte & Savard, 2006; Lippel, 2006, 2007; Lippel & Lötters, 2013; MacEachen et coll., 2010; Roberts-Yates, 2003; Strunin & Boden, 2004). Certaines études s'attardent sur les pratiques du système d'indemnisation en fonction de sa compétence ou de sa juridiction, du pays où il est en vigueur afin d'évaluer son impact sur le retour au travail. Ces études permettent ainsi certaines comparaisons avec d'autres systèmes d'indemnisation à travers le monde (Lippel, 2006; Lippel & Lötters, 2013). D'autres études prospectives ont tenté de mieux comprendre le lien entre la compensation financière, c'est-à-dire le montant de l'indemnisation, et la situation d'incapacité, comme en fait état une recension systématique sur les déterminants de l'incapacité liés aux lombalgies (Truchon & Fillion, 2000). Également, certaines études mettent en lumière les effets négatifs du système d'indemnisation en

documentant la perspective du travailleur à l'égard de son expérience avec l'organisme d'indemnisation (Kilgour, Kosny, McKenzie, & Collie, 2014; Lippel, 2007; Strunin & Boden, 2004). D'autres acteurs, tels que les professionnels de la santé, discutent également de certaines difficultés rencontrées durant le processus découlant du système d'indemnisation. (Côte et coll., 2001; Russell, Brown, & Stewart, 2005; Schweigert et coll., 2004; Soklaridis et coll., 2011). C'est ainsi qu'en documentant la perspective des autres acteurs, plusieurs problèmes associés au système d'indemnisation sont mis en lumière (MacEachen et coll., 2010; Roberts-Yates, 2003). Toutefois, peu d'études documentent la perspective des acteurs du système d'indemnisation afin d'obtenir une vision plus complète du processus et ainsi mieux comprendre ce qui influence le retour au travail.

Quelques études se sont attardées à documenter leur perspective en les incluant dans des échantillons constitués de différents types d'acteurs (Baril et coll., 2003; Friesen et coll., 2001; MacEachen et coll., 2010; Soklaridis et coll., 2010). Les travaux de Fassier et coll. (2013; 2011), bien qu'incluant certains acteurs du système d'indemnisation, visent à documenter ce qui freine ou facilite l'implantation d'interventions cliniques et ne sont donc pas en lien direct avec le processus de retour au travail. En 2013, Young documente la perspective des acteurs, donc ceux du système d'indemnisation, mais sous l'angle du rôle, des actions et des défis rencontrés. D'autres études s'attardent davantage aux pratiques, aux compétences et aux habiletés requises afin de travailler comme intervenants en réadaptation dans des milieux s'apparentant au système d'indemnisation (James et coll., 2011; Leahy, Chan, & Saunders, 2003; Lecomte & Savard, 2006). En 1994, Baril et ses collaborateurs ont publié une étude dans laquelle ils relatent des éléments favorables ou nuisibles au processus de réadaptation et de réinsertion selon la perspective des responsables de dossiers à la CSST. Ces résultats, bien que fort intéressants, demeurent encore fragmentaires. Ces chercheurs ont abordé ces questions en marge de leur projet de recherche sans y apporter une grande attention. De plus, l'évolution des pratiques depuis une vingtaine d'années incite à obtenir des informations plus récentes à ce propos. Finalement, l'étude de Gard et Soderberg (2004) documente ce qui influence le retour au travail selon la perspective des intervenants de l'organisme d'indemnisation suédois. Or, ces résultats s'avèrent peu transférables au contexte québécois (Lippel & Lötters, 2013). En effet, chaque organisme d'indemnisation s'inscrit dans un contexte juridique et social qui est propre au pays ou à la région où il œuvre, rendant ainsi plus difficile la généralisation des résultats de certaines études (Lippel & Lötters, 2013).

## **1.5 Synthèse de l'état des connaissances**

Il a été vu précédemment que le développement d'une situation de handicap est analysé en prenant en compte l'impact des obstacles sociaux et environnementaux sur l'intégration sociale des personnes

handicapées (Fougeyrollas, 2002, 2010; OMS, 2011). Or, l'intégration du travailleur peut être compromise par des obstacles rencontrés durant le processus de retour au travail (Durand & Loisel, 2001; Fougeyrollas, 2010). C'est ainsi que le processus handicapant au travail est vu de façon systémique en considérant l'influence des éléments environnementaux et sociaux sur le retour au travail (Fougeyrollas, 2010).

À la lumière du présent chapitre, le système d'indemnisation et ses acteurs ressortent comme des éléments importants de l'environnement lors du retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle. D'abord, les sections précédentes ont fait état du contexte historique québécois duquel ont émergé, au cours du dernier siècle, les préoccupations à l'égard de l'incapacité de travail à la suite d'une lésion professionnelle. Plusieurs acteurs provenant des sphères sociales, politiques, économiques et scientifiques ont influencé le débat (CSST, 2014b; Dionne, 2002; Fougeyrollas, 2002, 2010; Spitzer, 1986). Les nombreuses luttes ouvrières portant sur la question de la responsabilité de l'employeur à l'égard du sort préjudiciable réservé aux travailleurs ont posé les fondements du contrat social qui est à la base du régime québécois actuel de santé et de sécurité du travail (CSST, 2014b; Dionne, 2002; Fougeyrollas, 2002, 2010). Le régime public d'indemnisation et de réadaptation est l'une des pierres angulaires du retour au travail. Ce régime s'appuie sur la LATMP qui instaure des mesures importantes non seulement en matière d'indemnisation, mais également en matière de réadaptation (CSST, 2014b). Ces mesures constituent un élément essentiel du processus de retour au travail des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle en leur assurant le droit à la réadaptation et au retour au travail, notamment dans leur emploi prélésionnel (Baril, 2002; Baril et coll., 1994; CSST, 2014b; LATMP, 1985).

Ce premier chapitre a permis de montrer le rôle essentiel de l'agent d'indemnisation et du conseiller en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public québécois dans l'application de la LATMP et des différentes démarches menant vers le retour au travail (Baril & Berthelette, 2000; Baril et coll., 1994; CSST, 2014a; Durand & Loisel, 2001; Lippel, 2007; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001; Sabourin, 2010a, 2010b; Strunin & Boden, 2004). Les intervenants en réadaptation sont appelés à favoriser un retour au travail rapide des victimes d'une lésion professionnelle afin de minimiser les impacts économiques et humains de leur retrait du travail ainsi que les risques de rechute (Baril & Berthelette, 2000; Wasiak et coll., 2004; Young, 2013). À cet égard, l'agent d'indemnisation et le conseiller en réadaptation ont des rôles complémentaires en travaillant de concert auprès des principaux acteurs impliqués dans le retour au travail (Baril & Berthelette, 2000).

Ce chapitre a également permis de mettre en lumière les nombreux enjeux associés à une situation d'incapacité prolongée : les conséquences négatives pour le travailleur, les coûts élevés d'indemnisation et les effets négatifs sur la productivité (Abenhaim & Suissa, 1987; CSST, 2014b; Spitzer, 1986). Ces différents enjeux préoccupent le milieu scientifique et l'amènent à s'interroger sur ce qui favorise le retour au travail. De nombreuses études ont été menées afin de mieux comprendre les éléments influençant le retour au travail et menant à une situation d'incapacité prolongée (Baril et coll., 2003; Bültmann & Brouwer, 2013; Shaw et coll., 2013; St-Arnaud et coll., 2007; Truchon & Fillion, 2000; Waddell et coll., 2003). Aussi, plusieurs cadres théoriques ont été développés au cours des dernières années afin de conceptualiser et de modéliser les dimensions qui doivent être prises en compte dans le processus de retour au travail (Durand et coll., 2003; Fougeyrollas, 2010; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001; OMS, 2001; St-Arnaud et coll., 2011; St-Arnaud et coll., 2003). Certaines de ces cadres théoriques tentent de mieux comprendre le retour au travail à partir de la perspective des principaux acteurs y prenant part (Corbière et coll., 2015; Corbière et coll., 2014; Friesen et coll., 2001; Lemieux et coll., 2011; MacEachen, Kosny, et coll., 2007; St-Arnaud & Corbière, 2011a; Tjulin, MacEachen, Stiwne, et coll., 2011). Toutefois, bien que le système d'indemnisation fasse l'objet de certaines études et occupe une large place au sein des questionnements dans les écrits empiriques s'intéressant au retour au travail (Lecomte & Savard, 2006; Lippel, 2006, 2007; Lippel & Lötters, 2013; MacEachen et coll., 2010; Nastasia et coll., 2014; Roberts-Yates, 2003; Strunin & Boden, 2004), peu d'études se sont intéressées à documenter la perspective des acteurs du système d'indemnisation sur ce qui influence le retour au travail. C'est en constatant l'importance que ce système et ses acteurs occupent dans le processus du retour au travail et pour répondre à cette lacune que ce mémoire a pris forme. Son objectif est de mieux comprendre, à partir de la perspective des intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public, ce qui peut favoriser ou freiner le retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle. Il s'agit de l'objectif général de ce mémoire.

Plus spécifiquement, les aspects relationnels découlant des interactions entre les acteurs durant le retour au travail ont été identifiés comme pouvant influencer le retour au travail (Baril et coll., 2003; Durand et coll., 2003; Franche et coll., 2005; Loisel, Durand, et coll., 2005; Mortelmans et coll., 2006; Pransky et coll., 2004; St-Arnaud et coll., 2003; Young, Wasiak, et coll., 2005). Ils constituent également un aspect important de plusieurs modèles associés au retour au travail, dont le modèle écologique de gestion du retour au travail (Durand et coll., 2003; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001; OMS, 2001; St-Arnaud et coll., 2003). Ce modèle considère les attitudes et les actions des différents acteurs travaillant au sein de chacun des systèmes, et cela à travers leurs interactions, comme influençant le retour au travail (Loisel et coll., 2001; Schultz et coll., 2007). Aussi, ce premier chapitre a montré que le

travail des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation du système d'indemnisation public est caractérisé par une multitude d'interactions, et cela, tout au long du processus de retour au travail (Shaw et coll., 2008). Il semble ainsi pertinent et complémentaire à l'objectif général du présent mémoire, de tenter de mieux comprendre les éléments pouvant influencer le retour au travail liés aux interactions entre les intervenants de l'organisme d'indemnisation public et les acteurs avec qui ils collaborent durant le processus de retour au travail.

## **1.6 Objectif et questions de recherche**

L'objectif général de ce mémoire est de mieux comprendre ce qui influence le retour au travail à partir de la perspective des intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public. Ce mémoire vise à répondre aux trois questions suivantes :

Selon les intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public :

- 1) Quels sont les éléments freinant ou facilitant le retour au travail?
- 2) Quels sont les éléments freinant ou facilitant le retour au travail liés aux interactions avec les différents acteurs impliqués dans le retour au travail?

À ces deux questions principales, s'ajoute une troisième sous-question :

- 3) Quels sont les éléments pouvant améliorer le processus de retour au travail?

Cette sous-question sert à identifier des solutions qui permettraient de diminuer les éléments perçus comme freinant le processus de retour au travail par les intervenants en réadaptation ou des améliorations qui pourraient être bénéfiques au processus de retour au travail. Elle permet ainsi d'explorer sous un autre angle les éléments qui influencent le retour au travail.



## Chapitre 2 — Cadre conceptuel

La construction d'un cadre conceptuel permet de rassembler les principaux éléments théoriques et conceptuels retenus dans le cadre d'un projet de recherche, de les définir en fonction de l'objet d'étude et de clarifier leurs interactions (Huberman & Miles, 1991). Selon Miles et Huberman (1991, p. 41), « un cadre peut prendre plusieurs formes et formats. Il peut être rudimentaire ou élaboré, basé sur la théorie ou sur le bon sens, descriptif ou causal ». La description du cadre conceptuel se base sur la recension des écrits empiriques ainsi que sur la culture du chercheur à propos de l'objet étudié (Van Der Maren, 2011).

Ce deuxième chapitre vise à présenter le cadre conceptuel sur lequel s'appuie ce mémoire. Dans la présente étude, le cadre conceptuel est plutôt rudimentaire et descriptif. D'abord, il vise à définir clairement les concepts et, ensuite, à les mettre en relation de manière cohérente sous la forme d'un modèle conceptuel qui servira d'appui pour l'analyse des données. Ce cadre conceptuel est appelé à se raffiner de manière itérative durant l'analyse des données (Huberman & Miles, 1991).

### 2.1 Définitions des principaux concepts

#### 2.1.1 Retour au travail

Malgré une abondance de recherches effectuées dans le domaine du retour au travail, il semble y avoir peu de consensus à l'égard du concept de retour au travail (Pransky, Gatchel, Linton, & Loisel, 2005). Certains le voient comme un processus, c'est-à-dire comme s'étendant des premières étapes de la réadaptation fonctionnelle jusqu'au moment où le potentiel professionnel est atteint (Corbière et coll., 2014; Young, Roessler, et coll., 2005). D'autres le conçoivent comme un résultat, par exemple la journée du retour dans le milieu de travail (Anema et coll., 2009; Schultz et coll., 2008). Ces différentes conceptions influencent l'angle sous lequel se présente la problématique ainsi que la manière de l'étudier.

Le retour au travail est conceptualisé dans la présente étude, tel que proposé par Young et coll. (2005), comme un concept incluant à la fois le résultat (ex. être de retour à l'emploi préprofessionnel) et le processus (c'est-à-dire la série d'actions et de phases menant vers le résultat visé). Il renvoie ainsi à un processus de préparation du retour au travail ainsi qu'au maintien en emploi, au-delà de la première journée du retour au travail (Corbière et coll., 2014). Ce choix permet d'appréhender le retour au travail, dans le cadre de ce mémoire, comme s'inscrivant dans un processus dynamique dont les enjeux sont présents,

non seulement sur le plan du résultat visé, mais également tout au long des interventions menant vers ce résultat.

Plus précisément, la série d'actions et de phases menant vers le retour au travail peut constituer ce que Durand et Loisel (2001, p. 1) définissent comme la réadaptation au travail soit « un ensemble d'actions posées pour permettre de « rétablir » la congruence entre [les] capacités [du travailleur] et les exigences de l'environnement (Dawis & Lofquist, 1984; Kielhofner, 1995; Vondracek, Lerner, & Schulenberg, 1986). Il s'agit plus spécifiquement ici des exigences physiques, mentales et sociales associées à la réalisation du travail ». En ce sens, l'étude des éléments facilitant ou freinant le retour au travail selon la perspective des intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public nécessite de considérer, dans le concept de processus de retour au travail, l'application des différents programmes de réadaptation (physique, professionnel et sociale) ainsi que les pratiques qui y sont associées, découlant de l'application de la LATMP.

### 2.1.2 Éléments freinant ou facilitant

Inspirée des définitions proposées par Fougeyrollas (2010), l'appellation « élément facilitant » ou « élément qui facilite » sera utilisée dans le présent mémoire plutôt que « facilitateur » afin de respecter les règles d'orthographe qui ne reconnaissent pas à ce jour le terme « facilitateur » dans le sens de la présente étude (Petit Robert, Larousse et Grand dictionnaire terminologique de l'Office Québécois de la langue française, 2014). Cette appellation désigne un élément qui favorise le retour au travail. De même, un « élément freinant » ou « élément qui freine » sont utilisés plutôt que le terme « obstacle », afin d'être concordant avec le concept opposé. Ces expressions désignent un élément qui fait obstacle ou ralentit le retour au travail. De plus, le terme « élément » est utilisé plutôt que « facteur » dans un souci de cohérence avec l'approche qualitative de type compréhensive propre à cette étude; en effet, la description de facteurs s'effectue habituellement à l'aide d'une méthode quantitative (Fortin, 2010). Le terme « élément » signifie un fait, une information ou une donnée nécessaire à la compréhension (Larousse, 2014) de ce qui influence le retour au travail. Finalement, le terme « élément qui influence » inclut à la fois les éléments facilitants et freinants. Tel que vu dans la recension de la littérature, les éléments freinant ou facilitant le retour au travail sont nombreux et peuvent être associés aux différents systèmes, et à leurs acteurs, impliqués dans le retour au travail.

### 2.1.3 Intervenants en réadaptation

Selon Nastasia et coll. (2011), un intervenant est une : « personne ou un groupe de personnes concernées par l'atteinte des objectifs d'un projet ou directement impliquées dans la poursuite des objectifs en question, et dont la participation et le soutien sont essentiels à la réussite du projet ». Tout au long du processus de retour au travail, les intervenants en réadaptation sont impliqués directement dans la poursuite de l'objectif de retour au travail (Baril et coll., 1994; CSST, 2014a; Durand & Loisel, 2001; Sabourin, 2010a, 2010b). Les intervenants en réadaptation sont la population ciblée. Le concept d'intervenants en réadaptation regroupe à la fois les agents d'indemnisation et les conseillers en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public québécois des lésions professionnelles (CSST). Dans le contexte précis de la CSST, les intervenants en réadaptation s'impliquent sur le plan de l'indemnisation (plus particulièrement l'agent d'indemnisation) ainsi que sur le plan des démarches visant le maintien du lien d'emploi et le retour au travail (plus particulièrement le conseiller en réadaptation) (CSST, 2014a).

### 2.1.4 Interaction

L'interaction est le concept central de la deuxième question de recherche. Il peut être défini au sens commun comme une « relation interpersonnelle entre deux individus au moins, par laquelle les comportements de ces individus s'influencent mutuellement et se modifient chacun en conséquence ». (Larousse, s.d.) Les éléments d'un système ne sont pas isolés, mais plutôt en constante interaction les uns avec les autres, formant un jeu complexe de causalité circulaire (Cerclé & Somat, 2002; Marc & Picard, 2006; Mucchielli, 2011). Dit autrement, les éléments s'influencent (Marc & Picard, 2006).

Dans la présente étude, le concept d'interaction réfère aux relations qui unissent les acteurs impliqués dans le retour au travail ainsi qu'à la manière dont ces acteurs établissent leurs relations (Tjulien, MacEachen, Stiwne, et coll., 2011). Plus précisément, l'interaction est étudiée à partir du point de vue des intervenants en réadaptation. Elle concerne donc les relations qu'entretiennent les intervenants en réadaptation avec les acteurs impliqués dans le retour au travail et les manières dont ces interactions peuvent influencer le retour au travail.

Enfin, l'interaction sociale est influencée par le système dans lequel évolue chacun des acteurs (Marc & Picard, 1989). À travers leurs interactions, certains comportements sont déployés par les acteurs en fonction de leurs intérêts, mais également des normes et des contraintes du système dans lequel ils

s'inscrivent (Marc & Picard, 1989). Dans la présente étude, le concept d'interaction prend en compte le contexte de travail et les intérêts des intervenants qu'ils partagent ou non avec les autres acteurs durant le retour au travail (Tjulin, MacEachen, Stiwnne, et coll., 2011).

### 2.1.5 Acteurs impliqués dans le retour au travail

Dans la présente étude, un acteur peut être défini comme toute personne ayant un gain ou une perte possible suite au résultat du retour au travail (Young, 2013). Les principaux acteurs reconnus dans la littérature comme s'impliquant dans le retour au travail sont le travailleur et sa famille, l'employeur, les collègues, le syndicat, les professionnels de la santé dont le médecin traitant, l'agent d'indemnisation et le conseiller en réadaptation de l'organisme d'indemnisation (Loisel et coll., 2001; Young, 2013). Young et coll. (2013; 2005) explique que chaque acteur évolue dans un contexte particulier propre à son système dont découle des objectifs et des intérêts. À travers leurs interactions, certains comportements sont déployés par les acteurs en fonction des intérêts et des objectifs, mais également des normes et des contraintes du système dans lequel un acteur s'inscrit (Marc & Picard, 1989).

## 2.2 Modèle conceptuel

La présente étude propose de mieux comprendre ce qui influence le retour au travail à partir de la perspective des intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public. Il est nécessaire que le modèle choisi offre une vision large du retour au travail qui inclut le système d'indemnisation. Or, peu de modèles incluent explicitement le système d'indemnisation (Costa-Black et coll., 2013; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001). D'une part, certains modèles reconnaissent davantage l'environnement de travail et le milieu clinique comme influençant le retour au travail (OMS, 2001; St-Arnaud et coll., 2003). Selon Costa-Black (2013), le modèle biopsychosocial de l'OMS (2001) offre une vision centrée sur le fonctionnement de l'individu, principalement sur les aspects médicaux et la participation sociale. Il considère peu, voire pas du tout, l'influence des rôles et des responsabilités d'autres acteurs, outre le patient et les professionnels de la santé, sur le fonctionnement de l'individu. Le concept d'environnement proposé par le modèle biopsychosocial de l'OMS (OMS, 2001) semble ainsi se limiter à certains systèmes et contextes sans toutefois considérer l'ensemble des environnements, et leurs contextes propres, qui influencent le retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle. Le modèle proposé par St-Arnaud (2003) a été élaboré à partir d'un échantillon constitué d'individus ayant un trouble de santé mentale transitoire. Or, il a été vu dans le chapitre 1 que ce type de lésion est peu

indemnisé par le système d'indemnisation public québécois. Le modèle proposé ne considère donc pas l'influence de ce système sur le retour au travail. D'autre part, bien que dans certains modèles, l'environnement puisse inclure les éléments et les acteurs du système d'indemnisation, ce dernier n'y occupe pas une place suffisamment importante considérant l'objet de la présente étude (Costa-Black et coll., 2013; Durand et coll., 2003; Fougeyrollas, 2010; OMS, 2001; Schultz et coll., 2007). Il ressort de la recension des modèles que seul le modèle écologique de gestion de l'incapacité reconnaît le système d'indemnisation au même titre que le milieu de travail et le système de santé (Costa-Black et coll., 2013; Durand & Loisel, 2001; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Schultz et coll., 2007). Selon le modèle écologique de gestion de l'incapacité, chaque acteur se situe dans un système (Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001). Ce modèle s'appuie sur le paradigme de l'incapacité au travail qui, s'éloignant de la vision du traitement de la maladie, est davantage centré sur la gestion du processus de retour au travail. Selon Schultz (2007), le modèle écologique de gestion de l'incapacité le plus exhaustif est celui proposé par Loisel et ses collaborateurs (2005; 2001). Ce modèle offrirait la vision la plus complète jusqu'à maintenant de l'impact des systèmes sur le retour au travail ainsi que sur la complexité du retour au travail (Costa-Black et coll., 2013).

Le modèle conceptuel de la présente étude s'appuie sur le modèle écologique de gestion de l'incapacité proposé par Loisel et coll. (2005; 2001) puisqu'il positionne clairement la place du système d'indemnisation dans le processus de retour au travail et est cohérent avec le contexte et le rôle du système d'indemnisation dans lequel travaillent les intervenants de l'organisme d'indemnisation, soit la gestion du retour au travail.

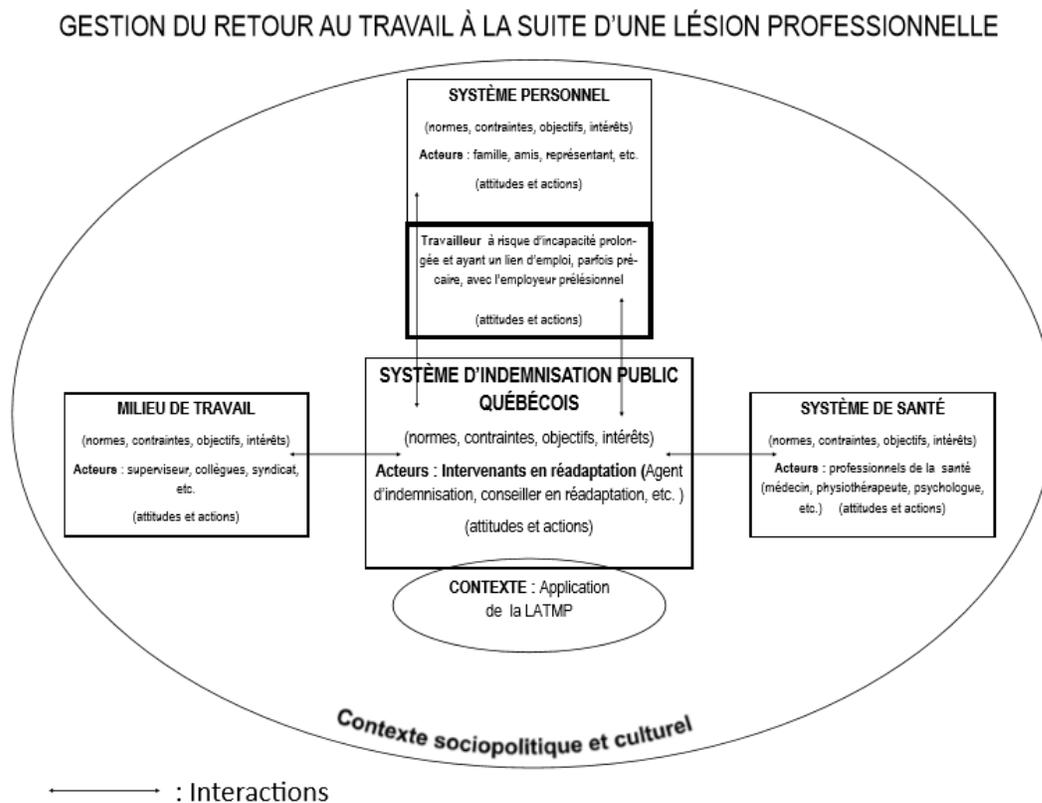
S'appuyant sur ce modèle, le modèle conceptuel de la présente étude prend en considération les attitudes<sup>13</sup> et les actions<sup>14</sup> des acteurs, les interactions entre les intervenants en réadaptation et les acteurs, ainsi que le contexte de gestion du retour au travail propre au système d'indemnisation, afin de mieux comprendre ce qui influence le retour au travail tel que perçu par les intervenants en réadaptation qui travaillent au sein du système d'indemnisation public. Toutefois, bien que le travailleur soit considéré au centre du modèle écologique de gestion de l'incapacité, le système d'indemnisation et les intervenants sont positionnés au centre de notre analyse afin de bien situer la perspective empruntée dans le cadre de cette étude.

<sup>13</sup> «Disposition interne durable qui sous-tend les réponses favorables ou défavorables de l'individu à un objet ou à une classe d'objets du monde social». (Larousse, 2011b)

<sup>14</sup> «Modification du cours naturel des choses, réalisée par un agent en vue d'un but». (Larousse, 2011a)

Une schématisation des différents concepts et de leurs interactions est proposée à la figure 5 dans le but de faciliter la compréhension du modèle conceptuel sur lequel s'appuie la présente étude. Ce modèle conceptuel prend comme point de départ le système d'indemnisation et son contexte afin de mieux comprendre le retour au travail. Le modèle utilise une approche par « boîtes », c'est-à-dire qu'il schématise les différents concepts qui sont attirés, telles des étiquettes, à des boîtes et clarifie également les interrelations entre certains concepts (Huberman & Miles, 1991). Ce cadre présuppose l'existence d'interactions, entre les systèmes et leurs acteurs, en se basant sur la logique du chercheur, les résultats d'études empiriques et certains modèles existants, particulièrement celui proposé par Durand et Loisel (2001, p. 4) (Huberman & Miles, 1991). Ainsi, cette schématisation « est le résultat de l'agencement des concepts réalisé par le chercheur. De plus, il se fonde principalement sur des données empiriques. [...], il n'énonce pas de relation formelle entre les concepts » (Fortin, 2010, p. 175). Les systèmes du processus de retour au travail et les acteurs avec lesquels les intervenants sont en relation sont représentés dans différentes « boîtes » et le concept d'interaction est représenté par des flèches (Huberman & Miles, 1991).

Figure 5 — Modèle conceptuel de l'étude



## Chapitre 3 — Méthodologie

Le présent chapitre vise à présenter la méthodologie utilisée afin de réaliser l'étude des éléments qui facilitent ou freinent le retour au travail selon la perspective des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public. Le positionnement épistémologique de l'étude est d'abord présenté. La seconde partie porte sur la description et la justification du choix des participants. Ensuite, la nature ainsi que la méthode de collecte des données sont présentées. La quatrième partie présente la méthode d'analyse privilégiée. Finalement, les démarches auprès du comité d'éthique sont présentées.

### 3.1 Approche méthodologique et posture épistémologique

Une approche compréhensive sera privilégiée au regard de l'objet d'étude et du modèle conceptuel choisi. L'étude des facteurs influençant le retour au travail se fait par la prise en compte de la perspective des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation travaillant au sein du système d'indemnisation. Suivant cette perspective, l'approche compréhensive permet d'aborder l'objet d'étude de manière ouverte et assez large afin de saisir, dans une optique compréhensive, la perspective des participants (Fortin, 2010; Paillé dans Mucchielli, 2011). Cette approche offre un cadre d'analyse adéquat permettant de saisir la perspective qu'ont les intervenants en réadaptation sur le retour au travail.

L'approche compréhensive permet de prendre en compte le contexte dans lequel évoluent les sujets participants afin de mieux comprendre leur vision du monde (Pourtois et Desmet dans Mucchielli, 2011). Les fondements du discours scientifique propres au paradigme compréhensif considèrent l'analyse des sensations, des perceptions et des impressions du sujet sur le monde qui l'entoure comme primordiales afin d'appréhender l'objet d'étude (Pourtois et Desmet dans Mucchielli, 2011). Or, les sensations, les perceptions et les impressions sont influencées par les caractéristiques sociales, personnelles et contextuelles des sujets. Dans la présente étude, s'appuyant sur une approche compréhensive, le modèle conceptuel développé prend en compte le contexte dans lequel travaillent les intervenants en réadaptation afin de mieux comprendre ce qui influence le retour au travail.

Finalement, cette étude est de nature exploratoire, puisqu'elle s'intéresse à un acteur peu interrogé jusqu'à présent lorsqu'il est question du retour au travail. En effet, la revue de la littérature démontre que peu de recherches jusqu'à ce jour se sont attardées à étudier le point de vue des intervenants en

réadaptation de l'organisme d'indemnisation public en ce qui a trait aux éléments qui influencent le retour au travail. Or, la posture du chercheur qualitatif renvoie à la nécessité de documenter les perspectives peu considérées et à leur accorder autant d'importance qu'à celles des acteurs plus présents dans la littérature.

## **3.2 Description et justification du choix des participants**

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'une recherche plus large menée par la professeure Manon Truchon à l'Université Laval portant sur l'« Effet d'un programme de dépistage précoce et de référence systématique sur l'incapacité de longue durée et le bien-être des travailleurs à la suite d'une lombalgie commune ». L'objectif de ce mémoire a été ajouté au protocole initial comme second objectif de l'étude de la professeure Truchon. Pour atteindre l'objectif du mémoire, des questions ont été ajoutées à la grille d'entrevue du volet qualitatif de l'étude de la professeure Truchon. La population à l'étude est constituée d'intervenants de l'organisme d'indemnisation public québécois attirés aux dossiers des travailleurs présentant un risque d'incapacité prolongée en raison d'un accident de travail. Les participants sont des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation qui ont pris en charge un dossier référé par l'équipe de recherche de la professeure Truchon dans le cadre du volet quantitatif et qui ont accepté de participer au volet qualitatif du projet. Cette population s'avère pertinente pour l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire puisqu'il s'agit du seul organisme d'indemnisation public au Québec relativement aux lésions professionnelles. De plus, l'accessibilité aux participants et la présence d'une entente de recherche qu'offrirait l'étude de la professeure Truchon justifient également le choix des participants.

## **3.3 Nature des données et méthode de collecte**

### **3.3.1 Échantillonnage et recrutement des participants**

Un critère d'inclusion pour sélectionner les participants interrogés dans le cadre de ce mémoire a été ajouté au protocole initial de l'étude de la professeure Truchon : les participants devaient avoir un minimum d'un an d'expérience au poste occupé lors de l'entrevue, c'est-à-dire comme agent d'indemnisation ou comme conseiller en réadaptation. Ce critère d'inclusion a été ajouté afin de s'assurer que les participants ont une expérience minimale du processus de retour au travail et cela, dans le contexte de pratique propre à l'organisme d'indemnisation québécois.

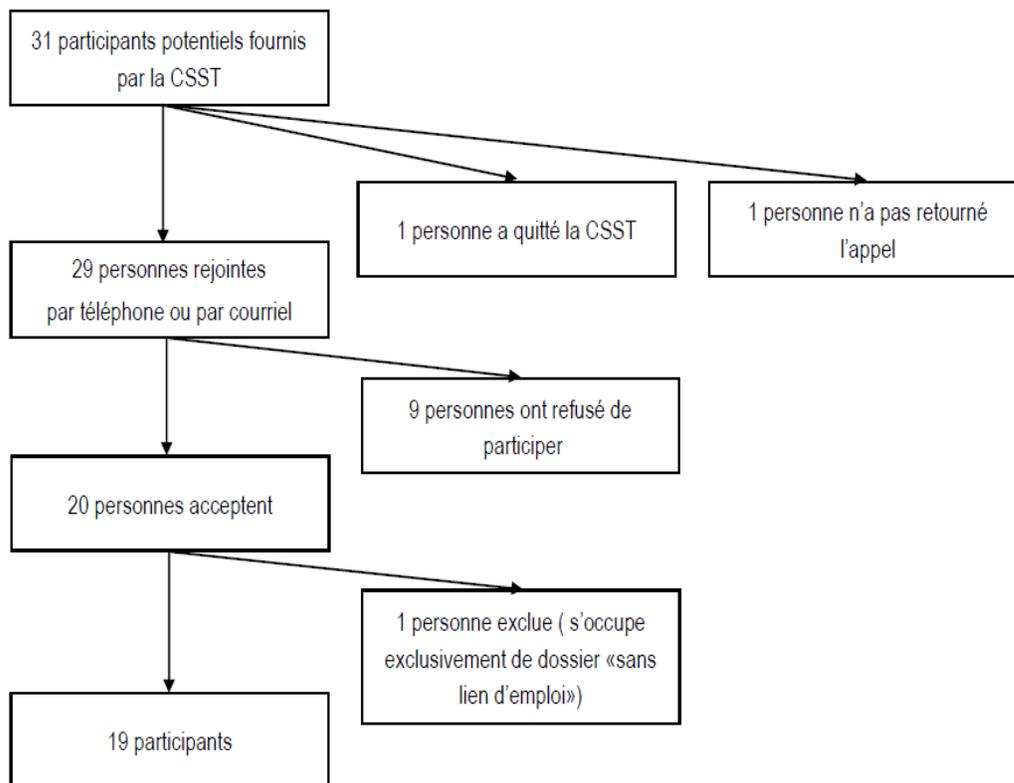
Le recrutement s'est effectué de septembre 2013 à février 2014. Afin de recruter les participants, les intervenants ont été sollicités par le biais d'un document d'information préparé par l'équipe de recherche de la professeure Truchon. Ce document a été envoyé aux directions régionales par la Direction de l'indemnisation et de la réadaptation de l'organisme d'indemnisation. Par la suite, une liste de volontaires a été envoyée à l'équipe de recherche. Au total, trente et une personnes ont souhaité en savoir davantage sur l'étude. Un contact téléphonique a été fait auprès de vingt-neuf volontaires afin de leur expliquer le projet et la nature de leur participation et deux volontaires se sont eux-mêmes proposés après avoir été informés de l'étude par leur collègue de travail. Ensuite, après l'obtention de leur accord par téléphone, un courriel a été acheminé aux volontaires avec en pièce jointe un feuillet d'information et un formulaire de consentement portant sur le volet qualitatif de l'étude de la professeure Truchon ainsi qu'un feuillet d'information (Annexe A) et un formulaire de consentement (Annexe B) portant spécifiquement sur le présent mémoire. Les volontaires étaient invités à prendre connaissance de ces documents avant d'accepter de participer à l'étude. Vingt personnes ont accepté de participer à l'étude. Neuf volontaires n'ont pas accepté de participer à l'entrevue ou se sont désistés après avoir donné leur consentement. Les raisons invoquées sont multiples : manque de temps, formation en même temps que l'entrevue, hésitations à participer, etc. Également, un volontaire n'a pas rappelé l'équipe de recherche et un autre a quitté l'organisation.

L'échantillon est constitué exclusivement des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation travaillant sur le même type de dossier afin d'assurer une homogénéité à l'échantillon. En effet, dans l'organisme d'indemnisation public d'où proviennent les participants, certains intervenants s'occupent presque exclusivement de dossiers de travailleurs jugés à risque d'incapacité et « sans lien d'emploi ». D'autres, tels que les intervenants constituant notre échantillon, s'occupent presque exclusivement de dossiers de travailleurs identifiés à risque d'incapacité prolongée « avec lien d'emploi ». Nous pouvons supposer que certains éléments qui influencent le retour au travail des dossiers « sans lien d'emploi » diffèrent de ceux nommés par les intervenants qui s'occupent des dossiers « avec lien d'emploi ». Il est aussi supposé que le contexte de travail diffère. Le choix de l'échantillon s'est donc fait de manière à y assurer le plus d'homogénéité possible, en retenant seulement les intervenants travaillant sur les dossiers identifiés à risque « avec lien d'emploi ».

Dans l'échantillon, un seul conseiller en réadaptation s'occupe à la fois de dossiers identifiés « à risque d'incapacité prolongée avec un lien d'emploi », mais dont ce lien est qualifié de précaire, et de dossiers « sans lien d'emploi ». De plus, une personne s'occupant exclusivement de dossiers « sans lien d'emploi » a également été rencontrée en entrevue dans le cadre de cette étude. Toutefois, dans un

souci d'homogénéité des caractéristiques de l'échantillon, cette personne a été exclue de l'échantillon du mémoire (Pires, 1997). Ainsi, l'échantillon représente la perspective des intervenants en réadaptation (agents d'indemnisation et conseillers en réadaptation) s'occupant de dossiers identifiés comme étant à risque d'incapacité prolongée et ayant un lien d'emploi, parfois précaire, avec l'employeur prélesionnel. Le processus complet d'attrition des participants est présenté à la figure 6.

**Figure 6 — Attrition des participants potentiels**



Ainsi, les volontaires retenus forment un échantillon de convenance. Ce type d'échantillon est non probabiliste (Deslauriers & Kérisit, 1997). La principale limite de l'échantillon de convenance est qu'il ne permet pas la généralisation des résultats et ne garantit pas que l'échantillon soit statistiquement représentatif de la population étudiée. Il s'agit toutefois d'une technique appropriée dans le cas d'une étude qualitative de type exploratoire (Beaud, 2009). L'échantillon de convenance permet d'accéder, par son caractère exemplaire et unique, à une connaissance détaillée et circonstanciée d'un phénomène social (Deslauriers & Kérisit, 1997).

L'échantillon est composé en majorité de femmes; un seul homme ayant participé à l'étude. Selon une responsable de l'organisme d'indemnisation, les postes (c'est-à-dire le poste d'agent d'indemnisation et le poste de conseiller en réadaptation) occupés étant à prédominance féminine, le prorata « homme/femme » de l'échantillon est représentatif de la situation actuelle de l'organisation. Aucune donnée officielle n'a pu être obtenue afin de confirmer cette affirmation de la responsable. Les participants proviennent de diverses régions du Québec, urbaines et rurales, représentant ainsi la diversité géographique de ces postes de l'organisme d'indemnisation public québécois.

Selon les procédures de l'organisme, lorsqu'un dossier est déterminé à risque d'incapacité prolongée et qu'il a un lien d'emploi avec l'employeur prélésionnel, il est transféré à un tandem d'intervenants composé habituellement d'un agent d'indemnisation et d'un conseiller en réadaptation. En ce sens, certains intervenants ont effectué l'entrevue semi-dirigée avec le collègue du tandem avec qui ils travaillent quotidiennement. D'autres ont décidé de faire l'entrevue seuls. Le choix de faire l'entrevue en tandem ou seul était laissé à la discrétion des intervenants. Pour effectuer ce choix, certaines raisons évoquées sont : disponibilité du collègue, volonté de ne pas répéter deux fois les mêmes idées, collaboration très étroite entre les deux intervenants et connaissance complémentaire, commune ou approfondie des dossiers.

La notion de saturation empirique des données et de redondance a été utilisée pour juger du nombre suffisant de participants constituant l'échantillon (Pires dans Merriam, 2009, p. 80; Poupart et coll., 1997). La saturation empirique désigne le « phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique. » (Pires, 1997, p. 157). En effet, dans cette étude, au fur et à mesure que les dernières entrevues se déroulaient, plusieurs éléments ont atteint un niveau de saturation : la motivation du travail, les relations de travail, la charge de travail, etc. Des tendances étaient observées par rapport aux éléments principaux pouvant influencer le retour au travail. Certains exemples étaient redondants. Pour ces raisons, le critère de saturation a été atteint après treize entrevues et il n'a donc pas été nécessaire de faire une relance afin d'avoir un plus grand nombre de participants.

### 3.3.2 Méthodes de collecte des données

#### 3.3.2.1 *Entrevue semi-dirigée*

Dans le cadre du protocole initial de l'étude de la professeure Truchon, des entrevues semi-dirigées ont été choisies comme méthode de collecte de données. Dans le cadre de ce mémoire, cette méthode s'avère également appropriée comme choix de collecte de données. Cette méthode permet une compréhension ancrée sur le point de vue et le sens que l'acteur donne à sa situation. Elle permet de rendre explicite son contexte et par conséquent de mieux le comprendre (Savoie-Zajc, 2009, p. 337).

L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé (Savoie-Zajc, 2009, p. 340).

Étant donné la dispersion des différents participants dans la province de Québec, des entrevues par visioconférence ont été effectuées avec la majorité des participants sauf un participant avec qui l'entrevue s'est déroulée en face à face sur son lieu de travail. L'utilisation de cette technique a ainsi permis une diversité régionale sur le plan de l'échantillon. Les participants utilisaient la salle de visioconférence de leur milieu de travail.

#### 3.3.2.2 *Guide d'entretien*

À la grille d'entrevue initiale du volet qualitatif de l'étude de la professeure Truchon, un guide d'entretien (Annexe C) a été ajouté afin de documenter le sujet de ce mémoire. Dans un premier temps, les intervenants répondaient aux questions de l'étude de la professeure Truchon et, dans un deuxième temps, ils répondaient aux questions du guide d'entretien développé dans le cadre de ce mémoire. Le guide d'entretien s'appuie sur les questions de recherche ainsi que sur le cadre théorique. Afin de laisser libre cours à une expression riche et authentique des participants, des questions ouvertes ont été privilégiées. Elles permettent aux participants d'aborder le sujet sous l'angle qu'ils préfèrent, renvoyant au sens de leur expérience. Des critères de neutralité et de pertinence ont été retenus lors du développement des questions. Une attention particulière a été apportée à l'instauration pour chaque entrevue d'un cadre propice à l'expression des idées et des émotions afin de représenter le plus fidèlement possible la réalité. Tout au long de l'entretien, des questions de clarification de sens ont été formulées afin de valider la compréhension et démontrer l'écoute attentive du chercheur (Savoie-Zajc, 2003).

Les questions portaient sur le processus de retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle, sans cibler un type de lésion en particulier étant donné la multitude de types de lésions associées aux dossiers traités quotidiennement par les intervenants de l'organisme d'indemnisation. La première question du guide d'entretien (Annexe C) est une question plus générale et descriptive. Les participants sont invités à discuter et à décrire leur travail quotidien. Cette question permet de mieux comprendre le contexte de travail et le rôle des participants, de les mettre à l'aise et d'instaurer un climat de confiance. Les questions 2 et 3 visent à comprendre leur perspective à propos de ce qui peut faciliter ou freiner le retour au travail. La question est volontairement large afin de laisser le participant s'exprimer librement, selon l'importance qu'il accorde à chaque élément, et cela, sans l'influencer. Plusieurs éléments décrits par le participant étaient approfondis par des sous-questions de clarification et des reformulations. Par la suite, les questions 4 et 5 servent à cerner les éléments interactionnels pouvant influencer le retour au travail. Conformément au modèle écologique de gestion de cas, la question 4 permet au participant de situer les différents acteurs, et leurs systèmes respectifs, avec qui il interagit durant le retour au travail. La question 5 vise à faire ressortir ce qui influence le retour au travail à travers ces interactions. Finalement, la question 6 permet au participant de parler des éléments qu'il voit comme pouvant améliorer le processus. Cette dernière question permet de discuter de ce qui influence le retour au travail, sous un autre angle que les questions précédentes. Cette question sert à identifier des solutions qui permettraient de diminuer les éléments perçus comme freinant le processus de retour au travail par les intervenants en réadaptation ou des améliorations qui pourraient être bénéfiques au processus de retour au travail.

Au terme de l'entrevue, les participants étaient invités à ajouter des éléments peu ou pas abordés durant l'entrevue ou à préciser leurs pensées sur un élément s'ils le désiraient. Finalement, au terme de l'entrevue, des données sociodémographiques étaient consignées. À la fin de la rencontre, des remerciements étaient adressés aux participants. Les entrevues ont duré en moyenne, entre une heure quarante-cinq et deux heures (incluant les questions du volet qualitatif de l'étude de Truchon et ses collaborateurs). Le temps consacré aux questions du mémoire était entre soixante-quinze et quatre-vingt-dix minutes.

### *3.3.2.3 Prétest du guide d'entrevue*

Un prétest du guide d'entrevue a été effectué lors des deux premières entrevues (Savoie-Zajc, 2003). Selon Aktouf (1987), le nombre de participants au prétest devrait correspondre à 5 à 15 % de l'échantillon total. Dans le cadre de cette recherche, le prétest a été effectué auprès de quatre participants (soit deux

tandems). Il a été possible d'obtenir des commentaires sur le déroulement de l'entrevue ainsi que sur le guide d'entretien à la fin de chacune des deux entrevues. Aucune modification importante n'a été effectuée au guide initial d'entretien. Ces entrevues ont donc été conservées pour l'analyse.

#### *3.3.2.4 Procédé d'enregistrement et protection des données*

Les entrevues ont été enregistrées avec un magnétophone et filmées par l'entremise d'un système de vidéoconférence. Une entrevue n'a pas été filmée puisqu'elle s'est effectuée sur le lieu de travail, à la demande du participant. Durant l'entrevue, certaines notes manuscrites étaient prises afin de retenir les idées principales avancées par les participants et de noter les propos à clarifier (Savoie-Zajc, 2003). Chaque entrevue a été retranscrite intégralement. Les enregistrements ont été codés à l'aide d'un numéro d'identification et les noms des participants ont été remplacés par un code numérique afin de préserver la confidentialité des participants. Seuls les responsables de la recherche ont accès à ces informations. Les bandes audio et les DVD sont conservés dans un classeur verrouillé dans un local du centre de recherche. Les verbatims sont conservés sur un ordinateur protégé par un code d'accès. Ils seront détruits à la fin de l'étude de la professeure Truchon et de ses collaborateurs.

### **3.4 Méthode d'analyse des données**

#### **3.4.1 Stratégie de traitement et d'analyse des données**

L'analyse thématique, telle que proposée par Paillé et Mucchielli (2012), est la stratégie d'analyse qui a été privilégiée. « La thématization constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique) » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 232). L'analyse thématique sert à repérer les thèmes pertinents ainsi qu'à faire des parallèles ou à cerner des divergences entre les thèmes (Paillé & Mucchielli, 2012). L'exercice de thématization s'appuie sur le modèle écologique de gestion de l'incapacité qui propose plusieurs dimensions importantes référant notamment aux quatre systèmes présents dans le modèle. Le cadre théorique de thématization est décrit à la section 2.4.2.

L'analyse thématique a été réalisée à l'aide du logiciel QDA Minor (version 4.0.12). Plusieurs avantages sont associés à l'utilisation d'un logiciel dont la systématisation de la démarche, la gestion progressive

du travail d'analyse et la classification des données (ex. extraction de thèmes et d'extraits), etc. (Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006; Paillé & Mucchielli, 2012).

L'analyse thématique se fait en plusieurs étapes. Premièrement, la prélecture consiste à effectuer une « lecture flottante » du matériel afin de se familiariser avec celui-ci. Dès cette étape, de grands thèmes émergent et des réflexions sont amorcées (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte, & coll., 2001). La prélecture des premiers extraits du verbatim s'est effectuée avant même que la cueillette de données ne soit terminée. Les réflexions en découlant sont inscrites dans le journal de thématization. Ce journal est un « document dans lequel sont consignés les éléments thématiques saillants ainsi que les exercices de regroupement thématique autour des axes porteurs de sens » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 270). Ces premières réflexions ont également été discutées dès le début de l'analyse avec l'équipe de direction du mémoire lors de réunions portant sur l'analyse des données. Après cette première étape, l'attribution de thèmes de manière systématique a débuté. L'attribution des thèmes se fait en fonction des passages significatifs du verbatim, c'est-à-dire qui correspondent à l'objet d'étude et aux questions de recherche. Ainsi, dans la présente étude, les passages significatifs sont ceux permettant de comprendre les éléments qui facilitent ou freinent le retour au travail ainsi que les éléments qui peuvent améliorer le processus de retour au travail. Chaque passage significatif réfère à une unité de signification qui est constituée d'une phrase ou d'un ensemble de phrases liées à une même idée (Paillé & Mucchielli, 2012). Chaque unité de signification reçoit un thème. Un thème renvoie « à ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant *tout en fournissant des indications sur la teneur des propos* » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 19). Puisque l'analyse thématique ne vise pas à interpréter ni à théoriser, des thèmes de faible inférence s'avèrent idéaux pour débiter l'analyse. L'inférence est « l'opération logique par laquelle l'analyste passe de l'examen d'une portion de matériau à l'attribution d'un thème pour cet extrait » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 250). Une inférence de faible niveau témoigne d'un rapport étroit entre le contenu de l'extrait du verbatim et le thème attribué. Dans la présente étude, des thèmes de faibles inférences ont d'abord été attribués puis des thèmes à inférence moyenne ont ensuite été produits au fur et à mesure de l'analyse.

La démarche de thématization est accompagnée d'un travail systématique d'inventaire des thèmes dans un document nommé relevé de thèmes. Un relevé de thèmes est « un document contenant la liste linéaire des thématizations et de leurs définitions regroupées sous des rubriques reprenant les interrogations du guide d'entretien ou de sous-questions d'entrevue explicites » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 270). Ce relevé de thèmes est produit automatiquement par le logiciel QDA Minor. Au fur et à mesure de la thématization, une lecture attentive du relevé de thèmes est faite afin de procéder à des fusions, des

subdivisions, des regroupements et des hiérarchisations de thèmes (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 242). Dans la présente étude, la thématisation en continu a été privilégiée à la thématisation séquencée<sup>15</sup>. La thématisation en continu consiste en :

Une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique. Ainsi, les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin, et finalement hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires, divergents, etc. [...] Ce qui caractérise la démarche de thématisation continue, c'est que cet arbre est construit progressivement, tout au long de la recherche, et n'est véritablement parachévé qu'à la toute fin de l'analyse du corpus. (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 237)

Selon Paillé et Mucchielli (2012), cette démarche permet une analyse beaucoup plus fine et riche du corpus tout en étant plus exigeante et plus longue que la démarche séquencée. Toutefois, la validité de l'analyse est plus élevée lors de l'utilisation de l'analyse en continu. La thématisation se transforme ainsi au fur et à mesure avec un effort de raffinement et de regroupement de plus en plus présent (Paillé & Mucchielli, 2012). Les thèmes sont ensuite regroupés sous des rubriques qui constituent un outil de classification.

La rubrique renvoie à ce dont il est question dans l'extrait du corpus faisant l'objet de l'analyse, mais ne renseigne en aucune façon sur ce qui a été dit à ce propos. [...] Son utilité est avant tout de permettre très rapidement de parcourir un corpus et de procéder à un premier classement. (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 18)

Dans la présente étude, l'analyse du verbatim s'est faite selon une méthode ascendante, c'est-à-dire des thèmes vers les rubriques. Selon Paillé et Mucchielli (2012), la validité de l'analyse est ainsi mieux assurée en mettant l'accent sur la dénomination des thèmes plutôt que sur la classification.

Les thèmes et les rubriques générés par l'analyse thématique sont représentés de manière synthétique et structurée sous la forme visuelle d'un arbre thématique. L'arbre thématique consiste en :

Un type de regroupement des thèmes où un certain nombre de rubriques classificatoires chapeautent des grands regroupements thématiques, lesquels se subdivisent à leur tour en autant d'axes thématiques que le phénomène à l'étude le suggère, ces axes étant eux-

<sup>15</sup> La thématisation séquencée procède à partir de la logique plus hypothético-déductive. L'analyse est menée en deux temps. Dans un premier temps, un échantillon est tiré au hasard du corpus et analysé dans le but de constituer une fiche thématique. Celle-ci va prendre la forme d'une liste de thèmes auxquels correspondent des définitions permettant de les identifier à la lecture du texte. Lorsqu'elle est constituée à la satisfaction du chercheur, cette fiche est ensuite appliquée, dans un deuxième temps, à l'ensemble du corpus, soit de manière stricte, soit en prévoyant la possibilité que des thèmes soient ajoutés en cours d'analyse. (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 237)

mêmes détaillés par des thèmes subsidiaires. Il présente sous forme schématisée l'essentiel du propos abordé à l'intérieur du corpus. (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 257)

L'arbre thématique permet de hiérarchiser les thèmes, en fonction de leur rôle et de leur appartenance au phénomène étudié. La construction se fait sur la base des ressemblances des thèmes afin de cerner les idées communes des éléments analysés tout en restant attentif aux dissemblances, aux oppositions, aux dépendances de certains thèmes (Paillé & Mucchielli, 2012)

Un thème peut être considéré comme un élément principal ou périphérique, en fonction de ses liens avec les autres thèmes, mais également de sa fréquence d'apparition. La fréquence d'un thème est l'un des outils d'analyse qui permet la hiérarchisation de l'arbre thématique. (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 268) Toutefois, sur ce dernier point, il est important de noter que l'analyse qualitative va bien au-delà de la simple répétition de thèmes. La signification d'un thème ne peut être réduite simplement à une notion de fréquence (Paillé & Mucchielli, 2012; Sabourin, 2009). Pour Sabourin (2009, p. 424), « une fréquence d'apparition faible peut ne pas signifier une importance faible d'un thème dans un discours ». De leur côté, Paillé et Mucchielli (2012, pp. 266-267) expliquent que :

Toute information pertinente en lien avec les objectifs finaux de l'enquête revêt potentiellement une importance donnée. [...] Le nombre de répétitions ne définit pas à lui seul l'importance d'un thème. Ceci signifie au moins deux choses : les informations récurrentes ne sont pas les seules informations à posséder une valeur, et leur récurrence ne leur fournit pas tant une valeur qu'un statut, c'est-à-dire un état donné défini par un type d'informations donné.

Ces réflexions soulèvent la question de la place de la fréquence dans l'analyse qualitative. Selon Paillé et Mucchielli (2012, p. 264) :

Compter absolument sur la répétition du même, d'une expérience à l'autre et d'un individu à un autre, est une erreur sur le plan analytique, sinon sur le plan psychologique. Une équation trop simple voudrait que ce qui intéresse le scientifique est ce qui, en quelque sorte, fait loi en vertu du principe de répétition, de récurrence et de généralisation.

D'une part, bien qu'il existe des événements et des expériences partagées par plusieurs participants, l'analyse thématique vise plutôt à illustrer l'expérience des participants à partir du plus grand nombre d'informations pertinentes possibles, et non pas seulement à offrir la fréquence d'une expérience. D'autre part, l'obtention d'un taux de fréquence important exige un grand nombre de cas, ce qui n'est pas toujours possible en considérant le devis de recherche retenu. Finalement, la fréquence, bien qu'il s'agisse d'une

information précise, n'est pas nécessairement la plus valable ni la plus pertinente relativement au phénomène étudié (Paillé & Mucchielli, 2012).

Pour ces raisons, l'analyse thématique effectuée dans le cadre du présent mémoire s'appuie sur un travail de mise en relation des thèmes qui va au-delà de l'identification de la fréquence d'un thème, bien que cette information ait été l'un des outils utilisés. L'objectif de l'analyse est de décrire, à partir de toute l'information pertinente collectée, ce qui influence le retour au travail à partir de la perspective des intervenants de l'organisme d'indemnisation public. Cette étude tente de mieux cerner comment se déploie de manière large, avec toutes ses particularités et ses singularités, cette perspective du processus de retour au travail, et non de relever seulement les thèmes centraux.

### 3.4.2 Cadre d'analyse des thèmes

La thématization s'appuie sur le modèle conceptuel présenté à la section 2.2. Ce modèle comprend plusieurs dimensions qui ont servi à analyser les propos des participants ainsi qu'à classer les thèmes. C'est ainsi que les propos des participants ont été regroupés à l'intérieur de six segments : 1) le système personnel du travailleur, 2) le milieu de travail, 3) le système d'indemnisation, 4) le système de santé, 5) le contexte sociopolitique et culturel et 6) l'interaction entre les acteurs.

Plus précisément, chacun des segments réfère à des éléments spécifiques. Le regroupement des éléments dans chacune des dimensions s'inspire de regroupements déjà présents dans la littérature scientifique et présentés dans la section 1.4 (Éléments freinant ou facilitant le retour au travail). Il réfère également aux éléments présents dans chacun des systèmes du modèle écologique de gestion de l'incapacité (Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001). Le regroupement est également inspiré d'éléments propres à chacun des systèmes tels que déjà traités par certains chercheurs dans la littérature scientifique (Friesen et coll., 2001; Young, 2013; Young, Wasiak, et coll., 2005).

À la suite de la thématization, chacun de ces six segments comprend des rubriques qui à leur tour, regroupent les différents thèmes abordés par les participants. Dans le présent mémoire, chacun des segments réfère aux éléments suivants :

1) Le système personnel regroupe les **éléments liés au système personnel du travailleur et aux acteurs de ce système.**

Ce premier segment permet de catégoriser les éléments associés au travailleur et à ses relations sociales dans sa vie personnelle. Les individus faisant partie de son réseau personnel peuvent être le ou la conjoint/e, les enfants, les ami(e)s, un représentant du travailleur (tel qu'un avocat embauché par le travailleur pour le représenter durant le processus) ou toute autre personne importante dans la vie personnelle du travailleur.

Ce segment peut comprendre plusieurs catégories touchant le travailleur et son réseau personnel. Ce segment permet de répertorier les particularités du travailleur et de son histoire personnelle pouvant influencer le retour au travail. Les thèmes abordés peuvent être ceux touchant les relations sociales, l'état de santé, les caractéristiques sociodémographiques, les actions et les attitudes du travailleur ou de son réseau personnel (peut comprendre les réactions, les comportements et les émotions perçus par les intervenantes) durant le processus de retour au travail ou les événements de la vie personnelle (ex. divorce, maladie d'un proche, difficulté financière, etc.) pouvant influencer le retour au travail du travailleur.

2) **Le milieu de travail** regroupe les éléments liés au milieu de travail et aux acteurs de ce système.

Ce deuxième segment permet de catégoriser les éléments associés au milieu de travail préprofessionnel du travailleur. Les acteurs de ce système sont le superviseur, les collègues, le syndicat, la mutuelle de prévention à laquelle adhère l'employeur, les responsables de la santé et de la sécurité dans l'entreprise ainsi que de la gestion des ressources humaines ou toute autre personne importante au sein du milieu de travail du travailleur.

Ce segment peut comprendre plusieurs catégories touchant le milieu de travail. Ce segment permet de répertorier les éléments associés aux relations de travail, aux caractéristiques du travail (ex. conditions de travail, tâches, exigences, etc.) ainsi qu'aux attitudes et aux actions des acteurs (ex. soutien des collègues, ouverture du superviseur à l'assignation, etc.) perçus par les participants comme influençant le retour au travail. Ce segment inclut aussi la structure organisationnelle, les aspects syndicaux et les mesures en entreprise favorisant le retour au travail (ex. assignation temporaire, contact avec le travailleur durant l'absence, etc.).

3) Le système de santé regroupe les **éléments liés au système de santé et aux acteurs de ce système.**

Ce troisième segment permet de catégoriser les éléments associés au système de santé. Les acteurs de ce système sont toutes les personnes impliquées dans la réadaptation physique, psychologique ou professionnelle du travailleur telles que le médecin traitant, le médecin spécialiste, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le psychologue, le conseiller d'orientation, le technicien en réadaptation, l'équipe multidisciplinaire en réadaptation ou tout autre professionnel de la santé important durant le retour au travail. Ils peuvent travailler dans le système public ou dans le secteur privé.

Ce segment peut comprendre plusieurs catégories touchant le système de santé. Ce segment permet de répertorier les éléments associés aux ressources médicales disponibles (ex. délais de traitement ou délais pour rencontrer un spécialiste), aux attitudes et aux actions des professionnels de la santé ainsi qu'aux connaissances médicales perçues par les participants comme pouvant influencer le retour au travail.

4) Le système d'indemnisation regroupe les **éléments liés au système d'indemnisation et aux acteurs de ce système.**

Ce quatrième segment permet de catégoriser les éléments associés au système d'indemnisation. Les acteurs de ce système sont toutes les personnes travaillant au sein de l'organisme d'indemnisation public tels que l'agent d'indemnisation, le conseiller en réadaptation, l'avocat, le chef d'équipe, les collègues ou toute autre personne importante impliquée dans le retour au travail.

Ce segment peut comprendre plusieurs catégories associées à ce système. Ce segment permet de catégoriser les éléments perçus par les participants comme influençant le retour au travail qui sont associés aux conditions de travail des acteurs de ce système (ex. charge de travail), aux procédures administratives influençant les mesures du retour au travail (ex. plan de retour au travail), à la structure de l'organisation ainsi qu'aux attitudes et aux réactions des acteurs de ce système durant le retour au travail. Les lois, les règlements spécifiques ainsi que les démarches découlant du régime québécois de santé et sécurité du travail administré par le système d'indemnisation public sont également compris dans ce système (ex. LATMP).

### 5) **Éléments liés au contexte sociopolitique et culturel.**

Ce cinquième segment permet de catégoriser les éléments associés à la société, c'est-à-dire le large contexte dans lequel la société évolue tel que les aspects politiques, législatifs (sauf les lois et les règlements administrés par le système d'indemnisation public québécois), économiques, civils et éducationnels qui servent notamment à régulariser et maintenir l'ordre dans la société. Ce segment peut comprendre plusieurs catégories telles que les politiques en matière de santé et le marché du travail (ex. pénurie de certains professionnels de la santé et exigences des employeurs lors de l'embauche).

### 6) **Éléments liés aux interactions entre les intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation et les acteurs des différents systèmes.**

Ce sixième segment permet de catégoriser les éléments découlant de l'interaction entre les intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation (c'est-à-dire les agents d'indemnisation et les conseillers en réadaptation) et les acteurs des différents systèmes (ex. employeur, travailleur, médecin, physiothérapeute, conjoint du travailleur, etc.). Ce segment peut comprendre plusieurs catégories relatives aux relations interpersonnelles découlant des interactions : la communication (ex. transmission de l'information), la collaboration (ex. collaboration vers le retour au travail, partage de la même vision sur certains éléments du processus de réadaptation) et la qualité des relations interpersonnelles entre les acteurs et les intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation.

### 3.4.3 Validation des résultats

Selon Mucchielli (2011, p. 289) :

La validation désigne l'action de rendre valide. Lorsqu'elle est appliquée à l'activité de recherche, elle réfère à la préoccupation du chercheur de produire des résultats qui ont une valeur dans la mesure où ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié.

Selon Mayer et coll. (2001), la validité relève de la pertinence des thèmes choisis, tant par rapport au corpus analysé qu'aux objectifs de recherche. Pour garantir la validité, l'exhaustivité de l'analyse sur l'ensemble du corpus est importante. Dans la présente étude, l'ensemble du verbatim a été thématiqué et l'ensemble des thèmes soulevés par les participants ont été classés. L'homogénéité est également

assurée par l'utilisation d'une technique de collecte et d'analyse de données identique auprès de participants comparables (Mayer et coll., 2001).

Tout au long de la cueillette et de l'analyse des données, quelques rencontres ont été effectuées avec l'équipe de direction du mémoire, composée de chercheurs provenant de différentes disciplines, afin de solliciter leurs réactions au regard des résultats préliminaires. Selon Mukamurera et coll. (2006), ces rencontres constituent une avenue intéressante de validité de l'analyse par une triangulation du chercheur, appelée aussi contrôle par les autres chercheurs. Aussi, des allers-retours entre la cueillette de données et l'analyse préliminaires ainsi qu'entre les thèmes relevés et analysés, encadrés par l'équipe de direction, et cela, tout au long de l'étude, augmente la qualité et la profondeur des données recueillies, leur interprétation et leur confrontation avec la littérature existante (Mukamurera et coll., 2006). C'est ainsi qu'il a été possible de préparer les entrevues à venir en fonction des dernières effectuées, d'approfondir et de demander aux participants des explications sur certains thèmes ainsi que de vérifier la plausibilité des analyses préliminaires auprès des participants, et cela de manière itérative tout au long de la cueillette de données. Ces allers-retours ont également permis d'assurer l'atteinte de la saturation des données (Pires, 1997). Ces méthodes permettent d'assurer la crédibilité et la transférabilité de la recherche (Mukamurera et coll., 2006).

La transférabilité des résultats et des conclusions nécessite que « l'échantillon de recherche réponde au critère de pertinence théorique par rapport à la situation donnée » (Pourtois et Desmet, 1997 Mukamurera et coll., 2006, p. 130). Pour ce faire, les caractéristiques de l'échantillon (le milieu, les acteurs, le processus) doivent être suffisamment pertinentes en fonction de l'objectif de la recherche (Mukamurera et coll., 2006). Rappelons que l'objectif général de la présente étude est de comprendre ce qui influence le retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle à partir de la perspective des intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public. L'échantillon choisi est constitué d'intervenants impliqués directement dans le processus de retour au travail, de la prise en charge du dossier jusqu'au retour durable au travail. Les travailleurs pris en charge ont un lien d'emploi avec l'employeur. Le processus vise ainsi initialement leur retour vers leur milieu de travail initial et non une réorientation professionnelle. Aussi, l'échantillon est constitué exclusivement de participants travaillant au sein de l'organisme public d'indemnisation des lésions professionnelles. De plus, l'échantillonnage assure que les participants ont travaillé sur des dossiers de travailleurs à risque d'incapacité prolongée. Finalement, le principe de saturation théorique est utilisé pour déterminer la fin de la collecte de données. Pour toutes ces raisons, il est possible de penser que l'échantillon répond au critère de pertinence théorique et qu'il est représentatif du phénomène étudié.

### 3.5 Éthique

Le projet a été soumis au comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval au mois d'avril 2013. Le dossier contenait le formulaire de demande d'approbation du projet de recherche, le protocole de recherche, le feuillet d'information, le formulaire de consentement et le questionnaire d'évaluation. Des modifications ont été apportées à la suite des commentaires des membres du comité d'éthique. Le projet a été approuvé au mois de mai 2013.

Tous les participants ont signé le formulaire de consentement (Annexe B). Dans la majorité des cas, le consentement par écrit était acheminé à l'équipe de recherche par télécopieur avant l'entrevue. Toutefois, une personne s'est présentée à une entrevue sans qu'aucun contact (ni par téléphone ni par courriel) n'ait été fait, son collègue du tandem l'ayant informé lui-même du projet et l'ayant invité à participer à l'entrevue sans en informer l'équipe de recherche. Le feuillet d'information a été expliqué de vive voix au participant et son consentement a été obtenu verbalement avant l'entrevue. Le participant a ensuite envoyé son consentement par écrit après l'entrevue. Avant le début de chaque entrevue, un moment était réservé pour bien expliquer les objectifs de l'entrevue, le contexte de la recherche et la confidentialité des données. L'approbation verbale des participants était demandée avant l'enregistrement des entrevues. Tous ont accepté.



## Chapitre 4 – Résultats

Ce chapitre présente d'abord les principales caractéristiques de l'échantillon. Les résultats sont ensuite présentés en trois sections : 1) les éléments facilitant ou freinant le retour au travail, 2) les éléments liés aux interactions entre les acteurs et les intervenants de l'organisme d'indemnisation et 3) les éléments pouvant améliorer le processus de retour au travail. Des extraits du verbatim accompagnent la présentation des résultats afin d'illustrer les propos, nuancer les résultats et faciliter la compréhension des éléments soulevés. Bien que les extraits reflètent fidèlement les propos émis par les intervenants, certains extraits ont été traités afin d'en faciliter la compréhension et d'assurer la confidentialité des intervenants.

### 4.1 Caractéristiques des intervenants

L'échantillon est composé de huit agents d'indemnisation et onze conseillers en réadaptation. Le choix a été fait d'analyser les propos sans distinguer le poste occupé. Le travail d'équipe étroit entre l'agent et le conseiller justifie ce choix puisque les tâches sont décrites par ces derniers comme étant complémentaires, voire parfois effectuées par l'un ou l'autre sans distinction du poste formel occupé. Il s'avère ainsi que les propos recueillis des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation, sans distinction du poste occupé, constituent une vue d'ensemble des dossiers traités et donc, plus globalement, du processus de retour au travail. Également, la distinction des éléments en fonction du rôle occupé par les intervenants ne fait pas partie des objectifs de la présente étude. L'échantillon a été constitué à partir de douze entrevues. De ce nombre, sept entrevues ont été effectuées en tandem et cinq entrevues ont été effectuées avec un seul intervenant, soit quatre entrevues effectuées avec un conseiller en réadaptation et une entrevue effectuée avec un agent d'indemnisation. L'échantillon est constitué de dix-huit femmes et un homme. Afin de préserver la confidentialité du participant masculin, de faciliter la lecture et de représenter adéquatement l'échantillon, le féminin est utilisé lors de la présentation des résultats.

Le tableau 1 présente quelques caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des intervenantes. Douze intervenantes (environ 60 %) ont trente-cinq ans et moins et neuf intervenantes (près de 50 %) ont moins de trois ans d'expérience professionnelle au poste occupé lors de l'entrevue. L'échantillon est donc constitué de jeunes professionnelles relativement novices dans le poste occupé. En contrepartie, environ 20 % (quatre intervenantes) ont six ans et plus d'expérience au poste occupé. Également, il ressort de l'analyse de l'échantillon que les intervenantes en réadaptation ont un profil académique hétérogène, c'est-à-dire qu'elles

ont des diplômes de disciplines variées. Finalement, les intervenantes proviennent de plusieurs régions administratives, dont environ 37 % (7 intervenantes) de la région métropolitaine de Montréal.

Tableau 1 — Portrait des participants (N=19)

	(moyenne) et [écart-type]		
	Agent d'indemnisation (n=8)	Conseiller réadaptation (n=11)	en Total (N=19)
<b>Sexe</b>			
Homme	0	1	1
Femme	8	10	18
<b>Âge</b>			
25 à 35 ans	4	8	12
36 à 45 ans	3	1	4
46 à 55 ans	1	0	1
56 à 65 ans	0	2	2
	(33.6) [7.0]	(37.6) [11.5]	(35.9) [9.9]
<b>Scolarité</b>			
DEC	7	0	7
BACC	1	11	12
<b>Expérience professionnelle au poste actuel</b>			
Moins de 3 ans	6	3	9
3 ans à moins de 6 ans	1	5	6
6 ans et plus	1	3	4
	(2.9) [1.9]	(4.5) [3.5]	(3.8) [3.0]

## 4.2 Analyse thématique

Cette section présente les résultats de l'analyse thématique. Dans la présentation des résultats, une grande place est laissée à la parole des intervenantes en réadaptation à partir d'extraits du verbatim afin de bien refléter leur perspective, découlant de leur expérience de travail construite à travers une multitude de processus de retour au travail menés dans le cadre de leurs fonctions. La première section des résultats présente les éléments qui influencent le retour au travail. La deuxième section présente les éléments influençant le retour au travail qui sont liés aux interactions entre les intervenantes en réadaptation de l'organisme d'indemnisation et les autres acteurs. La troisième section présente les éléments qui pourraient améliorer le processus de retour au travail. Dans les trois sections, ces éléments mentionnés sont ceux perçus par les intervenantes de l'organisme d'indemnisation. La dernière section présente une synthèse des résultats, accompagnée d'un tableau

présentant un résumé des éléments facilitant ou freinant le retour au travail. À l'annexe D, les arbres thématiques effectués lors de l'analyse thématique sont présentés.

#### 4.2.1 Éléments facilitant ou freinant le retour au travail

Dans les entretiens, les intervenantes ont été invitées à parler ouvertement de ce qu'elles percevaient comme freinant ou facilitant le retour au travail. Les éléments ont été regroupés en fonction du segment auquel ils réfèrent dans le cadre d'analyse des thèmes choisis soit : le système personnel du travailleur, le milieu de travail, le système de santé, le système d'indemnisation et le contexte sociopolitique et culturel.

##### 4.2.1.1 *Éléments liés au système personnel du travailleur*

Cette section regroupe les éléments perçus par les intervenantes comme étant liés aux particularités du travailleur ainsi qu'aux individus constituant son réseau personnel tels qu'un/une conjoint/e, les enfants, les amis ou le représentant du travailleur (ex. avocat). Elle réfère également aux éléments de la vie personnelle du travailleur pouvant influencer le retour au travail. Les principaux éléments perçus par les intervenantes en réadaptation renvoient aux aspects émotifs et cognitifs, aux troubles et aux événements stressants dans la vie personnelle, à l'influence des proches, à l'importance du travail, aux stratégies d'adaptation du travailleur et aux caractéristiques socioprofessionnelles et sociodémographiques.

##### **Réactions émotives et cognitives**

Diverses réactions émotives et cognitives du travailleur à l'égard de sa situation sont perçues par les intervenantes comme pouvant influencer le retour au travail. D'abord, la douleur ressentie par le travailleur et la peur d'aggravation qu'elle engendre sont des éléments discutés par plusieurs intervenantes comme étant un frein au retour au travail. Les intervenantes rapportent que le processus de réadaptation est ralenti lorsque le travailleur évite de reprendre certaines activités par crainte d'aggraver la douleur et par conséquent sa lésion.

Il y a certaines personnes qui sont vraiment très, très, très centrées sur leur douleur et qui ne font pratiquement plus rien parce qu'ils ont mal. C'est un cercle vicieux. Dans leur idée, en retournant à un certain niveau d'activité, en reprenant des tâches de l'employeur, cela pourrait aggraver leur lésion. (Intervenante 5)

Les intervenantes expliquent être attentives à ce type de croyance chez le travailleur puisque cela freine la reprise d'activités associées au travail, notamment par l'entremise de l'assignation temporaire et des exercices

de réadaptation physique. Les intervenantes expliquent de différentes manières leur perspective à propos de ce qui favorise le retour au travail lorsqu'il y a présence de douleur : apprendre à gérer la douleur, se pousser, faire les exercices de physiothérapie, affronter la douleur, dépasser la douleur, maintenir un certain nombre d'activités, vivre avec la douleur et se réactiver.

Les gens, il faut qu'ils apprennent à gérer leur douleur. Ce n'est pas simple non plus. Ce n'est pas vrai que quelqu'un va retourner travailler juste quand il n'aura plus mal. Ce n'est pas de même. Ce n'est pas le discours qu'on a non plus. Et même ça, ça freine qu'un travailleur pense cela, c'est comme un frein. [...] « Oui, moi je vais retourner travailler quand moi, je n'aurai plus mal. » [...] Il faut défaire cela. (Intervenante 14)

Je pense que le fait d'avoir l'esprit occupé à autre chose fait que déjà on focusse moins sur la douleur et ça, on en discute ouvertement avec les travailleurs. C'est sûr que si vous êtes chez vous toute la journée assise à regarder la télé. C'est tout ce que vous avez à penser la douleur. Le fait de revoir les collègues, de retourner dans le milieu de travail, d'avoir un horaire occupationnel dit normal, c'est sûr que ça va vous aider dans votre réadaptation. On a vraiment un discours en disant, il faut s'occuper à autre chose. (Intervenante 3)

Mais la personne, elle est tellement dans sa douleur « Non, non, si je fais ça, ça va me faire mal » elle ne va pas le faire, elle ne va pas le faire à l'intensité qu'elle devrait le faire ou aussi souvent qu'il devrait le faire. Donc, il se met lui-même des freins sans s'en rendre compte parce que cette peur-là d'avoir de la douleur et d'avoir les répercussions de tout cela. Tandis que c'est le contraire, il faut l'affronter. Faut la dépasser un peu pour être capable d'avancer et de mieux se rétablir rapidement aussi. (Intervenante 16)

La perception d'être incapable de reprendre le travail prélesionnel est un élément nommé un certain nombre de fois par les intervenantes comme pouvant freiner le retour au travail. En effet, l'objectif initial des intervenantes est le retour à l'emploi prélesionnel. La détermination de la capacité de retour au travail à l'emploi prélesionnel se fera en cours de processus de retour au travail à partir des limitations fonctionnelles et des incapacités permanentes déterminées par le médecin traitant. Le maintien du lien d'emploi avec l'employeur, notamment par l'entremise de l'assignation temporaire, ressort comme important durant le processus pour les intervenantes afin de favoriser le retour à l'emploi prélesionnel. Ainsi, le fait que le travailleur se perçoive incapable de reprendre son travail avant même que l'évaluation de sa capacité à retourner à l'emploi prélesionnel ne soit complétée freine le retour au travail selon certaines intervenantes. Notamment, le lien d'emploi avec l'employeur peut s'effriter, le travailleur peut perdre confiance en ses capacités à travailler et être moins impliqué dans la réadaptation physique et professionnelle.

On essaie de leur expliquer qu'ils pourraient avoir des incapacités minimales, des restrictions, quelques-unes, mais ils ne seront pas incapables du tout. Vous êtes capable, avec peut-être des

restrictions. C'est de les ramener, de leur redonner confiance en leurs capacités. (Intervenante 15)

Ce que j'entends quand je parle de retour au travail, c'est LE retour au travail : dans l'emploi régulier, comme avant. Mais, ce n'est pas nécessairement ce qui se passe du point A au point B. Des fois, il y a une passerelle entre les deux, comme je l'expliquais tout à l'heure, en terme de progression. Et ça arrive dans plusieurs dossiers quand même où on a une ou deux tentatives de retour en travaux légers et qu'elles n'ont pas fonctionné. La personne a des douleurs et il y a des arrêts de travail après trois jours, des choses comme ça, et ça aussi ça devient comme un pattern dans la tête du travailleur, qui va freiner le retour à long terme. (Intervenante 12)

Nous autres on le sait que c'est temporaire, mais lui... quelqu'un qui vit une incapacité comme ça, bien là, il ne l'appellera pas son boss, il va se dire : « Je ne pourrai ne plus jamais travailler, c'est fini pour moi. Je vais être invalide. » Il ne maintient pas... Il ne voit pas l'utilité de maintenir son lien d'emploi. Il ne voit pas non plus l'utilité de faire des exercices pour refaire sa job car dans sa tête il ne le refera plus. (Intervenante 8)

Quelques intervenantes rapportent que les inquiétudes et les attentes du travailleur à propos de sa lésion peuvent ralentir le retour au travail. Par exemple, des intervenantes rapportent que le travailleur peut surestimer la gravité de sa lésion, anticiper des conséquences graves ou ne pas comprendre certains aspects médicaux et cliniques de sa situation. Des intervenantes perçoivent que certains travailleurs peuvent ne pas entrevoir une possibilité de retour au travail avant que leur lésion ne soit guérie, ralentissant ainsi leur retour au travail.

Ce qui freine le processus c'est si on a des travailleurs qui ont des questionnements ou le niveau médical. Ils ont plein de questions. Ils sont insécures. Ils ne savent pas par où ils s'en vont ou ils ne font pas confiance à leur professionnel de la santé ou aux intervenants. Ça, ça freine parce que ça crée beaucoup d'inquiétudes, beaucoup de questionnements. [...] Un travailleur qui a l'impression qu'un traitement l'aggrave et que la physio ne sait pas trop ce qu'elle fait, ça va créer de l'anxiété chez les travailleurs. Et ça ne va pas aider. (Intervenante 19)

Ils veulent guérir à 100 %, ils veulent retourner, mais en même temps, c'est comme un espoir de vouloir guérir à tout prix, de ne plus avoir de douleur du tout pour pouvoir refaire leur travail. Mais, ils sont en douleur. [...] C'est un facteur dans le sens où, au lieu de tenter d'améliorer leur condition, ils veulent revenir à 100 %. Je ne sais pas comment le dire. C'est comme si en même temps, ils disent « je ne suis pas capable et il faut que je guérisses avant d'être capable ». (Intervenante 15)

Finalement, le ressentiment du travailleur face à une situation qu'il juge injuste est perçu par quelques intervenantes comme un élément freinant le retour au travail. Par exemple, un travailleur peut penser que son employeur est responsable de son accident parce qu'il a été négligent à l'égard de sa santé et de sa sécurité dans le milieu de travail. Quelques intervenantes observent que ce ressentiment peut générer des craintes chez le travailleur lors de son retour au travail et nuire au processus. Ce ressentiment peut également influencer la qualité de la relation avec l'employeur. Dans ce contexte, les interventions visant le retour à l'emploi pré-lésionnel

et nécessitant la collaboration du travailleur et de l'employeur peuvent alors s'avérer plus difficiles à mettre en place. Certaines intervenantes soulignent la difficulté d'intervenir sur cet aspect afin de faciliter le retour au travail.

Et le sentiment d'injustice que le travailleur peut avoir envers l'employeur par rapport à l'événement. Mettons que l'accident est arrivé alors que le travailleur pensait que l'employeur a été nonchalant ou n'a pas fait ce qu'il avait à faire et qu'il demeure fâché après l'employeur par rapport à ce qui est arrivé. Et que selon lui, c'est attribuable à l'employeur. Ça va freiner beaucoup aussi. Ça, c'est plus dur à travailler. (Intervenante 3)

### ***Troubles et événements stressants dans la vie personnelle***

Selon plusieurs intervenantes, une comorbidité peut contribuer à ralentir le retour au travail. Par exemple, les travailleurs qui ont un trouble de santé mentale peuvent avoir plus de difficultés à fonctionner dans les dédales du système, à se mobiliser et à participer aux démarches nécessaires pour assurer leur rétablissement et favoriser leur retour au travail.

Des antécédents psychologiques. Que ce soit de l'anxiété généralisée. Que ce soit des dépressions antérieures, burn-out, etc. C'est un gros... un gros, gros facteur de risque. Ils sont déjà plus fragiles et là on met une épreuve de plus par-dessus. Avec des douleurs. Avec plein de stress parce qu'il y a des visites médicales et des suivis à faire. On les envoie en physio, en ergothérapie. L'employeur conteste des décisions. Ils ne comprennent pas pourquoi. C'est stressant être sur la CSST à la base. Quelqu'un qui est anxieux. Quelqu'un qui est plus fragile. C'est un gros facteur de risque. (Intervenante 17)

Également, selon certaines intervenantes, les problèmes familiaux vécus durant le processus de retour au travail, tels qu'une séparation ou la maladie d'un proche, peuvent constituer un frein au retour au travail. Par exemple, certaines intervenantes soulignent que la perte de capacité à la suite de la lésion peut engendrer des conséquences négatives sur la relation de couple et ainsi rendre plus difficile le processus de retour au travail.

Ça va créer des tensions au sein du couple où le conjoint ne comprend pas pourquoi telle personne ne peut plus travailler. Elle n'est plus capable de faire les choses qu'elle faisait avant ou quelqu'un qui fait une dépression, n'a plus le goût de faire ces choses-là. Elle reste dans son lit, elle pleure tout le temps. Il ne comprend pas et là, ça va créer des tensions qui vont amener autre chose. (Intervenante 16)

### ***Proches***

Par ailleurs, selon quelques intervenantes, les proches semblent avoir un effet sur le retour au travail. Certaines intervenantes considèrent que le ou la conjoint/e ou tout membre de la famille ou de l'entourage sont des acteurs

importants durant le retour au travail. Certains proches peuvent être très présents durant le processus. En ce sens, elles expliquent être attentives aux discours des proches du travailleur afin de comprendre ce qui peut influencer le retour au travail.

Le conjoint. Des fois, ce sont les enfants, les parents. Des fois, on a des jeunes travailleurs. Des fois, ça va arriver qu'ils habitent chez leurs parents. C'est quoi le discours que leurs parents ont face à ce qui s'est passé? Des fois, c'est face à la CSST aussi. Face au retour au travail. Est-ce que les familles encouragent à se réactiver ou ils encouragent plus à rester et à attendre? C'est quoi les méthodes et les stratégies qu'ils recommandent? (Intervenante 19)

Parmi les exemples rapportés, quelques-unes ont parlé de surprotection du travailleur par les proches, tandis que d'autres intervenantes remarquent que certains proches peuvent avoir peur que le travailleur aggrave sa lésion lors de son retour au travail. Ces diverses attitudes chez les proches semblent empêcher l'activation du travailleur afin qu'il puisse retrouver ses capacités physiques. Notamment, certaines intervenantes expliquent que l'attitude des proches peut limiter la participation du travailleur aux tâches domestiques, freinant ainsi le processus de réadaptation et la reprise des activités professionnelles chez le travailleur.

Parce que dans un premier temps, probablement que oui, c'était correct que tout le monde soit là pour aider la personne, parce que sur le coup, tu as une douleur, tu as une incapacité. Mais après quelque temps, la lésion devrait être moins douloureuse. Le processus de récupération devrait arriver, mais il n'arrive pas. Il reste dans l'état premier. [...] Il y a des étapes et puis, à un moment donné, la personne reste inactive malgré tout. (Intervenante 15)

Si mettons, un conjoint dit à sa conjointe : « Ne va pas trop te promener. Fais attention pour ne pas tomber. Tu pourrais t'aggraver. Ne fais pas trop d'activité. » C'est sûr que ça pousse la personne à être plus craintive. À être moins dans l'action et dans sa réactivation. (Intervenante 19)

Certains proches semblent avoir des craintes pour la santé et la situation financière du travailleur ou avoir un manque de confiance envers le processus proposé par l'organisme d'indemnisation. Ils peuvent parfois empêcher l'établissement du lien de confiance entre le travailleur et les intervenantes, l'obtention d'informations ou freiner les démarches visant le retour au travail.

Il [le conjoint] va intervenir dans la rencontre. « Tu n'as pas à répondre à ça. » Il va empêcher de créer cette relation de confiance, je pense. Il va souvent faire dévier des questions. Ou nous empêcher d'aller où on veut aller. (Intervenante 11)

Ça été un dossier hautement judiciairisé parce que la mère avait très, très peur. Je rencontrais la mère régulièrement : « Je sais que vous avez peur. Vous avez peur de disparaître un jour et de vous demander ce qu'il va arriver. » [...] Mais j'avais trouvé plusieurs endroits et ça lui [le

travailleur] tentait. Mais aussitôt que sa mère ou son représentant disait : « Tu n'es pas capable. Tu ne peux pas sortir. Tu restes chez vous. Tu n'es pas capable » il [le travailleur] disait « Ah! Je ne suis pas capable ». Très influençable. [...] Je n'ai pas réussi à... c'est un gros défi, à essayer d'aller chercher la mère [...] Mais ce travailleur-là, parce qu'on n'a pas été capable de démêler, bien c'est un travailleur qui a été invalidé à la CSST. (Intervenante 13)

En contrepartie, le soutien des proches semble favoriser le retour au travail. Des intervenantes remarquent que, durant le processus de retour au travail, certains proches vont être à l'écoute, encourager le travailleur durant les traitements ou éviter que le travailleur s'isole.

La famille qui va encourager, qui va continuer à être là, amener la personne à dire : « Oui, c'est vrai que ce n'est pas évident, mais regarde on va y aller quand même au souper d'amis ». Parce que des fois, les gens vont avoir tendance à s'isoler. Des fois, c'est facilitant. Ça fait garder une certaine routine quand même à cette personne. Ça ne change pas tout, tout, tout ce qu'il y a dans son univers. C'est plus facile de se remettre de ça. C'est sûr qu'une famille qui offre du support et de l'écoute, ça va être plus facile pour ces gens-là quand ça va moins bien et de remonter la pente plus vite. (Intervenante 18)

### ***Importance du travail***

Selon une majorité d'intervenantes, lorsque le travail occupe une place importante et positive dans la vie du travailleur, il semble que cela peut favoriser le retour au travail. Ce point est évoqué par plusieurs intervenantes et cela, sous différents angles. D'une part, le fait d'aimer son travail a été soulevé par plusieurs intervenantes comme favorisant le retour au travail. Des intervenantes remarquent que le travailleur serait alors plus actif et impliqué durant le processus afin de favoriser sa réadaptation et son retour au travail.

Quelqu'un qui adore son travail. [...] C'est sûr que cette personne-là va essayer de se remettre en action le plus rapidement possible. Et on le sait que plus elle se remet en action plus vite, mieux c'est. Donc, l'amour pour son travail. Quelqu'un qui aime son travail, ça aide beaucoup. (Intervenante 7)

En fait, c'est le principal selon moi là. C'est le plus... le facteur qui favorise le plus une prise en charge dans sa réadaptation de se donner pour revenir le plus rapidement. (Intervenante 17)

Quand, à la base, la personne aime son travail... si ce n'est pas nécessairement son travail qui la passionne, mais c'est son milieu de travail dans lequel elle se sent bien, tout ça. Ça va mieux dans ce temps-là, c'est plus facile. (Intervenante 10)

D'autre part, un certain nombre d'intervenantes remarquent qu'une partie des travailleurs n'aiment pas être à la maison et préfèrent leur mode de vie pré-lésionnel dans lequel le travail occupait une grande majorité du

temps. Lorsque cet élément est présent, les intervenantes remarquent que le travailleur semble plus motivé à retourner au travail.

Ceux qui nous disent qu'ils trouvent le temps long à la maison, une assignation temporaire va être acceptée plus rapidement. (Intervenante 2)

Le travailleur qui n'est pas habitué d'être à la maison à ne rien faire. [...] Ça va être plus probable de le ramener vers un retour au travail. (Intervenante 18)

Il ressort également que lorsque le travailleur valorise le rôle de travailleur, cela semble faciliter son retour vers le travail.

Un travailleur pour qui le travail a une dimension très importante dans sa vie. Donc quelqu'un qui se définit beaucoup par le travail. Ça va être plus facile, il va avoir plus hâte de se projeter. La personne ne voudra pas perdre son identité de travailleur, c'est important pour elle. (Intervenante 12)

À l'inverse, un travailleur qui manque d'intérêt envers l'emploi qu'il occupait au moment de la lésion est ressorti comme un élément pouvant freiner le retour au travail. Certaines intervenantes remarquent que ce manque d'intérêt peut résulter de diverses situations : conditions de travail difficiles (travail monotone, peu valorisant, exigeant), désir de changer d'emploi, emploi considéré comme temporaire par le travailleur (ex. étudiant) ou emploi pré-lésionnel ne correspondant pas aux aspirations professionnelles du travailleur.

Le fait aussi que, à la base, si c'est un travail qui n'est pas nécessairement valorisant, qui est dur physiquement, cela aussi ça va venir ralentir le processus. On a entre autres beaucoup de gens, je pense entre autres à un employeur en particulier, où il y a des types d'entreprises où le travail est très monotone et répétitif. Bien c'est sûr que des fois, ce n'est pas... le travailleur ne sera pas super enthousiaste à l'idée de retourner. (Intervenante 10)

Un petit nombre d'intervenantes indiquent que les services offerts (indemnisation, formation, etc.) par l'organisme d'indemnisation peuvent parfois être perçus comme une occasion pour le travailleur de changer d'emploi. Or, puisque l'objectif initial visé par l'organisme d'indemnisation est le retour à l'emploi pré-lésionnel, cet objectif initial peut alors entrer en contradiction avec les aspirations du travailleur. Ce manque de concordance entre les objectifs du travailleur et ceux des intervenantes de l'organisme d'indemnisation peut se refléter dans une attitude peu participative chez le travailleur lors des traitements ou envers les mesures favorisant son retour à l'emploi pré-lésionnel.

C'est sûr que ça peut nuire au processus de retour en emploi si tu occupes une job que tu aimes plus ou moins. Bien, peut-être que tu n'arriveras pas chez le médecin en disant « Heille, moi, il faut que je la refasse ma job. C'est très important. Je veux y retourner dans deux mois. J'aime ça et c'est ma soif de vivre ». Le discours est différent. [...] Non, il n'aura pas la même attitude participative à ses traitements d'ergo et de physio. (Intervenante 8)

Également, certaines intervenantes considèrent que parfois le travailleur peut vivre durant son absence un mode de vie désynchronisé par rapport au rythme de travail c'est-à-dire que plus l'absence se prolonge, plus le mode de vie associé à l'activité de travail s'effrite. Les rôles sociaux privilégiés par le travailleur se modifient. Selon certaines intervenantes, d'autres habitudes peuvent être prises par le travailleur durant l'absence, sans qu'il s'en aperçoive nécessairement, telles que prendre en charge les tâches ménagères et familiales, côtoyer son réseau social durant le jour, se lever et se coucher tard, etc. Cette désynchronisation peut engendrer des efforts supplémentaires chez le travailleur pour reprendre le travail et ainsi freiner le processus.

Il y a des gens aussi qui se font une belle vie chez eux. Ceux qui prennent une routine de vie. On a vu, par exemple, des dames dont le mari était déjà à la retraite. Étant dans la cinquantaine avec un mari à la retraite, ce n'est pas facile de ramener ces gens-là vers le travail. Ils se prennent un rôle de vie. Ils vont prendre un café l'après-midi et tout ça. (Intervenante 3)

C'est insidieux, c'est sournois. Même des fois, on le dit à nos travailleurs « est-ce que vous vous rendez compte que là depuis 3 mois, vous vous levez à dix heures? ». On leur fait réaliser que des fois... ils ne le voient même pas eux-mêmes. « C'est vrai, ça fait longtemps que je ne me suis pas levé à 6 heures, d'habitude je me lève à 6 heures! » Ce n'est pas de la mauvaise volonté. (Intervenante 8)

### ***Stratégies d'adaptation***

Les stratégies d'adaptation réfèrent à la manière dont le travailleur se mobilise en vue d'accomplir des actions visant un objectif, telles que le retour au travail, ainsi qu'à la manière dont il s'engage dans le processus de retour au travail. Certaines intervenantes considèrent que le travailleur actif et proactif durant le processus de retour au travail facilite son retour au travail. Cette attitude du travailleur est décrite de diverses manières par les intervenantes. Par exemple, le travailleur peut entreprendre diverses démarches telles que faire des appels répétés à des cliniques afin de faire accélérer les interventions médicales nécessaires à sa réadaptation. D'autres peuvent recourir à des services médicaux dans le secteur privé lorsqu'ils constatent les délais élevés dans le secteur public. Certains seraient davantage impliqués durant leur plan de réadaptation et resteraient actifs dans leur vie quotidienne. Des intervenantes expliquent que certains travailleurs questionnent davantage les professionnels de la santé et font eux-mêmes un suivi durant le processus. D'autres peuvent contacter eux-mêmes leur employeur afin de favoriser certaines solutions provisoires de retour au travail, telles que

l'assignation temporaire et le retour progressif. Certaines intervenantes ont l'impression que ce type de travailleur semble se positionner en quête d'une solution et qu'il semble être conscient du pouvoir qu'il a sur sa situation. Selon les intervenantes, ces comportements influenceraient par exemple les délais de traitement et donc accélèreraient le retour au travail.

Des travailleurs qui sont dans l'action. Des travailleurs qui sont proactifs. Qui vont avoir des stratégies actives. Qui ne vont pas juste dire : « Ha! Il faut qu'il trouve la solution. » Non. Ce sont des travailleurs qui vont nous dire : « Là, j'ai fait telle affaire... j'ai fait telle affaire. » Qui vont vraiment être dans l'action. (Intervenante 19)

Des fois, il y a des travailleurs qui veulent une chirurgie... J'ai vu des travailleurs envoyer des fax à toutes les semaines pour avoir une chirurgie. (Intervenante 9)

Quelqu'un qui est vraiment impliqué dans sa réadaptation, dans ses traitements, qui en plus poursuit ses activités, fait des exercices à la maison pour s'améliorer davantage. (Intervenante 15)

Oui, aussi, ceux qui reconnaissent qu'ils ont une responsabilité par rapport justement à leur plan de traitement. Qui reconnaissent qu'ils ont un pouvoir sur leurs émotions, sur la suite des choses. Puis généralement, ce sont des gens qui au niveau des traitements vont être beaucoup plus proactifs. Ils vont faire leurs exercices à la maison. Ils vont travailler plus fort en physio/ergo. Cela donne des résultats forcément. Ils reconnaissent l'impact qu'ils ont. (Intervenante 10)

À l'inverse, un travailleur passif durant le processus semble freiner le retour au travail selon quelques intervenantes. Un travailleur passif est décrit comme se laissant prendre en charge par les différents acteurs impliqués dans son retour au travail tout en s'impliquant peu au niveau des traitements.

Les gens qui ont tendance à demeurer plutôt passifs et à attendre que la physio les prenne en charge, que l'ergo les prenne en charge, la CSST les prenne en charge, l'employeur... Mais eux, ils sont là et restent plutôt passifs. C'est sûr que dans ce temps-là, ça freine le suivi du dossier puis le progrès qu'il peut y avoir. (Intervenante 15)

### ***Caractéristiques socioprofessionnelles et sociodémographiques***

Il semble que certaines caractéristiques socioprofessionnelles et sociodémographiques<sup>16</sup> diminuent le niveau d'employabilité du travailleur et peuvent rendre difficile son intégration à un autre emploi que l'emploi prélésionnel. Selon quelques intervenantes, certaines caractéristiques peuvent ne pas correspondre aux exigences du marché du travail. À ce propos, un faible niveau de scolarité, une expérience de travail unique, des compétences manuelles, un âge élevé ainsi qu'une difficulté à communiquer en français sont des éléments

<sup>16</sup> Ces éléments peuvent aussi être inclus dans les éléments liés au contexte sociopolitique et culturel puisque les intervenantes soulignent que ces éléments constituent un frein en raison des exigences du marché du travail. Il est possible de croire que des exigences différentes du marché du travail feraient que ces caractéristiques ne constitueraient alors pas un frein.

soulevés comme pouvant rendre difficile l'intégration sur le marché du travail. Le manque de scolarité peut aussi limiter les possibilités de formation.

Oui et des travailleurs qui sont peu scolarisés et qui ont une expérience unique de travail. [...] C'est beaucoup plus difficile de trouver quelque chose. (Intervenante 13)

#### *4.2.1.2 Éléments liés au milieu de travail et aux acteurs de ce système*

Cette section regroupe les éléments liés aux particularités du milieu de travail ainsi qu'aux individus travaillant dans ce milieu de travail et impliqués durant le retour au travail tels que le superviseur, les collègues et la mutuelle de prévention. Les principaux éléments perçus par les intervenantes en réadaptation de l'organisme d'indemnisation comme pouvant influencer le retour au travail sont les relations au travail, la culture du milieu et les pratiques de gestion, les caractéristiques du travail, ainsi que la présence d'une mutuelle de prévention.

##### **Relations au travail**

La qualité de la relation entre le travailleur, l'employeur et les collègues est un élément soulevé par presque toutes les intervenantes comme ayant une influence importante sur le retour au travail. La qualité de la relation semble pouvoir se décrire en fonction d'un axe allant de relation conflictuelle à de bonnes relations au travail. Dans l'ensemble des résultats, une majorité d'intervenantes s'entendent pour dire qu'une relation conflictuelle, entre le travailleur et l'employeur et/ou entre le travailleur et les collègues, semble freiner le retour au travail.

C'est certain que les conflits, c'est toujours problématique [...] ça vient souvent gruger la motivation du travailleur à vouloir retourner chez l'employeur. (Intervenante 10)

Bien, c'est sûr qu'au niveau des relations de travail, quand le travailleur a une relation conflictuelle avec son employeur ou avec des collègues, ça va être plus difficile dans ces cas-là. (Intervenante 5)

Relation de travail difficile. Une mauvaise relation entre le travailleur et l'employeur. L'éloignement du travailleur et de l'employeur. Le travailleur ne veut plus aller porter ses documents chez l'employeur parce qu'il se sent jugé. L'employeur dit : « Il ne vient plus me voir, donc dans le fond, il ne veut plus rien savoir de nous autres. » (Intervenante 13)

Une relation conflictuelle semble compliquer les démarches des intervenantes afin de favoriser le retour au travail. Par exemple, l'intervenante peut tenter de favoriser la communication et le règlement du conflit entre le travailleur et les acteurs de son milieu de travail avant de proposer des solutions provisoires de retour au travail.

Et c'est assez important lorsqu'il y a un conflit entre le travailleur et l'employeur. C'est majeur. Pour moi, je dirais que c'est très difficile aussi d'intervenir. Souvent, ce sont des perceptions de l'un et de l'autre et des interprétations. Et de faire ça... c'est comme pas évident. D'intervenir dans un contexte comme ça, ce n'est pas simple. C'est quasiment de la médiation. On fait le sandwich, mais on n'est quand même pas formé non plus pour [ça]. On est au téléphone. Et parle avec un, reparle avec l'autre, reparle avec l'un... c'est difficile. (Intervenante 14)

Également, plusieurs intervenantes soulignent que la mise en doute par l'employeur et les collègues de la véracité de la lésion, de l'événement accidentel ou encore de la légitimité de l'absence semblent engendrer des conséquences négatives sur les relations au travail. Les intervenantes ont rapporté diverses situations et propos des acteurs du milieu de travail où la mise en doute de la lésion ou la perception par le travailleur de ne pas être cru par son milieu de travail semblent créer des tensions dans les relations au travail.

Souvent, ils [l'employeur] vont nous tenir, à chaque fois qu'on leur parle, le même discours en disant que la personne, par exemple, s'est blessée ailleurs qu'au travail, qu'elle a fait exprès pour que l'événement survienne. (Intervenante 15)

Les collègues peuvent dire [...] quand ils [les travailleurs] vont porter les papiers « Pis, tu passes de belles vacances? ». Ce sont des petits commentaires anodins, mais qui viennent quand même affecter la personne. Elle sait très bien qu'elle va avoir à refaire face à tout cela lorsqu'elle va retourner [...] De façon générale, ça ralentit la réadaptation dans le sens où à chaque fois qu'on fait des démarches pour essayer d'y retourner, ils vont peut-être dire : « Mais là, je ne me sens pas prêt encore. Il faudrait attendre encore un peu ». Donc, ça repousse. (Intervenante 18)

Tu as un mécanisme de lésion si on veut, d'emblée tu es présumé accidenté du travail. Puis, pour les employeurs des fois, c'est très irritant cet aspect-là. Il ne l'a pas vu. Ou « Franchement, il est moumoune! Voyons une entorse lombaire qui dure huit mois, c'est impossible. J'ai mon beau-frère qui en a fait une et ça a duré deux semaines. » Et ça, ça peut nuire, car souvent ils vont faire transparaître au travail. Quand le travailleur va aller porter ses billets, il va lui dire : « Coudonc, tu es encore malade? » Ça peut, au cours du temps, quand ça fait six mois que notre travailleur va tous les mois porter ses papiers et qu'il se fait dire « Coudonc, t'es ben moumoune! » ou des affaires de même, plus le temps avance, plus que ça peut nuire [...] parce qu'il y a de la tension qui se développe. Ce n'est pas de façon régulière, mais on voit quand même souvent des collègues qui portent des jugements sur des actions des accidentés du travail, qui vont dire... qu'ils en parlent entre eux autres. Vous imaginez que la personne qui revient aux travaux légers, c'est très épeurant. C'est là que ça peut nuire, je pense. (Intervenante 8)

C'est ainsi que quelques intervenantes remarquent que certains propos tenus par l'employeur et les collègues durant l'absence du travailleur peuvent sembler anodins et se faire sous le signe de l'humour. Toutefois, les intervenantes expliquent que ces propos peuvent accroître la perception chez le travailleur d'une mise en doute de la légitimité de son absence ou de la véracité de sa lésion ou de l'événement accidentel. Ces propos semblent ainsi amener des tensions et dégrader peu à peu les relations au travail.

À propos de la légitimité de l'absence, certaines intervenantes remarquent que le doute présent chez l'employeur peut l'amener à entreprendre des démarches médico-légales (ex. contestation de l'admissibilité). Ces démarches entreprises par l'employeur peuvent contribuer à renforcer la perception chez le travailleur d'être mis en doute. Lorsque cette situation se produit, certaines intervenantes perçoivent alors une dégradation de la relation de confiance entre l'employeur et le travailleur contribuant à freiner le retour au travail.

C'est sûr que le travailleur, s'il n'est pas en bons termes avec l'employeur et qu'il pense que l'employeur... Déjà en partant, l'employeur peut contester l'événement accidentel. Déjà ça fait un conflit, parce que le travailleur dit : « Je me suis vraiment blessé, il me perçoit comme un menteur, j'ai dit la vérité ». Donc là, y'a déjà une barrière. L'ouverture pour retourner chez l'employeur est moins présente. C'est sûr que nous, il faut travailler sur ces perceptions là, mais déjà la perception du travailleur est déjà... l'idée du travailleur, il a déjà l'idée que son employeur ne veut pas vraiment l'avoir aussi. S'il n'est pas satisfait, ça fait toute une réaction du travailleur par rapport à ça pour le seul fait que l'employeur conteste la décision d'admissibilité. On part déjà en conflit. (Intervenante 15)

L'employeur a quand même des droits dans un dossier. Par exemple, demander des avis médicaux ou des suivis. [...] L'employeur conteste des décisions d'admissibilités, des choses comme ça. « Mon employeur ne me croit pas. » Donc, des fois ça crée des tensions. Puis, avec le temps, si on ne travaille pas la communication et le maintien du lien d'emploi, effectivement, on prend une tangente où le travailleur s'éloigne de son milieu de travail et où c'est plus difficile de le ramener. (Intervenante 12)

Cette madame-là devait retourner travailler. Ça semblait bien aller. La goutte qui a fait déborder le vase. « Il me renvoie en expertise. Il ne me croit pas. » Donc, de ne pas être cru. (Intervenante 19)

En contrepartie, de bonnes relations au travail semblent contribuer, selon plusieurs intervenantes, au retour au travail. C'est ainsi que les intervenantes perçoivent que le retour au travail est facilité lorsque le travailleur se sent et est apprécié par son employeur et ses collègues. L'ancienneté élevée et la performance au travail semblent aussi être des éléments favorisant une relation solide entre le travailleur et son milieu de travail.

Par rapport à l'employeur, quand tu as un employeur qui aimait beaucoup le travailleur, que c'est un bon travailleur. Il veut tout faire. Qu'il est compréhensif. « Moi, je vais l'attendre quand il va être prêt. » Il a confiance que son travailleur n'abuse pas. Ça fait toute la différence. Vraiment. Le travailleur, il se sent bien aussi de prendre le temps de récupérer. Ça aide beaucoup. (Intervenante 14)

Si la personne qui est blessée est très appréciée. Ça fait trente ans qu'il travaille là. La perception que l'employeur et de son entourage vont avoir de ce gars-là c'est que ça va bien aller et il va être encourageant. Ça va aider. Ils vont lui faire une place même. Ils vont y en trouver des travaux légers même s'ils n'en ont pas. Ils vont y créer un poste. Il y a des employeurs que quand ils ont pleinement confiance en leur travailleur, ils sont motivés. Moi, j'ai vu des employeurs créer des

postes pour eux autres. Ils sont appréciés. Ils vont lui faire une place dans l'entreprise. Des fois, c'est juste à temps partiel pour faciliter le retour au travail. La collaboration est importante. (Intervenante 8)

Un employé performant et apprécié par son employeur et ses collègues semble ainsi favoriser la mise en place de mesures pour favoriser son retour au travail. En contrepartie, de nombreuses intervenantes ont remarqué qu'une relation difficile avec les collègues et/ou l'employeur ainsi que le doute concernant la véracité de la lésion peuvent engendrer un manque de soutien pour mettre en place des mesures provisoires de retour au travail.

### ***Culture du milieu et pratiques de gestion***

De nombreuses intervenantes soulèvent des éléments influençant le retour au travail relatif à la culture et aux pratiques de gestion associées à la santé et au retour au travail. Une culture d'ouverture, de souplesse et de soutien de l'employeur est un élément fréquemment nommé par les intervenantes. Notamment, la collaboration de l'employeur à l'égard de la mise en place de mesures favorisant le retour au travail est un élément soulevé par certaines intervenantes. Par exemple, l'employeur peut offrir une marge de manœuvre ou un ajustement du poste de travail afin que le travailleur puisse réintégrer son environnement de travail progressivement.

Moi en réadaptation, ce qui est aidant, on parle de retour au travail, quand l'employeur est capable d'offrir une marge de manœuvre. Genre, alléger les tâches, permettre au travailleur d'y aller à son rythme, lui permettre de prendre des pauses, d'être à l'écoute. Des fois, les travailleurs y retournent et ils ne sont pas à 100 %. Il faut qu'ils continuent de progresser en réadaptation, mais au travail. Alors, s'il y a une marge de manœuvre qu'on peut utiliser... une journée, ça va moins bien, ils vont le mettre sur des tâches plus faciles. Une journée, il va mieux, on va aller faire là. Cette ouverture-là, c'est le jour et la nuit. (Intervenante 14)

Les employeurs qui font tout pour que leur travailleur revienne. Il va acheter une chaise pour l'aider à être plus confortable. Il va modifier un petit peu les équipements qu'ils utilisaient normalement. [...] Parce que si on entre notre travailleur aux travaux légers et que tout est beau et que tout va bien, ça va devenir un retour progressif et ça va devenir un retour au travail. (Intervenante 8)

Ça va être des gens qui vont être prêts à s'asseoir avec nous et à regarder très honnêtement ce qu'ils sont en mesure d'offrir pour faciliter le retour au travail du travailleur. Puis, cela va être des solutions qui vont être justement moins contestées parce qu'elles sont viables. Elles sont honnêtes. Elles sont correctes pour le travailleur. [...] Des fois, ça ne demande pas grand-chose pour rendre un poste pour faire en sorte qu'un poste respecte les limitations fonctionnelles. Oui, dans ces temps-là, c'est super... c'est agréable de travailler dans un contexte où l'employeur veut réintégrer le travailleur dans des conditions sécuritaires. (Intervenante 10)

Certaines pratiques de gestion du retour au travail semblent également influencer le retour au travail. Un certain nombre d'intervenantes rapportent que le maintien du contact avec le travailleur durant l'absence ainsi qu'une attitude compréhensive de l'employeur envers la situation d'absence semblent faciliter le retour au travail. En effet, ces pratiques de gestion semblent contribuer à maintenir une bonne communication et une relation de confiance entre l'employeur et le travailleur, deux éléments favorisant le retour au travail selon les intervenantes.

Et quand le suivi aussi de l'employeur n'est pas juste « OK, tu as tes papiers du médecin pour justifier ton absence. » Que c'est plus « Comment ça va, toi? » Il y a un réel souci. Pour le travailleur, cela peut faire la différence aussi. (Intervenante 10)

Et on le voit aussi dans le contexte où l'employeur prend soin, qui appelle. Un employeur qui ne donne pas de nouvelles à son travailleur. Après un certain temps, il y a un malaise qui s'installe. Ça fait partie aussi. Ça aussi ça peut nuire au retour au travail. Loin des yeux, loin du cœur. (Intervenante 8)

Il [l'employeur] demande de ses nouvelles et puis, des fois, c'est juste un petit téléphone de deux minutes et ça fait une différence. [...]. J'ai même des employeurs qui vont voir le travailleur à la maison. Lorsqu'on a ça, c'est « winner » au bout. Il y va une fois, deux fois. Encore une fois c'est un besoin qu'on a comme humain, qu'on se sente apprécié. (Intervenante 8)

En contrepartie, le manque d'ouverture et de souplesse de l'employeur a été souligné par certaines intervenantes comme freinant le retour au travail. Selon les intervenantes, cela peut s'expliquer par une relation conflictuelle entre l'employeur et le travailleur ainsi qu'une gestion priorisant les aspects financiers découlant du processus d'indemnisation plutôt que la santé du travailleur et son retour au travail.

Au même titre qu'un employeur qui n'offre pas de travaux légers parce qu'il a une tension avec son travailleur, c'est sûr que ça va être plus long. (Intervenante 8)

L'employeur pas collaborateur. On a des employeurs qui ne veulent pas dans le fond nous offrir des travaux légers. Il y a des employeurs qui s'attendent à avoir un partage d'imputation ou que financièrement, ce n'est pas avantageux qu'ils les réintègrent. Ou qu'ils n'ont pas de liens de confiance. L'employeur va avoir un rôle à jouer qui est important dans ça. Parce qu'il faut qu'il soit ouvert pour les travaux légers. Il faut qu'il soit ouvert à adapter la situation si elle ne fonctionne pas et qu'ils veulent travailler en collaboration avec nous et le travailleur pour que ça fonctionne. (Intervenante 11)

Également, une faible culture de soutien et de solidarité chez les collègues a été soulevée à quelques reprises comme pouvant freiner le retour au travail. Une mauvaise compréhension des solutions provisoires de retour au travail par les collègues ainsi que des préjugés à l'égard de la situation d'incapacité semble mener à des tensions au travail et à un sentiment d'injustice chez les collègues par rapport à la répartition des tâches. La solidarité et le soutien des collègues lors de la mise en place des solutions provisoires de retour au travail

semblent alors compromis. La culture du milieu de travail, tel un milieu où la compétition est valorisée, est également soulevée comme pouvant compromettre la solidarité et le soutien du travailleur lors de son retour.

Quand les collègues de travail ne comprennent pas c'est quoi l'assignation. Donc, pour eux, ils voient que lui il ne fait rien. Et le travailleur aussi, lui ça a un impact parce qu'il voit que les autres pensent qu'il ne fait rien et pourtant il est en assignation temporaire. Des fois, les collègues ne sont pas au courant de c'est quoi une assignation temporaire et pourquoi il fait ça. Donc, ça peut être démotivant pour le travailleur. (Intervenante 6)

Mais on sait très bien que sur le milieu de travail, il va se faire traiter de tous les noms possibles. Il va se faire dire : « Ben, retourne à maison si tu n'es pas capable de faire la job comme tout le monde! » Parce que c'est un milieu qui est très compétitif et pas très, très... c'est ça, c'est plus « rough » si on veut. (Intervenante 18)

La qualité de l'accueil du travailleur par ses collègues lors du retour au travail semble ainsi un élément pouvant influencer le retour au travail. À ce propos, une intervenante explique que « les moqueries des collègues et le fait de ne pas se sentir justement bien reçu pour les travaux légers » est un élément sur lequel elle tente d'intervenir pour faciliter les mesures de retour au travail, bien qu'elle dise avoir « un petit peu moins de leviers à ce niveau-là ». (Intervenante 6)

### ***Caractéristiques du travail***

Quelques intervenantes ont soulevé que certaines caractéristiques du travail occupé par le travailleur ne favorisent pas la mise en place de mesures facilitant le retour au travail. Ces éléments défavorables peuvent prendre différentes formes : un milieu de travail très éloigné du lieu de résidence du travailleur (ex. travailleur qui habite sur les lieux du travail durant la semaine de travail), un milieu de travail qui a peu de variété de postes et/ou les postes disponibles sont exigeants physiquement et peu compatibles avec les limitations fonctionnelles du travailleur (ex. un monteur de ligne qui a une lésion grave à la main) ou un travail saisonnier (ex. l'assignation temporaire ne peut se faire durant la saison d'arrêt de production). Ces caractéristiques du travail semblent repousser le moment où le travailleur peut reprendre progressivement certaines tâches, freinant ainsi son retour au travail.

Des fois, on a des travailleurs qui partaient à la semaine travailler. Donc, ils sont à une distance vraiment importante de leur lieu de résidence. Donc, essayer de remettre en place le retour au travail, ne serait-ce que quelques journées par semaine, ça devient assez difficile. Parce que là, on a un obstacle de route à faire entre le lieu de résidence et le lieu du travail puisqu'il partait à la semaine avant. Ça, c'est un obstacle. (Intervenante 11)

Le travail saisonnier des fois, ça freine beaucoup parce qu'on ne peut rien faire durant la période où l'entreprise est fermée. On ne peut pas faire de travaux légers. C'est fermé. On ne peut absolument rien mettre en place pour favoriser le retour au travail. (Intervenante 14)

Quand on a des travailleurs en arrêt de travail qui se sentent prêts à faire des travaux légers, le médecin autoriserait les travaux légers. Des fois, ça arrive que les employeurs, mettons, ce sont des entreprises en construction ou des usines. Ils n'ont pas de travaux légers. La seule affaire qu'il a, c'est la job du travailleur. Ou ce n'est rien du tout. Des fois, des entreprises syndiquées, ils veulent juste faire le poste sinon il ne peut rien faire. Ce n'est pas aidant parce que c'est comme si le travailleur passe d'arrêt à ne pas être capable de faire sa job au complet. C'est difficile. Tandis que quand ils ont la possibilité de remettre en action tranquillement et de le réessayer. Il y a plus de chance que ça aille bien et ils peuvent se tester. Ils ont plus confiance qu'ils sont capables de le faire aussi. Le médecin, ça l'aide aussi à voir comment le travailleur évolue dans sa lésion. Est-ce qu'il prend du mieux ou s'empire? C'est difficile à évaluer quand le travailleur est chez eux. Il ne fait pas de grande activité. (Intervenante 19)

### ***Mutuelle de prévention***

La présence de la mutuelle de prévention durant le processus de retour au travail semble favoriser le retour au travail selon un certain nombre d'intervenantes. Une mutuelle de prévention est « un regroupement d'employeurs qui s'engage dans une démarche de prévention, de réadaptation et de retour en emploi des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle. » (CSST, 2014g) Selon les intervenantes, plusieurs similitudes sur le plan de la vision, des objectifs et du fonctionnement existent entre les mutuelles de prévention et l'organisme d'indemnisation. Ces similitudes peuvent favoriser le retour au travail selon les intervenantes. Notamment, les mutuelles peuvent valoriser auprès de l'employeur les mesures d'assignation temporaire. Également, de par leurs connaissances du processus de retour au travail, les mutuelles peuvent informer l'employeur des lois et des règlements en vigueur, favorisant ainsi l'adhésion de l'employeur aux mesures favorisant le retour au travail.

Tandis qu'il y a des mutuelles qui vont beaucoup favoriser le retour au travail. La mise en place de travaux légers et d'assignation. Qui vont beaucoup pousser l'employeur pour mettre ça en place. Pour diminuer les coûts. Ça, ça va être facilitant et aidant pour nous. (Intervenante 19)

Les mutuelles peuvent être très facilitantes dans l'idée d'expliquer notre régime à l'employeur, de les accompagner sur le plan des offres d'assignation temporaire, des offres d'emplois convenables. Certaines mutuelles gèrent très bien cette chose-là. Parfois, sur le plan médical, de par les expertises qu'ils vont demander, ça va nous aider à avancer, ça va nous éclairer, dans la mesure où c'est bien fait. (Intervenante 10)

Toutefois, selon un petit nombre d'intervenantes, les mutuelles peuvent parfois alourdir la gestion du processus de retour au travail en étant un intermédiaire entre l'employeur et l'organisme d'indemnisation ou en ayant un mode de gestion privilégiant le recours à des démarches médico-légales.

Des fois, il va y avoir des mutuelles qui vont nous appeler pour avoir le suivi de l'employeur. Ils vont nous demander en double une copie de dossier. Ils vont contester. Des fois, il y a des mutuelles qui vont nous générer plus de travail. Vont nous demander de communiquer. Donc, c'est comme le double de travail. (Intervenante 19)

L'espèce de mode de gestion de systématiquement de contester toutes les demandes d'admissibilité. Ça, c'est assez déplorable parce que cela fait en sorte que le niveau d'anxiété du travailleur forcément augmente. Il se sent un peu trahi par l'employeur même si souvent l'employeur n'est même pas au courant qu'il y a eu une contestation qui est partie. Et cela crée un climat semi-conflictuel alors que cela ne l'était pas du tout au départ. Ça, c'est dommage. (Intervenante 10)

#### *4.2.1.3 Éléments liés au système de santé et aux acteurs de ce système*

Cette section regroupe les éléments liés aux particularités du système de santé ainsi qu'aux professionnels de la santé impliqués dans le processus de retour au travail tels que le médecin traitant, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, etc. Les principaux éléments nommés par les intervenantes de l'organisme d'indemnisation comme pouvant influencer le retour au travail renvoient au discours et aux actions des professionnels de la santé et aux ressources médicales.

##### ***Discours et actions des professionnels de la santé***

Relativement au système de santé, les intervenantes du système d'indemnisation perçoivent que le discours et les actions des professionnels de la santé peuvent être un élément important pour le retour au travail. À ce propos, plusieurs intervenantes expliquent que certains professionnels de la santé peuvent parfois renforcer la perception d'incapacité chez le travailleur et ainsi freiner le retour au travail. Comme l'explique une intervenante : « les autres intervenants externes, les professionnels de la santé, qui vont venir reconforter le travailleur dans ses douleurs, ou qui vont venir renforcer la perception d'incapacité. [...] C'est ce qui peut freiner, grosso modo, le retour au travail ». (Intervenante 12) Ce discours d'incapacité semble être un élément sur lequel il est difficile d'intervenir pour les intervenantes afin de favoriser le retour au travail, notamment le retour à l'emploi pré-lésionnel, qui est l'objectif initial des intervenantes de l'organisme d'indemnisation.

Les intervenantes décrivent de différentes manières le discours des professionnels de la santé, qui peut renforcer, selon elles la perception d'incapacité chez le travailleur : réconforter le travailleur dans ses douleurs; renforcer sa perception d'être invalide et de se blesser; « mettre dans la tête » du travailleur qu'il est « magané » et qu'il ne fera plus jamais son travail prélesionnel; dire au travailleur qu'il va devoir se réorienter ou changer d'emploi. Selon les intervenantes, ce discours auprès du travailleur influence sa perception à l'égard de sa capacité à retourner au travail. Certaines intervenantes expliquent que ce discours freine la progression vers le retour au travail.

Parce que nous, dès qu'on essaie de proposer des choses, que cela soit une assignation temporaire ou un retour progressif, bien on se fait répondre : « Mon médecin m'a dit que je n'étais plus capable et qu'il fallait que je me réoriente ». Nous, quand ça ne cadre pas avec nos objectifs à nous [...] de venir contrebalancer cela, ça devient difficile. [...] Il faut travailler beaucoup plus fort pour le convaincre. Ça ne fonctionne pas toujours. Il faut aller chercher un autre avis médical qui va venir un peu contrebalancer cela. Et encore là, ce sont des délais, des coûts. Beaucoup de choses. (Intervenante 2)

Certaines soulignent que le travailleur a un lien de confiance plus fort avec le professionnel de la santé qu'avec les intervenantes de l'organisme d'indemnisation en raison de la fréquence des contacts et du type de profession occupé. Lorsque le médecin va à l'encontre du plan de retour au travail prélesionnel proposé par l'intervenante, ce lien de confiance entre le travailleur et le médecin viendrait contrecarrer les efforts des intervenantes de l'organisme d'indemnisation à convaincre le travailleur qu'il doit viser le retour au travail prélesionnel.

Eux [les médecins], ils ont un contact, un lien de confiance différent avec leur patient. Mais c'est sûr que des fois, ce n'est pas nécessairement aidant. [...] C'est sûr qu'un médecin qui dit à un travailleur : « Regarde ton travail, tu ne seras pas capable de le refaire, réoriente-toi ». [...] Nous on le retourne chez l'employeur avec ses limitations, on se rend compte qu'ils sont capables de faire le travail quand même. C'est difficile pour un travailleur de comprendre que son médecin, qui est comme la personne qui a le plus d'expérience, d'études et qui a étudié la santé, qui dit qu'il ne peut pas retourner, mais que nous à la CSST, on lui dit que oui. Donc, c'est sûr qu'ils voient ça comme qu'on est biaisé. On essaie de leur expliquer autant que possible que le médecin, il n'a pas eu l'opportunité de s'asseoir avec eux, de discuter de leur emploi pendant une heure, une heure et demie et d'aller visiter sur place et que les petites nuances lui, il ne les a pas. (Intervenante 18)

En contrepartie, un discours axé sur la capacité du travailleur à retourner au travail par les professionnels de la santé semble faciliter le retour au travail. Comme l'explique une intervenante :

Ce qui facilite, comme je disais tout à l'heure, je me répète un peu, le discours axé sur la capacité. Ça facilite. Le discours axé sur la réactivation, on en a parlé également. De l'accompagnement vers un retour au travail. (Intervenante 12)

Les intervenantes décrivent leur conception du discours de capacité qui facilite le retour au travail en utilisant ces mots : chercher des solutions; bouger; passer au travers; se rendre à l'objectif; être proactif; rassurer le travailleur sur sa douleur, comme par exemple : « Ce n'est pas grave un peu de douleur » (Intervenante 15); coacher; que le professionnel de la santé « mette ses culottes »; expliquer au travailleur que « ce n'est pas parce que j'ai des incapacités que je n'ai pas de capacités » (Intervenante 13).

Afin de favoriser le retour au travail, les intervenantes expliquent qu'elles tentent de tenir un discours de capacité avec les travailleurs, mais que cela devient difficile lorsque certains professionnels de la santé adoptent une approche différente telle que décrite plus haut. Elles décrivent ainsi les démarches qu'elles entreprennent lorsque le discours est différent : venir contrebalancer le professionnel de la santé; travailler fort pour convaincre et nuancer ce que le professionnel dit; défaire, déconstruire, désamorcer la perception et effectuer des visites de postes. Une intervenante explique qu'elle doit s'assurer que les interventions « cadrent avec nos objectifs » (Intervenante 2) et suivent la procédure établie par l'organisme d'indemnisation.

Aussi, la complaisance de certains professionnels de la santé a été nommée à plusieurs reprises comme pouvant contribuer à freiner le retour au travail. Les intervenantes utilisent différents termes pour décrire ce qu'est un professionnel de la santé complaisant : maternelle, soulage, guérit, ne bouscule pas, aller au rythme du patient, compassion, reporter le retour au travail, réconforte, écoute, croit le patient, ne pas vouloir « se mouiller », ne pas défaire la relation, conciliant, n'est pas objectif, « étire la sauce », sympathique, empathique, pro-travailleur et écoute la version du travailleur.

Il y a des médecins aussi qui sont plus complaisants envers les travailleurs. Ils vont écouter beaucoup la version. Ils vont être plus pro-travailleurs. Ils vont signer des arrêts de travail alors que les gens sont capables de faire des tâches. (Intervenante 3)

On a beaucoup des médecins conciliants, qui justement ne veulent jamais finir... Ils continuent l'arrêt de travail. Des fois, on voit ça, ils continuent l'arrêt de travail pendant 6-8 mois. Ils n'essayent rien. Ils ne veulent pas défaire le lien de confiance qu'ils ont avec leur travailleur. (Intervenante 7)

C'est ainsi que quelques intervenantes pensent que les médecins de famille peuvent adopter une attitude complaisante en raison de la relation de confiance qu'ils ont développée et qu'ils souhaitent maintenir avec leur patient.

La durée des traitements prescrits par les médecins est également pointée par quelques-unes comme pouvant freiner le retour au travail lorsque ces traitements se prolongent malgré l'absence d'amélioration de la situation du travailleur. La pertinence de poursuivre les traitements est parfois mise en doute par les intervenantes.

C'est sûr que quand je vois que ça fait un an et demi que la personne est en traitement de physio trois fois par semaine et qu'il n'y a pas d'amélioration. Que dans le fond, ça la soulage deux heures jusqu'au prochain traitement. Je me pose des questions. S'il n'y a pas d'autres choses à faire. Si on n'étire pas pour étirer. (Intervenante 13)

Finalement, quelques intervenantes soulignent qu'il est important que tous les professionnels de la santé aient le même discours auprès du travailleur tant au sujet de sa capacité, des traitements que de la lésion.

C'est primordial. [...] Il faut avoir tous le même discours pour avoir une avenue commune. Parce que si on a des discours différents, qu'on ne s'en va pas au même endroit, ça peut devenir mélangeant pour le travailleur aussi. Et on n'aura pas les résultats escomptés. Il faut que le but soit connu de tout le monde. Si on se dirige vers un retour en assignation temporaire, un retour progressif ou quoi que ce soit, il faut que ça soit su. (Intervenante 3)

### **Ressources médicales**

L'accès aux ressources médicales ressort comme un élément pouvant influencer le retour au travail. À ce propos, certaines intervenantes soulignent à plusieurs reprises que les difficultés d'accès à certaines ressources médicales peuvent engendrer des délais et un manque de suivi. Certains travailleurs habitant en région rurale doivent se déplacer en ville afin de recevoir des traitements ou de rencontrer un spécialiste. « On envoie les travailleurs à l'extérieur et on fait le suivi avec les intervenants de l'extérieur. Au besoin, on envoie le travailleur une fois pour faire un « check ». Mais, ce sont des délais ». (Intervenante 9) Selon plusieurs intervenantes, le fait de ne pas avoir de médecin de famille complexifie le parcours du travailleur. Les travailleurs manquent d'informations et de suivi par rapport à leur état de santé. Par exemple, un travailleur qui n'a pas de médecin de famille n'a « pas de stabilité sur le plan du suivi médical » (Intervenante 15) ou « de suite logique » (Intervenante 2) dans son dossier. À ce propos, des intervenantes expliquent que certains travailleurs doivent se présenter à l'urgence afin d'effectuer le suivi mensuel exigé par le processus d'indemnisation et ainsi attendre de longues heures avant de rencontrer un médecin qui ne connaît pas son dossier médical.

Il [médecin à l'urgence] le voit ici et maintenant et il ne le reverra pas lui non plus. Il ne sait pas ses améliorations, il ne sait pas non plus ce qu'il pourrait prévoir plus tard. C'est momentané. Le travailleur n'a pas souvent d'informations et où il en est rendu. C'est ce qui ressort des discussions lorsqu'il ne voit jamais le même médecin : « Je ne sais pas qu'est-ce qu'il en est ». (Intervenante 2)

Le peu de temps disponible lors de la rencontre médicale a également été souligné par certaines intervenantes comme pouvant diminuer la qualité du suivi auprès du travailleur, notamment lors de la réintégration dans le milieu de travail.

Des fois, ils [les travailleurs] vont au bureau [du médecin] et OK, 5 minutes. Ils ne prennent pas vraiment le temps de discuter et de dire c'est quoi qu'ils ont et c'est quoi qu'ils ressentent. Des fois, ça peut être un peu difficile quand ils font le retour au travail parce qu'ils ne se sentent pas vraiment écoutés par leur médecin. Et des fois, par exemple, ils commencent le retour au travail et ça aurait été bien de voir le médecin comme peut-être un trois semaines après le retour pour qu'ils puissent voir comment ça s'est passé. Mais des fois, ils ont des rendez-vous comme aux deux mois. Donc, c'est un peu difficile d'avoir un bon suivi. (Intervenante 6)

D'autres intervenantes expliquent que le manque de temps avec le médecin peut influencer la perception du travailleur sur sa lésion (ex. concernant la gravité de sa lésion).

Des fois, juste un examen, il y en a qui pensent qui sont cassés. Ils ont des muscles étirés et ils pensent que c'est des os de cassés. Ils ne comprennent pas leur lésion. Le médecin ne prend pas nécessairement le temps de les informer comme il faut. Gravité ou pas... (Intervenante 15)

Le manque de ressources médicales peut aussi entraîner des retards dans l'accès à un traitement ou pour faire l'évaluation de l'état de santé du travailleur. Ces retards augmentent la période d'absence du travailleur. Les intervenantes constatent que cela peut aussi ralentir la mise en place de mesures favorisant la réadaptation physique et professionnelle du travailleur et ainsi freiner le retour vers son travail.

Lorsqu'on parle d'une chirurgie qui peut prendre de six à dix mois, pendant ces six à dix mois souvent il n'y a pas d'amélioration. Il n'y a pas d'assignation temporaire qui est mise en place. Le travailleur a le temps de se voir dans une autre position. Par la suite, là on parle de dix mois, là on parle d'une récupération. Cela fait en sorte que les délais sont vraiment prolongés à ce niveau-là. Quand on demande aussi... Quand il y a des examens de demander des traitements particuliers, plus c'est long les recevoir, plus le dossier va être long en soi dans la durée. (Intervenante 2)

Les intervenantes remarquent que ces situations peuvent engendrer de la frustration et un sentiment d'impuissance chez le travailleur, l'employeur et l'intervenante elle-même.

Et j'avais écrit les délais médicaux. Ça, lorsqu'il faut attendre un an pour une chirurgie, il n'y a pas grand monde qui est content. Tout le monde est fru... l'employeur est fru. Le travailleur est fru. Nous autres ont peut rien faire. Ça, c'est plate. Ça, c'est ordinaire parce que des fois... un an arrêté, souvent, ils sont en mauvais état. Ils ne peuvent pas faire grand-chose. Moralement, ils

se détériorent. Physiquement, ils sont déconditionnés. Ils ne se font pas opérer dans un état... ils ne sont pas à leur meilleur. Et après ça, la récupération est longue. On est assuré des fois d'être en arrêt de travail pour 18 mois, deux ans. Faque le retour au travail, ce n'est pas évident. (Intervenante 14)

Un élément soulevé par un petit nombre d'intervenantes afin de pallier le manque de ressources est de recourir à des services de santé dans le secteur privé afin de faire diminuer les délais durant le processus de retour au travail. Ces services, tels que des examens et des traitements, peuvent être sollicités par le travailleur, l'employeur ou les intervenants de l'organisme d'indemnisation.

Il [l'employeur] y en a qui vont jusqu'à faire faire des chirurgies aux privées. Donc, on parle de délais qui ne sont même pas comparables. On parle des délais de quelques semaines versus presque des années. C'est sûr qu'il y a vraiment une grosse différence, mais on n'encourage pas ça. Mais ça se fait et on voit que le résultat est quand même là en bout de ligne. (Intervenante 11)

Finalement, quelques intervenantes ont soulevé l'impact du recours à des contrats de service avec des professionnels de la santé (ex. psychologue, physiothérapeute, ergothérapeute, conseiller d'orientation, etc.) lors du processus de retour au travail. Ces services deviennent nécessaires lors de certaines démarches, par exemple lorsqu'une réorientation professionnelle est envisagée. Selon elles, en devenant un tiers payeur, elles ont un meilleur contrôle sur les orientations du dossier du travailleur. Elles peuvent exiger un suivi régulier ainsi qu'établir des objectifs d'intervention cohérents avec les objectifs de l'organisme d'indemnisation. La collaboration du professionnel de la santé au processus semble alors facilitée. Cette relation s'apparente ainsi davantage à une relation d'affaires.

Habituellement, c'est très facilitant parce que c'est nous qui cadrons le service. C'est nous qui établissons les objectifs. Je pense que ce qui est important là-dedans c'est d'avoir un suivi constant des opérations pour s'assurer qu'il n'y ait pas de... qu'il ne dévie pas de l'objectif où est-ce qu'on s'en va. Mais s'assurer d'avoir un contact régulier, tant avec le travailleur ou la ressource dans cette démarche-là. Souvent, c'est aidant. (Intervenante 11)

#### *4.2.1.4 Éléments liés au système d'indemnisation et aux acteurs de ce système*

Cette section regroupe les éléments liés aux particularités du système d'indemnisation ainsi qu'aux personnes travaillant dans le secteur de l'indemnisation telles que l'agent d'indemnisation et le conseiller en réadaptation. Les principaux éléments nommés par les intervenantes en réadaptation de l'organisme d'indemnisation comme pouvant influencer le retour au travail renvoient à l'indemnisation et au processus spécifique à une lésion professionnelle.

## **Indemnisation**

Selon quelques intervenantes, le montant d'indemnisation accordé au travailleur pourrait influencer le retour au travail. Cet élément réfère aux règlements d'indemnisation en vigueur sous le régime d'indemnisation québécois. Le montant d'indemnisation accordé à chaque travailleur est calculé en fonction de différents critères tels que la situation familiale, le revenu et le montant minimum et maximum assurable<sup>17</sup> (CSST, 2014c, 2015c). Selon les règles de calcul du montant d'indemnisation, certains travailleurs se retrouvent surindemnisés par rapport à leur revenu prélésionnel. Par exemple, certaines intervenantes remarquent que lorsque le travailleur occupait un emploi à temps partiel rémunéré au salaire minimum au moment de la lésion, il peut alors obtenir un montant d'indemnisation équivalent ou supérieur au salaire prélésionnel.

À la CSST, il y a un minimum et un maximum assurable. Donc, la personne, au minimum, va être indemnisée pour un salaire minimum à temps plein. Donc, si la personne travaillait au salaire minimum à temps partiel, bien c'est plus payant pour elle d'être sur le régime que de retourner travailler. Donc, ça, c'est toujours un élément qu'il faut tenir en compte. (Intervenante 10)

En contrepartie, la situation de sous-indemnisation est mise de l'avant comme pouvant favoriser le retour au travail.

On a aussi un plafond à la CSST. Un salaire maximum qu'on rembourse qui est 66 500 \$. Le travailleur qui fait 90 000 \$ par année, pendant qu'il est sur la CSST, il perd de l'argent en tabarouette. Ça aussi, ça peut être un incitatif parce que plus qu'on fait de l'argent, plus on dépense. On le sait. Donc, lui, ses paiements mensuels, c'est sur X aux deux semaines. Et là, si ça, c'est amputé de 25-30 %, il a de la misère à arriver à la fin du mois. Croyez-moi, lui aussi, il va se bouger à fond pour retourner rapidement au travail. (Intervenante 17)

Selon les intervenantes, ces situations financières liées au montant d'indemnisation offert par l'organisme d'indemnisation semblent influencer la motivation de certains travailleurs à retourner au travail. Pour certaines intervenantes, il s'agirait d'un « aspect non négligeable » lors de l'étude du dossier même si cet aspect n'est pas un facteur de chronicité formel utilisé par l'organisme d'indemnisation : « Je le vois comme un risque de chronicité, mais ça n'a pas... dans l'étude qu'ils ont faite pour nous amener le [questionnaire de détection] ça n'est pas ressorti ça. Ce n'est pas quelque chose qui a *poppé* ». (Intervenante 8)

## **Processus spécifique à une lésion professionnelle**

Pour certaines intervenantes, la complexité du processus spécifique à une lésion professionnelle indemnisée semble engendrer des conséquences sur le processus de retour au travail. À ce sujet, certaines intervenantes

<sup>17</sup> LATMP, art. 63 à 76

parlent de la complexité du régime ainsi que des notions légales parfois difficiles à comprendre.

Administrativement, il est complexe pour nous [le processus]. Imagine pour nos travailleurs qui rentrent, qui sont malades, qui peinent à s'occuper d'eux-mêmes. (Intervenante 9)

Pour les acteurs (ex. le travailleur, les professionnels de la santé, l'employeur, les représentants, etc.), la complexité du processus découlant du régime d'indemnisation peut engendrer une méconnaissance des mesures, des droits, des obligations et des interventions possibles. Aussi, selon certaines intervenantes, les travailleurs moins scolarisés qui ne maîtrisent pas suffisamment le français ni l'anglais semblent avoir plus de difficulté à comprendre le fonctionnement de l'organisme d'indemnisation public. Certaines intervenantes remarquent que la méconnaissance du système ainsi que la désinformation peuvent amener le travailleur à être inquiet et méfiant durant le processus ainsi qu'à avoir une perception négative de l'organisme d'indemnisation.

Des fois l'incompréhension, le fait d'avoir de la difficulté à communiquer en français ou en anglais avec ces gens-là, c'est l'incompréhension, c'est la communication qui peut être un facteur. La difficulté de communiquer l'information, donner de l'information peut devenir un facteur de freinage au processus. (Intervenante 5)

La désinformation tant de l'employeur, des petits employeurs. La désinformation est un facteur de risque extrêmement important. Donc, le travailleur qui est désinformé. Qui a tellement peur qu'il va chercher un représentant et qui dit « je ne veux pas te parler. Tu parleras à mon représentant. » C'est très dur d'établir une relation de confiance avec ce travailleur-là. C'est vraiment très difficile. (Intervenante 13)

Cette incompréhension du processus par le travailleur peut aussi faire en sorte que les travailleurs ont des attentes erronées par rapport à l'organisme d'indemnisation.

Des fois, aussi, il [le travailleur] a des attentes envers le système qui sont un petit peu irréalistes par rapport aux mesures qu'on peut lui offrir. Que ça soit en termes de formation. Ou des fois, il y a des personnes qui voient cela comme l'opportunité, comme un tremplin, vers autre chose qu'elles n'avaient pas envisagé parce qu'elles n'avaient pas les moyens, peu importe. Et là moi, malheureusement, je dois leur dire que dans le cadre légal, oui, je peux les accompagner avec une formation courte durée, mais vous ne deviendrez pas astrophysicien à partir d'un secondaire III avec la CSST. Il y a une certaine désillusion des fois qu'il faut gérer. (Intervenante 10)

Également, certaines intervenantes expliquent que le processus serait facilité si les médecins comprenaient mieux ou recevaient davantage d'informations à propos du fonctionnement du régime d'indemnisation de l'organisme public.

Si les médecins comprenaient mieux nos façons de faire aussi, il y a peut-être des dossiers qui dureraient moins longtemps. Il y a peut-être des médecins qui sont plus frileux à mettre fin au dossier, à émettre un rapport médical final et à finaliser. (Intervenante 3)

Face à ce manque de compréhension du processus par les acteurs, les intervenantes expliquent qu'elles tentent d'expliquer le régime et de donner de l'information afin de faciliter le processus.

Je pense que la transmission d'informations et s'assurer que tout le monde comprend un peu c'est quoi les impacts et les enjeux financiers. Je pense que c'est vraiment important. (Intervenante 16)

Finalement, certaines intervenantes expliquent que les démarches médico-légales peuvent ralentir le retour au travail. Ces démarches peuvent être entamées par l'employeur, la mutuelle, le travailleur ou l'organisme d'indemnisation. Des intervenantes considèrent que les contestations ainsi que les demandes d'expertises médicales peuvent alourdir le processus en engendrant des retards, en dégradant les relations au travail et en affectant moralement le travailleur. Les conséquences négatives sur le travailleur sont décrites ainsi par les intervenantes : le travailleur peut se percevoir comme un menteur; le travailleur est « blessé » et frustré; il se sent trahi; il peut avoir des idées suicidaires et vivre de l'anxiété. Des intervenantes parlent aussi des conséquences négatives sur les relations de travail : perte de confiance envers l'employeur et climat conflictuel. Également, certaines intervenantes remarquent que le travailleur semble avoir moins d'ouverture à retourner à son travail pré-lésionnel à la suite de démarches médico-légales.

Les contestations aussi. Les dossiers très contestés, ça freine le retour au travail. (Intervenante 9)

Quand l'employeur conteste chaque décision, le travailleur devient frustré. Il y a une perte de confiance en son employeur. Donc, il a moins le goût d'y retourner. (Intervenante 1)

#### 4.2.1.5 Éléments liés au contexte sociopolitique et culturel

Cette section présente les éléments associés au contexte général sociopolitique et culturel dans lequel la société évolue. Il ressort que les caractéristiques du marché du travail peuvent influencer le retour au travail. Dans une moindre mesure, le taux de chômage élevé de certaines régions a été soulevé comme un élément influençant les possibilités d'intégration sur le marché du travail.

Avec le contexte de l'emploi [dans notre région] qui n'est pas nécessairement favorable. Donc, ça aussi, il y a des travailleurs qui ne croient pas à leur chance à cause du fait, entre autres, qu'ils ont été sur la CSST de pouvoir être réembauché chez d'autres employeurs. (Intervenante 10)

#### 4.2.2 Éléments liés aux interactions entre les acteurs et les intervenantes de l'organisme d'indemnisation

Le processus de retour au travail implique de nombreuses interactions, auxquelles prennent part les intervenantes en réadaptation. Durant les entretiens menés dans le cadre de cette étude, les intervenantes ont été invitées à parler des situations d'interactions qui semblent influencer le retour au travail. Cette section présente un éventail des éléments mis de l'avant par les intervenantes découlant de leurs interactions avec les individus impliqués dans le processus de retour au travail (travailleur, employeur, médecin traitant, physiothérapeute, etc.). Les principaux éléments associés aux interactions perçus par les intervenantes comme pouvant influencer le retour au travail réfèrent à l'information et aux objectifs des acteurs.

##### ***Information***

Selon plusieurs intervenantes, une bonne communication entre les différents acteurs (professionnels de la santé, travailleur et employeur) permettant la transmission d'informations sur la situation du travailleur facilite le retour au travail. La compréhension de la situation du travailleur sur les plans personnels, professionnels ou médicaux est un enjeu important pour les intervenantes afin d'orienter judicieusement les mesures favorisant le retour au travail.

Sur le plan médical, les intervenantes expliquent qu'elles peuvent avoir besoin d'informations du médecin traitant telles que le plan de traitement envisagé, le temps de guérison estimé, les limitations fonctionnelles prévues ou toute autre information pertinente. Ces informations leur permettent d'instaurer des solutions provisoires de retour au travail. Selon certaines intervenantes, le médecin-conseil de l'organisme d'indemnisation est un acteur important puisqu'il sert d'intermédiaire entre le médecin traitant et les intervenantes en réadaptation durant le processus de retour au travail. Il facilite ainsi la transmission d'informations sur le plan médical.

Ce qui facilite des fois aussi, c'est que nos médecins [médecin-conseil de l'organisme d'indemnisation] communiquent avec les médecins traitants. Ça facilite dans le sens où on demande ce qu'il en est avec le travailleur : c'est quoi votre plan de traitement, c'est quoi vos objectifs avec ce travailleur-là? (Intervenante 15)

D'autres professionnels de la santé peuvent également contribuer à transmettre de l'information aux intervenants de l'organisme d'indemnisation.

Des fois, on est appelé à parler au physiothérapeute parce que lui, il le [le travailleur] voit tous les jours. Il est capable de nous en donner un petit peu plus par rapport à la condition. Mais il y a aussi que le physio et l'ergo développent un bon lien de confiance si on veut parce qu'ils se voient souvent. Tous les jours de la semaine lorsqu'ils ont 5 fois par semaine des traitements de physio. Il y a comme un échange qui peut se faire entre l'agent [d'indemnisation] et le physiothérapeute. On est là-dedans. « La travailleuse a beaucoup de peur de retourner dans son travail. » [...] Donc, on va dire certaines informations sur lesquelles on peut des fois travailler. « La travailleuse est anxieuse. » Il y a beaucoup d'informations qui sortent de là et donc on est appelé à leur [physiothérapeute] parler et ils nous en donnent beaucoup d'informations. (Intervenante 7)

Sur le plan professionnel, certaines intervenantes expliquent l'importance d'être en contact avec l'employeur et le travailleur durant le processus de retour au travail. Ce contact permet de recueillir de l'information portant sur le milieu de travail afin de favoriser la mise en place de mesures favorisant le retour au travail. Il permet également aux intervenants de mieux saisir la dynamique des relations au travail entre le travailleur et les acteurs du milieu de travail et d'ainsi intervenir si certains éléments relationnels semblent freiner le retour au travail.

Je pense que c'est vraiment important de garder le contact avec l'employeur autant qu'avec le travailleur parce que c'est de l'information de première main qu'on a là. On veut toujours rester en contact et savoir s'il y a une assignation temporaire de disponible ou s'il y a encore des possibilités pour le travailleur chez l'employeur, comment ça se passe, s'il y a des problèmes de relation entre les deux. Nous, on est beaucoup là. (Intervenante 3)

Une intervenante explique l'importance d'obtenir l'information rapidement durant le processus de retour au travail :

Plus qu'on a de l'information, mieux on est placé aussi. Lorsqu'on reçoit les bilans à temps, on sait ce qu'il en est maintenant. Moins il y a de délais, plus on est au courant de ce qui se passe aujourd'hui. (Intervenante 2)

Finalement, une autre explique l'importance d'une bonne communication avec les acteurs : « Quand c'est fluide et que l'information elle est connue, c'est plus facile. » (Intervenante 9)

Selon certaines intervenantes, le lien de confiance entre les intervenantes de l'organisme d'indemnisation et le travailleur favorise la transmission d'informations. Ce lien de confiance permet d'assurer un suivi auprès du

travailleur et d'accéder à de l'information supplémentaire ou sensible sur sa situation personnelle qu'il ne révélerait pas autrement. La confiance permet également d'avoir sa collaboration durant le processus de retour au travail et d'ainsi mettre en place des interventions favorisant le retour au travail.

Si je n'ai pas un bon lien avec le travailleur, s'il ne me donne pas cette information-là, il va m'en manquer. Il faut toujours qu'on aille en chercher plus. Si on est parti et que le lien de confiance n'était pas là, je pense qu'il manque d'information pour faire avancer le dossier. (Intervenante 2)

Du moment qu'on a le lien de confiance [la travailleuse] est plus en mesure de s'exprimer, de dire des choses qu'elle n'aurait pas nécessairement dit à un étranger ou bien à quelqu'un avec qui elle n'a pas ce lien de confiance là. (Intervenante 6)

Le lien de confiance donne ainsi accès à de l'information, mais semble également se construire et se maintenir à travers la transmission de l'information de l'intervenante vers le travailleur. Certaines intervenantes expliquent l'importance de la transparence, de la vulgarisation de l'information auprès du travailleur et de se positionner au centre du processus afin d'être une référence pour le travailleur. Le lien de confiance semble ainsi se construire à travers la transmission de l'information de part et d'autre.

Question : Comment ça se construit justement ce lien de confiance et comment vous le maintenez? Réponse : Je pense qu'en premier, c'est d'aller récolter l'information. C'est d'aller chercher la décision des deux parties soit celle du travailleur et de l'employeur et de l'écouter aussi dans ce qu'il vit. Souvent quand un travailleur arrive, il y a beaucoup d'intervenants qui gravitent autour de lui. Il a beaucoup d'informations et il faut comme juste pouvoir leur dire que quand il a des questions qu'il nous appelle. S'il y a des choses qu'il ne comprend pas, qu'il nous appelle. Il faut comme se mettre dans le milieu de tout ça et être la ressource. Quand le travailleur a compris qu'on pouvait l'aider dans ce processus-là et qu'on n'est pas juste là pour le questionner et payer, c'est là que je pense qu'on peut avancer avec le travailleur à ce niveau-là. Quand on vulgarise aussi l'information, c'est plus gagnant là. (Intervenante 2)

En contrepartie, le manque de collaboration de certains acteurs à fournir des informations sur la situation médicale peut freiner le retour au travail selon quelques intervenantes. Elles expliquent qu'il est parfois difficile d'obtenir des réponses de la part d'un travailleur méfiant ou réticent à collaborer au processus.

C'est quoi les symptômes pour réussir à faire un lien avec l'accident de travail. Mais la madame se ferme et ne veut pas me répondre. Ou elle me répond, mais toujours la même chose. Et même si je repose la question et j'essaie de creuser, elle répond toujours la même chose. C'est une réponse déjà faite. Donc, dans ce temps-là, la personne ne veut pas se mouiller. Moi, je n'ai pas le choix, je vais passer par le médico-légal. Et ça va donner ce que ça va donner. (Intervenante 4)

Également, des difficultés à communiquer avec le médecin traitant peuvent engendrer un manque d'information. Selon certaines intervenantes, les formulaires utilisés lors d'une lésion professionnelle indemnisée limitent parfois la transmission d'informations détaillées entre le médecin traitant et les intervenantes. Le manque d'information sur le plan médical semble limiter l'évaluation des besoins du travailleur afin de décider des mesures qui favoriseront tant sa réadaptation physique et sociale que son retour au travail.

Les rapports médicaux qu'on reçoit, c'est un petit carré. Donc, le médecin écrit ce qu'il veut sur le carré. Quand après 3-4 mois, on a encore : Diagnostic, poursuite physiothérapie, arrêt de travail. Moi, médicalement, je n'en sais pas plus. Est-ce qu'il y a une amélioration? Est-ce qu'il y a une détérioration? Est-ce qu'il envisage autre chose? C'est quoi le plan de match? (Intervenante 2)

Le recours à des démarches médico-légales est un levier utilisé par les intervenantes lorsqu'elles sont confrontées à un manque d'information. Ces démarches nécessitent toutefois un délai avant d'obtenir l'information, freinant également le retour au travail.

Le travailleur ne nous en donnait pas beaucoup d'informations. On ne savait jamais vraiment où il en était au niveau médical à part qu'il était en douleur. Donc, cela demandait beaucoup au niveau médico-légal. (Intervenante 2)

### **Objectif**

L'importance que tous les acteurs collaborent vers l'objectif de retour à l'emploi pré-lésionnel a été soulevée par la majorité des intervenantes. Cet élément a été discuté à de nombreuses reprises et sous différents angles. En effet, pour les intervenantes de l'organisme d'indemnisation qui travaillent avec des dossiers de travailleurs ayant un lien d'emploi (voir échantillon 2.3.1), l'objectif initial du processus est que le travailleur retourne à son emploi pré-lésionnel (voir à ce propos 1.2.2). C'est ainsi qu'elles expliquent que le retour au travail est facilité lorsque tous les acteurs adhèrent à cet objectif et travaillent ensemble pour l'atteindre. Plusieurs expressions sont utilisées par les intervenantes pour exprimer cette idée : s'impliquer dans le retour au travail, allier tout le monde, travailler en équipe, coopérer, aller dans la bonne direction, travailler ensemble, aller dans le même sens que l'organisme d'indemnisation, aller vers le même chemin, adhérer aux objectifs de l'organisme d'indemnisation, intervenir vers l'objectif, partenariat, être à la même place et « tout le monde rame dans le même bord », etc.

Si tout le monde se parle, tout le monde rame dans le même bord, ça ne peut que bien aller là. Parce que tout le monde va s'orienter avec chacun sa spécialité pour maximiser la guérison le plus vite possible. Ça ne peut que marcher. (Intervenante 8)

C'est dans cette optique-là que je parle de travailler vers le même objectif, d'accompagner le travailleur vers cet objectif-là, donner les outils au travailleur pour se rendre là et d'avoir un suivi constant avec nous aussi. Donc une relation, un partenariat, un travail d'équipe. (Intervenante 12)

Cette collaboration semble nécessaire avec tous les acteurs impliqués dans le retour au travail, c'est-à-dire le travailleur, le conjoint/e, l'employeur, les collègues, les professionnels de la santé, etc.

S'allier l'employeur, le syndicat, la mutuelle. Les représentants, c'est très important. De leur dire on travaille tous ensemble comme direction, est-ce qu'on essaye de trouver une solution ensemble? Ça, c'est vraiment la recette du succès. Même les intervenants en santé. Les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, kinésioles. Se les allier, c'est très important. (Intervenante 13)

C'est sûr que ce qui facilite le retour au travail, c'est quand la collaboration est bonne de tous. [...] Il faut qu'on travaille ensemble. Si on ne travaille pas ensemble, on ne peut partir par-là et l'autre par-là. C'est l'obstacle que je verrais. (Intervenante 8)

En fait, la collaboration ressort comme un thème transversal à plusieurs autres thèmes énumérés précédemment. Autrement dit, certains thèmes décrits comme freinant ou facilitant le retour au travail réfèrent à l'importance de la collaboration vers le retour au travail pré-lésionnel. Par exemple, la collaboration facilite l'échange d'informations.

Ce sont les intervenants qui sont aux alentours, s'ils veulent collaborer. Si j'ai un physiothérapeute qui est en train de donner des traitements et que je l'appelle pour savoir comment ça va. Et qu'il est capable de me donner vraiment la lumière et que j'y dis « Écoute, par rapport au travail, il aurait besoin de faire... est-ce qu'il t'a expliqué qu'il avait tel volet à faire. Telle tâche à faire dans son travail ». « OK, non, il ne me l'avait pas expliqué ». Et qu'il se réajuste en cours de route. C'est sûr que lorsqu'on a une collaboration, peu importe les intervenants. C'est le fun. (Intervenante 18)

La compréhension du rôle et du processus de retour au travail propre à l'organisme d'indemnisation est également mise de l'avant comme facilitant la collaboration vers le retour au travail pré-lésionnel.

Si tout le monde est bien informé du processus; bien informé des services qu'on offre; de notre objectif. L'objectif qui est que le travailleur puisse reprendre son travail ou un autre travail, dépendamment de la situation. De travailler tous ensemble vers le même objectif. C'est sûr que ça va être facilitant si tout le monde est au moins bien informé du processus de la CSST. Que ce soit au niveau légal, médical, de droits et d'obligations de chacun. C'est un plus quand tout le monde est sur la même longueur d'onde. (Intervenante 15)

Des intervenantes peuvent percevoir un travailleur qui s'implique dans le processus afin de retourner à son travail pré-lésionnel comme étant collaborateur au retour au travail. La collaboration de l'employeur pour

instaurer des mesures favorisant le retour au travail réfère également à l'adhésion de ce dernier à l'objectif de retour au travail prélésionnel.

Tant que le médical n'est pas réglé, ils [les travailleurs] ne veulent pas du tout avancer au niveau professionnel. Et malheureusement, on a des médecins des fois qui entérinent ça, cet arrêt de travail-là prolongé. Et si le médecin ne nous donne pas le OK, ça devient vraiment difficile de pouvoir travailler là-dessus. Donc, on a besoin d'avoir la collaboration du médecin traitant aussi. Sinon, bien souvent, on se retourne vers des expertises ou des moyens de mettre en place... (Intervenante 11)

Oui, c'est le fun quand on adhère aux mêmes objectifs. D'emblée, quand ça c'est là, le reste ça va bien. Même si la personne a des complications médicales, si fondamentalement, ce qu'elle souhaite c'est retourner travailler. Mon dieu, on a le trois quart de la job de fait déjà. (Intervenante 10)

Parce que si on entre notre travailleur aux travaux légers et que tout est beau et que tout va bien, ça va devenir un retour progressif et ça va devenir un retour au travail. Mais je pense qu'il faut que tout le monde s'aligne vers la même place. (Intervenante 8)

Une intervenante explique l'aspect primordial de la collaboration : « Je pense que la clé, quelque part, c'est ça, c'est la collaboration. [...] Je pense aussi que la collaboration, c'est ça le problème. Ce qui pourrait freiner, ça serait le manque de collaboration. » (Intervenante 9)

Ainsi, le manque de collaboration ressort comme un enjeu important pouvant freiner le retour au travail. Certaines intervenantes expriment ainsi cette idée : partir « par-là » et l'autre « par-là », jouer une « game », le travailleur n'est pas au centre, ne concorde pas avec nos objectifs, utiliser des stratégies, etc.

On a des employeurs avec qui ça collabore bien, d'autres avec qui ça collabore moins bien. Quand ça ne collabore pas bien, ce n'est pas le fun puis ça freine. L'enjeu, c'est ça. (Intervenante 9)

Quand on n'a pas de collaboration soit d'un travailleur [...] ou d'un employeur ou d'une mutuelle qui ne collabore pas avec nous. Si j'ai un travailleur qui ne va jamais voir un médecin, je ne pourrai pas aller le prendre par la main pour l'amener chez le médecin. C'est sûr que je vais devoir aller en expertise. Il va falloir que je le fasse évaluer. Et s'il ne collabore pas, s'il n'y va jamais le voir son médecin, ça va se terminer par des expertises. (Intervenante 8)

Lorsque les intervenantes perçoivent un manque de collaboration, les démarches médico-légales peuvent être utilisées comme levier afin d'atteindre l'objectif de retour à l'emploi prélésionnel. Or, tel que mis de l'avant précédemment par les intervenantes (3.2.1.4), ces démarches peuvent ralentir le retour au travail.

Également, un certain nombre d'intervenantes perçoivent que la collaboration peut être déficiente lorsque les acteurs impliqués dans le processus semblent parfois avoir un autre objectif que le retour à l'emploi prélésionnel. Cet élément réfère aux enjeux propres à chacun des systèmes et à leurs acteurs. Il semble ainsi que ces enjeux peuvent parfois limiter la collaboration vers l'objectif de retour au travail prélésionnel, lorsqu'ils en diffèrent.

Mais bon, malheureusement, leur mode de rémunération fait en sorte que bien souvent ils [les représentants du travailleur tel un avocat] vont avoir avantage à ce que le dossier dure plus longtemps. Donc, nous, ça nous met dans une position où ça ne concorde pas avec nos objectifs qui est de trouver une solution qui est viable, sécuritaire et aussi raisonnable au niveau des délais et des budgets. (Intervenante 10)

C'est sûr que l'employeur pour qui l'objectif numéro un est de sauver des coûts, bien tu n'auras pas la même collaboration que l'employeur qui avait vraiment à cœur le bien-être du travailleur. Ça, c'est sûr. (Intervenante 10)

Le dernier extrait du verbatim fait référence à la culture et aux pratiques organisationnelles dont il a été question dans la section 4.2.1.2. Cette intervenante explique qu'une culture où la santé du travailleur est moins importante que les enjeux financiers semble freiner la collaboration des acteurs du milieu de travail vers le retour au travail.

### 4.2.3 Éléments pouvant améliorer le processus de retour au travail

Cette section décrit les éléments pouvant améliorer le processus de retour au travail selon les intervenantes de l'organisme d'indemnisation. Lors des entrevues menées auprès des intervenantes en réadaptation, cette dernière question a permis d'explorer ce qui influence le retour au travail sous un angle différent de celui suscité par les questions précédentes. Cette question sert à identifier des solutions qui permettraient de diminuer les éléments perçus comme freinant le processus de retour au travail par les intervenantes en réadaptation ou des améliorations qui pourraient être bénéfiques au processus de retour au travail. Les principaux éléments soulevés réfèrent aux processus administratifs ainsi qu'à l'information à transmettre aux acteurs impliqués dans le processus.

#### ***Processus administratifs***

Des éléments associés aux processus administratifs ont été nommés à plusieurs reprises comme pouvant améliorer le processus de retour au travail. Selon le cadre d'analyse utilisé pour cette étude, ces éléments réfèrent au segment du système d'indemnisation. Plusieurs intervenantes font ressortir la présence d'une

lourdeur administrative associée aux divers processus prescrits dans le cadre de l'application du régime d'indemnisation et de réadaptation. Selon les intervenantes, la diminution des tâches administratives et du nombre de dossiers pourrait améliorer le processus de retour au travail. La charge de travail semble contenir « beaucoup de lourdeur, de bureaucratie, de dédoublement d'informations ». (Intervenante 3)

C'est vraiment la machine qui est lourde et ça l'empêche de travailler en intervention directe parce que ça reste ça notre objectif, c'est de travailler en intervention directe pour faire avancer les choses. Mais il y a tellement de grilles à remplir, de formulaires à faire, de contrats de service, de PRAT [Programme de retour au travail] à mettre à jour. Veut, veut pas dans une journée de travail, tu parles à trois travailleurs et tu en as pour deux heures à prendre des notes et des mises à jour de PRAT. C'est vraiment très lourd au niveau administratif. Ce qui fait en sorte que le temps qui reste pour faire de l'intervention, il est quand même restreint. (Intervenante 11)

Plusieurs intervenantes expliquent que chaque dossier exige plusieurs tâches administratives associées aux interventions. Or, ces intervenantes mettent également de l'avant qu'une grande quantité de dossiers leur sont attribués, multipliant ainsi les tâches administratives hebdomadaires qu'elles doivent accomplir. Elles expliquent qu'elles manquent de temps pour effectuer certains suivis avec le milieu de travail et le travailleur et pour interagir directement avec les acteurs. C'est ainsi que certaines intervenantes expliquent que la diminution des tâches administratives et du nombre de dossiers attribués à chaque tandem permettrait d'effectuer un meilleur suivi et d'ainsi prévenir l'apparition de situations pouvant freiner le retour au travail. « On y va plus dans les urgences. Souvent, ça nous empêche de... Probablement qu'on pourrait faire encore plus de prévention, travailler plus d'avance, si on avait plus de temps. » (Intervenante 1)

De revoir avec la personne où elle est rendue, de faire un bilan avec elle, de mettre en place des objectifs nouveaux. Ce serait de recadrer la personne si c'est nécessaire aussi. De lui donner l'information des services qu'on peut lui offrir ou ce que l'on ne peut pas lui offrir. Ou, quand on va chez l'employeur, de voir si tout va bien, si l'assignation temporaire va bien, de discuter avec le travailleur et l'employeur, si le travailleur a des difficultés à faire telle ou telle tâche malgré tout, peut-être qu'on peut revoir ça, revoir les tâches puis voir si on peut en mettre d'autres. C'est qu'on entend des sons de cloches, des fois ils nous appellent et l'employeur ne respecte pas l'assignation temporaire, il demande de faire telle tâche qui n'est pas écrite. Si on avait le temps d'y retourner au lieu de le faire au téléphone, pour revalider les tâches qui ont été proposées. C'est simplement pour éviter qu'il y ait, finalement, un échec au retour au travail. (Intervenante 15)

Cet extrait du verbatim suggère que, selon les intervenantes, une diminution des tâches administratives et du nombre de dossiers permettrait d'augmenter la quantité et la qualité des interventions directes auprès des acteurs (c'est-à-dire l'employeur, le travailleur et les professionnels de la santé). Cette solution est proposée par une majorité d'intervenantes afin d'améliorer le processus de retour au travail.

Un processus pour améliorer nos pratiques aussi, c'est bien certain que si nous avons beaucoup de temps, on pourrait rencontrer beaucoup. On pourrait plus souvent peut-être faire des rencontres avec les professionnels de la santé, entre autres. Aller dans les cliniques de physio, d'ergo, aller rencontrer l'employeur avec le travailleur. Pas seulement pour faire la visite de poste, d'aller les rencontrer pour discuter de comment ça va. (Intervenante 15)

On a le verbal et le non verbal aussi, on a le senti par rapport aux gens et puis il y a des choses aussi qui peuvent se dire quand on est tous ensemble et qui ne vont pas se dire nécessairement par téléphone, même si on prend tout le temps nécessaire, ce n'est pas pareil. (Intervenante 3)

Les intervenantes soulèvent plusieurs avantages à augmenter le nombre de rencontres auprès des acteurs durant le processus. Notamment, une intervenante souligne l'importance des rencontres afin d'humaniser le processus : « Ça humanise le dossier beaucoup quand on voit les gens, quand les gens nous voient. » (Intervenante 3) À ce propos, une autre intervenante ajoute : « Ça nous oblige au lieu d'avoir une certaine image stéréotypée du client, ben là, le test de la réalité. On peut vraiment aller voir la personne. Forcément, ça humanise le processus. » (Intervenante 10)

Ces informations obtenues par le biais de rencontres avec les acteurs permettraient d'effectuer un meilleur suivi selon de nombreuses intervenantes. Par exemple, les rencontres avec les acteurs du milieu de travail et le travailleur permettent de mieux comprendre la qualité et la nature des relations au travail, éléments soulignés comme essentiels par plusieurs intervenantes afin d'intervenir efficacement pour favoriser le retour au travail. Quelques intervenantes soulignent qu'une meilleure compréhension de la situation obtenue, par des contacts plus fréquents avec ces acteurs, permettrait de mieux diriger certaines interventions et de mieux entrevoir certaines problématiques en amont du processus.

Bien, c'est sûr que des fois on voit des affaires comme [ma collègue] disait... on le voit, on le sait qu'il faudrait le faire. On bonifierait peut-être plus, je pense, notre intervention. Un appel de plus, une rencontre de plus. Au lieu de le faire par téléphone, on va le faire en rencontre. Je vais aller voir au travail comment il va. Je vais aller sur le milieu, sur le terrain. D'être plus présent sur le terrain je pense que ça pourrait faire des fois une différence. On aurait de l'information qu'on n'a pas dans notre bureau. (Intervenante 14)

C'est ça, il y a le jugement, le potentiel de conflit et tout ça donc, la possibilité de faire le plan avec l'employeur, je pense que ça démystifierait un peu ces informations-là, au même titre qu'on le fait avec le travailleur. On lui dit qu'il peut sortir de chez lui, on lui donne de l'information, mais ça a le même impact positif de le faire avec l'employeur. Il serait peut-être moins porté à justement porter des jugements et tout ça là, mais il faudrait avoir le temps... il faudrait avoir le temps pour le faire. (Intervenante 4)

Outre les rencontres avec le milieu de travail et le travailleur, il ressort des propos de certaines intervenantes

que des rencontres incluant à la fois les professionnels de la santé et le travailleur permettraient de mieux établir des objectifs d'intervention clinique.

Parce qu'aussi, on peut discuter. Le travailleur peut être là. L'ergothérapeute peut être là. Le physiothérapeute peut être là. On discute de comment ça va, comment ça évolue. On établit des objectifs. On est rendu à quelle étape, de quelle façon on peut arriver à une étape supérieure... On dit : cette semaine, vous êtes capable de soulever dix livres, est-ce qu'on peut s'attendre à ce que dans deux semaines vous soyez capables d'en soulever quinze? Les personnes te mettent des objectifs de réalisations, qui peuvent être aidants. Mais c'est sûr que ça, c'est dans l'idéal. Si on avait plus de temps. Mais on n'a pas le temps. On fait ce qu'on peut. (Intervenante 15)

Un autre élément proposé par un petit nombre d'intervenantes afin d'améliorer le processus réfère à la stabilité du travail des intervenantes en réadaptation. La composition des équipes de travail, des procédures administratives et des dossiers attribués à chaque équipe semblent sujets à être modifiés. Le travailleur et l'employeur changent alors d'intervenants assignés à leur dossier. Pour certaines intervenantes, les changements de dossiers attribués à chaque équipe ainsi que les mouvements au sein des équipes contribuent à fragiliser le lien de confiance avec le travailleur et l'employeur. Or, l'établissement et le maintien du lien de confiance avec le travailleur et l'employeur sont ressortis comme un élément facilitant le retour au travail. À cela s'ajoute qu'une relation stable avec un employeur permet aux intervenantes de bien connaître les conditions et les postes de travail disponibles dans ce milieu de travail. Ces informations favorisent l'instauration de mesures favorisant le retour au travail ainsi que des interventions adéquates auprès de l'employeur.

Également, les modifications de la composition du tandem, par exemple, lorsque l'agente d'indemnisation ou la conseillère en réadaptation est affectée à une autre équipe de travail, demandent un effort important aux intervenantes afin d'adapter leurs méthodes de travail en tandem. En effet, l'atteinte d'un fonctionnement optimal du tandem semble exiger quelques mois d'adaptation. Il ressort des propos que l'agente d'indemnisation et la conseillère en réadaptation travaillent en étroite collaboration tout au long du processus. Cette collaboration exige une coordination et une relation de confiance importante de part et d'autre, qui se développe au fil des semaines, voire des mois. Une stabilité au sein de la composition de ces équipes permet un fonctionnement optimal des intervenantes dans les dossiers selon quelques intervenantes.

Nous, ça fait 9 mois qu'on travaille ensemble. On a une façon de faire peut-être depuis 4 mois qui est comme plus optimale et qu'on continue de bonifier. On va être à notre top peut-être dans deux mois. Mon collègue à moi, ce n'est pas X, c'est quelqu'un qui est en congé. Donc, quand nous autres on va travailler de façon optimale, trois mois plus tard, X va partir dans une autre direction régionale. Mon collègue va revenir et je vais devoir repartir à zéro avec lui parce que

quand je suis arrivé dans ma charge, je n'ai travaillé que six semaines avec mon vrai collègue tandem avant qu'il parte en congé. Ça, c'est sûr et certain que ce n'est pas aidant. Et ce sont des frustrations aussi des parties, travailleur, employeur aussi. Tu développes un lien, tu parles à [un agent] et à un moment donné tu appelles pour parler à [ton agent] et non, oups! c'est [un autre agent]. « Comment ça [un autre agent]? » « Ah! Elle est partie en congé de maternité. Ah! Elle est partie remplacer Y qui est parti remplacer Z qui est parti en congé de maternité. » [...] Parce que déjà quand il [le travailleur] est à l'admissibilité, il y a quelqu'un qui s'occupe de leur dossier. Ensuite, il passe au bloc 1 et il y a quelqu'un d'autre qui s'occupe de leur dossier. Ensuite, il passe au bloc 2, il arrive à nous. Il y a deux nouveaux qui s'occupent de leur dossier. En partant, ces gens-là, ils ont quatre intervenants en quatre mois. Et si, à travers ça, il y a des transferts, des départs, etc. pour toutes sortes de raisons évoquées tantôt. Bien ça fait, cinquième, sixième intervenant. Donc, le lien qui se développe avec la CSST là... il n'est pas très fort. (Intervenante 17)

### ***Informers les acteurs***

Informers les acteurs à propos du rôle et de la démarche de l'organisme d'indemnisation est un élément soulevé par quelques intervenantes afin d'améliorer le processus. Dans le cadre d'analyse utilisé pour cette étude, cet élément réfère aux interactions entre les intervenants en réadaptation et les acteurs des différents systèmes. En effet, il ressort des propos des intervenantes que la complexité du régime exigerait d'offrir davantage d'information aux acteurs. Mieux expliquer le rôle et la démarche de l'organisme d'indemnisation favoriserait, selon plusieurs intervenantes, la collaboration des acteurs vers le retour en emploi.

C'est bien certain que pour moi, c'est que tous les intervenants comprennent bien ce que la CSST peut offrir et ce que la CSST ne peut pas offrir. Le cadre de notre assurance. Si tout le monde est bien informé du processus, bien informé des services qu'on offre, de notre objectif, l'objectif qui est que le travailleur puisse reprendre son travail ou un autre travail, dépendamment de la situation. De travailler tous ensemble vers le même objectif. C'est sûr que ça va être facilitant si tout le monde est au moins bien informé du processus de la CSST. Que ce soit au niveau légal, médical, de droits et d'obligations de chacun. C'est un plus quand tout le monde est sur la même longueur d'onde. Tout le monde est au courant de comment on procède. La transparence. (Intervenante 15)

À ce propos, l'importance de bien former les médecins traitants aux particularités liées au régime d'indemnisation public a été soulevée :

Je pense qu'il [la CSST] devrait donner une formation aux médecins qui s'occupent des dossiers de CSST pour qu'ils voient c'est quoi notre but, c'est quoi notre rôle. Qu'est-ce qu'on veut faire avec les travailleurs? Parce que des fois, je pense qu'ils ne sont juste pas au courant. (Intervenante 6)

### **4.3 Synthèse des résultats**

Les entrevues menées auprès des agentes d'indemnisation et des conseillères en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public ont permis de documenter leur perspective sur ce qui influence le retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle. Le tableau 2 présente une synthèse des résultats à propos des différents éléments considérés comme facilitant ou freinant le retour au travail. Ces éléments sont relatifs aux systèmes (personnel, milieu de travail, système de santé et système d'indemnisation) et à leurs acteurs respectifs, au contexte sociopolitique et culturel ainsi qu'aux interactions entre les intervenantes de l'organisme d'indemnisation et les acteurs des différents systèmes.

Les intervenantes ont également été questionnées sur ce qui pourrait améliorer le processus de retour au travail. Leurs propos font ressortir des améliorations possibles sur le plan des processus administratifs ainsi que sur l'information à transmettre aux acteurs impliqués durant le processus. Plusieurs intervenantes ont ainsi soulevé l'importance d'assurer un suivi et une intervention directe auprès des acteurs, et cela tout au long du processus de retour au travail. Également, la complexité du régime semble exiger d'offrir davantage d'informations aux acteurs afin d'assurer leur collaboration au processus de retour au travail.

Tableau 2 — Synthèse des éléments facilitant et freinant le retour au travail

Éléments liés au :	Éléments freinant le retour au travail	Éléments facilitant le retour au travail
<b>Système personnel du travailleur et aux acteurs de ce système</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Douleur et peur d'aggravation, perception d'être incapable de reprendre le travail pré-lésionnel, inquiétudes et attentes à propos de la lésion, ressentiment;</li> <li>▪ Comorbidité et problèmes familiaux;</li> <li>▪ Surprotection et peur des proches que le travailleur aggrave sa lésion;</li> <li>▪ Manque d'intérêt envers l'emploi occupé au moment de la lésion, mode de vie désynchronisé par rapport au rythme de travail;</li> <li>▪ Passif;</li> <li>▪ Faible niveau de scolarité, expérience de travail unique, compétences manuelles, âge élevé, difficulté à communiquer en français.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien des proches;</li> <li>▪ Aimer son travail, ne pas aimer être à la maison, valoriser le rôle de travailleur;</li> <li>▪ Actif et proactif.</li> </ul>
<b>Milieu de travail et aux acteurs de ce système</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relation conflictuelle (avec les collègues/avec l'employeur); mise en doute par l'employeur et les collègues de la véracité de la lésion, de l'événement accidentel ou encore de la légitimité de l'absence;</li> <li>▪ Manque d'ouverture et de souplesse de l'employeur; faible culture de soutien et de solidarité chez les collègues;</li> <li>▪ Caractéristiques du travail ne favorisent pas la mise en place de mesures facilitant le retour au travail;</li> <li>▪ Alourdissement du processus de retour au travail par la mutuelle de prévention.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bonne relation au travail (avec les collègues/avec l'employeur);</li> <li>▪ Culture d'ouverture, de souplesse et de soutien de l'employeur (collaboration de l'employeur à l'égard de la mise en place de mesures favorisant le retour au travail, maintien du contact avec le travailleur durant l'absence, attitude compréhensive de l'employeur);</li> <li>▪ Vision, objectifs et fonctionnement de la mutuelle de prévention similaire à l'organisme d'indemnisation.</li> </ul>
<b>Système de santé et aux acteurs de ce système</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discours et actions des professionnels de la santé renforçant la perception d'incapacité chez le travailleur, complaisance, durée des traitements prescrits;</li> <li>▪ Difficultés d'accès aux ressources médicales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discours et actions des professionnels de la santé axés sur la capacité du travailleur, même discours entre les professionnels de la santé;</li> <li>▪ Recours à des services de santé dans le secteur privé, présence d'un contrat de service avec le professionnel de la santé.</li> </ul>
<b>Système d'indemnisation et aux acteurs de ce système</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surindemnisation;</li> <li>▪ Complexité du processus spécifique à une lésion professionnelle indemnisée, démarches médico-légales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sous-indemnisation.</li> </ul>
<b>Contexte sociopolitique et culturel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taux de chômage élevé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucun élément.</li> </ul>
<b>Interactions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de collaboration à fournir des informations;</li> <li>▪ Autre objectif que le retour à l'emploi pré-lésionnel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bonne communication permettant la transmission d'informations sur la situation du travailleur;</li> <li>▪ Lien de confiance avec le travailleur;</li> <li>▪ Collaboration vers l'objectif du retour à l'emploi pré-lésionnel.</li> </ul>

## Chapitre 5 — Analyse et discussion

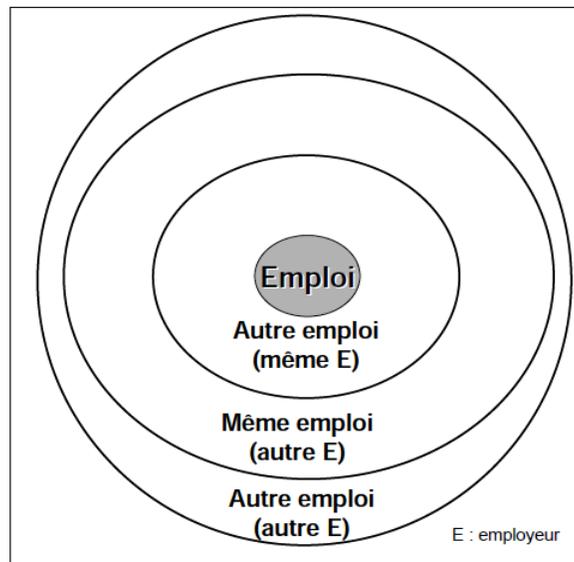
L'objectif de cette étude est de décrire les éléments qui facilitent ou freinent le retour au travail tel que perçus par les intervenantes en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public. Dans le chapitre précédent, la présentation des résultats a engagé un processus d'analyse des thèmes nommés par les intervenantes. Poursuivant cette analyse, ce chapitre présente une discussion à propos des principaux éléments qui sont ressortis du processus d'analyse. Ces éléments soulèvent des réflexions mises en discussion à la lumière des données empiriques recensées dans la littérature scientifique et professionnelle. Cette littérature porte, non seulement sur le retour au travail, mais également, plus largement, sur divers concepts issus hors du champ spécifique au retour au travail et pouvant servir à comprendre le phénomène sous un angle novateur. Les retombées possibles de cette recherche sont ensuite discutées. Les forces et les limites de l'étude sont ensuite énoncées. Pour terminer ce chapitre, les perspectives de recherche et les contributions de ce mémoire aux sciences de l'orientation sont présentées.

### 5.1 Collaboration à l'objectif initial : retour à l'emploi prélésionnel

Dans le cadre de cette étude, les intervenantes de l'organisme d'indemnisation ont été questionnées à propos de ce qu'elles perçoivent comme facilitant ou freinant le retour au travail. L'analyse des entrevues fait ressortir que la perspective des intervenantes, sur ce qui facilite ou freine le retour au travail, semble influencée par leur contexte d'intervention lequel s'appuie sur une approche concentrique.

L'approche concentrique découle du cadre légal, soit la LATMP, à laquelle sont assujetties les différentes démarches des intervenantes de l'organisme d'indemnisation. Selon l'approche concentrique, le point de départ de la démarche proposée par les intervenantes correspond à l'emploi exercé au moment de la lésion, soit l'emploi prélésionnel (Figure 7). L'objectif initial est de trouver une solution se situant le plus près possible de ce point central (AERDPQ, 2007; CSST, s.d.). D'ailleurs, une intervenante décrit cette démarche comme un « jeu de dard »; la cible étant celle au centre.

Figure 7 — Approche concentrique



L'approche concentrique [...] vise le retour le plus près possible du niveau de réalisation de l'habitude de vie « travail » tel qu'elle était réalisée avant l'accident. [...] Elle vise l'utilisation optimale du potentiel de la personne en lien avec ses compétences et ses connaissances acquises d'une part, et d'autre part, permet d'utiliser un milieu de travail connu, celui de la personne avant son accident. De manière pratique, l'approche utilisée pour les accidentés du travail permet, grâce au droit de retour au travail prévu à la loi de la CSST, de chercher l'ensemble des solutions possibles chez le même employeur avant d'envisager différentes options dans d'autres milieux d'emploi. [...] Le modèle préconisé par la CSST se résume ainsi :

- retour au même emploi chez le même employeur;
- retour à un emploi modifié chez le même employeur;
- retour à un emploi convenable chez le même employeur;
- retour à un emploi alternatif dans le même secteur industriel ou professionnel;
- retour à un emploi convenable dans d'autres domaines avec les habiletés existantes;
- retour à un emploi convenable dans d'autres domaines suite au développement de nouvelles habiletés.

(AERDPQ, 2007, p. 8)

L'approche concentrique semble également orienter les actions privilégiées par les intervenantes de l'organisme d'indemnisation. Il ressort de l'analyse que les éléments perçus par les intervenantes comme influençant le retour au travail sont congruents avec des aspects contextuels propres à leur organisation. Lorsque l'objectif et les actions des autres acteurs ne vont pas dans le même sens que la démarche concentrique, les intervenantes perçoivent alors cette situation comme un frein au retour au travail. Par exemple, certaines participantes

expliquent qu'un travailleur peut vouloir, à la suite de son arrêt de travail, changer de métier plutôt que réintégrer son emploi prélésionnel. Un médecin peut dire à son patient dès le début de l'absence qu'il ne pourra pas réintégrer son emploi prélésionnel. Un psychologue embauché par les intervenantes de l'organisme d'indemnisation peut intervenir sur des éléments de la vie personnelle du travailleur plutôt que d'intervenir directement sur les obstacles au retour au travail. Ces objectifs et ces interventions des acteurs, qui divergent de l'objectif initial prescrit par l'approche concentrique, freineraient le retour au travail selon les intervenantes. Un manque de collaboration ou de consensus vers l'objectif initial de retour à l'emploi prélésionnel est alors perçu.

Il ressort que cette quête des intervenantes vers la collaboration de tous les acteurs au retour au travail prélésionnel semble être au cœur de leurs préoccupations ainsi qu'être le fil conducteur des éléments nommés comme influençant le retour au travail. Dit autrement, à la lumière des propos des intervenantes, le processus de retour au travail serait facilité lorsque les acteurs collaborent au retour au travail prélésionnel. Lorsque cet élément fait défaut, les intervenantes visent alors le partage d'une vision similaire ainsi que la collaboration à la démarche qu'elles privilégient. Pour ce faire, elles utilisent divers moyens : recadrage, rencontre avec les acteurs, information, sensibilisation, voire entreprendre des démarches médico-légales.

Ces constats convergent avec les résultats d'une étude menée par Loisel et coll. (2005) à propos des obstacles à la collaboration auprès d'équipes interdisciplinaires du système de santé s'occupant de travailleurs en absence à la suite d'un trouble musculo-squelettique. L'étude visait à comprendre les stratégies utilisées par les équipes interdisciplinaires afin de dépasser les obstacles à la collaboration au retour au travail. Il ressort de cette étude que l'appui et la confiance des acteurs (c.-à-d. l'employeur, le travailleur, l'assureur et le médecin) envers l'approche thérapeutique utilisée par l'équipe interdisciplinaire, qui s'appuie sur des données probantes, sont essentiels afin de favoriser la collaboration au processus de retour au travail. L'appui des acteurs et le partage d'une vision commune sont des préoccupations majeures pour l'équipe interdisciplinaire. Or, la collaboration à la démarche thérapeutique ressort comme difficile lorsque certains acteurs n'adhèrent pas aux interventions proposées par l'équipe interdisciplinaires. Lors d'un manque de collaboration à la démarche thérapeutique, l'équipe interdisciplinaire informe et sensibilise le plus possible les acteurs. Toutefois, comme les chercheurs le soulignent, cette recherche de collaboration à la démarche thérapeutique peut engendrer un manque d'ouverture de l'équipe interdisciplinaire aux préoccupations et aux valeurs des autres acteurs.

L'importance de la collaboration lors du retour au travail est un élément qui ressort de plusieurs études (Frank et coll., 1998; Loisel, Durand, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001; MacEachen et coll., 2010). Déjà en 1998, Frank

et ses collaborateurs faisaient ressortir le défi d'amener tous les acteurs à considérer l'importance de s'impliquer dans le processus de retour au travail. Friesen et coll. (2001) mettent également de l'avant l'importance du travail d'équipe et de la collaboration entre tous les acteurs durant le processus.

Or, le processus favorisant la collaboration vers un même objectif semble complexe (Thomson & Perry, 2006). En ce sens, Thomson et Perry (2006) encouragent à regarder à l'intérieur de la « boîte noire » du processus collaboratif afin de mieux comprendre ce qui le favorise. Selon eux, le processus de collaboration implique des normes qui doivent être partagées. Le processus nécessite également la volonté des participants de collaborer vers le même objectif et cela, au-delà d'une simple relation contractuelle (Thomson & Perry, 2006). Finalement, l'obtention de bénéfices pour chacun des acteurs semble essentielle (Thomson & Perry, 2006). Les bénéfices mutuels réfèrent à la notion d'intérêts partagés et au consensus à collaborer vers le même objectif.

Les objectifs et les intérêts découlent du contexte dans lequel évolue l'acteur (Young, 2013; Young, Wasiak, et coll., 2005). Young et coll. (2005) expliquent que chaque acteur évolue dans un contexte particulier dont découle des objectifs et des intérêts plus larges que le retour au travail. Par exemple, l'employeur doit contrôler les coûts de sa production tout en collaborant au retour au travail de son travailleur. Bien qu'il partage l'objectif du retour au travail, son objectif opérationnel vient également influencer son implication dans le processus. Selon Young (2013; 2005), il faut être attentif à l'interaction entre l'objectif commun du retour au travail et les autres objectifs et intérêts plus larges de chaque acteur.

Plusieurs chercheurs s'intéressent de plus en plus aux enjeux découlant des intérêts et des objectifs divergents des acteurs durant le processus et pointent les conséquences négatives que ces différences peuvent avoir sur le retour au travail (Loisel, Durand, et coll., 2005; MacEachen, 2013; Young, Wasiak, et coll., 2005). Stahl et coll. (2010) ont étudié les conséquences des objectifs de différents acteurs sur la coopération vers le retour au travail. Ils concluent que les actions des acteurs sont grandement déterminées par le contexte du système dans lequel ils évoluent et influencent ainsi leur capacité à coopérer. Leurs travaux font d'ailleurs ressortir la complexité de la coopération vers le retour au travail.

MacEachen et coll. (2010) critiquent l'approche par consensus lors du retour au travail qui met l'emphase sur la cohésion, les objectifs communs et le sens moral des acteurs (Moscovici & Doise, 1992). MacEachen et coll. (2010) expliquent que le processus de retour au travail repose souvent sur des prémisses à l'égard de la communication et de la gestion du processus. Ces prémisses sont multiples : le milieu de travail soutient le travailleur et s'implique durant le processus, tous les acteurs visent le même objectif, chaque acteur a la capacité

de bien comprendre le processus, etc. Or, les chercheurs soulignent que ces conditions ne sont pas toujours présentes et qu'une vision plus critique du processus est nécessaire. En effet, les propos des intervenantes appuient ces constats puisqu'il ressort de leur discours que le soutien n'est pas toujours présent dans le milieu de travail, que certains acteurs ont d'autres objectifs que le retour au travail prélesionnel ou que le travailleur ne comprend pas toujours le processus complexe prescrit par l'organisme d'indemnisation. Selon MacEachen et coll. (2010), un consensus semble un but difficile à atteindre, mais souvent valorisé dans la littérature, voire idéalisé. Selon ces chercheurs, le problème avec l'approche par consensus est qu'elle perd de vue l'importance des aspects administratifs et sociaux pouvant mener à des conflits entre les acteurs. C'est ainsi qu'ils proposent plutôt d'adopter une posture critique à l'égard des problématiques fondamentales du retour au travail découlant des intérêts divergents (MacEachen et coll., 2010).

## **5.2 Communiquer : un processus essentiel au retour au travail**

Pour les intervenantes, l'information est un élément primordial et nécessaire afin de faciliter le processus. Cette quête d'information semble au cœur de leur pratique. En effet, les intervenantes mettent de l'avant l'importance d'obtenir et de transmettre de l'information aux différents acteurs et cela, tout au long du processus de retour au travail, notamment à l'égard de l'état de santé du travailleur et des possibilités de mettre en place des mesures favorisant le retour au travail. Ces résultats vont dans le même sens que les propos de Young (2013), soit que l'information pour les intervenants du système d'indemnisation est un élément clé du processus afin d'intervenir sur le retour au travail. Les propos des intervenantes démontrent également l'importance de leur rôle dans la transmission de l'information. En effet, il ressort de la littérature que les acteurs de l'organisme d'indemnisation semblent être des vecteurs importants de communication durant le processus (Friesen et coll., 2001). Ils assurent une transmission rapide et efficace de l'information et cela, auprès de l'ensemble des acteurs.

La difficulté d'accès à certaines informations médicales est ressortie comme un obstacle au retour au travail chez les intervenantes. Selon certains chercheurs, le manque d'accès à l'information peut être un frein durant le processus (Friesen et coll., 2001; Hulshof & Pransky, 2013; Young, 2013). Dans une étude menée par Beardwood et coll. (2005), la lourdeur bureaucratique du système d'indemnisation (par exemple, les formulaires à remplir) a été pointée du doigt par certains travailleurs comme pouvant ralentir l'accès à des traitements et à de l'information. En effet, les travailleurs expliquent que les médecins ne remplissent pas toujours les formulaires, causant ainsi des délais pour accéder aux traitements médicaux et une transmission déficiente de l'information durant le processus. D'autant plus que ces situations semblent être une source de stress importante

pour les travailleurs. En contrepartie, le contact direct et proactif des professionnels de la santé avec le patient tend à améliorer le retour au travail (Kosny et coll., 2006). Hulshof et Pransky (2013) qualifient le manque de communication avec les professionnels de la santé comme le « talon d'Achille » du retour au travail. D'ailleurs, les intervenantes de l'organisme d'indemnisation soulignent l'importance d'une circulation fluide et bilatérale de l'information, notamment avec les professionnels de la santé.

L'importance de la communication lors du retour au travail a été mise en évidence dans plusieurs études. Notamment, dans une recension des modèles de gestion de l'incapacité effectuée par Pransky et coll. (2004), le modèle de gestion de soins (traduction libre de « managed care model »), qui s'apparente au type de gestion de dossiers des organismes d'indemnisation<sup>18</sup>, instaure une communication unidirectionnelle, formelle et impersonnelle permettant une transmission limitée de l'information. Or, Pransky et coll. (2004) encouragent les acteurs à dépasser ce mode traditionnel de communication afin de favoriser le retour au travail. Ils proposent d'adopter plutôt un modèle transactionnel qui reconnaît l'importance des interactions sur le retour au travail.

Dans le cadre de la présente étude, les intervenantes de l'organisme d'indemnisation mettent de l'avant les lacunes liées à la transmission de l'information et suggèrent l'amélioration du processus par des rencontres plus fréquentes, dans une perspective de prévention, plutôt que d'effectuer des rencontres seulement lorsqu'une situation problématique se présente. Ces propos suggèrent que le modèle de gestion existant dans le système d'indemnisation semble ne pas répondre aux besoins du processus en ce qui concerne la circulation de l'information et le temps dont les intervenantes disposent pour traiter chaque dossier. Les intervenantes se positionnent ainsi dans le même sens que Pransky et coll. (2004) en mettant à jour des améliorations possibles du modèle de gestion présent au sein de leur organisation.

### **5.3 Représentations associées au rôle du travailleur, à la douleur et à l'incapacité**

Les résultats de la présente étude mettent de l'avant une multitude de représentations associées à la douleur, de même qu'à la situation d'incapacité. Ces représentations peuvent aussi être associées au rôle que doit adopter le travailleur selon les intervenantes pour favoriser son retour au travail. Une représentation peut être définie comme un ensemble de valeurs, d'opinions et d'idées à propos d'un objet spécifique qui se construit à

<sup>18</sup> L'identification des travailleurs à risque d'incapacité prolongée ainsi que des facteurs pouvant prolonger l'incapacité est une des caractéristiques de ce modèle de gestion. Lorsqu'il y a détection d'un dossier à risque, les actions et le soutien sont alors intensifiés.

partir des expériences de vie, du processus d'éducation et de socialisation ainsi qu'à partir des relations sociales (Jodelet, 1989 cité par Coutu, Côté, & Baril, 2013). Une représentation sociale réfère aux représentations partagées par un groupe d'individu tandis qu'une représentation individuelle est propre à un individu.

### 5.3.1 Être acteur de son retour au travail

Plusieurs intervenantes mettent de l'avant la manière dont les travailleurs se mobilisent durant le retour au travail. Ces éléments amènent à poser un regard sur le rôle que doit adopter le travailleur pour faciliter le retour au travail, tel que perçu par les intervenantes. Le travailleur perçu par les intervenantes comme actif, proactif et impliqué durant le processus de retour au travail se positionnerait comme un acteur facilitant son retour au travail en opposition au travailleur décrit comme passif et centré sur sa lésion plutôt que sur sa remise en action vers le retour au travail. Le vocabulaire utilisé par les intervenantes fait état d'une représentation du travailleur « acteur de son processus », autonome, responsable et capable d'exercer une influence sur les obstacles à son retour au travail. Plusieurs intervenantes décrivent ainsi ce travailleur : qui s'active, se prend en charge, s'informe, appelle les professionnels de la santé, est actif à la maison, motivé et impliqué dans sa réadaptation.

Des travailleurs qui sont dans l'action. Des travailleurs qui sont proactifs. Qui vont avoir des stratégies actives. Qui ne vont pas juste dire : « Ah! Il faut qu'il trouve la solution. » Non. Ce sont des travailleurs qui vont nous dire : « Là, j'ai fait telle affaire... j'ai fait telle affaire. » Qui vont vraiment être dans l'action. [...] Ce sont des travailleurs qui prennent leur vie en main. Qui sont autonomes. Des fois, ils ont besoin juste d'une poussée. Souvent, ça va juste être un petit accompagnement. Des fois, on a une travailleuse qui est allée au privé pour se payer une opération parce qu'elle ne voulait pas attendre. Elle en a eu une. Elle a dit : « Non. Non. Ce n'est pas vrai que je vais attendre après vous. » Oui, ça a un impact. Des fois, nous on ne le paiera pas nécessairement. Mais en même temps, elle a décidé d'être proactive. (Intervenante 19)

Elle fait des pieds et des mains. Elle fait des pirouettes pour avoir toutes les informations. Pour être capable de le traiter. Je vous dis ce n'est pas une blague qu'elle s'est rendue à Québec en autobus de nuit. Elle est motivée. Vraiment motivée. [...] En le traitant rapidement, elle va retourner rapidement travail. (Intervenante 8)

Dans la littérature, cette représentation se rapproche de celle du « patient contemporain » (Bureau & Herman-Mesfen, 2014; Klein, 2012) où le patient « est davantage envisagé comme autonome, souverain et acteur de sa prise en charge » (Bureau & Herman-Mesfen, 2014, p. 7). Ces types de patients bénéficient d'une légitimité dans le système de santé puisqu'ils respectent en quelque sorte les frontières et les normes en vigueur (Bureau & Herman-Mesfen, 2014; Fisher, 2008; Wilson, Kendall, & Brooks, 2007). Dans la présente étude, il semble que le retour au travail est facilité lorsque le travailleur adopte le rôle attendu par les intervenantes, soit celui en congruence avec les mesures privilégiées par l'organisme d'indemnisation : son objectif est de retourner à son

emploi prélesionnel et ses actions sont orientées vers cet objectif. De fait, Wilson (2007) souligne que le « bon patient » est celui qui démontre une forte congruence avec les professionnels de la santé, ce qui permettrait une compréhension mutuelle et moins de temps d'intervention. Pour Bureau et Herman-Mesfen (2014), accorder cette importance au patient en lui donnant une part de responsabilité contribue de manière plus générale aux exigences de partenariat entre les acteurs du système de santé, voire avec la société, et le patient. Elles soulignent toutefois que cette conception peut être motivée par d'autres intérêts que la santé du patient, notamment celui de déléguer des tâches ou d'alléger la charge de travail des intervenants du système de santé. Dans la présente étude, pour les intervenantes, ces attitudes actives du travailleur servent de moyens d'agir sur certains obstacles comme les délais d'attente pour obtenir des soins de santé ou favorisent l'application des mesures de réadaptation physique et professionnelle, telles qu'être actif physiquement durant son absence.

Cette conception du travailleur actif et proactif s'apparente également au concept d'« empowerment », que certains traduisent en français par maîtrise de sa vie (Bureau & Herman-Mesfen, 2014) ou pouvoir d'agir (Le Bossé, 2003). Il s'agit du « processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper » (Bacqué, 2005 cité par Jouve, 2006, p. 99). Selon Le Bossé (2003, p. 34), l'empowerment « repose prioritairement sur la possibilité d'influencer la disponibilité et l'accessibilité des ressources du milieu et sur la volonté et la capacité des personnes à prendre leur destinée en main ». Or, les intervenantes expliquent que le travailleur proactif durant le processus accélère l'accès aux services médicaux ou la mise en place de mesures dans le milieu de travail et favorise ainsi un prompt retour dans son milieu de travail.

Le pouvoir d'agir, tel que définie par Le Bossé (2003) s'incarne dans une capacité à surmonter, voire à supprimer, les obstacles qui empêchent l'individu de prendre sa place dans la société. La littérature fait état que le processus de retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle peut être une situation vécue difficilement par certains travailleurs (Coutu, Durand, Loisel, Goulet, & Gauthier, 2007; Coutu, Durand, et coll., 2011; Lippel, 2007; MacEachen et coll., 2010; Martin & Baril, 1995). Or, les intervenantes soulignent l'effet bénéfique sur le retour au travail lorsqu'un travailleur est impliqué dans son processus et se met en action.

Dans la littérature, le concept d'empowerment peut être associé au concept de sentiment d'efficacité personnelle (Aujoulat, 2007) défini comme « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (Bandura, 2003, p. 12). Dionne et coll. (2004) ont étudié le sentiment d'efficacité personnelle face au retour au travail dans une étude portant sur le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales. Le concept de sentiment d'efficacité

personnelle face au retour au travail signifie la croyance chez le travailleur d'être capable de retourner au travail malgré certaines contraintes (Dionne et coll., 2004). Les résultats de cette étude démontrent que le sentiment d'efficacité personnelle est un élément important du mécanisme qui influence le « retour au travail en bonne santé ». Également, dans une étude prospective auprès d'individus en situation d'incapacité prolongée, il ressort que le sentiment d'efficacité personnelle est prédicteur de la durée d'absence, particulièrement pour les TMS (Brouwer, Reneman, Bültmann, van der Klink, & Groothoff, 2010).

### 5.3.2 Au-delà de la douleur : focaliser sur les capacités du travailleur

Les intervenantes rapportent qu'elles perçoivent que certaines inquiétudes et attentes du travailleur à l'égard de sa lésion et/ou de sa douleur peuvent influencer le retour au travail : par exemple, lorsque le travailleur focalise beaucoup sur sa douleur, lorsqu'il se perçoit en situation d'incapacité ou lorsqu'il a peur de se blesser de nouveau. La perception chez le travailleur d'être incapable de reprendre le travail pré-lésionnel a également été nommée par certaines intervenantes comme freinant le retour au travail.

Les résultats à propos des inquiétudes et des attentes du travailleur vont dans le même sens que les données publiées dans plusieurs écrits scientifiques (Bültmann & Brouwer, 2013; Iles, Davidson, & Taylor, 2008; Linton, 2000; Truchon & Fillion, 2000). Dans une recension de la littérature portant sur les facteurs psychosociaux individuels associés au retour au travail<sup>19</sup>, Bültmann et Brouwer (2013) concluent que les attentes de guérison<sup>20</sup> de la lésion est l'un des facteurs les plus significatifs du retour au travail. Selon les résultats d'une recension systématique menée par Iles et coll. (2008), les attentes de guérison seraient un facteur prédictif fort du retour au travail tandis qu'il y aurait une corrélation modérée entre la « peur-évitement » et le retour au travail.

Le modèle théorique comportemental « peur-évitement » est utilisé par plusieurs chercheurs (Baril et coll., 2008; Lethem, Slade, Troup, & Bentley, 1983; Vlaeyen & Linton, 2000). Le concept central de ce modèle est que la peur de la douleur et l'évitement de certaines activités associées à l'apparition des douleurs peuvent mener au déconditionnement du travailleur (Lethem et coll., 1983). La confrontation de la douleur et l'évitement de la douleur sont les deux pôles de ce modèle; le premier favorisant le retour au travail et le second freinant le retour au travail.

<sup>19</sup> La recension de Bültmann et Brouwer (Bültmann & Brouwer, 2013) comprend des études portant sur le retour au travail à la suite d'un trouble musculo-squelettique, d'un trouble de santé mentale, d'un cancer, d'arthrite rhumatoïde et d'une maladie cardiovasculaire.

<sup>20</sup> Traduction libre de « recovery expectations ».

La confrontation à un certain niveau de douleur chez le travailleur est un élément soulevé par certaines intervenantes afin de faciliter son retour au travail. L'analyse a fait ressortir différentes représentations des intervenantes à propos de ce qui favorise le retour au travail lorsqu'il y a présence de douleur : apprendre à gérer la douleur, se pousser, faire les exercices de physiothérapie, affronter la douleur, dépasser la douleur, maintenir un certain nombre d'activités, vivre avec la douleur et se réactiver. Selon des intervenantes, le travailleur qui a peur de la douleur et évite certaines activités freinerait son retour au travail.

Ces résultats soulèvent l'hypothèse qu'un écart de représentation à propos des stratégies d'adaptation face à la douleur entre les intervenantes en réadaptation et le travailleur peut être présent durant le processus de retour au travail. Coutu et coll. (2008) ont étudié les écarts de représentation à propos de divers éléments cliniques, tels que la perception de guérison et les stratégies d'adaptation, entre les cliniciens et les travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques durant le processus de réadaptation au travail. Les cliniciens prenant part à cette étude visaient à éduquer et à rassurer les travailleurs afin de modifier leurs perceptions négatives associées à leur lésion et à leur guérison, dans le but de réduire les peurs et les comportements d'évitement de la douleur et de favoriser ainsi leur retour au travail. Il ressort de cette étude que la stratégie proposée par le clinicien doit être cohérente avec la représentation du travailleur ainsi qu'avoir du sens pour le travailleur au regard de sa situation. Au-delà de cette cohérence, il ressort que les perceptions peuvent différer entre les intervenants et le travailleur et que cette différence peut influencer le retour au travail. Il semble pertinent de questionner l'influence sur le retour au travail d'un possible écart de représentation entre les intervenantes en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public et le travailleur à propos des stratégies d'adaptation à la douleur.

À ce propos, une autre étude menée par MacEachen et ses coll. (2007) fait état de la pratique du retour précoce en milieu de travail s'appuyant sur le principe de « avoir mal versus se blesser »<sup>21</sup>. Les chercheurs concluent que cette pratique peut affecter le travailleur en menant à un manque de reconnaissance envers la nature de ses blessures et de ses limitations. MacEachen et ses coll. (2007) font également ressortir l'existence d'une « zone grise » lors de la gestion de l'incapacité. Cette zone contient des éléments qui vont au-delà des aspects individuels, en référence aux aspects organisationnels, au pouvoir des acteurs et aux enjeux économiques. Ils soulèvent l'importance de considérer l'influence des programmes et des politiques entourant la gestion du retour au travail

<sup>21</sup> Traduction libre de « harm versus hurt ».

À propos de la gestion du retour au travail, dans la présente étude, l'analyse fait ressortir que les intervenantes ont un discours auprès du travailleur centré sur ses capacités à s'activer et à occuper de nouveau l'emploi prélésionnel et cela, jusqu'au moment où les évaluations de la capacité fonctionnelle démontrent l'impossibilité de cette cible initiale. Selon plusieurs intervenantes, le retour au travail est facilité lorsque les professionnels de la santé, tels que les médecins ou les physiothérapeutes, focalisent sur les capacités du travailleur plutôt que sur ses incapacités et sa situation de handicap. Elles expliquent qu'un discours centré sur l'incapacité du travailleur semble diminuer la disposition du travailleur à se percevoir capable de travailler de nouveau à son emploi prélésionnel.

À ce sujet, Stahl et coll. (2009) ont étudié la perception de différents acteurs faisant partie d'une équipe interdisciplinaire de réadaptation à propos de la « capacité à travailler »<sup>22</sup>. Les résultats démontrent la présence d'une relation tendue entre les professionnels de la santé et les intervenants de l'organisme d'indemnisation découlant d'une vision divergente de la « capacité de travail ». Il semble que la législation et la culture organisationnelle définissant les rôles de chacun influencent les divergences de perception entre les acteurs. Il semble aussi que, bien que les acteurs partagent le même objectif de retour vers le travail, la coopération se trouve altérée par une vision différente de la « capacité de travail ».

MacEachen et coll. (2012) se sont intéressés au discours de capacité de plus en plus présent dans les programmes destinés aux travailleurs indemnisés à la suite d'une lésion professionnelle. MacEachen et coll. (2007; 2012) parle d'une évolution dans certains milieux cliniques, au cours des dernières années, vers un paradigme de capacité. À l'échelle internationale, un rapport de l'OCDE (2003) nommé « Transformer le handicap en capacité » fait état du glissement vers un paradigme de capacité (MacEachen et coll., 2012). L'OCDE conclut qu'une approche prometteuse des programmes portant sur l'invalidité consiste à mettre l'accent sur l'activation de l'individu, à promouvoir des interventions précoces individualisées, à reconnaître l'état d'invalidité indépendamment de la situation au regard de l'emploi tout en délaissant la notion de contre-indication au travail. Toutefois, MacEachen et coll. (2012) expliquent que la focalisation sur les habiletés du travailleur peut parfois mener à mettre de côté certains besoins médicaux et environnementaux liés à des problèmes de santé chroniques. Ce discours centré sur la capacité rend parfois invisibles ces aspects, qui sont alors négligés lors des interventions de réadaptation. Également, le travailleur peut ne pas se sentir reconnu comme une personne ayant de la douleur et des difficultés importantes de fonctionnement.

<sup>22</sup> Cette étude a été menée auprès d'équipes interdisciplinaires travaillant en Suède.

## 5.4 Place du travail dans la vie du travailleur

Selon l'approche concentrique utilisée par les intervenantes, le retour à l'emploi prélésionnel est l'objectif initial, lorsque cela est possible. Toutefois, lorsque le travailleur manque d'intérêt envers l'emploi qu'il occupait au moment de la lésion, elles perçoivent un frein au retour au travail prélésionnel. En contrepartie, lorsque le travail semble occuper une place importante et positive dans la vie du travailleur et qu'il aime son travail prélésionnel, cela semble favoriser le retour au travail. La satisfaction à l'égard du travail ressort dans certaines études comme un élément pouvant influencer le retour au travail (Friesen et coll., 2001; Hoogendoorn et coll., 2002; Lemieux et coll., 2011) tandis que d'autres chercheurs démontrent que la satisfaction au travail n'est pas un facteur prédictif du retour au travail (Iles et coll., 2008). Dans une étude menée par Friesen et coll. (2001), les travailleurs rencontrés ont souligné qu'une attitude positive envers le travail favorise leur retour au travail.

Certaines intervenantes ont mis de l'avant une désynchronisation du mode de vie par rapport au rythme de travail comme freinant le retour au travail. Certains travailleurs, par exemple, près de la retraite ou ayant de jeunes enfants, semblaient parfois prendre certaines habitudes durant l'absence ou valoriser d'autres sphères de vie que le travail, les éloignant ainsi de l'habitude de vie associée au travail. Selon Fougeryollas et Roy (1996), le travailleur ayant une incapacité privilégiera un rôle en fonction de ses besoins et de son contexte de vie, afin de prendre part à la société. À la lumière de ce que soulèvent les intervenantes, l'individu en situation d'incapacité peut parfois privilégier un autre rôle social que celui de « travailleur ».

Oui, puis souvent les gens ont des jeunes enfants. Ils sont à la maison pour faire les repas, pour l'arrivée de l'école. Ils ont vraiment... il y a des jeunes mamans qui étaient au travail. Là, elles se rendent compte qu'elles sont présentes, elles sont chez eux. (Intervenante 11)

De même, l'expérience d'être en situation d'incapacité professionnelle peut amener des bouleversements dans la sphère de vie professionnelle : des changements non désirés dans le parcours professionnel (Baril et coll., 1994), des expériences difficiles avec le système d'indemnisation (Lippel, 2007), de l'anxiété et de la détresse psychologique (Coutu et coll., 2007; Coutu, Durand, et coll., 2011). Ces difficultés peuvent engendrer un questionnement sur la place qu'occupe le travail et l'importance des autres sphères de la vie personnelle, telles que la vie familiale et personnelle (Coutu et coll., 2013). L'identité du travailleur vivant une situation d'incapacité peut évoluer (Coutu et coll., 2010).

L'importance du travail dans la vie du travailleur peut également être mise en lien avec le concept de « sens du travail ». Pour Morin (2008, p. 2), « le travail est avant tout une activité par laquelle une personne s'insère dans le monde, exerce ses talents, se définit, actualise son potentiel et crée de la valeur qui lui donne, en retour, le sentiment d'accomplissement et d'efficacité personnelle, voire peut-être un sens à sa vie. » Morin (2008, p. 4) identifie trois composantes au concept de « sens du travail ». La première est la signification du travail, c'est-à-dire la valeur et la représentation du travail dans la vie d'un individu. La deuxième est l'orientation de l'individu dans son travail, soit ce qu'il recherche à travers le travail. La troisième composante est la cohérence entre le travail accompli et ses attentes, ses aspirations et ses valeurs personnelles. Dans la présente étude, les intervenantes soulignent l'importance que le travailleur ait des « valeurs de travail » et une « identité de travailleur » afin de favoriser son retour au travail. Ces éléments soulevés peuvent ainsi faire référence au sens que le travail a dans la vie du travailleur.

Un travailleur pour qui le travail a une dimension très importante dans sa vie. Donc quelqu'un qui se définit beaucoup par le travail. Ça va être plus facile, il va avoir plus hâte de se projeter. La personne ne voudra pas perdre son identité de travailleur, c'est important pour elle. (Intervenante 12)

Selon une étude menée par Morin (2008), le sens du travail est corrélé positivement avec le bien-être psychologique et l'engagement envers l'organisation et corrélé négativement avec la détresse psychologique. Morin (2008) souligne que le sens du travail est favorisé dans un contexte de travail où les valeurs humaines sont présentes et où le gestionnaire met en place des pratiques de gestion dans le but de promouvoir la santé, la confiance et la dignité de son personnel. Des rapports sociaux positifs au travail sont également importants pour favoriser le sens au travail. Selon Morin (2008), le gestionnaire joue un rôle clé dans l'instauration de relations professionnelles positives en donnant l'exemple par ses propres attitudes et comportements et en exerçant un leadership moral auprès des travailleurs. Également, la direction doit encourager une culture de gestion de coopération afin de faciliter la résolution des conflits et favoriser l'engagement envers l'entreprise. Dans la présente étude, certaines intervenantes soulignent l'influence du sentiment d'appartenance à l'organisation et des relations positives au travail sur l'importance du travail dans la vie du travailleur et sur la valorisation de son rôle de travailleur.

Quand le travailleur aime son travail. Qu'il était bien. Qu'il avait une bonne relation avec ses collègues. La motivation à retourner, on le voit tout de suite. Il s'ennuie. Il va voir ses collègues. Il continue à aller à des dîners d'équipe. On le voit ça. C'est flagrant quand il y a une belle relation. (Intervenante 14)

Ces éléments soulevés dans la littérature et dans les résultats de la présente recherche amènent à mettre de l'avant l'importance du contexte organisationnel, des événements de vie hors travail ainsi que du sens du travail sur le processus de retour au travail. Comme le souligne Shaw (2013), les croyances et les attitudes que le travailleur entretient à l'égard de son travail pourraient être beaucoup plus complexes que le simple concept d'intérêt envers le travail. C'est ainsi que dans la prochaine section, les éléments sociaux et organisationnels relatifs au milieu de travail seront abordés.

## **5.5 Éléments organisationnels et sociaux relatifs au milieu de travail**

### **5.5.1 Culture de gestion priorisant la santé et le soutien du travailleur**

Dans la présente étude, une culture priorisant la santé et le soutien du travailleur par l'employeur, notamment en démontrant de l'ouverture et de la souplesse durant le processus, a été nommée par des intervenantes comme favorisant le retour au travail. Dans la littérature, ces éléments réfèrent aux bonnes pratiques de gestion du retour au travail (Berthelette & Baril, 2002; St-Arnaud et coll., 2011; St-Arnaud & Corbière, 2011b; St-Arnaud & Pelletier, 2013). Plusieurs bonnes pratiques de gestion du retour au travail par l'employeur sont ressorties de la présente étude : la collaboration, une attitude compréhensive et empathique et le maintien du contact avec le travailleur durant l'absence. Ces mesures sont des pratiques privilégiées et promues par les intervenantes auprès des acteurs durant le processus de retour au travail. D'ailleurs, l'analyse démontre que ces mesures sont un élément transversal au discours de l'ensemble des intervenantes; ce qui est nommé comme favorisant le retour au travail étant souvent associé à ce qui favorise les bonnes pratiques de gestion du retour au travail privilégié par l'organisme d'indemnisation et ce qui freine, à ce qui limite ces pratiques.

Une démarche de retour au travail proposée par St-Arnaud et Pelletier (2013) considère la prise de position claire de la haute direction envers des valeurs priorisant la santé et le soutien des travailleurs et l'implantation d'une gestion des ressources humaines cohérente avec ces valeurs comme essentielles à une démarche de rétablissement et de retour au travail. Il ressort de la présente étude que les intervenantes considèrent que ce type de culture organisationnelle encourage la mise en place de mesures favorisant le retour au travail. De fait, les valeurs et les attitudes des hauts dirigeants semblent influencer la quantité des ressources allouées aux pratiques de gestion du retour au travail (Baril & Berthelette, 2000). Aussi, une culture organisationnelle encourageant la coopération et la participation active des acteurs au développement et à la mise en place de pratiques de gestion semble favoriser le retour au travail (Baril et coll., 2003)

Selon Baril et coll. (2003), les pratiques de gestion influencent considérablement la collaboration ou la résistance des acteurs à l'égard des mesures de retour au travail. Des études mettent de l'avant l'importance de l'assignation temporaire et des modifications aux conditions de travail afin de faciliter le retour (Dionne et coll., 2013; MacEachen, Clarke, Franche, Irvin, & Workplace-based Return to Work Literature Review Group, 2006; Seing, Ståhl, Nordenfelt, Bülow, & Ekberg, 2012). Certains travailleurs soulignent l'importance des modifications de leurs conditions de travail afin de permettre leur réintégration en emploi (Shaw et coll., 2003; St-Arnaud et coll., 2003). Des acteurs syndicaux rencontrés dans le cadre d'une étude menée par Corbière et coll. (2014) considèrent qu'une culture organisationnelle d'ouverture, de soutien et d'empathie favoriserait la collaboration et une souplesse face aux mesures favorisant le retour au travail. La mise en place de ces mesures par le milieu de travail semble restaurer la confiance et réduire le sentiment de vulnérabilité chez le travailleur (St-Arnaud et coll., 2003). St-Arnaud et coll. (2003, p. 201) soulignent l'importance de ces changements sur le retour au travail :

En plus de l'importance de l'accueil et du soutien au travail, la possibilité d'apporter des changements dans le travail apparaît ici être un des grands déterminants d'un retour réussi. L'étude révèle que la possibilité d'apporter des changements aux conditions de travail qui ont participé à la détérioration de la santé mentale s'avère être un des grands facteurs pour transformer un retour menaçant en un retour rassurant.

En ce qui concerne le maintien du contact entre l'employeur et le travailleur durant le processus, Tjulin et coll. (2011) ont étudié la signification de la prise de contact précoce durant le processus de retour au travail. Il ressort de l'analyse que la prise et le maintien du contact avec le travailleur durant l'absence vont au-delà d'une simple pratique de gestion. Cette pratique semble intimement associée à des dynamiques sociales complexes impliquant des enjeux sociaux plus larges, pour le travailleur, les collègues et l'employeur (Tjulin, Maceachen, & Ekberg, 2011). Dans la présente étude, les intervenantes ont d'ailleurs souligné l'interaction complexe entre la qualité des relations de travail, le maintien du lien durant l'absence et les conséquences sur le retour au travail.

La présence d'un programme de mesures favorisant le retour au travail serait associée avec une réduction du nombre de démarches médico-légales entamées par l'employeur (Baril et coll., 2003). Or, il semble que les démarches médico-légales réduisent la confiance entre les acteurs du milieu de travail et ont une influence négative sur la qualité des rapports sociaux durant le processus de retour au travail (Baril et coll., 2003). Ces éléments ont été soulignés à quelques reprises par les intervenantes comme perturbant les rapports sociaux au travail, engendrant une perte de confiance et freinant le retour au travail. Lippel (2007) explique que les

démarches médico-légales interfèrent avec la reconstruction de la santé du travailleur puisqu'elles engendrent du stress et un sentiment chez le travailleur d'avoir peu de pouvoir comparativement à l'organisme d'indemnisation et l'employeur.

### 5.5.2 Des relations qui favorisent le soutien

À la lumière des propos des intervenantes, un certain consensus s'est dégagé autour de l'importance de la qualité des relations de travail constituant, selon plusieurs intervenantes, un élément clé du processus de retour au travail. À maintes reprises, les intervenantes ont discuté de l'importance de bonnes relations afin de maintenir le lien entre le travailleur et le milieu de travail durant l'absence et faciliter l'implantation de mesures favorisant le retour au travail. Par exemple, un conflit, qui était présent avant la lésion ou qui s'est développé durant l'absence, semble diminuer l'implication et l'ouverture à l'égard de la mise en place de mesures facilitant le retour au travail. Certaines intervenantes ont souligné que les relations au travail peuvent être affectées par la mise en doute exprimé par l'employeur ou les collègues concernant la véracité de la lésion, de l'événement accidentel ou encore de la légitimité de l'absence. Cette perte de confiance semble engendrer une cassure au sein de la relation entre le travailleur et son milieu de travail, diminuant les chances d'un retour au travail. Certaines intervenantes ont observé que les travailleurs appréciés par le milieu de travail et qui cumulent plusieurs années d'ancienneté ont plus de chance de voir leur employeur collaborer à mettre en place des interventions pouvant favoriser son retour au travail.

Selon MacEachen et coll. (2006), la collaboration dépend de la bonne volonté (traduction libre de « goodwill ») des acteurs et d'une culture organisationnelle favorisant la santé des travailleurs. La bonne volonté réfère à la quantité de ressources allouées au processus de retour au travail et à la prévention de la lésion, l'habileté à convaincre les acteurs de l'importance de collaborer au processus et l'ouverture à mettre en place des mesures facilitant le retour au travail. La bonne volonté lors du retour au travail serait associée à la qualité des relations au travail, plus particulièrement, à l'appréciation du travailleur par ses collègues et la direction ainsi qu'à l'attachement de ces derniers à son égard. La qualité de la relation semble particulièrement importante lorsque l'on constate que le soutien, qui perdure au-delà de quelques jours, dépend de la bonne volonté des collègues à collaborer au processus (Tjulin et coll., 2010).

Les travaux menés par St-Arnaud et coll. (2003; 2004), auprès des travailleurs ayant des troubles mentaux au travail, témoignent de l'importance des relations au travail et de la dynamique de ces relations sur le retour au travail. L'analyse de la trajectoire des travailleurs à la suite d'une absence en raison d'un trouble de santé

mentale démontre que la crédibilité du travailleur et son appréciation auprès de l'employeur et des collègues, avant l'absence, jouent sur l'issue du retour (St-Arnaud et coll., 2004). Selon St-Arnaud et coll. (2004, p. 107), « ces acquis du passé semblent avoir joué sur la nature du soutien » que le travailleur a reçu lors du retour au travail. St-Arnaud et coll. (2004) remarquent que, chez plusieurs travailleurs ayant participé à son étude et qui n'ont pas effectué de retour au travail, des conflits de travail de différentes natures (ex. mesures disciplinaires et plaintes de harcèlement psychologique) étaient présents avant l'absence. Ces conflits contribueraient à la détérioration des relations au travail et couperaient le lien les unissant durant l'absence rendant presque impossible le retour au travail (St-Arnaud et coll., 2004). L'influence d'un conflit au travail ou d'une atmosphère tendue au travail a également été identifiée comme nuisible au retour au travail par des superviseurs rencontrés dans le cadre d'une étude menée par Lemieux et coll. (2011).

La qualité du soutien et de l'accueil du milieu de travail durant le processus de retour au travail a été soulignée par quelques intervenantes comme étant favorable au retour au travail. Or, plusieurs études font ressortir l'importance du soutien lors du retour au travail (Dionne et coll., 2013; Dunstan & Maceachen, 2013a; Dunstan & Maceachen, 2013b; Friesen et coll., 2001; Kosny et coll., 2013; Krause et coll., 2001; Scheelar, 2002; Schultz et coll., 2004; Shaw et coll., 2013). Selon Shaw et coll. (2013), l'amélioration du respect et du soutien au travail semble être une avenue intéressante d'intervention afin de diminuer la durée de l'incapacité. En contrepartie, le faible soutien des collègues et de l'employeur ressort comme un déterminant de la durée de l'incapacité (Krause et coll., 2001; Schultz et coll., 2004). Selon St-Arnaud et coll. (2006), le soutien par les collègues et le superviseur durant l'absence permettrait au travailleur d'anticiper positivement son retour. St-Arnaud et coll. (2003, 2004) soulignent la valeur thérapeutique du soutien et de la qualité de l'accueil des collègues et de l'employeur lors du retour dans le milieu de travail. Le travailleur percevrait, à travers l'ouverture et la souplesse à l'égard de la mise en place de mesures favorisant son retour au travail ainsi qu'à l'égard de l'amélioration des conditions de travail, un moyen de préserver sa santé au travail. Aussi, un soutien et un accueil positif influenceraient le regard que le travailleur porte sur lui-même ainsi que sur la restauration de sa confiance à reprendre le travail.

Les résultats de la présente étude tendent à mettre de l'avant que les relations au travail, soit les dimensions humaines découlant de l'activité de travailler, ont une incidence sur le retour au travail. Ces résultats vont dans le même sens que les travaux réalisés dans le champ de la psychodynamique du travail, qui montrent que les relations au travail ont une influence sur la santé et la capacité de travailler (Dejours, 1993, 1995, 2013, 2014b; Dejours & Gernet, 2012). Dejours (1995) explique que la nature, la qualité et la dynamique des relations au travail sont des déterminants majeurs de la santé du travailleur. Dans le champ de la psychodynamique, le travail n'est pas réductible à une simple exécution de tâches techniques standardisées, mais contient une

dimension subjective nécessitant une mobilisation du travailleur pour arbitrer le réel de son travail, et cela en intersubjectivité avec le collectif de travail<sup>23</sup>, dans lequel il s'insère (Dejours, 1993, 1995).

Selon Dejours (1993), le travail ne se fait pas seul, mais implique de la coopération et des accords implicites de fonctionnement de la part du collectif. La clé de voûte du collectif est la coopération (Dejours, 1993). La coopération réfère aux règles de métier qui permettent de réguler collectivement le travail réel face à ce que l'organisation prescrit (Dejours, 1993). Or, la mobilisation des liens de coopération passe par la reconnaissance du collectif (Dejours, 1993). Au-delà de la dimension technique, le travail implique un jugement éthique à l'intérieur du collectif : ce qui est bien, ce qui est juste, ce qui est acceptable, etc. Ces dimensions se basent sur les valeurs du collectif, voire de la culture en place à l'intérieur de l'organisation. La conformité à ces dimensions apporte la reconnaissance.

La psychodynamique du travail nous permet de comprendre que réduire les mesures favorisant le retour au travail à de simples tâches prescrites laisse dans l'ombre une part de la subjectivité et de l'intersubjectivité présentes dans le milieu de travail. Or, il ressort que certaines mesures facilitant le retour au travail mises en place par l'employeur peuvent placer le travailleur dans une situation délicate face à l'employeur et aux collègues (Gates, 2000; St-Arnaud et coll., 2003; Tjulín et coll., 2010; Tjulín, MacEachen, Stiwnne, et coll., 2011). Notamment, tel que décrit par les intervenantes et se basant sur les travaux en psychodynamique du travail, la capacité du travailleur à participer à l'organisation du travail et à se conformer aux règles de métier peut être limitée durant le retour au travail, par exemple, en raison d'un retour progressif ou d'une assignation temporaire. Également, le contexte précédant l'absence a pu fragiliser la reconnaissance de la direction et des collègues envers la contribution du travailleur à l'organisation, aux règles de métier et au respect des valeurs communes du collectif. Or, l'enjeu semble alors se profiler au niveau de la reconnaissance du travailleur par l'employeur et les collègues afin qu'il puisse accéder à un soutien permettant d'instaurer les conditions nécessaires à son retour au travail durable. Ce soutien exige une relation de confiance au sein du collectif afin de mobiliser les liens de coopération.

Le champ de la psychodynamique fournit des clés de lecture permettant de mieux comprendre la dynamique complexe se jouant entre le soutien, la collaboration, la qualité des rapports sociaux au travail et l'ouverture du milieu de travail à la mise en place de mesures favorisant le retour au travail. Ces éléments laissent penser que,

<sup>23</sup> « Le collectif désigne un ensemble stable de relations entre plusieurs travailleurs, fondé sur les règles dont ils se sont dotés en vue de traiter les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exécution de leur travail. » (Dejours, 2014a, p. 11)

ce que les intervenantes observent, est peut-être le résultat d'un nécessaire équilibre entre le désir de s'accomplir comme « travailleur », et cela, en dépit de la présence d'une lésion professionnelle. Or, pour le travailleur, cet équilibre semble tributaire d'une organisation qui offre un espace pour la construction de la reconnaissance et de la coopération. Certains éléments sont décrits par les intervenantes : la rupture du lien durant l'absence et la mise à distance, voire l'exclusion, par l'employeur et les collègues, mais aussi par le travailleur lui-même qui peut s'éloigner du regard de l'autre en ne voulant pas retourner dans le milieu prélésionnel. Ces éléments soulèvent l'importance de considérer les dimensions intrasubjectives et intersubjectives durant le processus de retour au travail (Dejours, 1993, 1995; Dejours & Gernet, 2012). Toutefois, l'analyse des résultats à la lumière des concepts utilisés en psychodynamique du travail est, dans le cadre de ce mémoire, une tentative de compréhension. En effet, il semble nécessaire de poursuivre l'étude de ces dynamiques lors du retour au travail dans des études ultérieures.

## **5.6 En amont du travailleur : les insidieux impacts des systèmes d'indemnisation et de santé sur le retour au travail**

### **5.6.1 Surindemnisation**

Plusieurs intervenantes ont parlé de la situation de surindemnisation que vivent certains travailleurs et qui semble ralentir leur retour au travail. Ces propos trouvent écho dans les écrits portant sur les gains secondaires, un élément controversé dans la littérature sur l'incapacité et généralement associé au modèle légal (Fishbain, 1994; Schultz et coll., 2007; Waddell & Waddell, 2000). Le concept de gains secondaires est un « terme vague qui suggère qu'une personne est en quelque sorte récompensée économiquement, physiquement ou émotionnellement d'être en situation d'incapacité » (Fishbain et coll. (1995) dans Waddell & Waddell, 2000, p. 39). Selon Waddell et Waddell (2000), chaque situation d'incapacité implique des gains secondaires. Par exemple, elle permet d'éviter certaines activités déplaisantes ou permet de recevoir du soutien de son entourage et des professionnels de la santé. Ces auteurs soulignent que les études sur les gains secondaires négligent souvent de contrebalancer la situation avec les pertes secondaires engendrées également par la situation d'incapacité. Par exemple, cela peut être la perte d'un statut social, d'un revenu ou du réseau personnel (Fishbain, 1994). Selon Waddell et Waddell (2000), la majorité des individus ne sont pas des « fraudeurs » d'un système d'indemnisation, mais ont de véritables symptômes avec lesquels ils peinent à s'adapter, lorgnant ainsi davantage du côté du « rôle » de malade. Or, dans la présente recherche, certaines intervenantes soulignent la tentative du travailleur à s'adapter à une situation difficile en recherchant les aspects positifs de sa situation

d'incapacité, ce qui, pour certaines, est tout à fait normal. Toutefois, elles soulignent paradoxalement que cela peut freiner le retour au travail.

Dans la littérature, les gains secondaires réfèrent souvent à un gain financier (Fishbain, 1994; Waddell & Waddell, 2000). Notamment, la présence d'un gain financier peut être mise en relation avec une « simulation » de la maladie chez le patient (Craig & Badali, 2004; Fishbain, 1994). Selon Fishbain (1994), cette association est incorrecte. Il soutient qu'il semble rare que des individus « inventent » des symptômes afin de se retrouver en situation d'incapacité. De plus, selon Waddell et Waddell (2000), bien qu'une minorité d'individus ait un réel gain financier à être en situation d'incapacité, il ressort de la littérature que cet aspect ne doit pas être surestimé. Les études démontrant cette association sont parfois critiquées sur le plan de la méthodologie et le lien avec l'incapacité semble faible lorsque cette variable est confrontée à d'autres variables (Truchon & Fillion, 2000; Waddell & Waddell, 2000). Selon une recension effectuée par Truchon et Fillion (2000), seul un petit nombre d'études prospectives et transversales étudient la question de l'indemnisation et leurs différences de méthodologie ne permettent pas de déterminer si l'indemnisation est un facteur freinant ou non le retour au travail. Il semble plutôt que d'autres variables psychosociales soient beaucoup plus prédictives de l'incapacité telles que la situation familiale, les démarches médico-légales et certaines variables liées au milieu de travail (Truchon & Fillion, 2000; Waddell & Waddell, 2000).

Plusieurs intervenantes soulignent le rôle que jouent les règles liées au calcul du montant d'indemnisation, et qui engendrent dans certains cas une situation de surindemnisation par rapport au salaire prélésionnel. La recension de la littérature effectuée dans le cadre de la présente étude révèle que la situation de surindemnisation, soit la différence entre le salaire prélésionnel et le montant d'indemnisation, telle que soulevée par les intervenantes, ne semble pas avoir été étudiée jusqu'à maintenant au regard de son impact sur le retour au travail. Tel que le soulignent Truchon et Fillion (2000), quelques études se sont attardées à étudier le montant d'indemnisation ou le fait d'être indemnisé ou non. En ce sens, au regard des éléments soulignés par les intervenantes, il semble intéressant d'étudier l'influence d'une situation de surindemnisation sur le retour au travail afin de mieux comprendre les mécanismes pouvant contribuer à une absence prolongée.

Les propos de certaines intervenantes tendent également à s'éloigner du concept de gains secondaires qui peut contribuer à stigmatiser le travailleur comme seul responsable de son retour au travail et à le voir comme un « abuseur potentiel » du système d'indemnisation (Craig & Badali, 2004). Cette tendance à stigmatiser le travailleur ainsi que les conséquences négatives sur le travailleur, et plus largement sur le retour au travail, sont d'ailleurs discutées par Lippel (2007). Or, les éléments soulevés par les intervenantes invitent plutôt à

questionner et à poser un regard critique sur le fonctionnement du système d'indemnisation, pouvant possiblement contribuer insidieusement dans certains cas, et de manière paradoxale, à ralentir le retour au travail. Le peu d'études et la nature exploratoire de la présente étude exigent toutefois une certaine réserve dans l'interprétation de ces résultats afin d'éviter de critiquer prématurément le processus d'indemnisation.

### 5.6.2 Les mutuelles de prévention : un acteur présent, mais méconnu

Les mutuelles de prévention ont été nommées par les intervenantes comme pouvant favoriser le retour au travail lorsqu'elles partagent la même vision et les mêmes objectifs que l'organisme d'indemnisation. Elles sont décrites par certaines intervenantes comme ayant plusieurs similitudes avec l'organisme d'indemnisation. Quelques-unes toutefois ont décrit ces mutuelles comme pouvant alourdir le processus administratif du retour au travail.

La mutuelle de prévention est « un regroupement d'employeurs qui s'engage dans une démarche de prévention, de réadaptation et de retour en emploi des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle » (CSST, 2014g). L'employeur membre d'une mutuelle a l'obligation envers la CSST de maintenir le lien d'emploi avec le travailleur en prenant les moyens nécessaires pour assurer le retour au travail prompt et durable. De son côté, la mutuelle a l'obligation envers la CSST de favoriser concrètement le retour au travail (CSST, 2014g). L'adhésion à une mutuelle de prévention est un moyen que la CSST met à la disposition des petites et moyennes entreprises afin qu'elles puissent mieux gérer leur tarification d'assurance. Bien qu'il n'y ait aucune exigence au sujet des activités menées par les mutuelles, il reste qu'elles sont en quelque sorte une extension externe, bien qu'autonome, des activités de la CSST.

Le rôle et le fonctionnement des mutuelles expliquent peut-être qu'elles partagent régulièrement la même vision et les mêmes objectifs que l'organisme d'indemnisation public, tel que décrit par certaines intervenantes. À ce propos, Young (2013; 2005) a étudié la nature des consensus et des tensions entre les acteurs durant le retour au travail. Le partage des mêmes objectifs de retour au travail ainsi que d'un contexte ayant plusieurs similitudes semble favoriser le consensus et diminuer les tensions entre acteurs.

Le rôle et l'impact de la mutuelle de prévention, comme acteur prenant part au retour au travail, ont été peu étudiés dans la littérature portant sur le retour au travail jusqu'à maintenant. La recension effectuée dans le cadre de ce mémoire n'a pas permis de trouver d'études portant sur cet acteur ni d'identifier clairement d'échantillons incluant cet acteur. S'il fait peut-être parfois partie d'un échantillon, sa présence est peu explicite

dans la méthodologie des études recensées. Dans la littérature s'intéressant aux acteurs impliqués dans le retour au travail, cinq principaux groupes d'acteurs sont habituellement nommés : le travailleur et son réseau personnel, l'employeur, l'organisme d'indemnisation, les professionnels de la santé et la société (Loisel, Buchbinder, et coll., 2005; Loisel et coll., 2001; Young, 2013; Young, Wasiak, et coll., 2005). Or, au Québec, en 2013, 14,7 % des employeurs inscrits à la CSST étaient membres d'une mutuelle de prévention (CSST, 2013a). Il s'agit ainsi d'un acteur relativement présent dans la gestion du retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle, du moins dans le contexte québécois. Cet acteur, de par son rôle, ne s'inscrit pas dans la définition généralement utilisée dans la littérature pour désigner l'employeur, qui inclut davantage les acteurs évoluant dans le milieu de travail, tels que le superviseur, les collègues et le syndicat (Young, 2013; Young, Wasiak, et coll., 2005). Et, bien que créées par la CSST elle-même en 1997, les mutuelles de prévention ne répondent pas entièrement à la définition de l'assureur généralement utilisée dans la littérature puisque leur rôle ne relève pas d'indemniser ou d'assurer le travailleur ni l'employeur (Young, 2013; Young, Wasiak, et coll., 2005). Les mutuelles partagent toutefois plusieurs similitudes et intérêts avec l'assureur et leur présence est directement liée à celle de l'employeur et de la CSST. Au regard des propos des intervenantes, il ressort comme important de s'intéresser davantage à cet acteur qui, de par son rôle, son contexte et ses pratiques, semble influencer le retour au travail, selon la perspective de certaines intervenantes.

### 5.6.3 Accessibilité au système de santé

Dans la littérature, certains travailleurs soulignent que les délais du système de santé peuvent ralentir leur retour au travail (Beardwood et coll., 2005; Dionne et coll., 2013). Cet obstacle semble lié à une surcharge du système de santé engendrant des délais à obtenir une rencontre avec un spécialiste ou une intervention médicale (Beardwood et coll., 2005). Ces éléments vont dans le même sens que les propos des intervenantes rencontrées dans le cadre de cette étude. En effet, certaines intervenantes rapportent que le processus de retour au travail est ralenti lorsque les travailleurs rencontrent des difficultés d'accès à certaines ressources médicales telles qu'une chirurgie ou une évaluation avec un spécialiste. Les délais prolongent ainsi la situation d'incapacité du travailleur. La difficulté d'obtenir une évaluation médicale engendre également un manque d'information pour les intervenantes à propos de la situation du travailleur, ralentissant la possibilité d'intervenir promptement et adéquatement. L'accès aux ressources médicales a d'ailleurs été souligné par certaines participantes comme particulièrement problématique dans les régions rurales et éloignées des centres urbains. Or, dans la littérature, les délais engendrés par un manque d'accessibilité aux ressources médicales semblent peu étudiés pour l'instant. Cet élément soulevé par les intervenantes réfère davantage au méso système, voire au macro système, si on analyse cet élément sous l'angle des politiques publiques en matière de ressources médicales allouées et

de la pénurie d'effectifs médicaux du système de santé québécois (Friesen et coll., 2001; Loisel, Buchbinder, et coll., 2005). À la lumière des résultats de la présente étude, il semble nécessaire d'explorer davantage cet élément.

#### 5.6.4 Favoriser davantage les contacts avec les acteurs

En ce qui a trait à l'amélioration du processus de retour au travail, les intervenantes ont souligné leur charge de travail élevée, notamment en raison des procédures bureaucratiques que nécessitent plusieurs de leurs interventions. Ces exigences administratives semblent diminuer le temps qu'elles peuvent accorder à des rencontres avec les travailleurs, l'employeur, les professionnels de la santé, voire avec leurs collègues de travail. En effet, la communication est parfois restreinte à des procédures formelles et peu nombreuses durant le processus. Or, il ressort qu'une augmentation des occasions de communiquer avec les acteurs, notamment par des rencontres avec le travailleur, l'employeur et les professionnels de la santé, à divers moments du processus, pourrait améliorer le processus selon plusieurs intervenantes.

Ces résultats vont dans le même sens que les conclusions de MacEachen et coll. (2010). Les participants (c.-à-d. employeur, travailleur, professionnel de la santé et représentant de l'organisme d'indemnisation) rencontrés dans le cadre de cette étude soulignent que le manque de rencontre en face à face entre le travailleur et les représentants de l'organisme d'indemnisation semble compliquer et prolonger le retour au travail. Il ressort de cette étude que les communications formelles effectuées par téléphone ou par courrier restreignent la communication et engendrent de l'incompréhension, notamment par l'absence du langage non verbal et le manque d'opportunités de clarifier certains aspects du processus. Certains travailleurs soulignent que les échanges ressemblent parfois à une relation d'affaires où leurs droits et leurs responsabilités sont mis au premier plan et où l'espace de clarification concernant leur situation unique est peu disponible. Par conséquent, certains se sentent peu écoutés et dénoncent la déshumanisation du processus. Les intervenantes rencontrées dans le cadre de la présente étude soulignent également ces éléments. Certaines insistent sur le fait que davantage de rencontres permettraient d'améliorer la communication et favoriseraient une relation plus personnelle avec le travailleur.

Il ressort de la présente étude que les exigences organisationnelles du système d'indemnisation peuvent ralentir la communication. MacEachen et coll. (2010) qualifient ces effets comme toxiques sur le processus (traduction libre de « the toxic dose of system problems »). Ils décrivent cette « dose toxique » comme les dommages qu'engendrent les problèmes de chacun des systèmes sur le travailleur et l'absence de reconnaissance de ces

dommages sur le travailleur (MacEachen et coll., 2010, p. 360). Cette étude met également de l'avant que la priorité à l'égard du retour au travail est parfois détournée par des aspects bureaucratiques, de prime abord banals. Or, certaines intervenantes de la présente étude soulèvent également cet aspect :

C'est vraiment la machine qui est lourde et ça l'empêche de travailler en intervention directe parce que ça reste ça notre objectif. C'est de travailler en intervention directe pour faire avancer les choses. Mais il y a tellement de grilles à remplir, de formulaires à faire, de contrats de service, de PRAT [Programme de retour au travail] à mettre à jour. Veut, veut pas dans une journée de travail, tu parles à trois travailleurs et tu en as pour deux heures à prendre des notes et des mises à jour de PRAT. C'est vraiment très lourd au niveau administratif. Ce qui fait en sorte que le temps qui reste pour faire de l'intervention, il est quand même restreint. [...] On a l'impression des fois qu'il y a des gens qui sont payés que pour chercher du changement à faire. Et on n'est pas sûr que c'est vraiment avec... ils ne sont peut-être pas connectés avec le terrain comme on l'est. (Participante 11)

Les intervenantes soulignent leur impression que certaines exigences administratives n'ajoutent rien aux interventions auprès du travailleur ni au retour au travail plus globalement. En ce sens, certaines intervenantes voudraient orienter davantage leurs actions vers des interventions menées directement auprès des acteurs, en accord avec le sens qu'elles accordent à leur travail. Selon MacEachen et coll. (2010), l'aspect banal de certaines procédures peut expliquer le peu d'attention portée à ces aspects par les chercheurs ainsi que par les gestionnaires jusqu'à maintenant. Or, les conséquences de la charge de travail et du manque de contact auprès des acteurs, avancés par la majorité des intervenantes, dévoilent un aspect pouvant freiner le retour au travail. Ces éléments sont en quelque sorte en amont des facteurs psychosociaux, tel qu'avancés par Soklaridis et coll. (2010). Notamment, selon certaines intervenantes, le manque de temps empêche un suivi préventif de certains dossiers, les obligeant à prioriser les interventions urgentes au détriment d'autres interventions qui permettraient parfois d'éviter qu'une situation dégénère et freine le retour au travail.

Dans l'ensemble des résultats, les intervenantes ont nommé peu d'éléments freinant ou facilitant le processus relevant du système d'indemnisation. Il semble que la question du guide d'entrevue portant sur l'amélioration du processus ait amené les intervenantes à davantage parler de leur contexte de travail, cherchant des éléments concrets pouvant être améliorés. Ces propos qui focalisent davantage sur leurs pratiques et leurs impacts sur le processus permettent d'élargir la compréhension de la dynamique complexe sous-tendant le retour au travail avec des éléments liés au système d'indemnisation.

## 5.7 Forces et limites de l'étude

En recherche, les choix théoriques et méthodologiques effectués s'accompagnent de certains renoncements qui peuvent parfois limiter la portée de l'étude effectuée, tandis que d'autres contribuent à produire des résultats qui ont une valeur dans la mesure où ils contribuent, même modestement, à l'avancement des connaissances sur un phénomène.

La principale force de cette étude est l'analyse itérative, en continu et systématique des thèmes sur la totalité de l'échantillon, soit l'exhaustivité de l'analyse du matériel recueilli, effectuée en complémentarité avec d'autres chercheurs. D'abord, la méthode inductive privilégiée n'a pas restreint l'étude des éléments à des facteurs déjà présents dans la littérature, mais a permis l'observation d'éléments propre à un système afin de générer des thèmes représentatifs du contexte dans lequel travaillent les intervenantes. En ce sens, cette étude exploratoire a permis d'explorer un large éventail d'éléments impliqués dans le processus de retour au travail. Également, les aller-retour entre la cueillette des données et leur analyse ainsi qu'entre les données analysées elles-mêmes apportent de la qualité, de la vraisemblance et de la profondeur aux interprétations faites dans le cadre de cette étude (Mukamurera et coll., 2006). Cette méthode a permis de préparer les cueillettes de données ultérieures à partir des données précédemment recueillies, d'obtenir des précisions supplémentaires pour mieux comprendre le phénomène observé ainsi que de vérifier la justesse et la plausibilité des premières analyses. Cette méthode a également permis d'assurer l'atteinte de la saturation des données (Pires, 1997; Poupart et coll., 1997), afin d'assurer la crédibilité et la transférabilité des résultats de la présente étude (Mukamurera et coll., 2006).

Aussi, en recherche qualitative, la signification des données se doit d'être confrontée et vérifiée afin d'en assurer la confirmabilité (Fortin, 2010). Le regard extérieur de l'équipe de direction du mémoire, de manière itérative, durant la cueillette et l'analyse des données, soit trois chercheuses expérimentées et expertes du sujet, permettent d'assurer un niveau d'objectivité aux données et à leur interprétation. Cette méthode a permis de diminuer le biais associé à la subjectivité de la chercheuse principale afin de refléter le plus possible les données et non son point de vue.

Les principales limites concernent la transférabilité des résultats, soit « l'application éventuelle des conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres contextes similaires » (Fortin, 2010, p. 285) et la composition de l'échantillon. Il faut rappeler que la recherche qualitative permet la transférabilité des résultats plutôt que la généralisation statistique, l'échantillon n'étant pas statistiquement représentatif de la population étudiée. Une certaine prudence est nécessaire lors de l'interprétation des propos recueillis dans le cadre de cette étude.

D'abord, il faut considérer les limites de l'échantillon étudié constitué d'un seul type d'acteur. Tel qu'expliqué antérieurement, l'échantillon représente la perspective des intervenants en réadaptation (agents d'indemnisation et conseillers en réadaptation) s'occupant de dossiers identifiés comme étant à risque d'incapacité prolongée et ayant un lien d'emploi, parfois précaire, avec l'employeur prélésionnel. Ainsi, les résultats représentent ce qui influence le retour au travail dans le contexte particulier où le travailleur a un lien avec son employeur et les intervenants en réadaptation ont généralement comme objectif initial le retour au travail à l'emploi prélésionnel. Il est possible de croire que les résultats d'un échantillon composé d'autres types d'intervenants de l'organisme d'indemnisation, comme ceux s'occupant des dossiers sans lien d'emploi, auraient engendré des résultats différents. Aussi, le contexte légal et sociopolitique associé à l'échantillon est propre au système québécois d'indemnisation étudié (Lippel & Lötters, 2013). La comparaison des résultats avec ceux issus d'autres systèmes d'indemnisation doit ainsi se faire avec prudence.

Également, bien que les éléments suivants ne constituent pas l'objectif de la présente étude ni d'une démarche de recherche qualitative, il semble important de souligner deux points afin d'éviter toute confusion dans l'interprétation des résultats. D'abord, rappelons que l'objectif de l'étude, et de l'approche compréhensive utilisée, était d'obtenir une compréhension de la perspective des intervenants en réadaptation sur les éléments qui influencent le retour au travail. Le terme « perspective » réfère à la représentation des intervenantes à partir de leur propre « réalité » liée à leur contexte de travail, à leur rôle et à leurs expériences personnelles et professionnelles. C'est ainsi que les résultats ne représentent en aucun cas des prédicteurs de l'incapacité prolongée à la suite d'une lésion professionnelle. Les éléments soulevés par les intervenantes ne peuvent pas être considérés comme des facteurs prédictifs de l'incapacité prolongée ou du retour au travail. Ensuite, il peut être utile d'indiquer qu'étant donné le faible nombre des intervenantes à l'étude et de la nature de l'approche utilisée, les résultats ne permettent pas d'être généralisés.

Finalement, des ajouts au devis méthodologique sont proposés afin d'améliorer la validité des résultats. En effet, le contexte scolaire dans lequel s'est effectuée la présente étude a empêché certains choix sur le plan de la démarche méthodologique. Il semble pertinent de les souligner. Premièrement, il serait intéressant d'ajouter au devis méthodologique un accord interjuge à propos des thèmes attribués aux passages du verbatim lors de l'analyse thématique. L'accord interjuge permet d'assurer un niveau de cohérence des thèmes. Appelée triangulation du chercheur, cette double analyse aurait permis de confronter les significations dégagées par la chercheuse principale à celles d'un autre chercheur et ainsi d'augmenter leur validité (Mukamurera et coll., 2006). En effet, selon Huberman et Miles (1991, p. 109) :

Les définitions s'affinent lorsque deux chercheurs codent la même série de données et discutent de leurs premières difficultés. Des désaccords indiquent que la définition doit être élargie, soit amendée d'une autre manière. Passer du temps sur cette étape n'est pas vaine car elle offre de réelles gratifications en amenant les chercheurs à une vision commune, non équivoque, de la signification des codes et de la meilleure correspondance entre blocs de données et codes. Elle permet d'obtenir des définitions claires et augmente la fiabilité.

Deuxièmement, le retour aux acteurs (aussi nommé contrôle par les acteurs ou validité écologique) (Mukamurera et coll., 2006, p. 128) est une procédure qui repose sur la reconnaissance que les personnes rencontrées dans le cadre d'une étude « constituent une des sources les plus logiques de corroboration » (Huberman et Miles, 1991 cité dans Mukamurera et coll., 2006, p. 128). Dans le cadre de la présente étude, il aurait pu s'agir de communiquer les résultats préliminaires aux participants afin de solliciter leurs réactions et ainsi obtenir un résultat final plus cohérent, nuancé et représentatif du phénomène observé (Mukamurera et coll., 2006). Il est important d'ajouter que ces deux méthodes ont été discutées à maintes reprises durant l'étude par l'étudiante et l'équipe de direction du mémoire. Des raisons découlant du contexte académique ont limité l'ajout et l'application de ces méthodes au devis initial.

## **5.8 Perspectives de recherche et contributions aux sciences de l'orientation**

Cette étude permet de mieux comprendre les éléments qui peuvent freiner ou faciliter le retour au travail à partir de la perspective d'un acteur important qui est peu étudiée jusqu'à maintenant dans la littérature scientifique. Les résultats de cette étude s'ajoutent à ceux déjà présents dans la littérature, notamment aux études qualitatives portant sur la perspective des différents acteurs impliqués dans le processus. De façon générale, cette étude permet d'ajouter aux écrits scientifiques la perspective des intervenants de l'organisme d'indemnisation sur ce qui influence le retour au travail.

Aussi, il s'avèrerait pertinent d'effectuer des études plus approfondies pour documenter la perspective des autres acteurs impliqués dans le processus (employeur, professionnels de la santé, famille, travailleur, etc.) à partir de certains résultats de la présente étude. Ces résultats permettraient d'alimenter la réflexion sur le retour au travail dans un contexte de lésions professionnelles indemnisées. Cet exercice permettrait de comparer et d'analyser les différentes perspectives afin d'obtenir une vision plus précise de la dynamique entourant le retour au travail, notamment à l'égard des aspects sociaux et systémiques liés au retour au travail.

Aussi, l'analyse des résultats à partir du champ de la psychodynamique du travail ouvre une voie peu utilisée jusqu'à maintenant afin de mieux comprendre ce qui influence le retour au travail. En effet, le retour au travail est un champ d'intérêt peu exploré par les chercheurs en psychodynamique du travail et, à l'inverse, les chercheurs s'intéressant au retour au travail empruntent rarement les théories et les concepts du champ de la psychodynamique pour mieux comprendre le processus. Pourtant, il s'avère, à la lumière de la présente étude, que des avenues de compréhension semblent possibles et profitables pour mieux comprendre le processus du retour au travail.

En terminant, il semble important de rappeler que le présent mémoire s'inscrit dans un parcours académique en sciences de l'orientation. Tout au long de la présente étude, des réflexions ont émergé à propos de la place qu'occupent les sciences de l'orientation ainsi que les conseillers d'orientation dans les champs d'études et d'interventions associés au retour au travail. Il ressort que, de par leurs connaissances et leurs compétences, les chercheurs en sciences de l'orientation et les conseillers en orientation peuvent jouer un rôle important afin de faciliter le retour au travail des individus et ainsi leur permettre d'occuper une place qui leur convient dans la sphère professionnelle, et plus largement, au sein de la société. Pour ce faire, ils prennent en compte à la fois les dimensions individuelles et psychosociales ainsi que le contexte dans lequel s'effectue le retour au travail. Ils ressortent comme des spécialistes du rapport au travail en adoptant une vision écologique centrée d'abord sur l'individu, mais qui inclut également les groupes dans lesquels s'insèrent cet individu et les organisations qui influencent son parcours et concourent à son insertion au travail. C'est ainsi qu'ils peuvent être des acteurs privilégiés du processus de retour au travail, autant comme intervenants que comme chercheurs. Force est de constater à la lumière du présent mémoire, et bien que cela ne fût pas l'objectif de l'exercice, que peu d'études empiriques sont menées par des chercheurs issus des sciences de l'orientation dans le champ traditionnel du retour au travail, qui semble dominé par les sciences de la santé, de l'ergonomie et de la gestion. Pourtant, il ressort des résultats et, plus largement des études s'intéressant à ce qui influence le retour au travail, que les sciences de l'orientation gagnent à s'insérer davantage dans ce champ d'études et, réciproquement, que ce champ d'études s'enrichirait de la perspective unique des chercheurs issus des sciences de l'orientation. À ce propos, ce mémoire contribue, dans une infime mesure, certes, à mettre de l'avant le regard porté par les sciences de l'orientation dans le champ d'études sur le retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle.

## Synthèse et conclusion

La présente étude poursuivait l'objectif principal de comprendre ce qui influence le retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle à partir de la perspective des intervenants de l'organisme d'indemnisation public. D'entrée de jeu, le mémoire situe le contexte québécois particulier qui chapeaute le processus de retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle. Au fil des décennies, la situation des individus en situation d'incapacité à la suite d'une lésion professionnelle a mené à des luttes ouvrières, à la création d'organismes publics, à la mobilisation de plusieurs chercheurs ainsi qu'à des mesures législatives. C'est ainsi que la première partie du mémoire s'attarde à situer le contexte législatif propre au système d'indemnisation québécois. Il permet de situer les intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public comme étant au cœur du processus de retour au travail.

Les conséquences des lésions professionnelles sur la vie des travailleurs, mais également sur les coûts découlant de l'indemnisation et de la réadaptation, ont mené à l'émergence du besoin de favoriser le retour au travail et de mieux comprendre ce qui peut mener à une situation d'incapacité du travail prolongée. Le présent mémoire permet de saisir l'importance de la mobilisation du milieu scientifique à ce sujet. Plusieurs cadres théoriques associés au retour au travail ainsi que de nombreuses recherches visent à mieux comprendre ce qui influence le retour au travail. Or, l'état des connaissances de ce mémoire permet de constater le peu d'études scientifiques s'intéressant à mieux comprendre le retour au travail à partir de la perspective des intervenants en réadaptation de l'organisme d'indemnisation public, et cela, en dépit de la place qu'ils occupent durant le processus.

L'apport à la présente étude du modèle écologique de gestion du retour au travail développé par Loisel et coll. (2005; 2001) permet de positionner clairement la place du système d'indemnisation dans le processus de retour au travail, au même titre que le système personnel du travailleur, le milieu de travail et le système de santé. Ce modèle a ainsi le mérite d'élargir la notion de prise en compte de l'environnement lors du retour au travail, notion sur laquelle s'appuient de nombreux cadres théoriques associés au retour au travail. Plus particulièrement, le modèle de Loisel (2005; 2001) soulève l'importance de prendre en considération les attitudes, les actions et les interactions des acteurs évoluant au sein de chacun de ces systèmes afin de mieux comprendre ce qui influence le retour au travail.

C'est donc à partir d'un cadre conceptuel basé sur un modèle écologique du retour au travail et une approche compréhensive que cette recherche empirique a été menée. En cohérence avec cette approche, l'étude des éléments influençant le retour au travail a été faite à partir de la perspective des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation travaillant au sein du système d'indemnisation public. Cette méthode permet de solliciter leurs savoirs portant sur le retour au travail développé à travers leurs pratiques. Finalement, cette méthode de recherche permet de saisir, dans une optique compréhensive, ce qui influence le retour au travail en prenant en considération l'environnement associé au système d'indemnisation dans lequel travaillent les intervenants en réadaptation.

Cette étude qualitative est de nature exploratoire puisqu'elle s'intéresse à un acteur peu interrogé jusqu'à présent lorsqu'il est question du retour au travail. Pour ce faire, douze entrevues semi-dirigées ont été effectuées dont sept en tandem (composées d'une agente d'indemnisation et d'une conseillère en réadaptation) et cinq en individuelles. L'échantillon est composé de huit agentes d'indemnisation et onze conseillères en réadaptation s'occupant de dossiers identifiés comme étant à risque d'incapacité prolongée et ayant un lien d'emploi, parfois précaire, avec l'employeur prélésionnel. La démarche d'analyse thématique en continu a été privilégiée afin d'assurer la validité des résultats. Cette analyse thématique s'est révélée particulièrement riche en résultats.

D'abord, les éléments qui facilitent ou qui freinent le retour au travail tel que perçus par les intervenantes en réadaptation de l'organisme d'indemnisation ont été présentés de manière descriptive. Il a été mis en lumière que le retour au travail est un processus complexe influencé par une multitude d'éléments associés à des systèmes et à leurs acteurs. Plusieurs éléments individuels et sociaux, particulièrement liés au travail, ont été relevés par les participants. En outre, il ressort que la représentation de l'objectif et du processus menant au retour au travail peut différer d'un acteur à l'autre, en fonction de leur contexte, et influencer leur manière de se mobiliser et de collaborer durant le processus. Ces différences ont été exprimées de différentes manières par les intervenantes comme étant des éléments qui influencent le retour au travail.

Plusieurs éléments discutés par les intervenantes dans le cadre de cette étude sont congruents avec les écrits scientifiques. Certains éléments psychosociaux individuels et occupationnels ont été nommés par les intervenantes, en accord avec les modèles biopsychosociaux de l'incapacité, cadre théorique de nombreuses recherches dans la littérature sur l'incapacité et le retour au travail. Plus spécifiquement, l'analyse des éléments associés au système personnel permet de constater que les réactions cognitives et émotionnelles du travailleur, mais également des proches, décrites par les intervenantes, concordent avec les résultats de plusieurs études. Aussi, plusieurs éléments relevant de la vie personnelle du travailleur, tels que l'influence des proches, les événements

stressants et le mode de vie adopté à la suite de la lésion ont été nommés par les intervenantes. Ensuite, parmi les éléments associés au milieu de travail, les relations au travail avec l'employeur et les collègues ressortent comme particulièrement importantes. Par ailleurs, il est possible de remarquer que la culture organisationnelle de soutien, d'ouverture et de souplesse envers la santé du travailleur a une influence sur le retour au travail selon plusieurs intervenantes. Plus important encore, ces éléments semblent s'influencer mutuellement permettant d'entrevoir une dynamique particulière entre la vie au travail et la vie hors travail durant le processus de retour au travail. À cet égard, Yassi (2005) propose d'adopter une approche holistique de la santé au travail en focalisant à la fois sur les aspects individuels et organisationnels. Or, les intervenantes font ressortir ces deux aspects. Leurs propos mettent en évidence leurs préoccupations à la fois envers l'individu et le milieu de travail lorsqu'il s'agit de mieux comprendre ce qui influence le retour au travail.

Le cadre d'analyse de la psychodynamique du travail, peu utilisé dans la littérature portant sur le retour au travail, offre une clé de lecture permettant de mieux comprendre la dynamique du processus qui se joue entre le travailleur et le milieu de travail. À la lumière des éléments soulevés par les intervenantes, il semble nécessaire de distinguer la reprise des tâches et la reprise de « l'activité du travail », qui correspond à ce qui est concrètement fait par le travailleur (le réel de travail) et son collectif pour atteindre les objectifs des tâches prescrites (Dejours, 1995; Dejours & Gernet, 2012). En effet, les intervenantes soulignent l'importance de l'expérience intrasubjective du travailleur et intersubjective du collectif de travail durant le processus de retour au travail.

Également, bien que plusieurs éléments provenant du système individuel et du milieu de travail aient été nommés par les intervenantes, plusieurs éléments provenant du fonctionnement des différents systèmes d'indemnisation et de santé ainsi que de l'interaction entre les acteurs durant le processus ont également émergé de leurs propos. Ces résultats sont congruents avec ceux de plusieurs chercheurs, et démontrent l'évolution d'une perspective biopsychosociale centrée sur le travailleur vers une perspective systémique, de plus en plus présente dans la littérature afin de mieux appréhender le retour au travail (Durand & Loisel, 2001; Friesen et coll., 2001; Loisel, Durand, et coll., 2005; MacEachen, 2013; Soklaridis et coll., 2010; Young, 2013). Les résultats de cette étude appuient ce changement de paradigme qui permet de dépasser la vision centrée sur le travailleur comme étant le principal responsable du résultat du retour au travail. Ils permettent ainsi d'élargir la compréhension du retour au travail à des éléments appartenant au mésosystème et au macrosystème (Friesen et coll., 2001). En ce sens, plusieurs chercheurs invitent à examiner le retour au travail sous un angle critique élargi incluant les aspects sociaux et systémiques du retour au travail (Friesen et coll., 2001; Loisel et coll., 2001; MacEachen et coll., 2010; Soklaridis et coll., 2010; Tjulin et coll., 2010). Cette

perspective implique également une responsabilisation et une réflexion des différents acteurs impliqués durant le processus à propos de l'impact de leur propre système et de leurs attitudes sur le résultat du retour au travail (MacEachen et coll., 2010).

Un important résultat de ce mémoire est d'ouvrir une réflexion à propos de l'influence du contexte de travail sur les représentations des intervenantes à l'égard du rapport à la douleur, de la capacité du travailleur à revenir au travail, du rôle que doit adopter le travailleur durant le processus et de la collaboration des acteurs au retour au travail. En ce sens, les propos des intervenantes laissent penser que ce qu'elles perçoivent comme facilitant le retour au travail est en quelque sorte associé à ce qui facilite l'atteinte de l'objectif initial du processus prescrit de l'organisme d'indemnisation public. Également, plusieurs de leurs actions visant à favoriser le retour au travail se trouvent également influencées par le contexte associé au système d'indemnisation public. Or, certains chercheurs appellent à réfléchir quant à l'impact du contexte propre à un système sur la dynamique sociale entre les acteurs durant le processus et, plus globalement, sur le retour au travail (Bureau & Herman-Mesfen, 2014; Coutu et coll., 2008; MacEachen, Ferrier, et coll., 2007; MacEachen et coll., 2010; MacEachen et coll., 2012; Seing et coll., 2012; Ståhl et coll., 2009, 2010; Young, 2013). En ce sens, il semble pertinent d'explorer davantage l'influence du contexte de l'organisme d'indemnisation public sur le retour au travail.

C'est ainsi que les résultats de cette étude amènent à considérer de manière plus large les éléments qui influencent le retour au travail et amènent à porter un regard critique sur la prépondérance des éléments psychosociaux individuels dans la littérature scientifique. La large place qu'occupent ces éléments amène à focaliser sur le travailleur directement et limite la portée d'un regard critique sur le contexte et le fonctionnement de certains systèmes. Il est judicieux de se demander si cette prépondérance des éléments psychosociaux individuels ne fait pas en sorte que certains éléments associés à d'autres systèmes soient peu considérés. Or, ceux-ci seraient possiblement importants, voire aussi importants et même explicatifs de certains éléments psychosociaux individuels. Ces questions sont d'ailleurs soulevées par certains chercheurs (Guzman, Yassi, Baril, & Loisel, 2008; Lippel, 2007; MacEachen et coll., 2010; Soklaridis et coll., 2010). Les résultats de la présente recherche contribuent à alimenter les réflexions sur ce thème.

## Bibliographie

- Abenheim, L., & Suissa, S. (1987). Importance and economic burden of occupational back pain: A study of 2,500 cases representative of Quebec. *Journal of occupational medicine*, 29(8), 670-674.
- AERDPQ. (2007). *Cadre de référence sur la réadaptation au travail basé sur le cheminement en CRDP des personnes indemnisées par la Société de l'assurance automobile du Québec*. Montréal, QC: Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.aerdpq.org/fichiers/publications/cadre\\_de\\_reference\\_sur\\_la\\_readaptation\\_au\\_travail\\_-\\_7\\_mai\\_2007.pdf](http://www.aerdpq.org/fichiers/publications/cadre_de_reference_sur_la_readaptation_au_travail_-_7_mai_2007.pdf).
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal, QC: Les Presses de l'Université du Québec.
- Anema, J. R., Schellart, A. J., Cassidy, J. D., Loisel, P., Veerman, T. J., & van der Beek, A. J. (2009). Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 419-426. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9202-3>
- Anema, J. R., van der Giezen, A. M., Buijs, P. C., & van Mechelen, W. (2002). Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: A cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occupational & Environmental Medicine*, 59(11), 729-733. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.59.11.729>
- Arcand, R., Stock, S., Vézina, M., & Mercier, M. (2012). *Le travail: un déterminant important de la santé*. Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Récupéré du site de l'organisme: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-07F.pdf>.
- Aujoulat, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples: auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire*. (Thèse de doctorat). Université catholique de Louvain, Belgique. Récupéré du site de l'Université: <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/THESEaujoulat-BibliothequeUCL-Version2.pdf>
- Bacqué, M. H. (2005). L'intraduisible notion d'empowerment vue au fil des politiques urbaines américaines. *Territoires*(460), 32-35.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Baril, R. (2002). Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec. *Pistes*, 4(2), 32. Récupéré du site de la revue: <http://pistes.revues.org/3661>
- Baril, R., & Berthelette, D. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprise (R-238)*. Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-238.pdf>.

- Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S., Cole, D., & the Work-Ready group. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: A qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & Medicine*, 57, 2101–2114. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00131-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00131-X)
- Baril, R., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Côté, D., Cadieux, G., Rouleau, A., & Ngomo, S. (2008). *TMS: l'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail* (R-544). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-544.pdf>.
- Baril, R., Martin, J.-C., Lapointe, C., & Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation* (R-082). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-082.pdf>.
- Beardwood, B. A., Kirsh, B., & Clark, N. J. (2005). Victims twice over: Perceptions and experiences of injured workers. *Qualitative Health Research*, 15(1), 30-48. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732304268716>
- Beaud, J.-P. (2009). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 251-283). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Berthelette, D., & Baril, R. (2002). Les dimensions des interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles. *Pistes*, 4(2). Récupéré du site de la revue: <http://pistes.revues.org/532>
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438-445. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2007.038430>
- Briand, C., Durand, M., St-Arnaud, L., & Corbière, M. (2008). How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(2), 207-217. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-008-9128-1>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, July, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA Harvard University Press.
- Brouwer, S., Krol, B., Reneman, M., Bültmann, U., Franche, R.-L., Klink, J. L., & Groothoff, J. (2009). Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 166-174. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9172-5>
- Brouwer, S., Reneman, M., Bültmann, U., van der Klink, J. L., & Groothoff, J. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: Perceived work attitude, self-efficacy and perceived social

support. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 104-112. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9214-z>

Bültmann, U., & Brouwer, S. (2013). Individual-level psychosocial factors and work disability prevention. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management* (pp. 149-162). New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_10](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_10)

Bureau, È., & Herman-Mesfen, J. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. *Anthropologie et Santé*, 8. Récupéré du site de la revue: <http://anthropologiesante.revues.org/1342>

Cerclé, A., & Somat, A. (2002). *Psychologie sociale: cours et exercices* (2 éd.). Paris, France: Dunod.

Clavier, D. (1994). Perte d'emploi et traumatisme. *Carrièreologie*, 5(3), 149-164.

Clumeck, N., Kempnaers, C., Godin, I., Dramaix, M., Kornitzer, M., Linkowski, P., & Kittel, F. (2009). Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: Results from the Belstress I prospective study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(4), 286-292. <http://dx.doi.org/10.2307/20720942>

Commission canadienne des droits de la personne. (2007). *Guide de la gestion du retour au travail*. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.chrc-ccdp.ca/sites/default/files/gmrw\\_ggrt\\_fr\\_2.pdf](http://www.chrc-ccdp.ca/sites/default/files/gmrw_ggrt_fr_2.pdf).

Corbière, M., Samson, E., Negrini, A., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., . . . Lecomte, T. (2015). Factors perceived by employees regarding their sick leave due to depression. *Disability and Rehabilitation*, 1-9. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2015.1046564>

Corbière, M., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Lecomte, T., Negrini, A., & Renard, M. (2014). *Les facteurs influençant le retour au travail après une dépression: le point de vue et le rôle des acteurs syndicaux* (R-805). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-805.pdf>.

Costa-Black, K. M., Feuerstein, M., & Loisel, P. (2013). Work disability models: Past and present. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management* (pp. 71-93). New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_6](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_6)

Côte, P., Clarke, J., Deguire, S., Frank, J. W., & Yassi, A. (2001). Chiropractors and return-to-work: The experiences of three Canadian focus groups. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*, 24(5), 309-316. <http://dx.doi.org/10.1067/mmt.2001.115267>

Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Charpentier, N., Rouleau, A., Côté, D., & Cadieux, G. (2008). *Explorer les types d'écart de représentations entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un trouble musculo-squelettique durant le processus de réadaptation au travail* (R-581). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-581.pdf>.

Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Côté, D., & Cadieux, G. (2011). Health and illness representations of workers with a musculoskeletal disorder-related work disability during work rehabilitation: A qualitative

- study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 591-600. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9311-7>
- Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Côté, D., Rouleau, A., & Cadieux, G. (2010). Transforming the meaning of pain: An important step for the return to work. *Work*, 35(2), 209-219. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2010-0973>
- Coutu, M.-F., Côté, D., & Baril, R. (2013). The work-disabled patient. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*, (pp. 15-29). New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_2](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_2)
- Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Loisel, P., Goulet, C., & Gauthier, N. (2007). Level of distress among workers undergoing work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(2), 289-303. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-007-9079-y>
- Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Marchand, A., Labrecque, M.-É., Berbiche, D., & Cadieux, G. (2011). *Présence et évolution des facteurs de maintien du trouble de l'anxiété généralisée chez des travailleurs en réadaptation pour une douleur persistante d'origine musculo-squelettique* (R-699). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-699.pdf>.
- Craig, K. D., & Badali, M. (2004). Introduction to the special series on pain deception and malingering. *Clinical Journal of Pain*, 20(6), 377-382.
- CSST. (2007a). *Pour comprendre le régime québécois de santé et de sécurité du travail*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC\\_200\\_256\\_14.pdf](http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC_200_256_14.pdf).
- CSST. (2007b). *Statistiques sur les affections vertébrales 2003-2006*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du Québec.
- CSST. (2011a). *Assignment temporaire : pour favoriser la réadaptation du travailleur et assurer son retour au travail*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- CSST. (2011b). *Statistiques sur les affections vertébrales 2007-2010*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- CSST. (2012). *Statistiques sur les affections vertébrales 2008-2011*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- CSST. (2013a). *Données d'exploitation*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du Québec. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.csst.qc.ca/la-csst/rapports-annuels-et-statistiques/documents/donnees-exploitation-2013-19-11-2014.pdf>.
- CSST. (2013b). *Statistiques annuelles 2012*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- CSST. (2013c). *Statistiques sur les lésions attribuables au stress en milieu de travail 2008-2011*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail.

- CSST. (2014a). Carrières à la CSST. Recupéré le 22 avril 2014 du site Commission de la santé et de la sécurité du travail: [http://www.csst.qc.ca/carrieres/types-emplois/Pages/principaux\\_types\\_emplois.aspx](http://www.csst.qc.ca/carrieres/types-emplois/Pages/principaux_types_emplois.aspx)
- CSST. (2014b). Historique: la santé et la sécurité d'hier à aujourd'hui. Recupéré le 22 juin 2012 du site de la Commission de la santé et de la sécurité du travail: [http://www.csst.qc.ca/a\\_propos/historique/Pages/sante\\_securite\\_travail\\_hier\\_aujourd'hui.aspx](http://www.csst.qc.ca/a_propos/historique/Pages/sante_securite_travail_hier_aujourd'hui.aspx)
- CSST. (2014c). Indemnités et remboursement de frais. Recupéré le 9 février 2015 du site de la Commission de la santé et de la sécurité du travail: <http://www.csst.qc.ca/travailleurs/indemnites-et-remboursement/pages/indemnites-remboursement-frais.aspx#A>
- CSST. (2014d). Prévention. Recupéré le 22 juin 2014 du site de la Commission de la santé et de la sécurité du travail [http://www.csst.qc.ca/prevention/Pages/valeur\\_de\\_societe.aspx](http://www.csst.qc.ca/prevention/Pages/valeur_de_societe.aspx)
- CSST. (2014e). *Statistiques annuelles 2013*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC200\\_1046web.pdf](http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC200_1046web.pdf).
- CSST. (2014f). *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du Québec.
- CSST. (2014g). Un regroupement d'employeurs pour favoriser la prévention. Recupéré le 4 février 2015 du site de la Commission de la santé et de la sécurité du travail: [http://www.csst.qc.ca/prevention/mutuelles\\_prevention/pages/regroupement\\_employeurs\\_prevention.aspx#01](http://www.csst.qc.ca/prevention/mutuelles_prevention/pages/regroupement_employeurs_prevention.aspx#01)
- CSST. (2015a). *La CSST en bref*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC200\\_1047\\_9web.pdf](http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC200_1047_9web.pdf).
- CSST. (2015b). *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail: 2011-2014*. Québec, QC: Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- CSST. (2015c). *Table des indemnités de remplacement de revenu: Janvier 2015*. Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC200\\_6230\\_23web.pdf](http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC200_6230_23web.pdf).
- CSST. (s.d.). *L'approche concentrique de la main d'oeuvre*. Document inédit.
- Dejours, C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. *Futur Antérieur*, 16(2). Récupéré du site de la revue: <http://www.multitudes.net/Cooperation-et-construction-de-l/>
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le travail humain*, 58(1), 1-16.
- Dejours, C. (2013). *Travail vivant 2: Travail et émancipation*. Paris, France: Payot.
- Dejours, C. (2014a). Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(61), 11-18.

- Dejours, C. (2014b). *Le facteur humain*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Dejours, C., & Gernet, I. (2012). Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13(1), 75-91.
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- Dewa, C. S., Goering, A. L. P., & Caveen, M. (2004). Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *HealthcarePapers*, 5(2), 12-25.
- Dewa, C. S., McDaid, D., & Sultan-Taïeb, H. (2011). Aspects épidémiologiques et économiques inhérent aux troubles mentaux. Dans M. Corbière & M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Québec, QC: Les Presses de l'Université du Québec.
- Dionne, C., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., & Stock, S. (2004). *Le pronostic occupationnel des travailleurs aux prises avec des affections vertébrales* (R-356). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R., & Laperrière, È. (2013). Obstacles to and facilitators of return to work after work-disabling back pain: The workers' perspective. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 280-289. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-012-9399-4>
- Dionne, J.-C. (2002). La santé et la sécurité du travail au Québec: de l'entraide à l'indemnisation - de l'apprentissage à la prévention - des amendes aux droits spécifiques. *Pistes*, 4(1). Récupéré du site de la revue: <http://pistes.revues.org/3706>
- Duguay, P., Boucher, A., Busque, M.-A., Prud'homme, P., & Vergara, D. (2012). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2005-2007: profil statistique par industrie - catégorie professionnelle* (R-749). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/R-749.pdf>.
- Dunstan, D., & Maceachen, E. (2013a). Bearing the brunt: Co-workers' experiences of work reintegration processes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(1), 44-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-012-9380-2>
- Dunstan, D., & Maceachen, E. (2013b). A theoretical model of co-worker responses to work reintegration processes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-013-9461-x>
- Durand, M.-J., Berthelette, D., Loisel, P., Beaudet, J., & Imbeau, D. (2007). *Travailleur de la construction ayant une dorso-lombalgie: évaluation de l'implantation d'un programme de collaboration précoce en réadaptation* (R-489). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-489.pdf>.

- Durand, M.-J., Berthelette, D., Loisel, P., & Imbeau, D. (2012a). Étude de la fidélité de l'implantation d'un programme de réadaptation au travail auprès de travailleurs de la construction ayant une dorsolombalgie. *Pistes*, 14(1). Récupéré du site de la revue: <http://pistes.revues.org/763>
- Durand, M.-J., Berthelette, D., Loisel, P., & Imbeau, D. (2012b). Validation of the programme impact theory for a work rehabilitation programme. *Work*, 42(4), 495-505. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2012-1380>
- Durand, M.-J., & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Pistes*, 3(2), 14. Récupéré du site de la revue: <http://www.pistes.uqam.ca/v3n2/articles/v3n2a5.htm>
- Durand, M.-J., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, 21(3), 233-242.
- Eakin, J. M., MacEachen, E., & Clarke, J. (2003). 'Playing it smart' with return to work: small workplace experience under Ontario's policy of self-reliance and early return. *Policy and Practice in Health and Safety*, 1(2), 19-41.
- Esselman, P. C., Askay, S. W., Carrougher, G. J., Lezotte, D. C., Holavanahalli, R. K., Magyar-Russell, G., . . . Engrav, L. H. (2007). Barriers to return to work after burn injuries. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 88(12), S50-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2007.09.009>
- Fassier, J.-B. (2013). Identifying local obstacles and facilitators of implementation. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability: Prevention and management*. New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_27](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_27)
- Fassier, J.-B., Durand, M.-J., & Loisel, P. (2011). 2<sup>nd</sup> place, PREMUS<sup>1</sup> best paper competition: implementing return-to-work interventions for workers with low-back pain - a conceptual framework to identify barriers and facilitators. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(2), 99-108. <http://dx.doi.org/10.2307/41151530>
- Fishbain, D., Rosomoff, H. L., Cutler, R. B., & Rosomoff, R. S. (1995). Secondary gain concept: A review of scientific evidence. *The Clinical Journal of Pain*, 11, 6-21.
- Fishbain, D. A. (1994). Secondary gain concept: Definition problems and its abuse in medical practice. *APS Journal*, 3(4), 264-273. [http://dx.doi.org/10.1016/S1058-9139\(05\)80274-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1058-9139(05)80274-8)
- Fisher, P. (2008). Wellbeing and empowerment: The importance of recognition. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 583-598. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01074.x>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2<sup>ed.</sup>). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Fougeyrollas, P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: enjeux socio-politiques et contributions québécoises. *Pistes*, 4(2), 26. Récupéré du site de la revue: <http://pistes.revues.org/3663>
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile: transformations réciproques du sens du handicap*. Québec, QC: Presses de l'Université Laval.

- Fougeyrollas, P., & Roy, K. (1996). Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social, 45*(3), 31-54. <http://dx.doi.org/10.7202/706736ar>
- Fourastié, J. (1979). *Les Trentes glorieuses: ou la révolution invisible de 1946 à 1975*. Paris, France: Fayard.
- Franche, R.-L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M., & Loisel, P. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation, 15*(4), 525-542. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8032-1>
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., & 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 Association Medical Journal, 158*(12), 1625-1631.
- Frank, J. W., Brooker, A.-S., DeMaio, S. E., Kerr, M. S., Maetzel, A., Shannon, H. S., . . . Wells, R. P. (1996). Disability resulting from occupational low back pain: Part II: What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. *Spine, 21*(24), 2918-2929.
- Friesen, M. N., Yassi, A., & Cooper, J. (2001). Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work, 17*(1), 11-22.
- Gard, G., & Soderberg, S. (2004). How can a work rehabilitation process be improved? - A qualitative study from the perspective of social insurance officers. *Disability and Rehabilitation, 4*, 26(5), 299 - 305. <http://dx.doi.org/10.1080/09638280310001647624>
- Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Hong, Q. N., & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability and Rehabilitation, 32*(1), 72-78. <http://dx.doi.org/10.3109/09638280903195278>
- Gatchel, R. J., & Gardea, M. A. (1999). Psychosocial issues: Their importance in predicting disability, response to treatment and search for compensation. *Neurologic clinics of North America, 17*(1), 149-166.
- Gates, L. B. (2000). Workplace accommodation as a social process. *Journal of Occupational Rehabilitation, 10*(1), 85-98.
- Gilks, J., & Logan, R. (2010). *Les accidents du travail et les maladies professionnelles au Canada, 1996 - 2008: taux des accidents de travail et leur coût de l'économie*. Ottawa, ON: Ressources humaines et développement des compétences Canada. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.travail.gc.ca/fra/sante\\_securite/pubs\\_ss/atmc.shtml](http://www.travail.gc.ca/fra/sante_securite/pubs_ss/atmc.shtml).
- Gouvernement du Québec. (2010). Commission Castonguay-Nepveu. Récupéré le s.d. du site du gouvernement: [http://www.revolutiontranquille.gouv.qc.ca/index.php?id=104&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=174&cHash=a7ca929dd3520ac6ccaddc452dc2f8ac](http://www.revolutiontranquille.gouv.qc.ca/index.php?id=104&tx_ttnews%5Btt_news%5D=174&cHash=a7ca929dd3520ac6ccaddc452dc2f8ac)
- Grynderup, M. B., Mors, O., Hansen, Å. M., Andersen, J. H., Bonde, J. P., Kærsgaard, A., . . . Kolstad, H. A. (2013). Work-unit measures of organisational justice and risk of depression—a 2-year cohort study.

*Occupational and Environmental Medicine*, 70(6), 380-385. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2012-101000>

- Guzman, J., Yassi, A., Baril, R., & Loisel, P. (2008). Decreasing occupational injury and disability: The convergence of systems theory, knowledge transfer and action research. *Work*, 30(3), 229-239.
- Guzman, J., Yassi, A., Cooper, J. E., & Khokhar, J. (2002). Return to work after occupational injury: Family physicians' perspectives on soft-tissue injuries. *Canadian Family Physician/Le médecin de famille canadien*, 48, 1912-1919.
- Haugli, L., Maeland, S., & Magnussen, L. (2011). What facilitates return to work? Patients experiences 3 years after occupational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 573-581. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9304-6>
- Hershenson, D. B. (1998). Systemic, ecological model for rehabilitation counseling. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(1), 40-50.
- Hoogendoorn, W. E., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., Ariëns, G. A. M., van Mechelen, W., & Bouter, L. M. (2002). High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(5), 323-328. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.59.5.323>
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Hulshof, C., & Pransky, G. (2013). The role and influence of care providers on work disability. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability : Prevention and management* (pp. 203-215). New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_13](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_13)
- Ibrahim, S. A., Scott, F. E., Cole, D. C., Shannon, H. S., & Eyles, J. (2001). Job strain and self-reported health among working women and men: An analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. *Women & Health*, 33(1-2), 105-124. [http://dx.doi.org/10.1300/J013v33n01\\_07](http://dx.doi.org/10.1300/J013v33n01_07)
- Iles, R. A., Davidson, M., & Taylor, N. F. (2008). Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(8), 507-517. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2007.036046>
- Jakobsen, K., & Svendsen, E. (2013). Employers' perspective: When a return to work is the objective for persons with reduced mobility. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 44(2), 145-153. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2012-01385>
- James, C., Southgate, E., Kable, A., Rivett, D., Guest, M., & Bohatko-Naismith, J. (2011). The return-to-work coordinator role: Qualitative insights for nursing. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 220-227. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-010-9270-4>
- Jensen, H. K., Wieclaw, J., Munch-Hansen, T., Thulstrup, A. M., & Bonde, J. P. (2010). Does dissatisfaction with psychosocial work climate predict depressive, anxiety and substance abuse disorders? A prospective study of Danish public service employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(9), 796-801. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.083980>

- Kilgour, E., Kosny, A., McKenzie, D., & Collie, A. (2014). Healing or Harming? Healthcare Provider Interactions with Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-20. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-014-9521-x>
- Klein, A. (2012). Contribution à l'histoire du «patient» contemporain. L'autonomie en santé: du self-care au biohacking. *Histoire, médecine et santé*, 115-128. Récupéré du site: <hal-00984405>
- Kosny, A., Franche, R.-L., Pole, J., Krause, N., Côté, P., & Mustard, C. (2006). Early healthcare provider communication with patients and their workplace following a lost-time claim for an occupational musculoskeletal injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(1), 25-37. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-9009-9>
- Kosny, A., Lifshen, M., Pugliese, D., Majesky, G., Kramer, D., Steenstra, I., . . . Carrasco, C. (2013). Buddies in Bad Times? The Role of Co-workers After a Work-Related Injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(3), 438-449. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-012-9411-z>
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., & Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American journal of industrial medicine*, 40, 464-484.
- Lapointe, C. (1991). *Procédure d'intégration professionnelle à l'usage du conseiller en réadaptation* (B-023). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/B-023.pdf>.
- Larousse. (2011a). Action (2011a). Dans H. Bloch, R. Chemara, É. Dépret, A. Gallo, P. Leconte, J.-F. L. Ny, J. Postel & M. Reuchlin (dir.), *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, France: Larousse
- Larousse. (2011b). Attitude (2011b). Dans H. Bloch, R. Chemara, É. Dépret, A. Gallo, P. Leconte, J.-F. L. Ny, J. Postel & M. Reuchlin (dir.), *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, France: Larousse
- Larousse. (s.d.). Interaction sociale (s.d.). *Dictionnaire de français Larousse*. Récupéré du site du dictionnaire: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interaction/43595/locution?q=interaction#180273>
- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001) (1985).
- Le Bossé, Y. (2003). De l'"habilitation" au "pouvoir d'agir" : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51. <http://dx.doi.org/10.7202/009841ar>
- Leahy, M. J., Chan, F., & Saunders, J. L. (2003). Job functions and knowledge requirements of certified rehabilitation counselors in the 21st century. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(2), 66-81. <http://dx.doi.org/10.1177/00343552030460020101>
- Lebeau, M., & Duguay, P. (2011). *Les coûts des lésions professionnelles: une revue de littérature* (R-676). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-769.pdf>.

- Lebeau, M., Duguay, P., & Boucher, A. (2013). *Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007* (R-769). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/R-769.pdf>.
- Lecomte, C., & Savard, R. (2006). *Les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation des travailleurs accidentés à risque de chronicité* (R-448). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-448.pdf>.
- Leigh, J. P., Cone, J. E., & Harrison, R. (2001). Costs of occupational injuries and illnesses in California. *Preventive Medicine*, 32, 393-406. <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.2001.0841>
- Leigh, J. P., Markowitz, S. B., Fahs, M., Shin, C., & Landrigan, P. J. (1997). Occupational injury and illness in the United States: Estimates of costs, morbidity, and mortality. *Archives of internal medicine*, 157(July 28), 1557-1568.
- Lemieux, P., Durand, M.-J., & Hong, Q. (2011). Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 293-303. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9316-2>
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 401-408.
- Linton, S. J. (2000). Psychological risk factors for neck and back pain. Dans A. L. Nachemson & E. Jonsson (dir.), *Neck and back pain: The scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment* (pp. 57-78). Philadelphie, PA: Lippincott William and Wilkins.
- Lippel, K. (2006). L'accès à l'indemnisation pour les incapacités attribuables aux lésions psychiques et aux lésions musculo-squelettiques liées au travail au Québec. *Santé, Société et Solidarité*, 91-99. <http://dx.doi.org/10.3406/oss.2006.1125>
- Lippel, K. (2007). Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: A Québec study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 427-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.013>
- Lippel, K., & Lötters, F. (2013). Public insurance systems: A comparison of cause-based and disability-based income support systems. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management* (pp. 183-202). New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_12](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_12)
- Loisel, P., & Anema, J. R. (2013). *Handbook of work disability: Prevention and management*. New York, NY: Springer.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Tulder, M. v., & Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2>

- Loisel, P., & Côté, P. (2013a). The Work Disability Paradigm and its public health implications. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability: Prevention and management*. New York, NY: Springer.
- Loisel, P., & Côté, P. (2013b). The work disability paradigm and its public health implications. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability: prevention and management*. New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_5](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_5)
- Loisel, P., Durand, M.-J., Baril, R., Gervais, J., & Falardeau, M. (2005). Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: Perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4). <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8036-x>
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability prevention : New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360. <http://dx.doi.org/10.2165/00115677-200109070-00001>
- Loisel, P., Durand, M.-J., Shapiro, S., Contandriopoulos, A.-P., Beaudet, J., & Imbeau, D. (2008). *Évaluation de l'efficacité d'un programme de collaboration précoce en réadaptation chez les travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie (R-573)*. Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/R-573.pdf>.
- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., & Esdaile, J. M. (1994). Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, 51(9), 597-602.
- Luttman, A., Jäger, M., & Griefhan, B. (2004) La prévention des troubles musculo-squelettiques sur les lieux du travail: Information concernant les facteurs de risque et la prévention, à l'intention des employeurs, des superviseurs et des formateurs en médecine du travail. *Série protection de la santé des travailleurs: Vol. 5*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/en/pwh5f.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh5f.pdf).
- MacEachen, E. (2013). Understanding work disability systems and intervening upstream. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability: Prevention and management*. New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_14](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_14)
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.-L., Irvin, E., & Workplace-based Return to Work Literature Review Group. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(4), 257-269. <http://dx.doi.org/10.2307/40967575>
- MacEachen, E., Ferrier, S., Kosny, A., & Chambers, L. (2007). A deliberation on 'hurt versus harm' logic in early-return-to-work policy. *Policy and Practice in Health and Safety*, 5(2), 41-62.
- MacEachen, E., Kosny, A., & Ferrier, S. (2007). Unexpected barriers in return to work: Lessons learned from injured worker peer support groups. *Work*, 29(2), 155-164.

- MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S., & 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(3), 349-366. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-010-9229-5>
- MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S., Lippel, K., Neilson, C., Franche, R. L., & Pugliese, D. (2012). The 'ability' paradigm in vocational rehabilitation: Challenges in an Ontario injured worker retraining program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 105-117. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9329-x>
- Magnussen, L., Nilsen, S., & Råheim, M. (2007). Barriers against returning to work – as perceived by disability pensioners with back pain: A focus group based qualitative study. *Disability & Rehabilitation*, 29(3), 191-197. <http://dx.doi.org/10.1080/09638280600747793>
- Marc, E., & Picard, D. (1989). *L'interaction sociale*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Marc, E., & Picard, D. (2006). *L'école de Palo Alto: un nouveau regard sur les relations humaines*. Paris, France: Rezt.
- Martin, J.-C., & Baril, R. (1995). L'exclusion comme effet de trajectoire administrative et de cheminement individuel. *Lien social et Politiques*, 34, 131-140.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D., & coll. (2001). *Méthode de recherche en intervention sociale*. Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- Mercure, D., & Vultur, M. (2010). *La signification du travail: Nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec*. Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: a guide to design and implementation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Morin, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel (R-543)*. Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-543.pdf>
- Mortelmans, K., Donceel, P., & Lahaye, D. (2006). Disability management through positive intervention in stakeholders' information asymmetry. A pilot study. *Occupational Medicine*, 56(2), 129-136. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kj014>
- Moscovici, S., & Doise, W. (1992). *Dissensions et consensus: Une théorie générale des décisions collectives*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Mucchielli, A. (2011). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines (3 éd.)*. Paris, France: Armand Colin.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138. Récupéré du site de la revue: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero26\(1\)/mukamurera\\_al\\_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(1)/mukamurera_al_ch.pdf)

- Nastasia, I., Coutu, M.-F., & Tcaciuc, R. (2014). Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive literature review. *Disability and Rehabilitation*, 1-16. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2014.882418>
- Nastasia, I., Tcaciuc, R., & Coutu, M.-F. (2011). *Strategies for preventing prolonged disability in workers compensated for work related musculoskeletal disorders: A systematic and comprehensive literature review* (R-719). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-748.pdf>.
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., & Main, C. J. (2011). Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: A reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737-753. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100224>
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60(4), 277-286. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqq081>
- OCDE. (2003). *Transformer le handicap en capacité : Promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*. Paris, France: Organisation de coopération et de développement économiques. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.oecd.org/fr/els/emp/transformerlehandicapencapacite.htm>.
- OIT. (2002). *Rapport de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles*. Communication présentée à la Conférence internationale du Travail. Recupéré le 4 février 2014 du site de de l'organisme <http://www.ilo.org/public/french/standards/reim/ilc/ilc90/com-occd.htm>
- OMS. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- OMS. (2011). *Résumé- Rapport mondial sur le handicap*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_fr.pdf?ua=1).
- Owen, M., & Commons, D. (2012). Reflections of a worker's compensation case manager. *Professional Case Management*, 17(4), 188-190. <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e3182588775>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3 éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- Poupart, J., Groulx, L.-H., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, QC: Gaëtan Morin.

- Pransky, G., Gatchel, R., Linton, S., & Loisel, P. (2005). Improving Return to Work Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 453-457. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8027-y>
- Pransky, G. S., Shaw, W. S., Franche, R.-L., & Clarke, A. (2004). Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers : Current models and opportunities for improvement. *Disability and Rehabilitation*, 26(11), 625-634. <http://dx.doi.org/doi:10.1080/09638280410001672517>
- Ramel, E., Rosberg, H.-E., Dahlin, L. B., & Cederlund, R. I. (2013). Return to work after a serious hand injury. *Work*, 44(4), 459-469. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2012-1373>
- RIPPH. (2014). Évolution conceptuelle de la notion de handicap. Récupéré le 28 décembre 2014 du site de l'organisme: <http://www.ripph.qc.ca/mdh-pph/evolution-conceptuelle-notion-handicap>
- Roberts-Yates, C. (2003). The concerns and issues of injured workers in relation to claims/injury management and rehabilitation: The need for new operational frameworks. *Disability & Rehabilitation*, 25(16), 898-907. <http://dx.doi.org/10.1080/0963828031000122203>
- Rossignol, M., & Arsenault, B. (2006). *Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne*. Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/Clip.pdf>.
- Russell, G., Brown, J. B., & Stewart, M. (2005). Managing injured workers: Family physicians' experiences. *Canadian Family Physician/Le médecin de famille canadien*, 51, 79. Récupéré du site de la revue: <http://www.cfp.ca/content/51/1/78.long>
- Sabourin, G. (2010a). D'abord un bon communicateur. *Prévention au travail*, 23(1), 12.
- Sabourin, G. (2010b). L'équilibriste qui évite la chronicité. *Prévention au travail*, 23(1), 11.
- Sabourin, P. (2009). L'analyse de contenu. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 415-444). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (4 éd., pp. 293-316). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (5e éd., pp. 337-360). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Scheelar, J. F. (2002). A return to the worker role after injury: Firefighters seriously injured on the job and the decision to return to high-risk work. *Work*, 19(2), 181-184.
- Schultz, I. Z., Crook, J., Berkowitz, J., Milner, R., Meloche, G. R., & Lewis, M. L. (2008). A prospective study of the effectiveness of early intervention with high-risk back-injured workers -- a pilot study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(2), 140-151. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-008-9130-7>

- Schultz, I. Z., J. Crook, Meloche, G. R., Berkowitz, J., R. Milner, Zuberbier, O. A., & Meloche, W. (2004). Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: Toward development of a return-to-work model. *PAIN*, 107, 77-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2003.09.019>
- Schultz, I. Z., Stowell, A., Feuerstein, M., & Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*(17), 327-352. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-007-9071-6>
- Schweigert, M. K., McNeil, D., & Doupe, L. (2004). Treating physicians' perceptions of barriers to return to work of their patients in Southern Ontario. *Occupational Medecine*, 54(6), 425-429. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqh076>
- Seing, I., Ståhl, C., Nordenfelt, L., Bülow, P., & Ekberg, K. (2012). Policy and practice of work ability: A negotiation of responsibility in organizing return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 553-564. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-012-9371-3>
- Shannon, H. S., & Lowe, G. S. (2002). How many injured workers do not file claims for Workers' Compensation benefit? *American journal of industrial medicine*, 42, 467-473. <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.10142>
- Shaw, W., Hong, Q.-N., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal occupational rehabilitation*, 18, 2-15. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-007-9115-y>
- Shaw, W. S., Kristman, V. L., & Vézina, N. (2013). Workplace issues. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management* (pp. 163-182). New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_11](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_11)
- Shaw, W. S., Robertson, M. M., Pransky, G., & 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. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1024997000505>
- Soeker, M. S., Wegner, L., & Pretorius, B. (2008). I'm going back to work: Back injured clients' perceptions and experiences of their worker roles. *Work*, 30, 161-170.
- Soklaridis, S., Ammendolia, C., & Cassidy, D. (2010). Looking upstream to understand low back pain and return to work: Psychosocial factors as the product of system issues. *Social Science and Medicine*, 7(9), 1557-1566. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.017>
- Soklaridis, S., Cassidy, J. D., Gabrielle, Tompa, E., & Hogg-Johnson, S. (2012). The economic cost of return to work: An employer's perspective. *Work*, 43(3), 255-262. <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2012-1415>
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D., & Andersen, J. (2011). "Can you go back to work?": Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Canadian Family Physician*, 57(2), 202-209. Récupéré du site de la revue: <http://www.cfp.ca/content/57/2/202.long>

- Spieler, E. A., & Burton Jr., J. F. (2012). The lack of correspondence between work-related disability and receipt of Workers' Compensation benefit. *American journal of industrial medicine*, 55, 487-505. <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.21034>
- Spitzer, W. O. (1986). *Les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs* (Profil-recherche 34). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/PR-034.pdf>.
- St-Arnaud, L. (2001). *Désinsertion et réinsertion professionnelle à la suite d'un problème de travail pour un problème de santé mentale* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, QC. Récupéré du site ProQuest Dissertations & Theses Global: <https://ezproxy-bibl-ulaval-ca.acces.bibl.ulaval.ca/login?url=http://search.proquest.com/acces.bibl.ulaval.ca/docview/305516455?accountid=12008>
- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2007). Determinants of return-to-work among employees absent due to mental health problems. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 62(4), 690-713. <http://dx.doi.org/10.7202/016957ar>
- St-Arnaud, L., Briand, C., Corbière, M., Durand, M.-J., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., . . . Kedl, E. (2011). *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale: conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien* (R-706). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/R-706.pdf>.
- St-Arnaud, L., & Corbière, M. (2011a). Déterminants de la réintégration en emploi et du retour au travail en santé mentale. Dans M. Corbière & M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (pp. 109-137). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- St-Arnaud, L., & Corbière, M. (2011b). Déterminants de la réintégration en emploi et du retour au travail en santé mentale. Dans M. Corbière & M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (pp. 109-137). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- St-Arnaud, L., & Pelletier, M. (2013). *Soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi: faciliter le retour au travail d'un employé à la suite d'une absence liée à un problème de santé psychologique*. Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/RG-758.pdf>.
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & 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. <http://dx.doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0027>
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2003). De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 193-211. <http://dx.doi.org/10.7202/006988ar>
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2004). Regard de l'autre et dynamique de la reconnaissance: un effet loupe sur les personnes qui ont des troubles mentaux au travail. *Travailler*, 2(12), 99-116.

- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2009). The work ability divide: Holistic and reductionistic approaches in Swedish interdisciplinary rehabilitation teams. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(3), 264-273. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9183-2>
- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2010). A Matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 299-310. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9205-0>
- Steenstra, I., Irvin, E., Mahood, Q., Hogg-Johnson, S., & Heymans, M. W. (2011). *Systematic review of prognostic factors for workers' time away from work due to acute low-back pain: An update of a systematic review. Final report to workers compensation board of Manitoba*. Toronto, ON: Institute for work and health. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.iwh.on.ca/sys-reviews/acute-low-back-pain-rtw-prognostic-factors>.
- Steenstra, I. A., Verbeek, J. H., Heymans, M. W., & Bongers, P. M. (2005). Prognostic Factors for Duration of Sick Leave in Patients Sick Listed with Acute Low Back Pain: A Systematic Review of the Literature. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(12), 851-860. <http://dx.doi.org/10.2307/27732639>
- Strunin, L., & Boden, L. I. (2004). The workers' compensation system: Worker friend or foe? *American journal of industrial medicine*, 45(4), 338-345. <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.10356>
- Thomson, A. M., & Perry, J. L. (2006). Collaboration processes: Inside the black box. *Public Administration Review, Special Issue*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00663.x>
- Tjulin, Å., MacEachen, E., & Ekberg, K. (2010). Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 311-321. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9209-9>
- Tjulin, Å., Maceachen, E., & Ekberg, K. (2011). Exploring the meaning of early contact in return-to-work from workplace actors' perspective. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 33(2), 137-145. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.489630>
- Tjulin, A., MacEachen, E., Stiwne, E. E., & Ekberg, K. (2011). The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disability and Rehabilitation*, 33(21-22), 1979-1989. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2011.553708>
- Tompa, E. (2013). Measuring the burden of work disability: a review of methods, measurement issues and evidence. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability: prevention and management*. (pp. 513). New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_4](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_4)
- Truchon, M., Filion, L., Truchon, G., Dionne, C., Arsenault, B., & Viau, C. (2007). *Les déterminants de l'incapacité liés à la lombalgie* (R-487). Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-les-determinants-de-l-incapacite-lies-a-la-lombalgie-r-487.html>.
- Truchon, M., & Fillion, L. (2000). *Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies: une recension systématique des écrits* (R-253). Montréal, QC: Institut de recherche

Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré du site de l'organisme:  
<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-253.pdf>.

- Van Der Maren, J.-M. (2011). Cadre conceptuel, cadre théorique (2011). Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. (3 ed., pp. 16). Paris, France: Armand Collin
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., . . . Prud'homme, P. (2011a). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) (R-691)*. Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.  
Récupéré du site de l'organisme: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-691.pdf>.
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., . . . Prud'homme, P. (2011b). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) (RR-691)*. Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.  
Récupéré du site de l'organisme: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RR-691.pdf>.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A., & Laurendeau, M.-C. (1992). *Pour donner un sens au travail: bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Québec, QC: Gaëtan Morin.
- Vézina, M., Theorell, T., & Brisson, C. (2015). Le stress professionnel: approche épidémiologique. Dans A. Thébaud-Mony, P. Davezies, L. Vogel & S. Volkoff (dir.), *Les risques au travail: Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris, France: Éditions La Découverte.
- Vinet, A. (1979). Compte rendu du document *Santé et sécurité au travail* du Gouvernement du Québec (Québec, Éditeur Officiel du Québec, 1978). *Relations industrielles / Industrial Relations*, 34(2), 383-385. <http://dx.doi.org/10.7202/028973ar>
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *PAIN*, 85(3), 317-332. [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2005). Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 4(19), 655-670.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2005.03.008>
- Waddell, G., Burton, K., & Main, C. J. (2003). *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work : A conceptual and scientific review*. Londres, Royaume-Uni: Royal Society of Medicine Press
- Waddell, G., & Waddell, H. (2000). A review of social influences on neck and back pain and disability. Dans A. L. Nachemson & E. Jonsson (dir.), *Neck and back pain: The scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment* (pp. 13-56). Philadelphie, PA: Lippincott William and Wilkins.
- Wasiak, R., Verma, S., Pransky, G., & Webster, B. (2004). Risk factors for recurrent episodes of care and work disability: Case of low back pain. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 46(1), 68-76.  
<http://dx.doi.org/10.1097/01.jom.0000105987.32375.3d>
- Weil, D. (2001). Valuing the economic consequences of work injury and illness: A comparison of methods and findings. *American journal of industrial medicine*, 40(4), 418-437.

- Wilson, P. M., Kendall, S., & Brooks, F. (2007). The Expert Patients Programme: A paradox of patient empowerment and medical dominance. *Health & Social Care In The Community*, 15(5), 426-438. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00701.x>
- WorkCover WA. (2011). *Injury management: a guide for employers*. Shenton Park, WA, Australie: WorkCover WA. Récupéré du site de l'organisme: [http://www.workcover.wa.gov.au/NR/rdonlyres/0CADCE24-F5BF-44D3-806C-0984AC8ADC71/0/Publication\\_Injury\\_Management\\_A\\_Guide\\_for\\_Employers.pdf](http://www.workcover.wa.gov.au/NR/rdonlyres/0CADCE24-F5BF-44D3-806C-0984AC8ADC71/0/Publication_Injury_Management_A_Guide_for_Employers.pdf).
- Yassi, A. (2005). Health promotion in the workplace : The merging of the paradigms. *Methods of Information of Medicine*, 44(2), 278-284. <http://dx.doi.org/10.1267/meth05020278>
- Young, A. E. (2013). Return to work stakeholders' perspectives on work disability. Dans P. Loisel & J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability: prevention and management*. New York, NY: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9\\_25](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_25)
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., Poppel, M. N. M., & Anema, J. R. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 557-568. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8034-z>
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R., & N. M. van Poppel, M. (2005). Return-to-work outcomes following work disability: Stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 543-556. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-005-8033-0>

# Annexes



## ANNEXE A

**Numéro du projet :** \_\_\_\_\_ (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

### **I. Titre du projet :**

Étude exploratoire des facteurs qui facilitent ou qui freinent le retour au travail des individus identifiés à risque d'incapacité prolongée : le point de vue des intervenants du système de l'assureur public.

### **II. Responsable et collaborateurs (avec affiliation professionnelle) :**

Marie-Maxime Robichaud, étudiante à la maîtrise, Université Laval

Louise St-Arnaud, Ph.D., Université Laval, directrice de mémoire

Manon Truchon, Ph.D., Université Laval, codirectrice

Uiliana Nastasia, Ph.D., IRSST, codirectrice

### **III. Organisme de subvention :** IRSST (bourse d'études)

### **IV. Introduction :**

Ce feuillet d'information et de consentement vous explique le but du projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### **V. Nature et objectifs du projet :**

Le but de cette étude est de mieux connaître les facteurs qui facilitent ou qui freinent le processus de réadaptation professionnelle des individus identifiés à risque d'incapacité prolongée. Ces facteurs sont étudiés selon la perspective des intervenants en réadaptation de l'assureur public.

### **VI. Participation au projet :**

La participation à l'étude comprend une entrevue semi-dirigée d'une durée de 1h environ. Au total, 10 à 15 entrevues seront menées auprès d'intervenants de la CSST. Les entrevues auront lieu pendant les heures de travail sur les lieux du travail (bureaux de la CSST). Les entrevues auront lieu en face à face ou par visioconférence. Les entrevues seront enregistrées afin de faciliter la collecte et le traitement des données. Un formulaire de consentement sera rempli avant ou au moment de l'entrevue (envoi et retour possibles par la poste, par courriel ou par fax).

### **VII. Risques potentiels et inconvénients personnels :**

Il n'existe aucun risque sous-jacent à la participation à ce projet. Il est cependant possible que vous éprouviez de la colère à l'énonciation de situations vécues avec les divers acteurs impliqués dans le processus de

réadaptation professionnelle. Si vous sentez le besoin d'obtenir du soutien en lien avec cette situation, une référence pourra être effectuée vers le service d'aide aux employés. Il est également possible que vous éprouviez une certaine gêne à l'idée que votre voix soit enregistrée lors de l'entrevue ou encore de la fatigue en cours d'entrevue. Une pause pourra être prise au besoin.

### **VIII. Avantages possibles :**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel ou indemnité compensatoire de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine et contribuer à l'amélioration du processus de réadaptation professionnelle chez les travailleurs à risque d'incapacité prolongée.

### **IX. Participation volontaire et retrait de la participation :**

Votre participation à ce projet est volontaire. Vous pouvez vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affectés au projet. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous retirer n'aura aucune conséquence sur votre relation avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

### **X. Clause de responsabilité :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

### **XI. Confidentialité, conservation et utilisation des résultats :**

Les informations personnelles recueillies dans le cadre du projet de recherche demeureront strictement confidentielles. Toutefois, la chercheuse et son équipe respecteront la confidentialité dans les limites permises par la loi. De plus, il se peut que le comité d'éthique de la recherche de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec demande à consulter le dossier de recherche afin de vérifier la gestion ou le bon déroulement de la recherche.

Afin de préserver votre anonymat, un code numérique sera toujours employé à la place de votre nom rendant ainsi toute identification impossible, même pour le personnel de recherche. Tous les membres de l'équipe de recherche (chercheurs, agents de recherche) auront accès aux données dépersonnalisées (anonyme) et celles-ci seront utilisées à des fins scientifiques (écriture d'articles, présentations lors de colloques ou de congrès).

Les noms des participants et les enregistrements seront détruits dès la fin du projet. Les formulaires de consentement seront conservés dans un classeur barré dans un bureau du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRS). Les formulaires de même que les données dépersonnalisées seront conservés pendant 5 ans puis détruits.

## **XII. Questions sur le projet :**

Pour toute question ou commentaire, vous pouvez vous adresser à Marie-Maxime Robichaud 1-866-293-3905, ou au [marie-maxime.robichaud.1@ulaval.ca](mailto:marie-maxime.robichaud.1@ulaval.ca).

Pour des questions au regard de vos droits et recours ou pour toute question éthique, vous pouvez communiquer avec Mme Isabelle Deaudelin, coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche de l'IRD PQ au 418 529-9141, poste 6022 ou [isabelle.deaudelin@irdpq.qc.ca](mailto:isabelle.deaudelin@irdpq.qc.ca). Les frais d'interurbain seront remboursés sur présentation d'une pièce justificative, le cas échéant.



## ANNEXE B

**Numéro du projet :** \_\_\_\_\_ (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

**Titre du projet :** Étude exploratoire des facteurs qui facilitent ou qui freinent le retour au travail des individus identifiés à risque d'incapacité prolongée : le point de vue des intervenants du système de l'assureur public.

**Responsable du projet :** Marie-Maxime Robichaud, étudiante à la maîtrise, Université Laval;  
Louise St-Arnaud, Ph.D., Université Laval, directrice de mémoire;  
Manon Truchon, Ph.D., Université Laval, codirectrice;  
Uiliana Nastasia, Ph.D., IRSST, codirectrice

- 1) La responsable m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement;
- 2) La responsable m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à ma participation;
- 3) Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps sans préjudice;
- 4) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
- 5) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- 6) Ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
- 7) Je sais qu'aucune rémunération n'est rattachée à ma participation;
- 8) La responsable m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement;
- 9) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude;
- 10) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude     oui     non  
(adresse courriel ou adresse postale au travail à communiquer à la chercheuse lors de l'entrevue)

_____	_____	_____
<b>Nom du participant</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Numéro de téléphone</b>
_____	_____	
Signature du participant *	Date	
_____	_____	_____
Nom de la chercheuse	Date	Signature



**ANNEXE C**  
Guide d'entretien semi-dirigé

- 1- Pour débiter, pourriez-vous nous décrire brièvement votre travail en tant qu'intervenant qui s'occupe de dossiers de travailleurs à risque d'incapacité chronique?  
(À explorer : Comment les dossiers des travailleurs à risque d'incapacité chronique vous parviennent-ils? Qu'est-ce que vous faites à partir du moment où un dossier vous est attribué (ex. vos actions, les personnes avec qui vous entrez en contact))

Nous aimerions maintenant avoir votre point de vue sur certains facteurs qui peuvent faciliter ou nuire au processus de retour au travail.

Nous allons vous poser quelques questions supplémentaires en lien avec ce sujet.

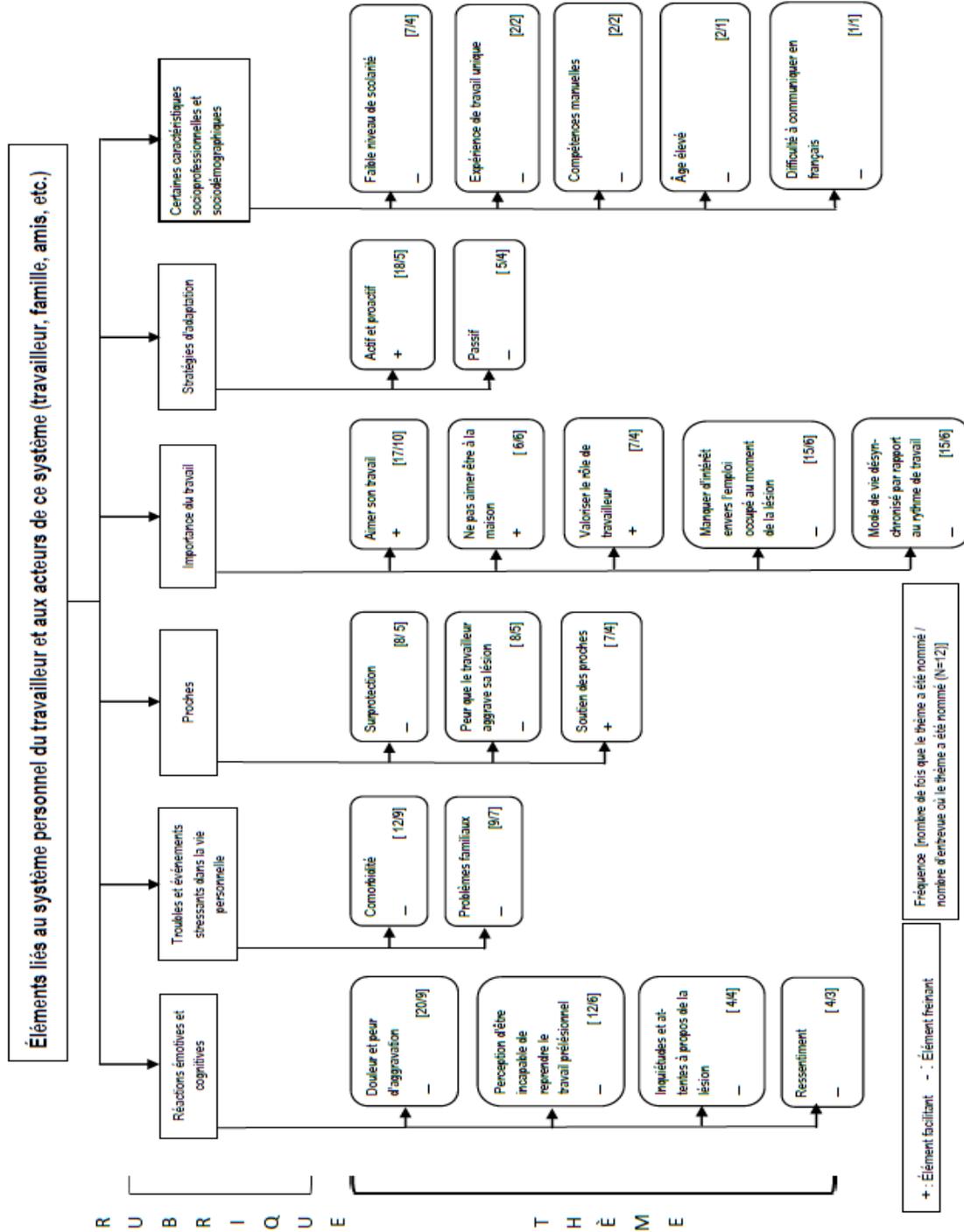
- 2- Parlez-moi des éléments que vous percevez comme freinant le processus de retour au travail.
- 3- Parlez-moi des éléments que vous percevez comme facilitant le processus de retour au travail.
- 4- Parlez-moi des différents acteurs avec qui vous interagissez durant le processus de retour au travail.  
(À explorer : acteurs : employeur, professionnels de la santé, travailleur, collègues; Quelles sont les actions qui se déroulent impliquant les différents acteurs? Comment se passe l'interaction entre vous et les autres acteurs.)
- 5- Parmi tout ce que vous avez mentionné concernant les acteurs, y a-t-il des éléments qui freinent ou facilitent le processus de retour au travail?
- 6- Parmi tout ce que vous avez mentionné durant l'entrevue, quelles seraient les solutions à apporter aux obstacles ou encore, y aurait-il des améliorations possibles qui pourraient bonifier le processus de retour au travail?

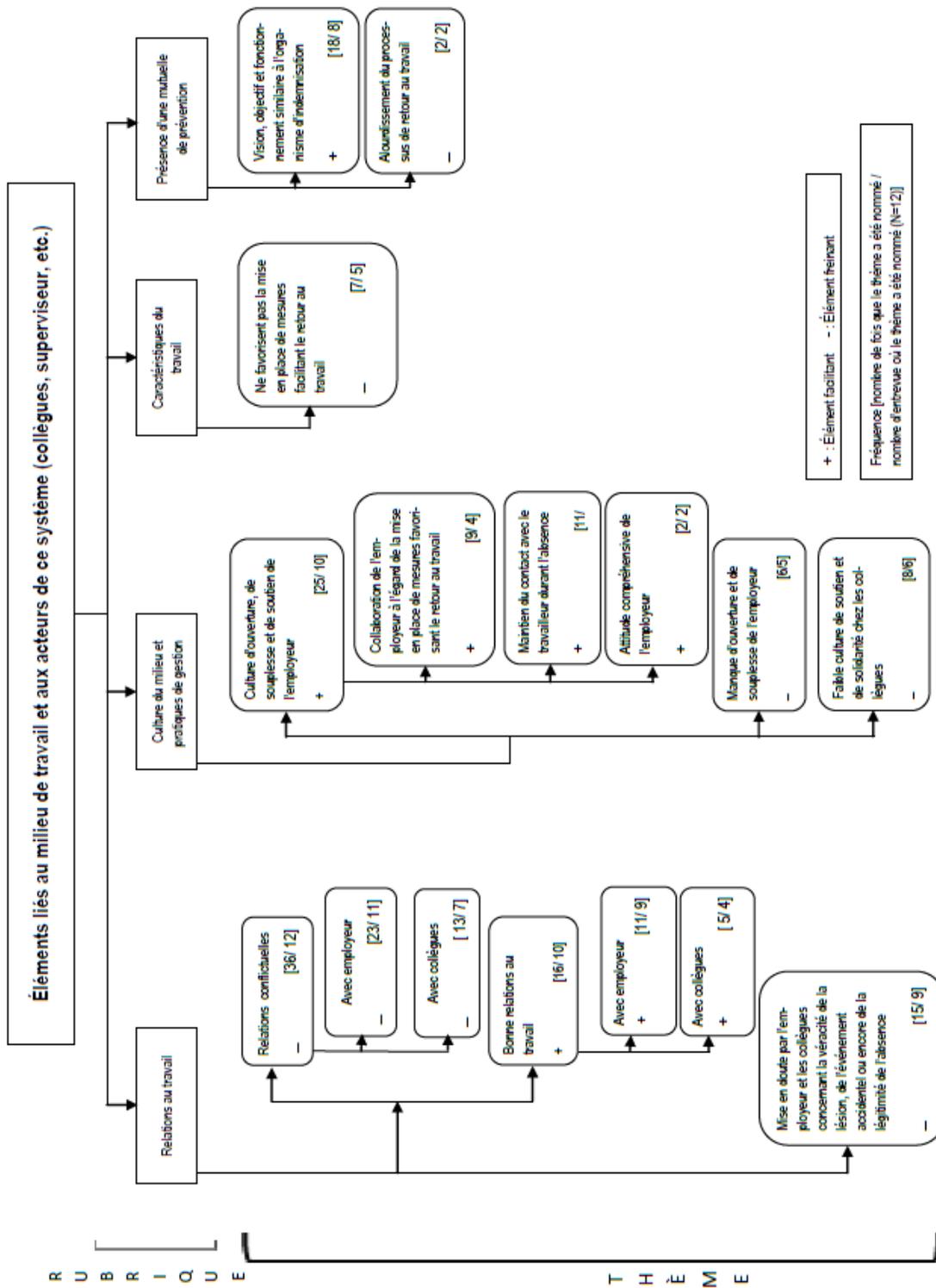
Variables sociodémographiques : Sexe, Âge, Titre d'emploi, Années d'expérience et Région administrative

Votre participation est très appréciée. Merci!



## ANNEXE D





R U B R I Q U E

T H È M E



R U B R I Q U E

T H È M E

