

Adaptation d'outils pour soutenir le retour progressif au travail

Marie-José Durand¹, Marie-France Coutu¹, Chantal
Sylvain¹, Daniel Côté², Marie-Andrée Paquette¹

R-1189-fr





NOS RECHERCHES travaillent pour vous!

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

Mission

Dans l'esprit de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) et de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP), la mission de l'IRSST est de : Contribuer à la santé et à la sécurité des travailleuses et travailleurs par la recherche, l'expertise de ses laboratoires, ainsi que la diffusion et le transfert des connaissances, et ce, dans une perspective de prévention et de retour durables au travail.

Pour en savoir plus

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

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement :

- au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CNESST (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique InfoIRSST

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024
978-2-89797-286-8 (PDF)

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé
et en sécurité du travail, 2024

IRSST – Service des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

Note au lectorat

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des autrices et auteurs. Conformément aux politiques de l'IRSST, les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information. Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle. Cette publication est disponible en version PDF sur le site Web de l'IRSST.

Cadre de référence pour la recherche en SST



Prévention des atteintes à l'intégrité physique et psychique



Réadaptation, retour et maintien au travail



Surveillance et prospection des données en SST



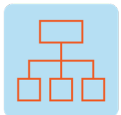
Identification des dangers, estimation et évaluation des risques



Élimination des dangers et maîtrise des risques



Métrologie appliquée à la SST



Organisation du travail



Santé mentale et psychologique



Population, société et SST

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude n'aurait pas été possible sans la très généreuse contribution des participants à chacune de ses étapes.

Un grand merci, d'abord, aux cliniciens experts qui ont participé à la consultation dans un contexte pandémique inédit. Votre engagement et votre enthousiasme dans les discussions de groupe, pour la première fois réalisées entièrement à distance, ont fortement contribué à l'élaboration d'outils transdiagnostiques permettant d'améliorer les interventions de retour progressif au travail offertes aux personnes ayant un trouble mental courant.

Remerciements sincères également aux six experts de contenu qui ont généreusement accepté de nous faire une petite place dans leurs agendas bien remplis pour partager leur précieuse expertise concernant les enjeux relatifs au vieillissement, au genre et aux groupes ethnoculturels minoritaires. Votre contribution aura en quelque sorte été le pilier sur lequel a pu s'appuyer le développement d'outils inclusifs, susceptibles d'améliorer les interventions déployées pour ces travailleurs.

Nous souhaitons par ailleurs remercier chaleureusement les nombreux participants issus des milieux de travail pour le généreux partage de leurs expériences et préoccupations en matière de retour au travail. L'enthousiasme que plusieurs d'entre vous ont démontré envers l'outil soutenant le retour progressif au travail, ainsi que vos multiples préoccupations et propositions en vue de l'améliorer, témoignent d'un intérêt et d'un engagement encourageants pour l'amélioration des interventions de retour progressif au travail et leur éventuelle implantation.

Nous ne pourrions non plus passer sous silence la très généreuse contribution des intervenants de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail : merci d'avoir pris le temps de lire, relire et commenter l'outil, de nous partager vos impressions et de répondre à nos questions, alors qu'un contexte de transformation législative majeure requérait déjà une large part de votre temps et de votre attention.

Enfin, le soutien financier de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) s'est avéré essentiel pour la réalisation de cette étude. Merci de nous avoir donné les moyens de mieux soutenir les interventions de retour progressif au travail réalisées auprès d'un plus grand nombre de travailleurs absents.

SOMMAIRE

L'incapacité au travail en raison de troubles musculosquelettiques (TMS) ou mentaux courants (TMC) affecte une portion importante de travailleurs et génère des coûts substantiels. La mise en œuvre de modalités de retour progressif au travail (RPAT) constitue un moyen efficace pour favoriser le retour et le maintien au travail des travailleurs concernés. Le Guide d'évaluation de la marge de manœuvre (GEMM) et l'Outil de retour progressif au travail (ORPAT) constituent des outils pertinents pour soutenir la pratique des professionnels de la santé et des milieux de travail à cet égard. Toutefois, leur utilisation dans la pratique demeure peu répandue et limitée aux TMS. De plus, ces outils ne tiennent pas compte des enjeux émergeant des récents changements sociodémographiques de la main-d'œuvre.

Afin de poursuivre le développement de ces outils, cette étude visait plus spécifiquement à : 1) accroître la portée du GEMM et de l'ORPAT aux personnes présentant des TMC en produisant des versions transdiagnostiques; 2) adapter ces versions transdiagnostiques pour les rendre sensibles à l'âge avancé, au genre et au groupe ethnoculturel des travailleurs; 3) décrire l'applicabilité perçue de l'ORPAT dans le contexte de la CNESST.

Pour l'objectif 1, une technique structurée de recherche d'information et de consensus (TRIAGE) a été utilisée auprès de deux groupes d'experts composés d'ergothérapeutes (n=11; n=8). Les participants ont d'abord répondu individuellement à un questionnaire évaluant la suffisance, la clarté et l'applicabilité des adaptations proposées par l'équipe de recherche dans le GEMM et l'ORPAT pour les rendre transdiagnostiques. Les éléments pour lesquels le degré d'accord demeurait insuffisant (< 80 %) ont ensuite été discutés en groupe. Pour le GEMM, deux énoncés du questionnaire n'ayant pas obtenu un degré d'accord suffisant ont nécessité la discussion de 18 propositions de modifications. Les consensus établis au fil de ces discussions concernaient principalement l'ajout de moyens et possibilités d'intervention pour accroître la marge de manœuvre thérapeutique ainsi que d'indicateurs mesurant les effets des interventions sur la santé et la production. Pour l'ORPAT, quatre énoncés ayant obtenu un niveau d'accord insuffisant se sont traduits par neuf propositions à discuter. Les adaptations ayant fait consensus consistaient principalement à clarifier et bonifier les exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre.

L'objectif 2 a été réalisé en trois temps. D'abord, six experts de contenu ont participé à des entretiens afin d'identifier les adaptations à faire à l'ORPAT transdiagnostique pour lui permettre de tenir compte des enjeux liés à l'âge, au genre et au fait d'être issu d'un groupe ethnoculturel minoritaire. L'analyse par questionnement analytique de ces entrevues a fait ressortir un consensus clair concernant la nécessité de ne pas référer explicitement à la caractéristique ciblée, pour ne pas alimenter les stéréotypes et les risques de stigmatisation. Les participants ont également énoncé neuf considérations spécifiques que l'équipe de recherche a traduites en 12 adaptations concernant 1) les

enjeux et difficultés à considérer ; 2) les comportements et attitudes de communication à adopter pour identifier ces enjeux et difficultés ; 3) les aménagements de travail à mettre en place pour répondre aux difficultés identifiées ; 4) le suivi à réaliser au cours du processus de RPAT. L'équipe de recherche s'est également inspirée des considérations d'experts pour réaliser certaines adaptations dans les grilles d'évaluation du GEMM et dans la formation préalable à leur utilisation. Un questionnaire portant sur la clarté et la faisabilité des adaptations réalisées à l'ORPAT a ensuite été soumis à huit ergothérapeutes experts. Seulement deux adaptations n'ont pas obtenu un niveau d'accord suffisant concernant leur faisabilité. Sept modifications ont néanmoins été faites pour répondre à certaines préoccupations explicitement énoncées par les participants.

Une version de l'ORPAT intégrant ces adaptations a ensuite été soumise à 23 représentants des milieux de travail, qui se sont prononcés sur son utilisabilité dans le cadre d'entretiens individuels. Les résultats de l'analyse par questionnement analytique de ces entretiens indiquent qu'une grande majorité d'entre eux envisage d'utiliser concrètement l'outil dans le cadre de retour au travail à la suite d'une absence de longue durée et lui attribue une bonne utilisabilité auprès des populations de travailleurs ciblées. Ceci semble lié aux avantages qu'ils anticipent tirer de l'utilisation de l'outil dont 1) l'uniformisation de la démarche; 2) la délégation des tâches; 3) la structuration de la communication; 4. la documentation des actions entreprises; 5) la stimulation de l'engagement du travailleur; 6) la compréhension commune et la légitimation du RPAT dans l'organisation. Ces bénéfices anticipés s'appuient sur la simplicité, la clarté, la concision, l'exhaustivité et la capacité structurante qu'ils perçoivent à l'ORPAT. Selon certains participants, des contraintes organisationnelles pourraient en limiter l'implantation. Quelques préoccupations concernant les exemples de moyens pour augmenter la marge de manœuvre et l'échelle de confiance employée dans la grille d'évaluation ont également été émises.

Pour l'objectif 3, trois entretiens de groupe ont été réalisés auprès d'intervenants experts à la CNESST afin de documenter leur perception de l'utilisabilité de l'outil. Les résultats découlant de l'analyse des synthèses écrites de ces entretiens révèlent des préoccupations concernant 1) la population ciblée; 2) le rôle réservé aux parties prenantes impliquées; 3) les trajectoires de soins et de retour au travail dans le cadre desquelles il peut être utilisé; 4) la compatibilité avec les mesures de réintégration au travail prévues par la *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail* (LMRSST).

Cette étude a permis d'adapter le GEMM et l'ORPAT afin qu'ils répondent mieux aux profils des problèmes de santé qui entraînent le plus d'absence au travail tout en tenant compte, de manière inclusive et non stigmatisante, des enjeux émergeant des récents changements en regard des caractéristiques sociodémographiques de la main-d'œuvre.

Les deux outils supporteront à la fois les professionnels de la santé œuvrant en réadaptation et les milieux de travail. Leur utilisabilité démontrée dans le contexte de grandes entreprises reste toutefois à préciser pour les petites et moyennes entreprises ainsi que pour la CNESST.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. ÉTAT DES CONNAISSANCES	5
1.1 Le retour progressif au travail (RPAT) : une pratique prometteuse pour le RAT des travailleurs aux prises avec un TMS ou un TMC	5
1.2 Les outils supportant le retour progressif au travail (RPAT)	7
1.3 Influences des caractéristiques sociodémographiques sur la prise en charge en réadaptation et le retour au travail (RAT)	8
1.3.1 Les travailleurs vieillissants	9
1.3.2 Les personnes issues de groupes ethnoculturels minoritaires	10
1.3.3 Le genre	11
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE	13
2.1 Objectif général.....	13
2.2 Objectifs spécifiques	13
3. OBJECTIF 1 : Accroître la portée du guide d'évaluation de la marge de manœuvre (GEMM) et de l'outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) aux personnes présentant des troubles mentaux courants (TMC), de manière à produire des versions transdiagnostiques.....	14
3.1 Méthodes.....	14
3.1.1 Devis	14
3.1.2 Participants	14
3.1.3 Collecte et analyse des données	15
3.2 Éthique	17
3.3 Résultats.....	17
3.3.1 Caractéristiques des participants.....	17
3.3.2 Modifications pour accroître la portée transdiagnostique des outils	18
4. OBJECTIF 2 : Adapter les deux versions transdiagnostiques (guide d'évaluation de la marge de manœuvre [GEMM] et Outil soutenant le retour progressif au travail [ORPAT]) issues de l'objectif 1 afin qu'elles soient sensibles aux enjeux associés à l'âge avancé, au genre et aux groupes ethnoculturels minoritaires	22
4.1 Méthodes.....	22
4.1.1 Devis	22

4.1.2	Participants	22
4.1.3	Collecte de données.....	23
4.1.4	Analyses.....	24
4.2	Résultats.....	25
4.2.1	Description des participants.....	25
4.2.2	Adaptations proposées par les experts de contenu (étape 1)	28
4.2.3	Clarté et faisabilité des adaptations à l’Outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) selon les experts cliniciens (étape 2).....	36
4.2.4	Utilisabilité perçue par les représentants des milieux de travail (étape 3).....	39
5.	OBJECTIF 3 : Décrire l’applicabilité perçue de l’outil pour soutenir le retour progressif au travail (ORPAT) dans le contexte de la Commission des normes, de l’équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)	53
5.1	Méthodes.....	53
5.1.1	Devis	53
5.1.2	Participants	53
5.1.3	Collecte de données.....	53
5.1.4	Analyses.....	54
5.2	Résultats.....	54
5.2.1	Description des participants.....	54
5.2.2	L’outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) et les pratiques futures en fonction de la <i>Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail</i> (LMRSST).....	54
6.	DISCUSSION	58
6.1	Forces et limites de l’étude	62
	CONCLUSION.....	63
	BIBLIOGRAPHIE	64
	ANNEXE A : Tableau comparatif des outils soutenant le retour progressif au travail.....	82
	ANNEXE B : Guide d’évaluation de la marge de manoeuvre	86
B.I	GEMM initial (TMS).....	86
B.I.I	Grille d’évaluation de la marge de manoeuvre initiale*	86
B.I.II	Grille de création de la marge de manoeuvre thérapeutique*	88
B.I.III	Grille d’analyse et d’ajustement de la marge de manoeuvre thérapeutique	89

B.I.IV	Grille d'évaluation de la marge de manœuvre finale	90
B.II	GEMM transdiagnostique préliminaire : liste d'adaptations détaillées	91
B.III	GEMM transdiagnostique et sensible aux enjeux liés à l'âge avancé, au genre et au fait d'être issu d'un groupe ethnoculturel minoritaire (FINAL)	92
B.III.I	Grille d'évaluation de la marge de manœuvre initiale	92
B.III.II	Grille de création de la marge de manœuvre thérapeutique	93
B.III.III	Grille d'analyse et d'ajustement de la marge de manœuvre thérapeutique	94
B.IV	Formation préalable à l'utilisation du GEMM : exemple de quiz inséré dans une histoire de cas	94
ANNEXE C : Outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT).....		98
C.I	ORPAT transdiagnostique préliminaire : liste d'adaptations détaillées	98
C.II	ORPAT transdiagnostique et sensible aux enjeux liés à l'âge avancé, au genre et au fait d'être issu d'un groupe ethnoculturel minoritaire (FINAL)	104
ANNEXE D : Outils de collecte de données		123
D.I	Objectif 1 (versions transdiagnostiques)	123
D.I.I	Questionnaire TRIAGE — GEMM	123
D.I.II	Questionnaire TRIAGE — ORPAT	131
D.II	Objectif 2 (versions transdiagnostiques et sensibles).....	149
D.II.I	Guide d'entretien — experts de contenu (étape 1)	149
D.II.II	Questionnaire d'évaluation de la clarté et de la faisabilité (experts cliniciens — étape 2)	150
D.II.III	Guide d'entretien — représentants des milieux de travail (étape 3)	158
D.III	Objectif 3 (CNESST).....	158
D.III.I	Guide d'entretien	158

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Catégorisation des propositions de bonification aux moyens et possibilités proposés dans la grille de création de la MMT	18
Tableau 2.	Synthèse des propositions d'adaptations au GEMM	19
Tableau 3.	Synthèse des propositions d'adaptations à l'ORPAT	21
Tableau 4.	Caractéristiques des représentants de milieux de travail (N=23 participants).....	26
Tableau 5.	Caractéristiques des organisations représentées par les participants	27
Tableau 6.	Propositions à l'ORPAT appuyées par des verbatim des experts de contenu.....	29
Tableau 7.	Adaptations à l'ORPAT selon les propositions des experts de contenu.....	32
Tableau 8.	Éléments inclus dans le GEMM et dans la formation des professionnels de la santé préalable à son utilisation.	35
Tableau 9.	Modifications réalisées en réponse aux préoccupations de clarté et de faisabilité de l'ORPAT	37
Tableau 10.	Caractérisation de l'utilisation de l'ORPAT envisagée par les milieux de travail	46
Tableau 11.	Synthèse des modifications réalisées à la liste d'exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre	49
Tableau 12.	Synthèse des modifications à la grille de planification du RPAT (niveau de confiance)	52
Tableau 13.	Caractérisation des outils soutenant le retour progressif au travail.....	82
Tableau 14.	Adaptations réalisées dans le cadre du développement du GEMM transdiagnostique préliminaire	91
Tableau 15.	Adaptations réalisées dans le cadre du développement de l'ORPAT transdiagnostique préliminaire	98

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Acronyme	Définition
AT	Assignment temporaire de travail
CAPRIT	Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CR	Conseiller en réadaptation
EX-C	Expert de contenu
GEMM	Guide d'évaluation de la marge de manœuvre
LATMP	<i>Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles</i>
LMRSST	<i>Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail</i>
MAT	Maintien au travail
MM	Marge de manœuvre
MMi	Marge de manœuvre initiale
MMT	Marge de manœuvre thérapeutique
OMRT	Outils pour le maintien et le retour au travail
ORPAT	Outil soutenant le retour progressif au travail
PSQAC	Professionnel de la santé qui a charge
RAT	Retour au travail
RAT/MAT	Retour et maintien au travail
R-MT	Représentant des milieux de travail
RPAT	Retour progressif au travail
TMC	Trouble mental courant
TMS	Trouble musculosquelettique
TRIAGE	Technique structurée de recherche d'information et de consensus

INTRODUCTION

L'incapacité au travail affecte une portion importante de travailleurs. Bien que les définitions de ce concept puissent varier, il existe un consensus pour concevoir l'incapacité au travail d'une personne, c'est-à-dire l'impossibilité provisoire ou permanente de réaliser son activité professionnelle, comme résultant de l'interaction entre plusieurs dimensions influencées par différents systèmes (environnement de travail, santé, régime d'indemnisation, contexte social) (Lederer *et al.*, 2014). L'incapacité au travail d'un individu provenant d'un accident de travail ou d'une maladie est donc un phénomène complexe et dynamique (Lederer *et al.*, 2014). Au Canada, le taux d'absence des employés à temps plein en raison de telles incapacités s'est constamment accru, passant de 5,3 % à 6,9 % entre 2001 et 2022. Au Québec, ce taux atteignait 7,1 % en 2022 (Statistique Canada, 2022b). D'un point de vue strictement économique, l'incapacité au travail prolongée est associée à des coûts directs considérables (Agence de la santé publique du Canada, 2018; van den Heuvel *et al.*, 2017). En combinant accidents de travail et maladies professionnelles, la perte annuelle estimée équivaut à 4 % du PIB mondial (Bureau international du travail [BIT], 2013). Plusieurs maladies contribuent à ce fardeau dont les troubles musculosquelettiques (TMS), les troubles mentaux communs (TMC), les cancers ainsi que diverses maladies chroniques et cardiovasculaires (GBD Mental Disorders Collaborators, 2022; Roth *et al.*, 2020; Siegel *et al.*, 2023). À ce jour toutefois, la majeure partie de ces coûts semble associée aux TMS et aux TMC, qui représentent les causes les plus fréquentes d'incapacité au travail prolongée.

Les TMS demeurent, en effet, une cause majeure d'incapacité au travail au Québec. En 2018, la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) établissait à 28 225 le nombre de lésions de type TMS, en hausse de 17,7 % depuis 2014, ce qui représentait un peu plus du quart (27,3 %) des dossiers ouverts et acceptés par l'assureur public (CNESST, 2019a). Les blessures au dos tendent par ailleurs à demeurer l'une des lésions professionnelles les plus prévalentes, représentant près de 58 % des lésions de type TMS entre 2015 et 2018 (CNESST, 2019b). Considérant leur importance comme cause d'incapacité au travail, les TMS génèrent ainsi des coûts substantiels. Par exemple, l'Association des commissions des accidents du travail du Canada (ACATC) estimait à 12 804 millions de dollars le coût des prestations encouru pour les travailleurs touchés par une lésion professionnelle en 2022 (ACATC, 2022). Duguay *et al.* (2017) remarquent d'ailleurs que ces coûts tendent à demeurer relativement stables, et ce, malgré une diminution constante des nouveaux cas de TMS chaque année. L'augmentation annuelle de la durée moyenne d'indemnisation révélée par certaines données de la CNESST pourrait en partie expliquer ce phénomène (Duguay *et al.*, 2017; Michel *et al.*, 2010).

Le portrait sur la prévalence et les coûts des absences prolongées pour motif de TMC (troubles d'adaptation, dépressif et anxieux) est plus difficile à établir, notamment en raison de difficultés relatives à l'établissement d'un diagnostic, d'une tendance à la sous-déclaration et d'une absence de registre des statistiques au regard de ce problème de

santé (Dewa *et al.*, 2011). Il est néanmoins estimé qu'une personne sur cinq vivra au cours de sa vie au moins un épisode de trouble mental courant (TMC) et sera ainsi sujette au développement d'incapacités prolongées au travail (Statistique Canada, 2020). Au Canada, la proportion de personnes ayant une incapacité au travail associée à un TMC s'est accrue de manière importante au cours de la pandémie de COVID-19, passant de 6,4 % en 2019 à 8,7 % en 2021 (Statistique Canada, 2022a). Au Québec, cette hausse se traduit notamment par une augmentation des frais liés à la réadaptation des personnes en invalidité, incluant celles qui le sont pour une raison de santé mentale (CNESST, 2023). Bien que la majorité des travailleurs absents pour cause de TMC (76 %) retourne au travail avant la fin de la période d'invalidité de courte durée, il est préoccupant de constater que près de 25 % d'entre eux subissent un arrêt de travail de plus de six mois et qu'environ 8 % se voient dans l'obligation de prolonger la période d'invalidité au-delà d'un an (Dewa et McDaid, 2010; Dewa *et al.*, 2011). Ces données canadiennes s'avèrent d'ailleurs comparables à celles produites par une étude scandinave mesurant le retour au travail après six mois et un an d'absence en raison d'un TMC (Roelen *et al.*, 2012; Zaidel *et al.*, 2018). Or, un tel prolongement de ces arrêts complique la reprise du travail et diminue considérablement les chances de rétablissement et de retour au travail (Blank *et al.*, 2008; Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail [IRSST], 2021). De fait, si ces troubles ne représentent que le tiers des demandes de réclamation des travailleuses et travailleurs canadiens, on leur attribue néanmoins 70 % des coûts d'indemnisation pour invalidité au pays (Dewa *et al.*, 2010). Au Canada, les coûts annuels de l'absentéisme pour cause de dépression majeure seulement sont ainsi estimés à 2,5 milliards \$ (Chokka *et al.*, 2023; Evans-Lacko et Knapp, 2016). Plus généralement, les coûts associés aux troubles mentaux sont estimés à plus de 50 milliards de dollars au Canada, dont entre 6 et 19 milliards de dollars seraient attribuables à la perte de productivité liée à l'absentéisme, le présentéisme et le retrait du marché du travail (Commission de santé mentale du Canada [CSMB], 2017).

Afin de limiter les coûts associés à l'incapacité au travail, il apparaît donc essentiel de réduire la durée des absences et de favoriser le retour et maintien au travail des travailleurs ayant un TMS ou un TMC. Plusieurs revues portant sur les facteurs prédictifs du retour au travail montrent une certaine convergence pour ces deux populations, concernant par exemple la durée de l'absence, la sévérité des symptômes, les attentes face au retour au travail (RAT) ou encore la disponibilité des tâches allégées (Cancelliere *et al.*, 2016; Corbière *et al.*, 2016; Etuknwa *et al.*, 2019; Gragnano *et al.*, 2018; White *et al.*, 2013). De plus, plusieurs recoupements existent entre les interventions proposées pour la population présentant un TMS et celle ayant un TMC (Briand *et al.*, 2007; Corbière *et al.*, 2016; Durand *et al.*, 2014; van Oostrom *et al.*, 2007). Devant ces différents points de convergence, certains auteurs recommandent ainsi le développement d'interventions communes de retour au travail pour les populations présentant différents problèmes de santé (Cancelliere *et al.*, 2016; Cullen *et al.*, 2018; Etuknwa *et al.*, 2019). Cette approche, nommée transdiagnostique, est appuyée par les conclusions de récentes revues portant sur les facteurs psychosociaux associés à l'incapacité au travail (Etuknwa *et al.*, 2019;

Gagnano *et al.*, 2018). Par conséquent, bien que les caractéristiques et les problématiques pour les TMS et TMC apparaissent différentes, entre autres en raison des facteurs causaux du problème de santé, des études soutiennent l'existence d'une base commune, suggérant le développement d'interventions transdiagnostiques pour favoriser le RAT.

Parmi les interventions qu'il est possible d'envisager, la mise en œuvre de modalités de retour progressif au travail (RPAT) pourrait constituer un moyen efficace pour améliorer le retour et le maintien au travail (RAT/MAT) de ces travailleurs (Bethge, 2016; Durand et Loisel, 2001; Durand, Sylvain, *et al.*, 2017; Høgelund *et al.*, 2010; Huijs *et al.*, 2012; Mikkelsen et Rosholm, 2018; Saint-Arnaud *et al.*, 2007; Schneider *et al.*, 2016; Streibelt *et al.*, 2018; Viikari-Juntura *et al.*, 2012). Cette efficacité serait cependant étroitement liée à certaines caractéristiques des interventions de RPAT, dont la présence d'adaptations temporaires des conditions et exigences de travail, de même que la coordination, la concertation et la cohésion des acteurs impliqués dans le processus (Cullen *et al.*, 2018; Durand *et al.*, 2014; Durand, Sylvain, *et al.*, 2017; Durand *et al.*, 2023; Sylvain et Durand, 2017).

Il apparaît que la disponibilité d'outils soutenant la pratique des divers intervenants concernés pourrait contribuer à la mise en œuvre cohérente et concertée de telles interventions. En effet, des études ont démontré que de tels outils, en faisant connaître et en explicitant une procédure de RAT plaçant le travailleur en incapacité au travail au cœur du processus, permettent de clarifier et de définir les rôles et responsabilités de chacun des acteurs concernés (Bouffard, 2018; Bouffard *et al.*, 2019; Durand *et al.*, 2014; McGuire *et al.*, 2015). Or, il existe actuellement un outil développé au Québec par Durand et collaborateurs (Durand *et al.*, 2009; 2011), appelé Guide d'évaluation de la marge de manœuvre (GEMM), qui répond parfaitement à ce besoin. Le GEMM est destiné aux ergothérapeutes qui œuvrent en réadaptation au travail et qui accompagnent les travailleurs qui présentent des incapacités au travail en raison d'un TMS. Le GEMM a été adapté par Bouffard *et al.* (2018; 2019) afin qu'il puisse être utilisé par les milieux de travail sans aide d'un professionnel de la santé : cette version porte le nom d'Outil de retour progressif au travail (ORPAT). Ces outils sont très prometteurs, mais couvrent uniquement la population présentant des TMS. Plusieurs employeurs ont d'ailleurs clairement exprimé le besoin d'un outil adapté à une plus grande variété de problèmes de santé, en insistant plus particulièrement sur les TMC (Bouffard *et al.*, 2019).

Parallèlement, certains changements et tendances sociodémographiques marquants dans les dernières décennies ont affecté de manière importante la composition de la main-d'œuvre québécoise, suscitant de nouveaux enjeux pour la réadaptation et la gestion de l'incapacité au travail. À ce titre, on peut d'abord noter le vieillissement de la population qui, en s'associant à l'actuelle pénurie de main-d'œuvre et au report de plus en plus courant de l'âge de la retraite, contribue à une présence croissante des travailleurs dits vieillissants (45 ans et plus) sur le marché du travail (Corsi, 2012; Demers *et al.*, 2011; Hasselhorn et Wenke, 2015; Kelly, 2015; Stanford Center on Longevity. Financial

Security Division, 2014). La croissance importante de l'immigration au Québec a également modifié substantiellement la composition démographique et ethnoculturelle des milieux de travail, appelant une certaine extension de la capacité d'accueil et de l'adaptation des services de santé et de santé au travail (Côté *et al.*, 2017; Prud'homme *et al.*, 2015). Enfin, certaines études montrent que, dans plusieurs pays industrialisés, les femmes continuent d'investir le marché du travail plus rapidement que les hommes investissent la sphère domestique, d'où une charge de travail cumulée demeurant généralement supérieure pour celles-ci (Bianchi *et al.*, 2000; Bianchi *et al.*, 2012; Cotter *et al.*, 2011; Sayer, 2010). Or, une vaste étude a démontré que les travailleurs vieillissants, les travailleurs s'identifiant à des rôles traditionnellement féminins ainsi que ceux issus de groupes ethnoculturels minoritaires ¹ rencontrent des enjeux particuliers en matière de réadaptation et de retour au travail (Coutu *et al.*, 2021, 2022; Durand *et al.*, 2021). Afin que le GEMM et l'ORPAT correspondent mieux au portrait actuel des travailleurs en incapacité au travail et soutiennent davantage les différentes parties prenantes dans leurs actions, il importe donc que ces outils soient adaptés de manière non seulement à s'appliquer simultanément aux TMS et aux TMC, mais aussi à tenir compte des enjeux de retour au travail spécifiquement associés à ces populations de travailleurs.

¹ L'expression « groupes ethnoculturels minoritaires » a été retenue en raison de son caractère englobant, considérant à la fois les différences ethniques et culturelles sur la base desquelles certains groupes se distinguent (Coutu *et al.* 2022).

1. ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'état des connaissances abordera le retour progressif au travail (RPAT), les outils pour le soutenir et l'influence des caractéristiques sociodémographiques sur la prise en charge de personnes ayant une incapacité au travail.

1.1 Le retour progressif au travail (RPAT) : une pratique prometteuse pour le RAT des travailleurs aux prises avec un TMS ou un TMC

Le retour progressif au travail (RPAT) se définit comme une « forme spécialisée de travail léger incluant une gradation des heures, des tâches et de la productivité attendue jusqu'à ce que le travailleur soit prêt à reprendre son travail régulier » (Bouffard, 2018; Krause *et al.*, 1998). En présence de certaines adaptations des conditions et exigences du travail aux capacités du travailleur, cette pratique est largement reconnue comme étant favorable au RAT.

Plusieurs revues systématiques ont en effet permis de documenter l'impact positif de cette pratique sur la probabilité, la fréquence et les délais de RAT, principalement chez les travailleurs ayant un TMS. Ainsi, la synthèse des études abordant l'impact du travail modifié (*modified work*) sur le RAT réalisée par Krause et collaborateurs soulignait déjà, en 1998, que l'accès à de telles pratiques, notamment sous la forme de tâches allégées ou d'exposition graduelle au travail, permettait aux travailleurs en incapacité pour divers problèmes de santé physique de retourner au travail deux fois plus fréquemment que les autres, en plus de permettre aux employeurs de réduire significativement le nombre de jours d'absence au sein de l'organisation. Dans la même veine, la revue systématique réalisée par Franche *et al.* (2005) soutient que diverses interventions en milieu de travail, et plus particulièrement l'offre d'aménagements permettant d'ajuster les conditions et exigences du travail aux capacités des travailleurs, contribuent à réduire la durée de l'absence du travail en raison d'une incapacité. Une revue Cochrane publiée en 2015, incluant des études qui portaient non seulement sur les TMS, mais aussi sur les TMC et le cancer démontrait également que des interventions en milieu de travail (incluant des changements ou adaptations en matière d'équipement, d'organisation, de conditions ou d'environnement de travail) contribuent à réduire la durée cumulative de l'absence pour cause d'incapacité (van Vilsteren *et al.*, 2015). Plus récemment, une revue systématique et méta-analyse de la littérature concluait que le RPAAT constituait une intervention efficace pour favoriser le RAT de travailleurs aux prises avec un trouble de santé mentale (Mikkelsen et Rosholm, 2018). De la même façon, une revue systématique et une méta-analyse réalisées à partir d'études portant sur les lombalgies concluaient également que les interventions en milieu de travail réduisaient le nombre de jours d'absence et les rechutes (Russo *et al.*, 2021).

Bien que le RPAAT soit ainsi généralement reconnu comme efficace pour améliorer le RAT des travailleurs ayant une incapacité au travail liée à un TMS ou un TMC, cette efficacité

demeure fortement liée à la présence de certaines caractéristiques particulières des interventions de RPAT qui sont mises en place. À cet égard, la cohérence entre les objectifs, les discours et les actions des différents acteurs/systèmes impliqués, à travers, leur concertation, apparaissent comme une condition primordiale au succès de ces interventions. En effet, Durand *et al.* (2014) identifient d'emblée le développement concerté d'un plan de RAT avec aménagements, personnalisé pour tenir compte des capacités et considérations du travailleur et de son milieu de travail, comme une bonne pratique à adopter auprès des travailleurs absents pour cause de TMS ou de TMC. La concertation entre les acteurs constitue ici un élément essentiel en ce qu'elle permet d'assurer la cohésion et la cohérence de leurs actions tout au long du processus (Durand *et al.*, 2014). Ces constats sont en grande partie repris par un énoncé de bonnes pratiques de RAT développé spécifiquement pour les TMC (Sylvain et Durand, 2017), identifiant trois (3) grands principes à respecter pour la gestion de l'invalidité : 1) offrir les aménagements requis et adaptés aux circonstances particulières du travailleur et de son milieu de travail; 2) assurer la coordination entre les parties intéressées, impliquant notamment des communications étroites et structurées, de manière à permettre « l'établissement d'un but commun entre les acteurs, des actions cohérentes les unes avec les autres et l'absence de discours divergents susceptibles d'attiser les craintes des travailleurs » (p.313); 3) systématiser, structurer et coordonner les pratiques de RAT. Ces constats sont cohérents avec les résultats de la revue réaliste réalisée par Durand, Sylvain, *et al.* (2017) qui précise que le succès des programmes de réadaptation adoptant une approche de RPAT est étroitement lié à l'adaptation concomitante du milieu de travail aux besoins particuliers du travailleur (ajustements des horaires et des tâches) ainsi qu'à la mobilisation concertée de l'ensemble des acteurs/systèmes impliqués (professionnel de la santé, employeur, assureur) dans le processus (Durand, Sylvain, *et al.*, 2017). Enfin, une revue systématique de programmes visant le RAT démontrait récemment que leur capacité à réduire significativement la durée des absences pour cause de TMS et de TMC demeurait conditionnelle à la présence d'au moins deux des composantes suivantes, soit 1) des interventions ciblant spécifiquement la santé du travailleur, 2) la réalisation d'aménagements aux conditions et exigences de travail; 3) une coordination des services supposant une amélioration des communications entre les intervenants (Cullen *et al.*, 2018).

L'importance accordée à ces éléments de cohésion et de concertation paraît d'ailleurs tout à fait justifiée en regard de la nécessité qu'un accord soit établi quant aux objectifs et à la démarche de RAT (Gouin *et al.*, 2019), tandis que la complexité et la pluralité des acteurs impliqués posent des défis importants à cet égard (Bouffard, 2018; Durand *et al.*, 2014; Franche *et al.*, 2005; James *et al.*, 2011; MacEachen *et al.*, 2006; Nastasia *et al.*, 2013; Nordqvist *et al.*, 2003; Winter *et al.*, 2016). Or, des études ont démontré que la publicisation et l'explicitation de la procédure de RAT, en clarifiant et définissant les rôles et responsabilités de chacun des acteurs concernés, pourraient participer à la mise en place des mesures appropriées par chacun de ces acteurs, ainsi qu'à la structuration et à l'amélioration des communications et de l'action concertée entre eux (Bouffard, 2018;

Bouffard *et al.*, 2019; Durand *et al.*, 2014; McGuire *et al.*, 2015). Cependant, il est important que les guides, pour être adoptés, correspondent fortement aux rôles, aux responsabilités et à l'expertise de chaque acteur et que les contenus offerts à chacun d'entre eux soient également cohérents afin d'offrir aux travailleurs une approche et un discours concertés (Bouffard, 2018; Bouffard *et al.*, 2019; Lortie *et al.*, 2013).

1.2 Les outils supportant le retour progressif au travail (RPAT)

Trois (3) outils permettant de soutenir le RPAT ont été développés et publiés jusqu'à maintenant. Il s'agit des Outils pour le maintien et le retour au travail (OMRT) (Stock *et al.*, 2005), du Guide d'évaluation de la marge de manœuvre (GEMM) (Durand *et al.*, 2008, 2009; Richard *et al.*, 2016) et de l'Outil pour soutenir le retour progressif au travail (ORPAT) (Bouffard, 2018; Bouffard *et al.*, 2019). Ces outils, tous fortement ancrés dans les données probantes et les besoins exprimés par les intervenants, adoptent cependant des cibles et des approches différentes.

Les OMRT s'ancrent principalement dans une approche ergonomique afin de soutenir le supérieur immédiat du travailleur dans le déploiement des modifications nécessaires aux tâches de travail. À l'origine, cet ensemble d'outils a été élaboré principalement dans le cadre de l'assignation temporaire, mesure prévue par la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (Stock *et al.*, 2005). Dans ce cadre, les OMRT abordent seulement les TMS, en se concentrant exclusivement sur les exigences physiques de la tâche selon les différents sites lésionnels (atteinte au dos, atteinte au poignet, etc.). Une des faiblesses rapportées est l'impossibilité d'utiliser directement ces outils lorsque deux sites lésionnels sont présents chez un travailleur (par ex. entorse au cou et douleur à l'épaule). L'utilisation des OMRT nécessite également une adhésion importante à la démarche proposée de la part du médecin traitant, qui pourrait s'avérer difficile à obtenir. En effet, celui-ci doit remplir plusieurs formulaires OMRT, qui viennent s'ajouter à ceux demandés habituellement par l'assureur et l'employeur. Cette demande supplémentaire s'insère dans une lourdeur administrative déjà dénoncée par les médecins de famille, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec affirmant que les tâches administratives occupent entre 20 et 25 % de leur temps (Cousineau, 2022).

En s'appuyant sur le concept de marge de manœuvre au travail (MM), le GEMM (Annexe B.I) mobilise une vision plus globale de l'individu en situation de travail, intégrant les composantes individuelles du travailleur (physique, psychologique, sociale) à une approche ergonomique du travail concordant également avec le paradigme de l'incapacité (Loisel *et al.*, 2001). En effet, la MM peut être définie comme un espace de régulation, délimité à la fois par certains paramètres personnels (capacités, représentations, conditions de vie) et professionnels (demandes et exigences de l'emploi; moyens et conditions de performance des tâches) permettant au travailleur de continuellement adapter ses activités de travail à des exigences et des capacités variables dans le temps (Durand *et al.*, 2011). Ultimement, le but du GEMM est ainsi de soutenir les professionnels de la réadaptation à structurer et baliser la démarche de

RPAT, en facilitant l'identification des ajustements à apporter pour permettre au travailleur de maintenir un niveau de capacités suffisant pour répondre aux exigences du travail, malgré les fluctuations de l'un ou l'autre de ces paramètres. LE GEMM a été développé pour tous les types de TMS avec un ou plusieurs sites lésionnels. Il ne requiert pas la collaboration du médecin traitant qui a déjà donné son aval pour la prise en charge en réadaptation et la modulation du retour progressif au travail, mais nécessite une formation préalable de 5 heures avant son administration afin d'assurer la fidélité interévaluateur.

L'ORPAT (Bouffard, 2018; Bouffard *et al.*, 2019) (Annexe C) est une version simplifiée du GEMM. La version pour les milieux de travail ne demande aucune formation, que ce soit en santé ou en ergonomie, et vise à soutenir les différents représentants des milieux de travail impliqués dans la gestion du RPAT (par exemple : conseiller en ressources, supérieur immédiat).

Les trois outils décrits précédemment font l'objet d'une comparaison détaillée au tableau 13 (Annexe A) en fonction : 1) des objectifs poursuivis; 2) des utilisateurs ciblés; 3) de la démarche proposée; 4) du contenu et format; 5) de la formation; 6) des forces et faiblesses.

1.3 Influences des caractéristiques sociodémographiques sur la prise en charge en réadaptation et le retour au travail (RAT)

Les outils visant le soutien du retour au travail doivent tenir compte des nombreux changements et tendances observés quant aux caractéristiques sociodémographiques de la main-d'œuvre. L'étude *Faire face à l'incapacité au travail : une mobilisation intersectorielle (MIST-CAPRIT)* (Coutu *et al.*, 2021, 2022; Durand *et al.*, 2021), réalisée par Marie-France Coutu et Marie-José Durand en collaboration avec de nombreux chercheurs et partenaires sociaux québécois, a permis d'identifier divers éléments facilitant ou entravant le retour et le maintien au travail (RAT/MAT) des travailleurs vieillissants, des travailleurs s'identifiant à des rôles traditionnellement féminins ou masculins ainsi que de ceux issus de groupes ethnoculturels minoritaires. Cette vaste étude combinait des revues des écrits scientifiques ainsi que des groupes de discussion comprenant des représentants des parties prenantes (employeur, assureur, syndicat, professionnel de la santé). Il en ressort globalement que l'impact de ces trois caractéristiques des travailleurs sur le RAT/MAT n'est ni direct, ni intrinsèque. En effet, la présence de l'une de ces caractéristiques ou d'une combinaison de celles-ci contribue à positionner différemment chaque travailleur à l'intérieur d'une structure et de processus sociaux prédominants. Ainsi, c'est à travers leur influence sur les rapports, interactions et processus sociaux, se traduisant par exemple dans les dynamiques de travail et les interactions thérapeutiques, que l'âge avancé, le genre et le fait d'être issu d'un groupe ethnoculturel minoritaire impactent le retour au travail. L'importance de ces dynamiques pointe généralement vers la nécessité que les professionnels de la santé et les milieux de travail adoptent des pratiques de RPAT permettant d'ouvrir la communication et les échanges pour évaluer les besoins et cibler des solutions adaptées à chaque personne

(Coutu *et al.*, 2021, 2022; Durand *et al.*, 2021). Les principaux enjeux spécifiquement associés à chacune des caractéristiques, la façon dont ils influencent le RAT/MAT ainsi que les principales leçons à en tirer pour les pratiques de RPAT sont résumés ci-après.

1.3.1 Les travailleurs vieillissants

Plusieurs auteurs suggèrent que la présence d'un problème de santé incapacitant chez les travailleurs vieillissants (plus de 45 ans), en se superposant au déclin « naturel » des capacités avec l'âge, viendrait accroître l'écart entre les capacités des personnes et les exigences du milieu de travail (Balducci et Fossa, 2013; Boot *et al.*, 2014; Boot *et al.*, 2016; Cichy *et al.*, 2017; de Wind *et al.*, 2018; Delloiacono, 2015; Fan *et al.*, 2020; Gignac *et al.*, 2018; Jetha *et al.*, 2016; Kadijk *et al.*, 2018; Koolhaas *et al.*, 2013; Leijten, van den Heuvel, *et al.*, 2015; Palmer et Goodson, 2015; Rinsky-Halivni *et al.*, 2022; Saint-Arnaud et Saint-Jean, 2002; Sanders, 2018; Saunders *et al.*, 2018; Smith *et al.*, 2014; Steenstra *et al.*, 2017; Virtanen *et al.*, 2015; Welch *et al.*, 2009). Les travailleurs de plus de 45 ans sont également souvent perçus comme ayant une vitesse de récupération et des capacités d'adaptation moindres que les travailleurs plus jeunes (Brooke et Taylor, 2005; Chiu *et al.*, 2001; DeArmond *et al.*, 2006; Faurie *et al.*, 2008; McCann et Giles, 2006; Redman et Snape, 2002; Rinsky-Halivni *et al.*, 2022). Certaines études suggèrent toutefois que ces perceptions d'un déclin des capacités pourraient, dans une certaine mesure, relever de croyances ou stéréotypes sous-estimant la transformation des capacités et l'accumulation de compétences spécifiques avec l'expérience, sur lesquelles il y aurait pourtant tout avantage à capitaliser pour mettre en place les conditions favorables au retour au travail (Brooke et Taylor, 2005; Chiu *et al.*, 2001; DeArmond *et al.*, 2006; Faurie *et al.*, 2008; Hertel *et al.*, 2013; McCann et Giles, 2006; McGoldrick et Arrowsmith, 2017; Redman et Snape, 2002; Van Dalen *et al.*, 2010).

Ainsi, dans cette perspective, la reprise et le maintien des travailleurs vieillissants au travail seraient notamment tributaires du niveau d'efforts consenti par les employeurs afin de réduire l'écart entre les capacités des travailleurs vieillissants et les exigences de travail (Durand *et al.*, 2021). Il peut s'agir, par exemple, d'accorder à ces travailleurs l'autonomie nécessaire pour ajuster leur rythme et leurs méthodes de travail ou encore de déployer certains aménagements (Boot *et al.*, 2014; Boot *et al.*, 2016; Cichy *et al.*, 2017; Ervasti *et al.*, 2017; Gignac *et al.*, 2018; Jetha *et al.*, 2018; Koolhaas *et al.*, 2013; Leijten, de Wind, *et al.*, 2015; Leijten, van den Heuvel, *et al.*, 2015; Leijten *et al.*, 2013; Palmer et Goodson, 2015; Sanders, 2018; Sewdas *et al.*, 2018; Welch *et al.*, 2009; Yelin *et al.*, 2000). L'obtention de telles mesures semble toutefois très variable et souvent entravée par les croyances des employeurs, qui associent les travailleurs vieillissants à des capacités et un engagement moindres, à un risque élevé de rechute ainsi qu'à des coûts importants pour la mise en place d'aménagements (Algarni *et al.*, 2015; Gignac *et al.*, 2018; Rinsky-Halivni *et al.*, 2022; Saunders *et al.*, 2018). Pour favoriser le retour et le maintien au travail des travailleurs vieillissants, il serait donc pertinent d'amener les milieux de travail à offrir une certaine flexibilité et un ensemble de mesures personnalisées (horaire, outils, exigences) au cours de leur RPAT

1.3.2 Les personnes issues de groupes ethnoculturels minoritaires

Le retour au travail des travailleurs issus de groupes ethnoculturels minoritaires semble entravé, d'une part, par un cumul de facteurs de vulnérabilité/précarité et, d'autre part, par certains écarts culturels complexifiant les interactions avec les intervenants issus du pays d'accueil. En effet, une grande proportion de ces travailleurs occupe des emplois peu qualifiés, ce qui les expose à des conditions de travail difficiles et des exigences élevées augmentant les risques de maladies ou de lésions professionnelles (Abraído-Lanza *et al.*, 2006; Allen *et al.*, 2012; Blinder, Murphy, *et al.*, 2012; Blinder, Patil, *et al.*, 2012; Carneiro *et al.*, 2013; Chibnall et Tait, 2005, 2009; Chibnall *et al.*, 2005; Lukyanova *et al.*, 2014; Mujahid *et al.*, 2010; Norrefalk *et al.*, 2006; Pompeii *et al.*, 2008; Sanchez, K. M. *et al.*, 2004; Sanderson *et al.*, 2015; Soares *et al.*, 2004). De plus, ces emplois peu qualifiés offrent généralement peu de possibilités d'aménagements (Anastas *et al.*, 2020; Blinder, Murphy, *et al.*, 2012; Côté *et al.*, 2020; Gravel *et al.*, 2012; Mujahid *et al.*, 2010; Qureshi *et al.*, 2014; Sanderson *et al.*, 2015) susceptibles de réduire l'écart entre les capacités du travailleur et les exigences du travail. Aussi, lorsque de tels aménagements sont théoriquement possibles (par exemple : assignation temporaire à des tâches administratives), le travailleur n'a souvent pas les qualifications reconnues pour y accéder (Blinder, Murphy, *et al.*, 2012; Côté *et al.*, 2020; Côté *et al.*, 2017; Gravel *et al.*, 2017; Norrefalk *et al.*, 2006; Sanderson *et al.*, 2015). Par conséquent, l'accès de ces travailleurs à des conditions et exigences de travail adaptées à leurs capacités demeure particulièrement limité. Pour les travailleurs surqualifiés aux qualifications non reconnues, cette situation tend à exacerber une insatisfaction souvent préexistante vis-à-vis de leur situation d'emploi et à générer une contrariété peu propice à leur mobilisation dans le processus de réadaptation et retour au travail (Blinder, Patil, *et al.*, 2012; Chibnall et Tait, 2005; Côté *et al.*, 2017; Gravel *et al.*, 2017; Lindström *et al.*, 2002; Mujahid *et al.*, 2010; Qureshi *et al.*, 2014; Soares *et al.*, 2004). Il apparaît donc nécessaire que les intervenants de santé tiennent compte de la diversité et de la complexité des parcours migratoires des travailleurs issus de groupes ethnoculturels minoritaires (Côté *et al.*, 2017).

Certains écarts culturels entre les travailleurs issus de groupes ethnoculturels minoritaires et les intervenants du pays d'accueil peuvent également complexifier les communications et les interactions. Bien que le plus visible de ces écarts concerne sans doute les barrières de langage (Côté *et al.*, 2020; Honoré Grauslund *et al.*, 2021), des différences sur le plan des représentations de la maladie et de l'incapacité, du droit de gestion ou des valeurs peuvent également susciter d'importants enjeux de compréhension mutuelle et de confiance (Coutu *et al.*, 2022). Il devient donc essentiel de clarifier la communication et les attentes entre le travailleur et les intervenants (Coutu *et al.*, 2022).

Le lien de confiance entre le travailleur et les intervenants du pays d'accueil peut être entaché par l'expérience d'un rapport problématique ou difficile du travailleur avec les institutions dans son pays d'origine (Coutu *et al.*, 2022) ainsi que par la prestation d'interventions peu adaptées, ne répondant pas aux besoins de santé perçus (Chibnall et Tait, 2005; John *et al.*, 2014). De tels enjeux de confiance affectent négativement le degré de mobilisation et d'engagement des travailleurs aux actions recommandées par les différents intervenants (Blinder, Murphy, *et al.*, 2012; Chibnall et Tait, 2005; Côté *et al.*, 2017; Coutu *et al.*, 2022; Gravel *et al.*, 2017; Gravel *et al.*, 2012; Habib et Fathallah, 2012; Honoré Grauslund *et al.*, 2021; Islam *et al.*, 2014; John *et al.*, 2014; Soares *et al.*, 2004).

En somme, le RPAT des travailleurs issus de groupes ethnoculturels minoritaires pourrait être facilité en incitant les intervenants impliqués à s'investir pour mieux comprendre les parcours migratoires et les représentations des travailleurs, ainsi qu'à adapter leurs communications en conséquence, de manière à établir et préserver un rapport de confiance avec ceux-ci.

1.3.3 Le genre

La dernière caractéristique ciblée est associée aux représentations traditionnelles des rôles de genre (homme pourvoyeur et femme dévouée à la vie familiale et domestique), qui demeurent prédominantes et soulèvent des défis particulièrement importants pour le RAT/MAT (Coutu *et al.*, 2021).

D'abord, les représentations des travailleurs de genre féminin seraient associées à un double fardeau ou un cumul de charge. En effet, plusieurs auteurs suggèrent que la forte charge physique et émotive associée à l'exercice d'un rôle familial traditionnellement féminin s'ajoute à la charge de travail professionnel/rémunéré des travailleurs de genre féminin (Arcas *et al.*, 2016; Côté et Coutu, 2010; Östlund *et al.*, 2001; Östlund *et al.*, 2004). Ce fardeau pourrait être accru par certaines conditions et exigences de travail auxquelles ces travailleurs sont particulièrement exposés, que ce soit dans des secteurs d'emploi traditionnellement masculins (ex : construction, agriculture) ou pour certains emplois à prédominance féminine (ex : enseignement, sciences infirmières) (Hubertsson *et al.*, 2017; Laaksonen *et al.*, 2010; Mäntyniemi *et al.*, 2012; Østby *et al.*, 2018). Une telle charge cumulée affecterait négativement le RAT de ces travailleurs, notamment en réduisant leur disponibilité à s'engager dans le processus de réadaptation (Hubertsson *et al.*, 2017; Laaksonen *et al.*, 2010).

Par ailleurs, plusieurs personnes de genre féminin perçoivent la réalisation des tâches domestiques et familiales comme une source légitime de valorisation, ce qui peut entraîner un désengagement dans la réadaptation et dans le retour au travail (Kvam et Eide, 2015; Kvam et Vik, 2015; Verdonk *et al.*, 2008). Au contraire, l'exercice d'un rôle familial traditionnellement masculin de pourvoyeur, en liant étroitement la valorisation personnelle au travail rémunéré, contribuerait à ce que l'arrêt de travail soit vécu comme une rupture identitaire majeure, d'où certains risques de retour au travail prématuré

(Berger, 2018; Côté et Coutu, 2010; Coutu *et al.*, 2021; Kallay *et al.*, 2017; Kvam *et al.*, 2013).

Une moins grande reconnaissance par les parties prenantes des besoins et des enjeux spécifiques aux travailleurs de genre féminin (Côté et Coutu, 2010; Leijon *et al.*, 2004; Lippel, 2003; Nielsen *et al.*, 2013; Verdonk *et al.*, 2008) ferait également obstacle à l'octroi du soutien requis, alors même que ces travailleurs semblent avoir davantage d'attentes à cet égard que leurs collègues de genre masculin (Kaptein *et al.*, 2009).

Il semble donc important de favoriser l'adoption, par les milieux de travail et professionnels de la santé, de pratiques de RPAT qui tiennent compte de la présence et de l'ampleur de la charge cumulée, de l'engagement du travailleur dans les différentes sphères de sa vie ainsi que de ses attentes face à l'environnement de travail.

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

2.1 Objectif général

L'objectif général était de poursuivre le développement du *guide d'évaluation de la marge de manœuvre* (GEMM) et de l'*outil de retour progressif au travail* (ORPAT) afin d'en étendre la portée.

2.2 Objectifs spécifiques

À cet effet, cette étude visait à :

1. Accroître la portée du guide d'évaluation de la marge de manœuvre (GEMM) et de l'outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) aux personnes présentant des troubles mentaux courants (TMC), de manière à produire des versions transdiagnostiques²;
2. Adapter les deux versions transdiagnostiques (guide d'évaluation de la marge de manœuvre [GEMM] et outil soutenant le retour progressif au travail [ORPAT]) issues de l'objectif 1, afin qu'elles soient sensibles à l'âge avancé, au genre et à la diversité ethnoculturelle des travailleurs;
3. Élargir l'utilisation de la version transdiagnostique et sensible à certaines caractéristiques sociodémographiques de l'outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) (issu de l'objectif 2) au contexte de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST).

L'objectif 3 et la méthode présentée dans le protocole initial n'ont toutefois pas pu être réalisés. En effet, au moment de sa réalisation, l'adoption du projet de loi 59 concernant la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail les pratiques (LMRSST), le 6 octobre 2021 a entraîné une révision en profondeur des pratiques de la CNESST au regard des mesures de réadaptation qui à ce jour est encore en cours. Cette situation a conduit à reformuler l'objectif comme suit :

4. Décrire l'applicabilité perçue de l'outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) dans le contexte de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST).

Afin de simplifier la lecture du rapport, les méthodes employées et les résultats obtenus sont présentés ensemble pour chaque objectif spécifique. Cette étude avait préalablement été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

² Version transdiagnostique inclut les populations présentant des TMS ou des TMC.

3. OBJECTIF 1 : Accroître la portée du guide d'évaluation de la marge de manœuvre (GEMM) et de l'outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) aux personnes présentant des troubles mentaux courants (TMC), de manière à produire des versions transdiagnostiques

3.1 Méthodes

3.1.1 Devis

Un devis séquentiel mixte (Tashakkori et Teddlie, 2010) s'appuyant sur la technique de recherche d'information par animation d'un groupe d'experts (TRIAGE) (Albert *et al.*, 2020; Gervais *et al.*, 2000) a été utilisé. TRIAGE est une technique structurée de collecte d'informations qui vise l'obtention d'un consensus (Gervais *et al.*, 2000) et qui a été utilisée avec succès au sein d'études antérieures dans le domaine de la réadaptation au travail (Marois *et al.*, 2020). Puisqu'elle repose sur un paradigme constructiviste (Gervais et Pépin, 2002), les chercheurs s'abstiennent d'imposer leurs points de vue et permettent plutôt aux experts-cliniciens de délibérer en fonction de leurs expériences et connaissances (Gervais et Pépin, 2002). TRIAGE permet de riches interactions entre les experts, ce qui stimule la réflexion, facilite l'expression de différents points de vue et permet de générer de nouvelles connaissances (Albert *et al.*, 2020). TRIAGE est recommandée pour l'élaboration d'interventions en réadaptation par des comités d'experts et a également été identifiée comme une stratégie de mise en œuvre de partenariats avec des milieux cliniques, puisqu'elle inclut des professionnels de la santé dès le début du processus de recherche (Dionne *et al.*, 2005; Marois *et al.*, 2020). TRIAGE comporte plusieurs avantages dont favoriser des interactions directes entre les participants et l'obtention d'un résultat relativement rapide avec les experts (Gervais *et al.*, 2000).

3.1.2 Participants

Un échantillon de convenance de 11 experts-cliniciens a été recruté pour le premier exercice TRIAGE concernant spécifiquement le GEMM. Puisque deux (2) d'entre eux n'étaient plus disponibles pour poursuivre l'exercice pour l'ORPAT, deux (2) nouveaux experts-cliniciens ont été recrutés spécifiquement pour ce second volet. Les critères d'inclusion étaient 1) être ergothérapeute œuvrant en réadaptation au travail auprès de travailleurs ayant une incapacité au travail due à un trouble mental commun (> 50 % de leur clientèle); 2) avoir reçu une formation sur l'utilisation du GEMM; 3) avoir au moins deux ans d'expérience en réadaptation au travail. Utilisé lors d'études antérieures en réadaptation au travail, ce dernier critère a permis de recruter des experts-cliniciens qui ont su apporter de nombreuses connaissances (Coutu *et al.*, 2011). Le nombre ciblé d'experts-cliniciens est conforme à la recommandation de TRIAGE qui se situe entre 6 et 12 experts (Albert *et al.*, 2020).

3.1.3 Collecte et analyse des données

La collecte et l'analyse des données ont été réalisées en deux temps, d'abord pour le GEMM et ensuite pour l'ORPAT, selon la même technique.

GEMM. Dans un premier temps, l'équipe de recherche a développé une version transdiagnostique préliminaire du GEMM (Annexe B.II). Par la suite, des experts-cliniciens ont été recrutés dans les centres ou les cliniques de réadaptation au travail dans la région du Grand Montréal et de la Montérégie, ainsi que par l'intermédiaire de leurs association et ordre professionnel. Tous les experts-cliniciens acceptant de participer ont dû signer un formulaire de consentement.

Les données sociodémographiques ont été collectées à l'aide d'un questionnaire en ligne (*Microsoft Forms*). Ces données incluaient l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience comme ergothérapeute et dans le domaine de la réadaptation au travail, la proportion de travailleurs présentant un trouble mental courant qu'ils ont traités durant la dernière année par rapport à l'ensemble de leur clientèle et la date de leur formation sur l'outil.

Par la suite, les deux phases de TRIAGE ont été réalisées.

Phase 1 – Production individuelle : Les experts-cliniciens ont étudié individuellement la version préliminaire du GEMM avant de remplir un questionnaire permettant d'évaluer leur niveau d'accord sur le contenu de l'outil. À cet effet, les adaptations de l'outil sur lesquelles ils étaient appelés à se prononcer ont été clairement identifiées dans les documents. Les experts-cliniciens disposaient de deux semaines pour remplir le questionnaire Web. Cette procédure a permis à chaque expert de réfléchir individuellement sur le sujet et de faire une première série de propositions de modifications préalablement à la production collective. Cela a contribué à limiter le risque de biais pendant la production collective où des participants plus rapides ou plus éloquentes pourraient contribuer davantage à la discussion, lors des rencontres de groupes.

Instrument : Le questionnaire (Annexe D.I.I) a été adapté de Coutu *et al.* (2016) et cherchait d'abord à documenter le niveau d'accord concernant la suffisance, la clarté et l'applicabilité des différentes adaptations réalisées dans le GEMM. À cet effet, des énoncés sur chacune des dimensions évaluées (suffisance, clarté, applicabilité) pour chaque adaptation réalisée ont été formulés. Le niveau d'accord a ainsi été évalué pour chacun de ces énoncés, sur une échelle dichotomique (en accord / en désaccord) (Dillman, 2000). Lorsqu'ils étaient en désaccord, les experts-cliniciens ont ensuite été invités à justifier leur point de vue et à faire des propositions pour remédier à la situation.

Phase 2 – production collective : Avant la production collective, un pourcentage d'accord a été calculé pour chaque énoncé concernant la suffisance, la clarté ou l'applicabilité des

adaptations réalisées. Les énoncés qui n'ont pas fait l'objet d'un accord général ($\geq 80\%$) (Tassé *et al.*, 2010) ont été identifiés comme nécessitant des discussions et un consensus lors de la production collective. Pour ces contenus, les propositions ont été retranscrites mot à mot et de façon anonyme sur un tableau blanc interactif virtuel (*Freehand* par *InVision*). Aussi, une liste des propositions à discuter, classées par section de l'outil, a été transmise par courriel aux experts-cliniciens pour faciliter les discussions de groupe.

Une rencontre (durée de 90 minutes) a été organisée après les heures de travail. Une durée maximale de trois heures est recommandée lorsque les participants sont en présence, en raison de la fatigue causée par un tel exercice (Albert *et al.*, 2020; Gervais et Pépin, 2002) : il a donc été convenu de réduire cette durée de moitié puisque celui-ci se déroulait en mode virtuel. Des notes détaillées ont été prises tout au long des délibérations du groupe de consensus. Une compensation financière de 200\$ a également été offerte à chaque participant.

Lors des rencontres de groupe, les énoncés à discuter à ce moment précis ont été affichés sur le tableau blanc interactif afin de faciliter le triage par l'animateur (Albert *et al.*, 2020). Les propositions ont ainsi d'abord été affichées dans une section nommée mémoire, puis les experts-cliniciens ont pu choisir de les regrouper lorsqu'ils avaient des similitudes ou de les déplacer à la corbeille pour ne plus avoir à les discuter. Les propositions groupées ont ensuite pu être classées dans l'une des trois catégories suivantes : fusionner (un nouveau nom est donné à un groupement); diviser (une proposition est divisée en propositions distinctes); et ajouter (de nouvelles propositions ont émergé à la suite de discussions entre les experts-cliniciens) (Albert *et al.*, 2020). Toutes les propositions pour lesquelles les participants sont parvenus à un consensus, ont été sélectionnées et placées dans la section sélection. En cas de désaccord entre experts-cliniciens, l'animateur a pu solliciter l'avis des participants pour déplacer temporairement une proposition de la section et la mettre au « réfrigérateur » pour discussion ultérieure. Si aucun accord ne semblait possible, l'animateur avait également la possibilité de transférer la proposition à la section veto pour examen ultérieur par des experts-cliniciens extérieurs au groupe (Albert *et al.*, 2020; Gervais et Pépin, 2002). Cette production collective a permis aux experts-cliniciens d'effectuer la phase d'analyse des propositions et de coproduire les ajouts ou modifications à faire au GEMM. Ainsi, le GEMM a été modifié selon les propositions retenues et ayant fait consensus entre les experts-cliniciens. Les chercheurs de l'équipe se sont également appuyés sur ces résultats pour proposer une version préliminaire de l'outil à soumettre aux milieux de travail (ORPAT).

ORPAT. TRIAGE a été réalisée à nouveau sur la version transdiagnostique préliminaire de l'ORPAT (Annexe C.I). Les participants au premier TRIAGE ont été invités à participer à cette nouvelle étape. Puisque le nombre de participants était insuffisant (moins de 8), d'autres participants ayant les mêmes caractéristiques ont été recrutés par les mêmes stratégies. L'instrument de collecte de données a été modifié pour correspondre à l'évaluation de l'ORPAT. La réalisation des phases individuelle et collective de la collecte

de données (Annexes D.I. I et D.I.II) ainsi que les analyses descriptives ont été identiques à ce qui est décrit précédemment. Au terme de cet exercice, l'ORPAT a été modifié en fonction des résultats obtenus, permettant ainsi de rendre disponibles des versions transdiagnostiques du GEMM et de l'ORPAT sur lesquelles ont pu s'appuyer les démarches subséquentes d'adaptation aux caractéristiques des travailleurs (âge avancé, genre et groupes ethnoculturels minoritaires) (objectif 2).

3.2 Éthique

Tout au long de l'étude, un soin particulier a été apporté afin de respecter en tout temps les principes de respect des personnes et de préoccupation pour le bien-être et la justice. Tous les participants ont été informés du déroulement de l'étude, de leur implication et de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment sans conséquence. Les participants ont tous signé un formulaire de consentement dont une copie leur a été remise. Tous les participants se sont vu attribuer un code numérique qui leur a été associé tout au long de l'étude. Les questionnaires en ligne ont été élaborés à partir d'un logiciel (Forms de la suite Microsoft Office 365, sous licence institutionnelle de l'Université de Sherbrooke) permettant de compiler les données sur une plateforme sécurisée, hébergée au Québec. Les données sociodémographiques ont été conservées séparément des autres données. Les données physiques sont verrouillées dans un classeur. Les transcriptions seront détruites dans un délai maximal de cinq ans après la fin de l'étude. Ces procédures ont été suivies pour les 3 objectifs de l'étude.

3.3 Résultats

3.3.1 Caractéristiques des participants

Onze (11) personnes ont participé au TRIAGE concernant les adaptations à réaliser au GEMM. Toutes étaient des femmes pratiquant comme ergothérapeutes. Celles-ci avaient entre 3 et 21 années d'expérience à la fois en ergothérapie et en réadaptation au travail. La répartition de leur clientèle aux prises avec un TMC se déclinait ainsi : trois ergothérapeutes en avaient plus de 75 %, six en avaient entre 51 et 75 %, une en avait entre 25 et 50 % et, enfin, deux en avaient moins de 25 %.

Huit (8) ergothérapeutes ont participé au TRIAGE concernant l'ORPAT, dont un seul homme. Ceux-ci ont déclaré avoir entre 4 et 15 années de pratique comme ergothérapeute et entre 4 et 13 années de pratique en réadaptation au travail. Leur clientèle était aussi largement composée de personnes aux prises avec un TMC, puisque 6 participants sur 8 en comptaient plus de 50 %.

3.3.2 Modifications pour accroître la portée transdiagnostique des outils

3.3.2.1 Guide d'évaluation de la marge de manœuvre (GEMM)

Parmi l'ensemble des réponses au questionnaire en ligne (Annexe D.I.I), seulement 2 énoncés ont obtenu moins de 80 % d'accord. Ces deux énoncés traitaient de la marge de **manœuvre thérapeutique (MMT)**. Le premier concerne la suffisance de moyens et possibilités proposés dans la grille (Annexes B.I. II et B. II) et le second, les indicateurs mesurant les effets sur la santé et la production (Annexe B.I.II).

Quinze propositions ont été formulées sur la suffisance des moyens et possibilités. Les propositions ont été regroupées par les participants en trois types de moyens et possibilités : individuels, organisationnels, relatifs aux tâches. Une des 15 propositions chevauchant deux catégories a été scindée en deux propositions distinctes pour un total de 16. Le tableau 1 présente des exemples de chaque type.

Tableau 1. Catégorisation des propositions de bonification aux moyens et possibilités proposés dans la grille de création de la MMT

Type de moyens et possibilités	Proposition	Exemple
Individuels	4	Avoir accès à un endroit pour une sieste
Organisationnels	7	Télétravail
Relatifs aux tâches	5	Graduer les tâches

Les propositions additionnelles retenues se déclinent de la façon suivante : une proposition de la catégorie de moyens et possibilités individuels, trois propositions de type organisationnel et une relative aux tâches.

Les participants ont également proposé deux nouveaux **indicateurs** pour mesurer les effets des interventions sur leur santé et leur production dans la **grille d'analyse et d'ajustement de MMT**, afin d'en assurer la **suffisance**. Il s'agit de la *fréquence des symptômes* et de la *difficulté de maintien de l'équilibre occupationnel*.

Dans le cadre de ces discussions, les participants ont également demandé que des indicateurs relatifs aux *difficultés de sommeil* et à la *difficulté de maintien de l'équilibre occupationnel* soient ajoutés à la **grille d'évaluation de la marge de manœuvre initiale** (Annexe B.II.I).

Le tableau 2 présente l'ensemble des propositions retenues en vue d'accroître l'utilisabilité du GEMM auprès de travailleurs aux prises avec un TMC.

Tableau 2. Synthèse des propositions d'adaptations au GEMM

Section de l'outil	Catégorie	Proposition retenue
Grille de création de la MMT	Individu	Intégrer des moyens de gestion des symptômes (stress, énergie)
	Organisation	Intégrer parmi les exemples de moyens : <ul style="list-style-type: none"> • Avoir de la formation • Avoir de la rétroaction de son supérieur • Télétravail
	Tâches	Intégrer parmi les exemples de moyens : <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilité des tâches
Grille d'analyse et d'ajustement de la MMT	Individu	Ajouter des indicateurs concernant : <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence des symptômes • Difficulté de maintien de l'équilibre occupationnel
Grille d'évaluation de la MM initiale (MMi)	Individu	Ajouter des indicateurs concernant : <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de sommeil • Difficulté de maintien de l'équilibre occupationnel

3.3.2.2 Outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT)

Parmi l'ensemble des réponses au questionnaire en ligne (Annexe D.I.II), seulement quatre énoncés ont obtenu moins de 80 % d'accord. La moitié de ces énoncés portaient sur la clarté de certains termes ou concepts utilisés. Ces 4 énoncés ont généré un total de 9 propositions de changement à discuter.

Trois (3) propositions ont été faites pour améliorer la **clarté** du moyen « **Fractionner les tâches** ». Les discussions ont donné lieu à des regroupements, d'où l'adoption de deux propositions : 1) conserver l'expression « *fractionner les tâches* » dans l'intitulé de

l'exemple; 2) remplacer le terme « *fractionner* » par « *diviser* » dans le descriptif de l'exemple.

Deux (2) propositions ont également été faites afin d'améliorer la **suffisance des exemples de moyens** permettant d'augmenter la marge de manœuvre. Celles-ci visaient l'ajout d'exemples concernant spécifiquement le télétravail et l'encadrement par le supérieur immédiat de manière à souligner l'importance de son implication pour la relation de confiance avec le travailleur. Après discussion, les participants se sont cependant entendus pour intégrer ces éléments au sein d'exemple préexistants dans la liste : une référence au télétravail a ainsi été incluse dans l'exemple « *Planifier l'horaire de travail en dehors des périodes d'achalandage* », alors que des précisions concernant l'encadrement du supérieur ont été ajoutées dans l'exemple « *Offrir de la formation ou du mentorat à l'employé* ».

Les participants ont aussi fait deux (2) propositions afin d'accroître la **pertinence de l'analogie entre la reprise du travail et l'exemple de l'entraînement au gym** pour représenter la réalité des TMC. Après discussion, ces deux propositions initiales ont été rejetées, mais une nouvelle proposition impliquant d'ajouter à cet exemple celui du « *début d'un nouveau travail* » a été adoptée.

Concernant la **clarté de l'expression « problème de santé psychologique »** pour désigner les TMC, les participants ont proposé deux expressions qu'ils considéraient comme plus claires à cet effet. Il n'est cependant demeuré qu'une seule proposition à l'issue des discussions, soit celle de remplacer l'expression « *problème de santé psychologique* » par « *problème de santé mentale* ».

Le tableau 3 présente l'ensemble des propositions retenues en vue d'accroître l'utilisabilité de l'ORPAT auprès de travailleurs aux prises avec un TMC.

Tableau 3. Synthèse des propositions d'adaptations à l'ORPAT

Section de l'outil	Proposition retenue
Exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre	<p>A. Pour l'exemple de moyen « Fractionner les tâches » (Annexe C.I, adaptation I) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Conserver le terme « fractionner » dans l'intitulé. ○ Remplacer « fractionner » par diviser dans le descriptif. <p>B. Modifier l'exemple « Planifier l'horaire de travail en dehors des périodes d'achalandage » (ORPAT initial, p.15) pour y ajouter une référence au télétravail.</p> <p>C. Ajouter l'encadrement du supérieur dans l'exemple « Offrir de la formation ou du mentorat à l'employé » (ORPAT initial, p.15).</p>
Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 3	<p>D. Ajouter l'exemple du « début d'un nouveau travail » à l'analogie existante de l'entraînement au gym (ORPAT initial, p.10).</p>
Dans l'ensemble du guide d'utilisation	<p>E. Remplacer « problème de santé psychologique » par « problème de santé mentale ».</p>

4. OBJECTIF 2 : Adapter les deux versions transdiagnostiques (guide d'évaluation de la marge de manœuvre [GEMM] et Outil soutenant le retour progressif au travail [ORPAT]) issues de l'objectif 1 afin qu'elles soient sensibles aux enjeux associés à l'âge avancé, au genre et aux groupes ethnoculturels minoritaires

4.1 Méthodes

4.1.1 Devis

La réalisation de cet objectif s'est appuyée sur un devis séquentiel mixte (Tashakkori et Teddlie, 2010) exécuté en trois étapes. En effet, des experts sur le genre, l'avancée en âge et les groupes ethnoculturels minoritaires ont d'abord été invités à se prononcer quant aux adaptations à apporter à l'ORPAT transdiagnostique issu de l'objectif 1 (**étape 1**). La clarté et la faisabilité des adaptations en ayant découlé ont ensuite été évaluées à l'aide d'un questionnaire soumis à des experts-cliniciens (ergothérapeutes) intervenant sur le terrain (**étape 2**). Enfin, des représentants du milieu de travail ont été appelés à exprimer leur point de vue quant à l'utilisabilité de la nouvelle version ORPAT issue de la réalisation des étapes précédentes de l'étude (**étape 3**).

4.1.2 Participants

Un échantillonnage non probabiliste de type intentionnel (Fortin et Gagnon, 2016) a été réalisé à chacune de ces étapes.

Étape 1 : Pour générer la liste d'adaptations, six (6) experts-contenu (2 par caractéristique sociodémographique) ont été consultés. Afin d'être sélectionnés, ceux-ci devaient avoir une expertise reconnue en regard de la caractéristique sociodémographique ciblée (ex. : publication, rôle-conseil).

Étape 2 : Huit (8) experts-cliniciens (ergothérapeutes), dont cinq (5) ayant participé à la collecte de données de l'objectif 1 et trois (3) ergothérapeutes nouvellement recrutés, ont été sollicités. Les mêmes critères d'inclusion qu'à l'objectif 1 ont été utilisés.

Étape 3 : Cinquante-six (56) représentants des milieux de travail (conseillers en ressource humaine ou gestionnaires) impliqués directement depuis au moins un an dans la gestion des retours au travail de travailleurs présentant les caractéristiques ciblées (âge avancé, genre, groupes ethnoculturels minoritaires) ont été invités à participer à l'étude. Une certaine représentativité des secteurs d'activités les plus touchés par l'absentéisme (causé par les TMS et/ou les TMC) au Québec et une variété de tailles des entreprises étaient par ailleurs recherchées. Les secteurs d'activités recherchés ont été déterminés à partir des statistiques d'absence disponibles au moment du recrutement. Quinze (15) personnes travaillant au sein de petites ou moyennes entreprises (moins de 500

employés) ont par ailleurs été contactées, contre quarante-et-une (41) pour les grandes entreprises (500 employés et plus). Au final, vingt-trois (23) représentants des milieux de travail ont accepté de participer à l'entretien.

Tous ces participants ont été recrutés à l'aide de quatre stratégies : 1) annonce diffusée par courriel à la liste de contacts du CAPRIT, composée de personnes de divers milieux ayant accepté d'être contactées pour participer à des recherches; 2) annonce diffusée sur les réseaux sociaux ; 3) contact personnalisé avec des informateurs clefs; 4) stratégie boule de neige.

4.1.3 Collecte de données

Étape 1 : Les participants experts-contenu ont reçu l'ORPAT transdiagnostique issu de la réalisation de l'objectif précédent, des questions pour se préparer à l'entretien ainsi qu'un court questionnaire sur leurs caractéristiques sociodémographiques. Le questionnaire en format Word a été échangé par courriel avec les participants et abordait les questions suivantes : sexe, âge, poste occupé, spécialisation / principaux thèmes de recherche, années d'expérience. L'entretien individuel a abordé les ajouts nécessaires à l'ORPAT en posant des questions telles que : « Comment l'ORPAT peut-il tenir compte des caractéristiques des travailleurs de 45 ans et plus ? » (Annexe D.II.I). Ces entretiens ont été enregistrés et transcrits intégralement.

Étape 2 : Huit (8) participants experts-cliniciens (ergothérapeutes) ont reçu l'ORPAT modifié à partir des résultats de l'étape précédente, un court questionnaire en ligne sur leurs caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, poste occupé, années d'expérience à titre d'ergothérapeute et en réadaptation au travail), ainsi qu'un questionnaire leur permettant de se prononcer, sur une échelle dichotomique (oui/non), quant à la clarté et à la faisabilité de chacune des adaptations proposées (Annexe D.II.II). Pour qu'une adaptation proposée soit considérée comme claire ou faisable, au moins 80 % des participants devaient avoir répondu « oui » à la question. Les deux questionnaires en ligne ont été réalisés sur Microsoft Forms.

Étape 3 : Les représentants des milieux de travail ont reçu l'ORPAT transdiagnostique ajusté à partir des résultats de l'étape précédente, des questions pour se préparer et un court questionnaire en ligne sur leurs caractéristiques sociodémographiques (nom; sexe; âge; titre du poste occupé; années d'expérience au poste actuel et dans ce type d'emploi ou de fonction; taille et type d'organisation actuelle; principale cause d'absence dans l'organisation; proportion de personnes de 45 ans et plus, de femmes et de personnes employées issues de groupes ethnoculturels minoritaires dans l'organisation). Des entretiens individuels ont été réalisés dans le lieu de leur choix afin de répondre à deux grandes questions portant sur l'utilisabilité de l'outil spécifiquement auprès des travailleurs ayant les caractéristiques ciblées, mais aussi en termes d'intention générale d'utilisation. Puisque certaines sections du guide d'utilisation de l'ORPAT avaient fait l'objet de plusieurs discussions et adaptations à ce stade-ci du processus, l'avis des représentants

des milieux de travail concernant certains éléments spécifiques a également été sollicité (Annexe D.II.III).

4.1.4 Analyses

Les caractéristiques des divers participants (experts-contenu, experts-cliniciens, représentants de milieu de travail) ont été compilées dans un chiffrier Excel. Selon la nature des variables, des fréquences, des étendues, des moyennes et/ou des écarts-types ont été estimés.

Étape 1 : La technique d'analyse par questionnement analytique (Paillé et Muchielli, 2016) a été retenue pour le traitement des entretiens individuels avec les experts-contenu. Cette technique est généralement employée afin de produire un certain nombre de constats et de recommandations répondant à un nombre limité de questions bien circonscrites. Elle repose essentiellement sur le déploiement d'une stratégie en trois (3) étapes, soit 1) la formulation de questions permettant d'opérationnaliser les objectifs visés ; 2) la constitution d'un canevas investigatif, par l'application de ces questions au corpus de données générant des questions plus précises ; 3) l'apport progressif de réponses prenant la forme d'énoncés, de constats, de remarques, de propositions et de textes synthétiques, mais aussi de nouvelles questions auxquelles il faudra répondre (Paillé et Muchielli, 2016). La procédure suivante a été appliquée : deux membres de l'équipe de recherche (MJD, MAP) ont d'abord formulé des questions opérationnelles avant de les appliquer, individuellement, au corpus constitué des données d'entretien pour faire émerger diverses questions plus précises. Ces deux membres de l'équipe ont ensuite mis en commun ces questions formulées individuellement, afin de s'entendre sur un canevas investigatif plus précis. Ces deux dernières étapes (examen individuel du corpus de données et mise en commun des questions suscitées) ont été répétées jusqu'à ce que ces membres de l'équipe parviennent à un consensus quant au canevas investigatif à appliquer. Une seule de ces personnes (MAP) a ensuite appliqué ce cadre investigatif au corpus de données pertinent. Les résultats « intermédiaires » ont cependant été rediscutés par ces deux membres de l'équipe à plusieurs reprises au cours du processus. Puisque les experts-contenu consultés avaient peu d'adaptations concrètes à proposer, la traduction de leurs propositions sous forme d'adaptations précises à faire à l'ORPAT a nécessité un travail supplémentaire d'opérationnalisation de la part de l'équipe de recherche. Ainsi, cette dernière a examiné l'ensemble des propositions réalisées par les experts, puis regroupé celles portant sur des préoccupations du même ordre, avant de formuler plus concrètement les modifications à l'ORPAT.

Étape 2 : Afin d'identifier le niveau de consensus entre les experts-cliniciens, un pourcentage d'accord pour chaque énoncé de l'ORPAT a été calculé. Les questions qui n'ont pas obtenu un niveau d'accord suffisant ($\geq 80\%$) (Tassé *et al.*, 2010) ont été soumises à une analyse plus approfondie afin d'identifier les adaptations à faire pour améliorer la situation. Les adaptations identifiées comme nécessaires, claires et faisables à l'issue de ces analyses ont ainsi été directement intégrées dans l'ORPAT

transdiagnostique, de manière à le rendre sensible aux diverses réalités sociodémographiques étudiées. L'équipe de recherche a également identifié, parmi les préoccupations évoquées et adaptations proposées, celles qui pourraient être transposées au GEMM.

Étape 3 : Les transcriptions des entretiens réalisés auprès des représentants des milieux de travail ont été analysées selon la même démarche par questionnement analytique (Paillé et Muchielli, 2016) que celle employée à l'étape 1. Certaines propositions d'amélioration concrètes faites au cours de ces entretiens avec les représentants des milieux de travail ont été directement intégrées dans l'ORPAT transdiagnostique.

4.2 Résultats

4.2.1 Description des participants

4.2.1.1 Experts-contenus (étape 1)

Les six (6) experts de contenu consultés étaient majoritairement des femmes (N=4) âgées entre 34 à 61 ans. Tous occupaient des postes de chercheur ou professeur-chercheur, à l'exception d'une personne qui était récemment retraitée de ce titre d'emploi, et leur expérience de travail s'échelonnait entre 7 et 35 ans.

4.2.1.2 Experts cliniciens (étape 2)

Les huit (8) experts cliniciens (ergothérapeutes), dont 7 femmes, étaient âgés entre 29 et 46 ans. Leur expérience clinique variait entre 5 et 24 ans en ergothérapie et ils cumulaient entre 4 et 17 ans d'expérience dans le domaine de la réadaptation au travail.

4.2.1.3 Représentants des milieux de travail (étape 3)

Dix-neuf (19) entretiens individuels et deux (2) entretiens en duo ont été réalisés, pour un total de vingt-et-un (21) entretiens réalisés dans vingt (20) organisations. L'échantillon était composé d'une majorité de femmes, ayant un âge moyen de 42,6 ans et ayant en moyenne 5,7 années d'ancienneté à leur poste actuel. La majorité d'entre eux occupait des postes associés à la gestion des ressources humaines dans de grandes entreprises. Les caractéristiques de ces participants sont présentées au tableau 4.

Tableau 4. Caractéristiques des représentants de milieux de travail (N=23 participants)

Caractéristique	Résultat
Âge	Étendue : 29-55 ans Moyenne : 42,6 ans Écart-type : 8,1 ans
Sexe	17 femmes 6 hommes
Poste occupé	Conseiller en ressources humaines : n=21 Gestionnaire de proximité (superviseurs) : n=2
Ancienneté au poste	Étendue : 0,08-19 ans Moyenne : 5,7 ans Écart-type : 5,7 ans
Expérience dans ce type de fonction	Étendue : 0,08-29 ans Moyenne : 14,1 ans Écart-type : 7,7 ans

Les organisations dont étaient issus ces participants se répartissaient entre divers secteurs d'activités et étaient en majorité des grandes entreprises syndiquées. En effet, sur les quinze (15) représentants de PME contactés, seulement quatre (4) ont accepté de participer. Pour la moitié des organisations (10/20), les troubles psychologiques et les troubles musculosquelettiques représentaient des niveaux semblables des cas d'absentéisme, tandis que pour 8 organisations (8/20) les troubles mentaux dominaient plus clairement. Plusieurs d'entre elles comptent entre 25 % et 50 % de travailleurs de 45 ans et plus (N=14) et de femmes (N=9) parmi leurs employés. En comparaison, la présence de travailleurs issus de groupes ethnoculturels minoritaires semble relativement faible (moins de 25 % des travailleurs) dans treize des vingt organisations. Le tableau 5 détaille les caractéristiques de ces organisations.

Tableau 5. Caractéristiques des organisations représentées par les participants

Caractéristique	Catégorie	Nombre d'organisations (N=20)
Taille de l'entreprise	PME (10-499 employés)	4
	Grande entreprise (500+ employés) syndiquée	15
	Grande entreprise (500+ employés) non syndiquée	1
Secteur d'activité (SCIAN)	Administrations publiques	2
	Commerce de détail	2
	Commerce de gros	3
	Construction	2
	Extraction minière	1
	Fabrication	2
	Services d'enseignement	4
	Soins de santé et assistance sociale	2
	Transport et entreposage	1
	Transport par camion	1
Cause d'incapacité la plus fréquente dans l'entreprise	Trouble musculosquelettique	2
	Trouble psychologique	8
	Les 2 à égalité	10
% travailleurs de 45 ans et plus	< 25 %	0
	25-50 %	14
	50-75 %	6

Caractéristique	Catégorie	Nombre d'organisations (N=20)
	> 75 %	0
% femmes employées*	< 25 %	3
	25-50 %	9
	50-75 %	4
	> 75 %	3
% travailleurs issus de groupes ethnoculturels minoritaires	< 25 %	13
	25-50 %	6
	50-75 %	1
	> 75 %	0

*Données manquantes pour une organisation.

4.2.2 Adaptations proposées par les experts de contenu (étape 1)

D'emblée, un consensus est apparu entre les participants quant à la nécessité que les adaptations apportées à l'outil ne réfèrent pas explicitement à la caractéristique sociodémographique ciblée (âge, genre, groupes ethnoculturels minoritaires), afin de ne pas nourrir les stéréotypes et accroître les risques de stigmatisation inhérents.

On n'est pas obligé de dire : « Si vous avez une femme avec des charges familiales », on peut dire : « Si vous avez quelqu'un qui a des charges familiales importantes ». Ça va être le 3/4 du temps plus une femme, mais le « quelqu'un » en question ça permet, justement, de dire « Ce n'est pas juste les femmes qui devraient faire ça ! » (...) ça va être moins pire que de suggérer le stéréotype soi-même dans l'outil (EX-C_01)

... c'était pour ça, mon point, de dire « Faites attention quand vous administrez l'outil de ne pas... soit de venir à faire de l'âgisme ou de laisser transparaître comme si vous en faites, alors que vous en faites pas », parce que là, vous les mettez dans une catégorie. (...) est-ce qu'on va vers là, puis dire « On fait ça neutre, mais dans les recommandations, on tient compte de ce qui pourrait aider les travailleurs vieillissants comme, justement, la flexibilité d'horaire plus, plus, là ». Mais ça, tout le monde aimerait ça, là, avoir cette flexibilité-là, de toute façon (...) on serait

quasiment mieux d'aller à des choses, peut-être, globales, pour tout le monde, qu'on sait qui aideraient les travailleurs vieillissants, puis qui aideraient aussi les autres travailleurs... (EX-C_02)

Les participants ont également formulé neuf (9) propositions d'éléments plus spécifiques à considérer pour permettre aux différentes versions de l'outil de tenir compte des enjeux associés à l'âge avancé, au genre et aux groupes ethnoculturels minoritaires.

Le tableau 6 illustre ces neuf (9) propositions avec des extraits de verbatim pertinents.

Tableau 6. Propositions à l'ORPAT appuyées par des verbatim des experts de contenu

Proposition	Verbatim
<p>A. Expliciter la possibilité de recourir à l'ORPAT pour faciliter aussi le maintien au travail</p>	<p><i>Peut-être qu'il pourrait y avoir quelque chose du genre que ça, c'est pour le retour au travail, mais que ça peut ouvrir une porte à des discussions pour du maintien en emploi. Tu sais, quand... souvent, on dit « Essayez de retourner durable et sécuritaire », mais « durable », là, ce n'est pas juste le retour au travail, puis une semaine après, là. Donc ça pourrait être : « Cet outil pourrait être aussi utilisé ponctuellement quand le travailleur est juste en retour au travail régulier », tu sais ? Juste pour être sûrs que ça va bien, puis rouvrir une porte à parler de son travail. (EX-C_02)</i></p>
<p>B. i. Inciter les utilisateurs à vérifier la compréhension de la personne</p> <p>ii. Expliciter l'utilisation non discriminatoire de l'outil</p>	<p><i>... qu'est-ce qui peut être un enjeu pour le coordonnateur de retour au travail ? Qu'est-ce qui peut être un enjeu pour le travailleur concerné lui-même ? La première chose qui m'est venue à l'esprit, c'est — il y a plusieurs choses —, mais d'abord : la communication. Est-ce que le travailleur parle français ou anglais ? (...) la langue va toujours être un enjeu, parce qu'il faut que la personne comprenne bien le processus dans lequel on s'embarque, parce que si on dit, s'entendre sur des objectifs de production, de performance, il faut que la personne comprenne bien de quoi il s'agit. (EX-C_03)</i></p> <p><i>Tu sais, une phrase de normalisation, peut-être ? (...) mais peut-être si on revient au début dans la mise en contexte, tu parlais, je pense qu'il y a des exemples de phrases, là, de... « On est ici pour parler de ton retour, voir comment tu vas te dévoiler aux collègues », je pense qu'il y avait cet élément-là. Il pourrait y avoir une phrase que tu pourrais mettre... une phrase type, là. Tu sais, genre « On fait cet outil-là, normalisant, avec tout le monde... ça n'a pas rapport avec ton âge, ça n'a pas rapport avec ta culture, ton genre ou... » Je pense ça serait</i></p>

Proposition	Verbatim
	<p><i>peut-être intéressant, puis déjà, ça augmenterait le niveau de confiance, je pense, dans la façon qu'on le remplit. (EX-C_02)</i></p>
<p>C. Reconnaître les impacts potentiels des accommodements de travail (aménagement) sur les collègues de la personne employée</p>	<p><i>... la plus grosse difficulté, c'est l'évolution de l'encadrement. Des collègues, enfin, du groupe. (...) tu es une infirmière dans une équipe, tu changes de surveillant, enfin, de cadre, de superviseur, ça peut changer du tout au tout l'ambiance de l'équipe et tu pouvais être un peu protégée, d'avoir des horaires qui te mettent, nous, ce qu'on appelle « des horaires coupés », (...) d'alterner les champs avec des gens lourds et des gens un peu plus légers à la fois en poids, mais aussi en technicité. Tu peux avoir un cadre qui trouve ça compliqué et qui veut tout le monde, tout le monde sur un pied d'égalité qui te remet tout, tout, tout à plat (EX-C_04)</i></p> <p><i>... « adapter la tâche », aller insister un petit peu plus sur le facteur collectif du travail et les enjeux collectifs et sociaux liés au retour au travail, ça permet de... d'avoir une certaine prise pour aborder le genre. (EX-C_01)</i></p>
<p>D. Tenir compte des enjeux de fatigabilité et de difficultés de sommeil chez certaines personnes</p>	<p><i>... quand on vieillit, des fois, la régularisation du sommeil est de moins en moins facile. Donc ça a un effet sur la récupération aussi physique. Ce serait possible peut-être de diminuer les horaires atypiques chez les travailleurs vieillissants, surtout pendant un retour progressif, d'éviter, je pense par exemple aux gens dans le secteur de la santé, là, les infirmières ou les gens, par exemple, les policiers, les pompiers, qui ont beaucoup de travail atypique avec des horaires très variables en termes de chiffres, là, de jour, de soir, et tout ça, c'est vraiment difficile chez les travailleurs vieillissants, là, cette rotation d'horaire. Donc soit prévoir plus de temps entre deux rotations, ou d'éviter ça pendant le retour progressif. (EX-C_02)</i></p>

Proposition	Verbatim
<p>E. Sensibiliser les employeurs à la réticence qu'ont certaines personnes à discuter de leurs difficultés et de leur besoin de soutien pour réaliser leur travail</p>	<p><i>... il y a aussi le fait que les hommes ont moins tendance à demander d'aide. Ça, je me disais que ça pourrait être mentionné (...) on pourrait dire : certains employés vont avoir moins tendance à rechercher de l'aide ou à faire part de leurs difficultés, c'est un phénomène qu'on a remarqué plus spécifiquement chez les hommes... (EX-C_05)</i></p>
<p>F. Inciter les intervenants à considérer les enjeux de conciliation travail- vie personnelle</p>	<p><i>Mais, c'est surtout la conciliation travail/famille, le fait que les femmes ont une charge mentale plus élevée ... ça, ça pourrait être intégré (EX-C_05)</i></p>
<p>G. Rappeler l'importance d'un suivi régulier pour tenir compte des possibilités de changements rapides dans la situation de travail</p>	<p><i>La question, c'est l'histoire de la temporalité, c'est-à-dire, du fait que ça évolue et j'ai l'impression que le monde du travail évolue de plus en plus et de plus en plus vite (...) donc ce retour-là, il est programmé dans tel contexte, mais qu'est-ce qu'on fait si l'évolution fait que ça, ce n'est pas tenable ? (...) Parce que la marge de manœuvre, elle est un peu situationnelle, c'est-à-dire qu'elle est... elle dépend du moment, quoi. Et là, en fait, dans la démarche de retour au travail, on fait une hypothèse implicite de stabilité de la situation, aussi bien du côté de la personne, d'ailleurs, que du côté du travail. (EX-C_04)</i></p>
<p>H. Accorder une flexibilité d'horaire pour mieux tenir compte de la diversité des défis rencontrés par les personnes employées</p>	<p><i>Je pense que de tenir compte du fait que peut-être que les femmes en arrêt de travail ont... bien, les femmes et les hommes, là, mais beaucoup les femmes ont adapté leur horaire ou ont adapté leur façon de gérer la sphère familiale, la sphère domestique, mais c'est sûr qu'il y a une réadaptation au moment de retourner au travail. Donc, peut-être que ça serait un point que l'employeur pourrait discuter avec employé ? En fait, c'est plus dans ce sens-là. (EX-C_05)</i></p>
<p>I. Offrir la possibilité de faire du mentorat pour tenir compte des capacités des personnes expérimentées</p>	<p><i>... peut-être de prévoir, dans les... quand vous dites « de prévoir des horaires rotatifs avec peut-être des tâches moins exigeantes », ces tâches moins exigeantes là, ce qui pourrait être intéressant, ce seraient des moments de partages d'expérience, exemple, du mentorat qu'eux pourraient offrir à leurs collègues. Parce que ça, ça a deux fonctions, en fait. La première c'est qu'eux-mêmes se rendent</i></p>

Proposition	Verbatim
	<i>compte, justement, des trucs de métier qu'ils ont développé qu'ils pourraient passer à leurs collègues, puis ça amène la reconnaissance de la part des collègues, puis c'est de la visibilité de ce qui est fait par le travailleur vieillissant donc au niveau de l'intégration, surtout après un arrêt de travail, ça valorise beaucoup le travailleur qui revient, puis ça amène des tâches plus légères en plus dans l'horaire de travail.</i> (EX-C_02)

En tenant compte du consensus précédemment évoqué, ces neuf (9) propositions ont été opérationnalisées par l'équipe de recherche en douze (12) adaptations spécifiques dans l'**ORPAT** transdiagnostique. Ces adaptations réfèrent principalement à la considération que doit porter l'utilisateur de l'outil : 1) à certains enjeux et difficultés spécifiques (p. ex. : fatigabilité, responsabilités familiales, compréhension du langage) ; 2) aux comportements et attitudes de communication à adopter pour identifier ces enjeux et difficultés ; 3) aux aménagements de travail à mettre en place pour répondre aux difficultés identifiées ; 4) au suivi à réaliser à différents moments du processus de retour et de maintien au travail. Le détail des propositions et des adaptations réalisées dans cette version préliminaire de l'outil est présenté dans le tableau 7.

Tableau 7. Adaptations à l'ORPAT selon les propositions des experts de contenu

Proposition	Adaptation*	Section
A. Expliciter la possibilité de recourir à l'ORPAT pour faciliter aussi le maintien au travail	A1. « <i>Il pourra aussi être utilisé pour soutenir le maintien au travail.</i> » (Ajout)	En bref / Quand ?
	A2. « <i>Si le maintien au travail apparaît difficile, la Grille pourrait être utilisée de nouveau pour appuyer la recherche de solutions.</i> » (Ajout)	Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 5
B. i. Inciter les utilisateurs à vérifier la compréhension de la personne	« <i>D'abord, il faut s'assurer que la démarche et le langage utilisés soient bien compris par la personne. Il est aussi suggéré de préciser que l'outil ORPAT est utilisé auprès de toutes les personnes en processus de retour au travail, sans égard au diagnostic, à l'âge, à l'origine ethnoculturelle ou au genre.</i> » (Ajout à l'encadré)	Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 1
ii. Expliciter l'utilisation non		

Proposition	Adaptation*	Section
discriminatoire de l'outil		
C. Reconnaître les impacts potentiels des accommodements de travail (aménagements) sur les collègues de la personne employée	C. « <i>Je sais que cela peut avoir un effet sur votre travail et je suis disponible pour en discuter</i> ». (Ajouts à la fin des exemples d'annonce par le supérieur)	Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 1
D. Tenir compte des enjeux de fatigabilité et de difficultés de sommeil chez certaines personnes	D. « Il est <i>recommandé</i> * d'alterner les périodes travaillées avec des périodes de repos <i>et d'éviter les changements de quarts (jour/soir/nuit) pendant le retour progressif</i> ». (Reformulation du 2 ^e encadré)	Grille de planification pour le retour progressif au travail / 2-Horaire de travail prévu
E. Sensibiliser les employeurs à la réticence qu'ont certaines personnes à discuter de leurs difficultés et de leur besoin de soutien pour réaliser leur travail	E1. « <i>Questionner l'individu au sujet des principales difficultés au travail présentes avant l'absence peut aussi aider à mieux planifier le retour au travail. Puisque certaines personnes, pour diverses raisons, ne parleront pas facilement des difficultés rencontrées au travail, vous pourriez leur demander : "Pour nous aider à bien planifier votre retour au travail, pourriez-vous me parler de ce que vous trouvez difficile habituellement dans votre travail ?"</i> » (Ajout d'un encadré)	Grille de planification pour le retour progressif au travail / 5-Difficultés anticipées
	E2. « En fonction des tâches et des difficultés identifiées, <i>Puisque plusieurs personnes employées auront des difficultés à identifier ce qui leur permettrait de réaliser leur travail, il est souhaitable nécessaire de discuter ensemble des moyens leur permettant de maintenir une marge de manœuvre suffisante. Vous pourriez leur demander : qu'est-ce qui vous aiderait à réaliser votre travail ?</i> » (Ajouts et reformulation)	Grille de planification pour le retour progressif au travail / 6-Moyens pour contrer les difficultés
	E3. « Par exemple, vous pourriez demander : <i>Comment voyez-vous ce plan de travail ?</i> Cette étape offre une occasion à l'individu d'exprimer	Grille de planification pour le retour progressif au travail / 7

Proposition	Adaptation*	Section
	ses craintes et de réviser le plan de travail s'il n'est pas assez confiant de pouvoir le réaliser » (Ajout)	-Niveau de confiance face au travail planifié
F. Inciter les intervenants à considérer les enjeux de conciliation travail-vie personnelle	F. « <i>S'il y a lieu, les enjeux de conciliation travail-vie personnelle peuvent aussi être discutés à ce moment.</i> » (Ajout à l'adaptation E1)	Grille de planification pour le retour progressif au travail / 5-Difficultés anticipées (encadré)
G. Rappeler l'importance d'un suivi régulier pour tenir compte des possibilités de changements rapides dans la situation de travail	G. « <i>La situation de travail (tâches, ressources, contexte) peut évoluer rapidement. L'efficacité des moyens et aménagements proposés peut donc aussi varier d'une semaine à l'autre. Un suivi régulier améliore les chances de succès.</i> » (Ajout d'un encadré/point de vigilance)	Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 4
H. Accorder une flexibilité d'horaire pour mieux tenir compte de la diversité des défis rencontrés par les personnes employées	H. « <i>Offrir une flexibilité d'horaire</i> <i>Proposer un nombre d'heures par jour ou par semaine à atteindre, au lieu d'un horaire fixe. Ce type de moyen peut s'avérer particulièrement utile en présence d'enjeux de fatigabilité et de conciliation travail-vie personnelle.</i> » (Ajout)	Exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre
I. Offrir la possibilité de faire du mentorat pour tenir compte des capacités des personnes expérimentées	I. « <i>Offrir la possibilité d'être mentor</i> <i>L'individu expérimenté peut devenir un guide/formateur auprès de certains collègues, ce qui peut aider à réduire certaines exigences de son travail.</i> » (Ajout)	Exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre

*Les éléments en italique permettent de distinguer les éléments ajoutés aux extraits présentés, lorsque nécessaire. Les éléments raturés ont été supprimés.

Bien que ces entretiens aient uniquement porté sur l'ORPAT, l'équipe de recherche s'est appuyée sur ces préoccupations pour réaliser certaines adaptations conséquentes dans le **GEMM** (Annexe B.III). Ainsi, la grille d'évaluation de la marge de manœuvre initiale a

été modifiée de manière à tenir compte de la précarité d'emploi³ (genre et groupes ethnoculturels minoritaires), du sexe/genre prédominant de l'équipe de travail (genre), ainsi que de la durée de récupération et des difficultés de sommeil (âge). Ces deux dernières considérations relatives à l'âge ont également été intégrées à la grille d'analyse de la marge de manœuvre thérapeutique. Tous les éléments à ajouter à la formation l'ont été à l'aide de textes d'informations sur les enjeux relatifs au genre, à l'âge et aux travailleurs issus de groupes ethnoculturels minoritaires ainsi que sous la forme de quiz insérés dans des histoires de cas mettant l'emphase sur ces enjeux (Annexe B.IV). Le tableau 8 rapporte l'ensemble des changements réalisés au GEMM au vu de ces préoccupations.

Tableau 8. Éléments inclus dans le GEMM et dans la formation des professionnels de la santé préalable à son utilisation.

Caractéristique des personnes	Élément à prendre en compte	GEMM	Formation GEMM
Le genre	La précarité d'emploi	✓	✓
	Les difficultés d'accès aux accommodements		✓
	Enjeux de conciliation travail-vie personnelle		✓
	Impact du sexe/genre de l'équipe de travail sur le soutien au travail	✓	
Groupes ethnoculturels minoritaires	La précarité de l'emploi	✓	✓
	Les barrières linguistiques		✓
	Le caractère transitoire de l'emploi versus parcours professionnel global		✓
	La surqualification		✓

³ Les caractéristiques du travail précaire peuvent être classées en trois dimensions : le revenu (salaire, retraite, avantages sociaux), la sécurité (temporaire, sur appel, saisonnier) et la possibilité (formation non reconnue, pas de possibilité d'avoir un meilleur emploi).

Caractéristique des personnes	Élément à prendre en compte	GEMM	Formation GEMM
L'âge	La durée de récupération plus longue et de la fatigabilité accrue	✓	✓
	Les difficultés de sommeil	✓	✓
Pour tous	Le cumul des particularités liés aux différentes caractéristiques (genre, âge, groupes ethnoculturels minoritaires) et les effets sur les représentations et la vulnérabilité de ces populations.		✓
	L'importance de bien évaluer les représentations des travailleurs au sujet de leur problème de santé et face au retour au travail.		✓

4.2.3 Clarté et faisabilité des adaptations à l'Outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) selon les experts cliniciens (étape 2)

Toutes les adaptations proposées à l'étape 1 ont été considérées comme **claires** par les participants ($\geq 80\%$). Les participants ont néanmoins formulé trois (3) propositions pouvant être intégrées pour améliorer la clarté (voir tableau 9). Dix des douze adaptations proposées ont été considérées comme **faisables** ($\geq 80\%$). Les deux adaptations jugées moins faisables concernent la discussion des enjeux de conciliation travail-vie personnelle (adaptation F) ainsi que l'exemple de moyen pour augmenter la marge de manœuvre relatif à la flexibilité d'horaire (adaptation H). Aucune proposition n'a été formulée par les participants pour répondre à ces préoccupations. L'équipe de recherche a cependant proposé des ébauches de réponses à cet effet. L'ensemble de ces préoccupations et propositions, ainsi que les modifications apportées à l'ORPAT pour en tenir compte, sont détaillées dans le tableau 9.

Tableau 9. Modifications réalisées en réponse aux préoccupations de clarté et de faisabilité de l'ORPAT.

Adaptation	Enjeu de...	Préoccupation / proposition	Modification*
B.i. Vérification de la compréhension de la personne	Clarté	Préciser dans le libellé à quoi on fait référence par « langage utilisé » (Encadré p.8)	« D'abord, il faut s'assurer que le langage, <i>les mots utilisés*</i> sont bien compris par la personne » (Ajout à l'encadré; tableau 7, adaptation B).
F. Considération des enjeux de conciliation travail – vie personnelle	Clarté	Donner des exemples d'enjeux de conciliation travail-vie personnelle et comment ils peuvent nuire au processus de RAT; sensibiliser les employeurs à l'impact positif de les considérer afin qu'ils soient plus enclins à questionner l'individu à ce sujet.	Suppression de l'adaptation F : tableau 7. Ajout d'un 2 ^e encadré incluant un énoncé plus neutre et concret : <i>« En plus des difficultés identifiées dans le milieu de travail (tâches, équipement, horaire ou autre) ce moment est l'occasion de s'informer auprès de la personne employée au sujet d'autres éléments qui pourraient rendre le retour au travail plus difficile. Par exemple, cette question pourrait être posée : est-ce que vous voyez d'autres éléments à l'extérieur du travail (rendez-vous médicaux, transport ou autre) qui pourraient compliquer votre retour ? (Grille de planification pour le retour progressif au travail / 5 – Difficultés anticipées).</i>
	Faisabilité	La conciliation travail-vie personnelle demeure un sujet sensible à aborder pour plusieurs employeurs (réticences à cet effet) : utiliser des concepts plus neutres	

Adaptation	Enjeu de...	Préoccupation / proposition	Modification*
G. Importance d'un suivi régulier	Clarté	Donner un exemple pour que les utilisateurs comprennent la nécessité de faire le suivi rapproché par le superviseur (préciser les avantages) (encadré p.14, annexe C.III)	Suppression de l'adaptation G : tableau 7 Ajout d'un paragraphe : « <i>Par définition, la marge de manœuvre en situation de travail est dynamique, puisque tous les éléments qui la composent varient dans le temps : les exigences du travail, les moyens disponibles, la condition du travailleur. La marge de manœuvre sera suffisante si les exigences du travail et les moyens mis à la disposition de l'individu lui permettent de maintenir un équilibre entre l'atteinte des objectifs de production et le maintien de sa santé*. Le maintien de cet équilibre doit donc être fréquemment réévalué.</i> » (En bref / Fondements de l'outil) Ajout / reformulation : « Un suivi hebdomadaire <i>à chaque semaine</i> évite les malentendus sur les <i>au sujet des attentes</i> et permet de <i>tenir compte de la variation des exigences de travail et facilite</i> des ajustements rapides du plan de travail en cas de difficulté. <i>Par exemple, il pourrait indiquer d'enlever une tâche prévue ou d'ajouter un nouveau moyen pour faciliter le travail.</i> » (Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 4 : encadré)
H. Exemples de moyens pour augmenter la MM : Offrir une flexibilité d'horaire	Faisabilité	Cette mesure semble difficile / impossible à implanter dans certains milieux de travail. L'explicitation d'un éventail plus large d'utilités potentielles de ce moyen pourrait moduler le rapport coûts-bénéfices perçu par les milieux de travail.	Ajout : « Ce type de moyen peut s'avérer particulièrement utile en présence <i>de fatigue, de difficulté de récupération ou d'enjeux de fatigabilité</i> et <i>de conciliation travail-vie personnelle</i> » (Adaptation H, tableau 7)

*Les éléments en italique permettent de distinguer les éléments ajoutés aux extraits présentés, lorsque nécessaire. Les éléments raturés ont été supprimés.

4.2.4 Utilisabilité perçue par les représentants des milieux de travail (étape 3)

4.2.4.1 Possibilité d'application de l'outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) auprès des populations ciblées

La grande majorité des participants reconnaissent que la présence de l'une ou l'autre des caractéristiques étudiées peut être associée à certains enjeux pour le déroulement du retour progressif au travail. Plus spécifiquement, plus de la moitié des participants perçoivent des enjeux particuliers pour les travailleurs de 45 ans et plus et les travailleurs issus de groupes ethnoculturels minoritaires, tandis que près du tiers mentionne certains enjeux en lien avec le genre.

Tous les participants considèrent que l'ORPAT peut être utilisé auprès des populations visées. Plus du tiers d'entre eux lie cette utilisabilité de l'outil à sa capacité de mieux prendre en compte les enjeux reliés à l'âge, au genre et/ou aux groupes ethnoculturels minoritaires pour le retour au travail et la gestion d'invalidité. Par exemple, l'outil permettrait de capter plus facilement certains enjeux de capacité/productivité pour les travailleurs plus âgés :

Puis, c'est sûr qu'il peut y avoir avec l'âge, du déconditionnement, entre guillemets, « naturel », là, si on veut, là. Donc, effectivement qu'il y a des enjeux particuliers par rapport à l'âge. Mais l'outil, tant qu'à moi, peut cerner, je crois, ces enjeux-là (...) donc, au niveau de la productivité attendue, si tu as été en arrêt de travail pendant 6 mois, moi, je peux m'attendre que ça se peut que ça soit plus long pour ce travailleur-là pour revenir. Donc avec cette case-là « productivité attendue », il y a une façon de capturer cet élément-là (R-MT_02)

Il pourrait également faciliter la verbalisation des craintes et difficultés souvent plus difficile pour les travailleurs de genre masculin :

... je pense que je traiterais pareil un homme ou une femme en disant « Peut-être, ce n'est pas verbalisé, nécessairement, mais... » Mais tu sais, il y a [*dans l'outil*], là, j'essaie de me rappeler, mais tu sais, une place qui nous fait parler un petit peu la personne aussi par rapport à ses craintes de retour au travail, donc tu sais... (R-MT_15)

Il permettrait par ailleurs de mieux soutenir les travailleurs issus de groupes ethnoculturels minoritaires en rendant plus claire la démarche :

... je trouve que cet outil-là peut justement venir prendre en compte tout ça [différences culturelles], puis exposer « Là, regarde, on fait ça pour t'aider à revenir », puis ça peut même conforter aussi la famille, là (...) ils vont comme sentir qu'ils sont bien accompagnés puis qu'on le fait pour eux puis pour les bonnes raisons puis qu'on les prend en considération dans ce plan de retour au travail, là.

Ça fait que moi, je trouve ça aidant, là, pour les autres types aussi... les gens qui ont des cultures différentes et tout là (R-MT_16)

L'utilisabilité de l'outil semble étroitement liée à son caractère généraliste et à son adaptabilité. En effet, plusieurs participants reconnaissent à l'ORPAT une certaine neutralité, ou « non-spécificité », permettant d'en envisager l'utilisation auprès de tous les travailleurs, sans égard à leurs caractéristiques ou situations particulières :

... il est très général, tu sais, il n'est « pas spécifique », il est spécifique selon la structure qu'il est fait, je trouve qu'il amène vraiment, ça fait qu'on n'oublie rien, on est sûrs de rien oublier, mais, tu sais, je ne me dis pas que « Ah, si c'est tel type d'employé, je ne serais pas capable de l'utiliser », là. (R-MT_07)

... je me disais « Ça pourrait s'appliquer à tout le monde », là. C'était un peu mon constat, là. Ça fait que je me disais, tu sais, pas nécessairement plus à quelqu'un d'âgé ou quelqu'un d'une autre nationalité ou... tu sais ? Je voyais que ça s'appliquait vraiment à tout le monde (R-MT_15).

Pour près de la moitié des participants, cette non-spécificité de l'outil permettrait également aux employeurs qui le souhaitent d'en adapter l'application à la réalité particulière du travailleur qui réalise son retour progressif au travail, notamment en facilitant la discussion avec lui et, ainsi, la prise en compte de son point de vue :

C'est vraiment, tu sais, je pense qu'il est bien, tu sais, il est bien équilibré sur le côté spécifique, mais qu'il peut s'ajuster à n'importe quelle clientèle, là (R-MT_07)

... je trouvais que c'était facilement adaptable, pis peu importe pour quel type de, d'employé. (R-MT_16)

4.2.4.2 Intention d'utilisation

La majorité des participants sont favorables à l'utilisation de l'ORPAT. En effet, sur les 21 entretiens réalisés, 16 (incluant les 2 superviseurs) indiquent une intention d'utiliser l'outil :

Honnêtement, j'aimerais vraiment. J'aimerais pouvoir l'utiliser, bien sûr, avec votre autorisation, dans certains retours au travail, dans certains magasins. Je pense que ça serait un plus, une valeur ajoutée (R-MT_17)

Pour quelques-uns d'entre eux, cependant, cette utilisation ne peut se faire intégralement, requérant plutôt certaines adaptations à la réalité particulière du gestionnaire / supérieur immédiat et de l'organisation :

... la portion de la productivité attendue, je ne sais pas à quel point on pourrait le définir autant. (...) Il va peut-être avoir des impondérables qui vont faire en sorte que quelque chose qui aurait peut-être pris 15 minutes va en prendre plus

longtemps, puis ça ne sera pas nécessairement un déficit de productivité de l'employé. (...) je pense que nous, de notre côté, avec peut-être le volume qu'on a, on l'adapterait un petit peu, mais les éléments de base sont quand même bons (...) peut-être pas toutes les sections, mais oui, c'est quelque chose qu'on utiliserait. (R-MT_19)

Parmi les quelques participants n'ayant pas l'intention d'utiliser l'outil dans leur organisation, la majorité évoque un certain intérêt pour son utilisation, mais la considère peu probable à court/moyen terme en raison de certaines normes, règles, procédures ou contraintes associées à la gestion de grandes organisations :

... moi, je serais intéressée, oui, là. Est-ce que je vais l'utiliser ? Dans le sens que je ne peux pas prendre une décision seule dans une grande organisation (R-MT_05)

4.2.4.3 Modalités d'utilisation

Les participants envisagent d'utiliser l'ORPAT à quatre (4) fins principales :

1. Soutenir et faciliter les communications entre le conseiller RH, le superviseur et le travailleur, de manière à favoriser le partage d'informations et la prise en compte de leurs points de vue respectifs.

Donc bon, regarde, lui, il (*le médecin*) dit : « Pas de tâches pouvant causer du stress », bon, bien « Quelles sont les tâches dans ta description qui te causent le plus de stress ? On va essayer de les éliminer... » (...) j'aurais une discussion avec le superviseur de la personne pour dire "Écoute, moi, j'ai Roger (...) qui serait prêt à revenir au travail de manière progressive, voici l'horaire proposé par le médecin (...) ce que je te propose, c'est que j'ai un outil qui pourrait nous aider à structurer son retour au travail" (...) puis, bien, on a une discussion ensemble (...) puis on conviendrait de quelques suivis pour voir avec le travailleur comment le retour se fait (R-MT_01)

Donc moi, je trouve que l'outil est adapté, ça nous (*les supérieurs immédiats*) permet (...) de poser les bonnes questions aux individus avec qui on va faire affaire parce que soit la personne aux assurances, qui s'occupe du dossier, soit l'intervenant ou le thérapeute, soit l'employé, aussi, tu sais ? (R-MT_08)

2. Expliciter, structurer, baliser et uniformiser la mise en œuvre de la démarche de RPAT par les supérieurs immédiats dans l'organisation.

...à la limite, ça pourrait être déposé comme « politique de retour au travail » aux employés en disant « Voici comment nous comme employeur, on va fonctionner si vous êtes en invalidité », tout ça. Ça fait que, tu sais, on part sur des bases transparentes, on part sur des bases que, nous, on devrait faire ça si vous êtes en invalidité (R-MT_08)

3. Soutenir les superviseurs / supérieurs immédiats dans la planification du RPAT.

Puis, tu sais, ce volet-là, moi j'aurais tendance à rendre les directeurs adjoints autonomes pour qu'eux puissent faire leurs propres rencontres puis planifier, justement, ce plan de retour là en collaboration, bien sûr, avec notre équipe, là, mais... tu sais, ils pourraient faire le premier contact, là (R-MT_16)

4. Faciliter le suivi auprès du travailleur et/ou de son supérieur immédiat, de manière à assurer le respect et le bon déroulement de la démarche de RPAT.

Donc, nous autres, on ne veut pas déresponsabiliser le superviseur, on essaie de l'outiller, mais d'un autre côté on n'est pas toujours convaincus, comme je vous disais, que tout est égal partout. Donc là, je pense que ça peut être bien d'avoir l'outil et nous d'avoir un suivi aussi sur « comment ça s'est passé tes interventions ? » (...) « est-ce qu'on se réajuste ? » Aussi, quand l'employé va venir nous voir pour des suivis, si j'ai les feuilles de comment qu'ils se sont parlé, comment ça a été fait, bien nous, on a déjà quelque chose sur lequel s'appuyer... (R-MT_11)

4.2.4.4 Conditions d'utilisation

Tous les conseillers RH s'étant prononcés sur la question envisagent utiliser l'outil principalement pour les retours au travail après une absence de longue durée. Les opinions restent cependant partagées quant au potentiel de l'outil pour la gestion des cas complexes :

Tu sais, je commencerais peut-être par les dossiers, effectivement, les plus complexes, puis après ça, là, aller vers de plus en plus de dossiers [*simples*] (...) ça pourrait aussi nous donner des balises si jamais ça ne fonctionne pas avec ces gens-là pour revenir sur la grille de planification du retour, puis d'expliquer à ces personnes-là que « On s'est rencontrés à telle date, on avait convenu ça », puis ça nous donne une espèce de portrait global aussi (...) donc même les dossiers les plus problématiques (...).(R-MT_03)

Parce qu'initialement qu'est-ce qu'on avait discuté c'est que l'outil s'appliquait vraiment sur un cas parfait d'invalidité, donc une personne qui est complètement, là, tu sais, qui veut revenir au travail, tu sais, complètement motivée, elle est très objective face à sa condition, et tout. Ça fait que ça s'applique vraiment pour un cas parfait d'invalidité. Un employé, là, comme « modèle » d'invalidité ! (R-MT_19)

La moitié des participants s'étant prononcé sur la question semble par ailleurs accorder peu d'importance au problème de santé à l'origine de l'incapacité :

... je trouvais que ça pouvait peut-être être utile dans le cas d'un retour progressif aussi pour les gens qui souffrent d'autres maladies autres que CNESST, puis santé

mentale, là. Je parlais, entre autres, de cas de retours progressifs des suites d'un cancer aussi (R-MT-01)

4.2.4.5 Facilitateurs et obstacles à l'utilisation de l'outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT)

1) Les caractéristiques intrinsèques de l'ORPAT. Près de la moitié des participants perçoivent les caractéristiques de l'outil comme étant généralement favorables à son utilisation. Il en va ainsi, notamment, de sa simplicité et de sa clarté :

...j'aime beaucoup votre outil, là, honnêtement, c'est assez clair, c'est allégé, c'est, je veux dire, on sait qu'est-ce qu'on regarde, on sait où on s'en va. (...) je suis passée vraiment à travers l'outil au complet, le lire. J'ai lu tous les éléments, c'est vraiment clair, on comprend c'est quoi les attentes, on voit où on veut aller (R-MT_17)

Le fait que l'outil parvienne à aborder l'ensemble des dimensions nécessaires pour structurer le processus de RPAT tout en demeurant relativement concis apparaît aussi comme un atout :

... j'ai vraiment trouvé ça intéressant parce que vous touchez à tous les aspects, puis je pense qu'il n'y a pas grand-chose sur lequel vous êtes passé à côté... à vrai dire, rien, là, c'est... vous permettez à l'employeur de regarder toutes les possibilités, toutes les options puis de réfléchir de façon — comment je dirais donc ? — objective, à un retour au travail. (R-MT_08)

Pour quelques participants, toutefois, la concision de l'outil demeure insuffisante, tandis que sa capacité structurante et son exhaustivité pourraient en certaines circonstances entraver le processus de RaT :

... il faudrait le scinder, il faudrait vraiment le raccourcir. (...) Ce n'est pas juste de compléter ce document-là, il y a des suivis qui doivent en émaner. Alors, ce qu'on se rend compte aussi, de par l'exercice, là, que certains de nos secteurs font, plus il y a de questions, évidemment, plus il y a d'interventions et plus de suivis. (...) C'est trop. (...) Je le trouvais, d'un premier jet, quand je l'ai vu, je me suis dit « Bon, la petite moyenne entreprise qui n'a absolument rien comme balise, c'est extraordinaire, c'est bien parce que tu vas avoir peu de gens dans les différents rôles respectifs, ça va être beaucoup plus facile à suivre, contrairement à une organisation aussi complexe et grosse comme la nôtre (R-MT_20)

2) Les caractéristiques du milieu de travail. Les principaux obstacles perçus à l'utilisation de l'ORPAT sont davantage associés à certaines caractéristiques et contraintes propres au milieu de travail (organisation/ entreprise). Parmi ces obstacles, le peu de temps dont disposent, dans plusieurs milieux de travail, les personnes

responsables de la gestion des invalidités pour mettre en œuvre l'outil est fréquemment mentionné :

... ce n'est pas faisable, on n'aura pas le temps de faire ça! On n'a pas... tu sais, c'est plus là-dessus que j'ai accroché beaucoup. « Rencontres initiales avec l'employé pour discuter du retour au travail », « non, pas fait, pas le temps », puis à la fin de la semaine « compléter des grilles », personne ne va faire ça. C'est juste ça mon inquiétude, c'est que ça ne sera pas fait parce que ça va être, ça va rajouter une lourdeur (R-MT_09)

Certaines modalités d'organisation du travail dont les multisites ou la répartition des quarts de travail peuvent aussi rendre inapplicables certaines dispositions prévues par l'outil :

... notre cadre ici est assez rigide, là, ça fait que ce ne sont pas des choses qui seraient si faciles à mettre en place, là. Donc, c'est ça, quand les gens choisissent un poste, bien, oui, ça, tu sais, il peut y avoir des quarts de travail le mardi puis le jeudi soir, par exemple, puis des jours de fin de semaine, mais c'est, ça fait partie du poste, là. Puis, tu sais, on ne peut pas accommoder, tu sais, de dire « Bien, ton quart de travail, on va le déplacer, on va le mettre en journée », parce que bien, ça nous crée un déficit à l'autre moment, là... (R-MT_13)

3) La plus-value anticipée de l'outil pour le milieu de travail. La reconnaissance des effets positifs anticipés de l'utilisation de l'outil pourrait agir comme un incitatif important à son utilisation.

Pour certains participants, cette plus-value anticipée de l'utilisation de l'outil semble en partie associée à la capacité structurante de l'outil, qui permettrait une certaine uniformisation de la démarche de retour au travail au sein de leur organisation, en facilitant notamment la communication et le partage d'informations entre les parties prenantes :

Autant pour l'employé, que pour l'employeur, que pour les coéquipiers de cette personne-là ou les supérieurs de cette personne-là, qu'on soit tous sur la même longueur d'onde puis que ça favorise, je cherchais le mot tantôt, mais c'est « favoriser » le retour au travail et que ça bénéficie à l'employé, puis ça bénéficie à l'employeur. (R-MT_08)

Ce potentiel d'uniformisation des pratiques de RPAT bénéficierait à plusieurs organisations. Des participants en ressources humaines y voient une facilitation à déléguer aux gestionnaires certaines tâches et responsabilités en matière de gestion des retours au travail. La capacité structurante de l'outil pourrait aussi contribuer à assurer une plus grande transparence de la démarche de RPAT :

Bien, ils [*gestionnaires*] seraient plus autonomes puis ils pourraient faire déjà une première approche, puis... Tu sais, des fois, on ne peut pas toujours se déplacer partout. Donc, au moins, s'il y avait l'outil, puis qu'on leur montrait comment bien l'utiliser, comment bien l'interpréter (...) Je pense que c'est un outil, justement, qui est bâti pour aider les gestionnaires dans la gestion d'un retour au travail. Donc moi, je le vois vraiment comme un plus là, pour mettre en place dans notre entreprise (R-MT_16)

En requérant l'implication du travailleur dans la démarche de RPAT, la mise en œuvre de l'outil pourrait par ailleurs contribuer à ce qu'elle soit perçue plus positivement par les travailleurs et ainsi, à accroître leur confiance et leur engagement dans celle-ci :

Puis oui, on s'adapte à l'employé, mais j'ai l'impression qu'on ne demande pas tant son avis. Puis avec ce formulaire-là, je trouvais qu'on allait valider, justement : « Est-ce que l'employé est confiant des tâches qu'on va lui donner ? Est-ce qu'il se sent à l'aise de faire ça ? » Puis peut-être aussi de lui faire gagner de la confiance ? Tu sais, même s'il dit qu'il n'est pas à l'aise puis qu'on lui dit « Non, non, non, non, le médecin, il dit que ça, c'est correct, puis nous, on pense que tu es capable », puis qu'à la fin de la semaine on le re-rencontre puis on dit « Hey, finalement, tu as atteint tes objectifs, ça a super bien été », bien peut-être que ça va lui redonner de la confiance aussi ? (R-MT_21)

Malgré ces nombreux bénéfices anticipés, quelques participants prévoient néanmoins que l'utilisation de l'outil pourrait comporter certains effets délétères pour l'organisation, particulièrement du fait de la charge supplémentaire de travail et les risques de duplication de certaines activités que cela comporterait pour les gestionnaires :

Tu sais, côté employeur, c'est un fardeau de plus, ça, c'est sûr, sûr, sûr, là, que dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre, on a un employé qui s'est absenté pendant plusieurs semaines, qui a surchargé l'équipe de travail, l'employé revient, puis là, non seulement il revient, mais il a des conditions particulières. Ça fait que, tu sais ? Les superviseurs, on leur dit « Ah, Untel revient », puis des fois, ils ne sont pas super contents de ça. Ça fait que, tu sais, d'arriver avec des tâches proposées, ça va créer un frein par rapport à son superviseur (...) Non, mais, tu sais, c'est déjà l'information qu'on retrouve beaucoup sur des billets de médecin, là. (R-MT_06)

Les caractéristiques de l'utilisation que les participants comptent faire de l'ORPAT sont résumées dans le tableau 10 ci-après.

Tableau 10. Caractérisation de l'utilisation de l'ORPAT envisagée par les milieux de travail

Modalité d'utilisation	Condition d'utilisation	Facilitateur	Obstacle
<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir et faciliter les communications entre les parties prenantes • Expliciter et structurer la démarche de RPAT dans l'organisation • Faciliter la planification du RPAT • Assurer le suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence prolongée • Tout type de problème (physique ou mental) 	Outil <ul style="list-style-type: none"> • Simplicité • Clarté • Complet • Concision • Capacité structurante 	Outil <ul style="list-style-type: none"> • Concision insuffisante • Capacité structurante et exhaustivité → lourdeur et contraintes supplémentaires
		Milieu de travail <ul style="list-style-type: none"> • Vision /pratiques organisationnelles cohérentes avec l'outil 	Milieu de travail <ul style="list-style-type: none"> • Faible disponibilité des intervenants en milieu de travail • Modalités d'organisation du travail
		Effets anticipés <ul style="list-style-type: none"> • Uniformisation assurant plus de transparence • Implication du travailleur → meilleur engagement 	Effets anticipés <ul style="list-style-type: none"> • Surcharge des intervenants en milieu de travail

4.2.4.6 Améliorations proposées à l'outil pour soutenir le retour progressif au travail (ORPAT)

Exemples de moyens permettant d'augmenter la MM

Alors que la majorité des participants considèrent ces exemples comme étant généralement pertinents et applicables dans leur organisation, certaines préoccupations sont néanmoins soulevées concernant la clarté de la formulation de quelques-uns d'entre eux.

À cet égard, l'exemple référant à la planification de l'horaire de la reprise du travail **en dehors des périodes de fort achalandage** est questionné :

Souvent, on a des médecins qui sont comme : « Il ne travaillera pas la fin de semaine parce qu'il y a trop de monde », tout ça. Mais c'est l'effet contraire, parce que quand il y a beaucoup de clientèles dans les périodes qui sont plus achalandées, il y a beaucoup de staff sur le plancher, ça fait que tu as plus de support de tes collègues que si tu es le lundi matin la seule caisse ouverte entre huit et neuf. Ça fait que tu as pas mal plus de pression à être le responsable (R-MT_19)

L'importance de mieux distinguer le **travail surnuméraire de celui en duo** est soulevée considérant les différentes implications qu'elles peuvent avoir en regard non seulement de l'organisation de l'équipe de travail, mais aussi des attentes de productivité envers la personne employée :

... le surnuméraire et le duo c'est deux choses différentes. Tu sais, de travailler en surnuméraire, c'est vraiment être en extra dans l'équipe, travailler en duo, c'est être jumelé avec quelqu'un et de le suivre un petit peu au pas. Alors que le surnuméraire, bien, on le rajoute à toute l'équipe en général, donc on fait le travail sans nécessairement d'attente de productivité en soi. (R-MT_17)

Dans un autre ordre, certains participants soulignent que la mesure relative aux **micropauses** gagnerait à être précisée et encadrée, afin d'éviter de potentiels abus :

...quand on parle de micropauses, on doit l'encadrer parce que j'ai vu des gens qui trouvaient qu'une micropause c'était 15 minutes par 30 minutes. Ça s'est vu ! J'ai des gens qui trouvaient qu'ils devaient se mettre à faire des *pushups* à côté de leur bureau dans le milieu de l'usine parce que ça les détendait, ça ne se fait pas non plus. Donc, il faut quand même encadrer vraiment là, une micropause, on parle une ou deux minutes, on se détend, on fait deux, trois exercices, on reprend. (R-MT_11)

La possibilité de pauses actives plus longues, permettant à la personne employée de prendre du recul vis-à-vis certains éléments stressants liés à son travail, mériterait aussi d'être mentionnée plus explicitement :

... est-ce qu'elle [*l'organisation*] pourrait permettre des moments pour que la personne puisse faire des exercices ou faire, je ne sais pas, est-ce que c'est quelque chose qui pourrait être pertinent ? Tu sais, allez prendre une marche dehors, là, des fois, on le demande à notre patron ! « Excusez, il faudrait juste que j'aïlle ventiler un peu ! » (R-MT_14)

Par ailleurs, le **regroupement des concepts de formation, de mentorat et d'encadrement** est questionné par quelques participants, selon qui les mesures d'encadrement (mises en œuvre par le gestionnaire) n'ont pas les mêmes implications

que celles de formation ou de mentorat (qui peuvent être offertes par toute personne qualifiée à cet effet, provenant même parfois de l'extérieur de l'organisation) :

En tout cas, moi, ma vision, peut-être que ça va m'aider pour la suite, mais je le séparerais, en fait. « Offrir de la formation et du mentorat », puis « encadrement à la personne employée », moi, je le vois comme une autre chose. (R-MT_02)

Un certain flou demeure également quant à ce que la formation doit cibler. Alors qu'elle semble comprise par plusieurs comme un moyen de remise à niveau quant aux pratiques organisationnelles, d'autres l'envisagent plutôt sous l'angle d'offrir (apprendre) à la personne employée de nouveaux moyens pour faciliter la gestion / la modification de ses facteurs de risque.

L'exemple visant à offrir la **possibilité d'être mentor** semble également poser certains enjeux de compréhension, requérant certaines précisions quant à la personne à qui on demande d'être mentor :

... je n'étais pas sûre de bien comprendre « offrir la possibilité d'être mentor : l'individu expérimenté peut devenir un guide formateur auprès de certains collègues, ce qui peut aider à réduire certaines exigences de son travail ». C'est la personne qui revient de retour progressif qui peut être mentor ? [...] Oui, là, ça devient un employé qui est peut-être plus en surnuméraire ou moins... Il n'est pas dans ses tâches comme telles... (R-MT_05)

Enfin, le recours à la notion de « **tâches répétitives** » sous l'exemple lié à la **rotation des tâches** soulève des questions quant à sa définition et la confusion courante avec la notion de « tâches répétées ». Ces deux notions ayant des implications légales différentes.

Il y a un mot qui m'accroche tout de suite (...) ça fait que quand qu'on parle du mot « répétitif », je n'aime pas ça voir ça dans des documents parce que les travailleurs s'accrochent souvent sur « On a du travail répétitif », alors qu'au niveau jurisprudentiel, il n'y a aucun travail répétitif ici (*secteur de la santé*) (...) Ça fait que j'accroche sur le mot répétitif parce qu'il y a une fausse croyance par rapport à « c'est quoi du travail répétitif ». « Des tâches répétées », ce n'est pas, légalement, « des tâches répétitives » (R-MT_09)

Les modifications réalisées pour répondre à ces différentes préoccupations des milieux de travail sont détaillées dans le tableau 11.

Tableau 11. Synthèse des modifications réalisées à la liste d'exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre

Exemple de moyen	Préoccupation	Modification réalisée*
Planifier l'horaire de travail hors des périodes d'achalandage ou offrir la possibilité de télétravail	Un fort achalandage n'est pas synonyme de pression ou stress accrus, et vice versa : il faut également considérer le soutien des collègues (qui sont souvent en plus petit nombre lors des périodes de faible achalandage).	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacement des « périodes d'achalandage » par les « <i>périodes les plus exigeantes</i> » dans l'intitulé • Remplacement des « périodes de pointe » par « <i>périodes où les exigences de travail sont très élevées</i> » dans l'explication
Travailler en surnuméraire ou en duo	En surnuméraire ou en duo n'a pas les mêmes implications pour l'équipe de travail et les attentes de productivité : distinguer plus explicitement ces 2 mesures.	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de « <i>(surnuméraire)</i> » à la suite de « L'individu s'ajoute à l'équipe régulière » dans l'explication
Permettre la prise de micropauses	<p>Le concept de micropause doit être précisément défini et encadré, faute de quoi cette mesure pourrait facilement mener à certains abus.</p> <p>Il serait aussi pertinent d'intégrer, parmi les exemples de moyens, la prise de pauses actives plus longues, particulièrement pour les travailleurs aux prises avec un TMC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacement de « micropauses » par « <i>pauses adaptées aux besoins de santé</i> » dans l'intitulé • Recadrage des micropauses comme un type de pauses (parmi d'autres) « <i>de très courte durée</i> » dans l'explication • Ajout de la possibilité de « <i>prendre de plus longues pauses pour "ventiler" ou refaire le plein d'énergie</i> »
Offrir de la formation, du mentorat ou un encadrement à la personne employée	<p>Le mentorat semble plus naturellement associé à la formation que l'encadrement qui devrait, selon certains, être distingué des 2 autres mesures.</p> <p>L'objet de la formation demeure imprécis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Scission en 2 exemples de moyens distincts : <ol style="list-style-type: none"> 1) Offrir de la formation à la personne employée : inclusion du mentorat comme un type de formation permettant à la personne employée d'être mieux outillée 2) Offrir un encadrement à la personne employée : défini

Exemple de moyen	Préoccupation	Modification réalisée*
	La notion d'encadrement semble imprécise pour certains (qui ? Comment ?)	comme un accompagnement par le gestionnaire
Offrir la possibilité d'être mentor	Certaines incertitudes demeurent quant à la personne à qui on demande d'être mentor (travailleur qui réalise son retour ou autre ?).	<ul style="list-style-type: none"> Ajout de « <i>lors de la reprise graduelle de ses tâches</i> » après « L'individu expérimenté peut devenir... » au début de l'explication.
Faire la rotation entre différentes tâches	La distinction entre tâches « répétitives » et « répétées » est importante : prendre garde à employer le bon terme.	<ul style="list-style-type: none"> Remplacement de « répétitives » par « <i>répétées</i> » dans l'explication.

*Les éléments en italique permettent de distinguer les éléments ajoutés (Annexe C.II)

Grille de planification pour le retour progressif au travail

Les principales considérations des participants à cet égard concernent plus particulièrement l'élément #7 de la grille, abordant le niveau de confiance de l'employé vis-à-vis le plan de travail hebdomadaire qui y est proposé.

Pour plusieurs participants, la **question** du niveau de confiance semble relativement claire et facile à comprendre par les travailleurs, et ce, bien qu'elle puisse requérir certaines explications supplémentaires de la part de l'employeur :

La majorité des travailleurs vont comprendre, tu sais... mais il y en a d'autres que, d'eux-mêmes, ne seront pas capables, mais il va falloir leur expliquer ce qu'on veut dire, puis là, ils vont pouvoir le compléter (R-MT_07)

Certains proposent néanmoins de simplifier la question (ou d'en clarifier l'objet), principalement en référant à des notions plus familières et/ou plus concrètes pour le travailleur que le niveau de confiance, comme le degré d'aisance ou la capacité perçue :

... « pensez-vous être capable », « pensez-vous avoir de la misère » ... tu sais ? Ça va aller plus dans le concret que « comment je me sens par rapport à mon retour au travail ? » Je pense c'est un petit peu trop flou pour certaines personnes (...) Donc, le ramener peut-être sur du concret, « Je me sens capable », « Je sens que je vais être capable » (R-MT_09).

La clarté de l'**échelle** de réponses ne semble cependant pas faire consensus, puisqu'on compte autant de participants qui la considèrent comme adéquate (suffisamment nuancée) et compréhensible pour le travailleur que de participants anticipant certaines difficultés de compréhension. Ces difficultés semblent principalement liées à une certaine confusion entourant la catégorie « assez confiant » et au trop grand nombre de possibilités de choix offertes sur l'échelle.

Mais sinon, somme toute, ça me semble super clair, là... « peu confiant », « très confiant », ce sont les deux extrémités puis la personne devrait comprendre assez aisément, là. Il y a peut-être le « assez confiant » que je trouve un peu... même moi, je ne saurais pas trop quoi répondre, là (R-MT_21).

La subjectivité du niveau de confiance (faisant appel à une perception du travailleur) ainsi que de l'échelle de réponse qui lui est associée (peu confiant à très confiant) soulève par ailleurs certains questionnements quant à la pertinence même de mesurer cette dimension dans la grille :

... cette question-là, c'est une question piège pour un employeur parce que c'est, comme je vous dis, c'est tout dans la perception, c'est du subjectif. Combien de fois j'ai des dossiers qui sont consolidés par le BÉM, par des experts, par... dans certains cas, plusieurs experts, et j'ai encore un travailleur qui me dit « Non, je ne pense pas que je vais être capable de refaire mon travail » (R-MT_20).

Cependant, un grand nombre de participants envisage la réponse à cette question comme une occasion d'ouvrir la discussion avec le travailleur et de réajuster le plan de RPAT en conséquence, tel que suggéré dans le guide d'utilisation :

Tu sais, je pense que s'il n'est pas confiant, il va falloir retravailler ses perceptions, mais ça ne veut pas dire de ne pas aller de l'avant. (...) Donc, il faut accompagner, il faut voir ce qu'on peut adresser comme difficultés, où sont les obstacles et revenir. Tu sais, si tu n'es pas confiant, regarde, on a regardé tes obstacles, on a trouvé une solution, où est-ce qu'encore une fois tu n'es pas confiant ? (...) ça devrait plus être une occasion de revenir sur ce qu'il avait identifié, tu sais, comme obstacle, tu sais ? (R-MT_11)

Il est néanmoins suggéré de faciliter l'interprétation de cette réponse subjective donnée par le travailleur en ajoutant un espace « à développement » permettant d'inscrire des commentaires/justificatifs à la suite de la question et, ce faisant, d'identifier et de prendre en compte les différents facteurs susceptibles d'influencer son niveau de confiance perçu:

... une personne qui dirait « Ah, je suis peu confiant », bien il faudrait qu'elle détaille peut-être pourquoi. Je ne sais pas si vous voulez rajouter peut-être un espace qui dit « Si tu n'es pas confiant, là, pourquoi tu n'es pas confiant ? » (R-MT_19).

Il pourrait également s'avérer pertinent de mentionner plus explicitement dans la grille les suites à donner (actions conséquentes), notamment en explicitant clairement la nécessité d'ouvrir la discussion avec le travailleur :

... je pense que ça serait plus de voir la portion « qu'est-ce qu'on fait avec ces réponses-là par la suite »? Est-ce que quand je suis « assez confiant », ça veut dire que « OK, je te fais un retour. Vu que tu me dis, bon, tu es assez confiant, on va se faire un retour après ta première journée ou des rencontres plus serrées pour m'assurer que ça correspond puis que là, ton niveau de confiance évolue ou ... » ?
(R-MT_16)

Ces dernières précisions suggérées (espace à développement et explicitation des suites à donner en fonction des réponses) pourraient contribuer à assurer une bonne compréhension de la raison d'être de cette question sur la confiance dans la grille.

L'ensemble des modifications proposées et réalisées à la grille de planification du RPAT pour répondre à ces différentes considérations est résumé au sein du tableau 12 ci-après.

Tableau 12. Synthèse des modifications à la grille de planification du RPAT (niveau de confiance)

Préoccupations	Modification proposée	Modification réalisée*
Caractère abstrait de la notion de confiance; difficulté de compréhension par le travailleur	Référer à des notions plus familières et concrètes	Une question référant à la capacité de réaliser le plan de travail a été formulée.
Choix de réponses pas clairs et/ou trop nombreux	Choix binaire	2 choix de réponses référant à la confiance/capacité de réaliser le plan de travail ont été proposés.
Subjectivité de la notion de confiance et des choix de réponses offerts	Ajouter un espace de commentaires	Un espace de commentaires a été ajouté.
Suites à donner à une réponse négative du travailleur à la question	Rendre plus explicites / préciser les actions à entreprendre lorsque le travailleur n'est pas confiant.	Des exemples de question pour ouvrir la discussion avec le travailleur ont été ajoutés à l'encart explicatif pour ce point à même le guide d'utilisation.

*Annexe C.II

5. OBJECTIF 3 : Décrire l'applicabilité perçue de l'outil pour soutenir le retour progressif au travail (ORPAT) dans le contexte de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)

Comme mentionné sur la section 3., l'objectif 3 et la méthode présentée dans le protocole initial ont été ajustés pour s'adapter au contexte de l'adoption de loi 59 sur l'adoption de la *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LMRSST)*.

5.1 Méthodes

5.1.1 Devis

Un devis descriptif simple a été utilisé (Fortin et Gagnon, 2016). Trois (3) entretiens de groupe ont été réalisés pour recueillir les points de vue de représentants de la CNESST en regard de l'ORPAT, en tenant compte de la progression des travaux sur l'opérationnalisation de la *LMRSST*.

5.1.2 Participants

Sept personnes désignées par la direction de l'indemnisation de la CNESST ont été recrutées par échantillonnage intentionnel, afin de dresser une première liste d'éléments à considérer pour adapter l'ORPAT au contexte des pratiques de la CNESST. Ces participants devaient soit : 1) former des conseillers de réadaptation; 2) développer des politiques ou des programmes ou 3) agir comme expert-conseil au sein de la CNESST.

5.1.3 Collecte de données

Les personnes recrutées pour les entretiens ont reçu l'ORPAT découlant de la réalisation de l'objectif 2 (Annexe C.II). Tous ont reçu, par courriel, des questions pour se préparer à l'entretien (Annexe D.III.I) ainsi qu'un court questionnaire sur leurs caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, poste occupé, années d'ancienneté à la CNESST à ce poste). Les entretiens portaient sur le contenu de l'ORPAT et son utilisation dans les pratiques actuelles et futures de la CNESST. Les participants étaient invités à commenter directement l'ORPAT sur une version électronique et à transmettre la copie commentée à l'équipe de chercheurs. Les entrevues se sont déroulées sur la plateforme TEAMS et une prise de note détaillée a été réalisée par un membre de l'équipe de recherche (MAP). Ce résumé a été revu et complété par un chercheur de l'équipe (MJD) qui a assisté aux entrevues.

5.1.4 Analyses

Les résumés rédigés par les membres de l'équipe de recherche ayant participé aux entrevues ainsi que les versions commentées de l'ORPAT ont été analysés sur la base d'une approche par questionnement analytique (Paillé et Muchielli, 2016), impliquant la réalisation de la même démarche que celle décrite à l'objectif 2. De grands thèmes ont émergé de la lecture de l'ensemble du matériel et les données ont été classées. Par la suite, chaque thème a été relu et une condensation des données a été réalisée et a permis d'établir des sous-thèmes.

5.2 Résultats

5.2.1 Description des participants

La majorité des participants (6/7) étaient des femmes âgées entre 37 et 54 ans, ayant une expérience variée dans leur poste actuel (0,25 à 15 ans). Celles-ci occupaient divers postes de conseil (N=4) et de coordination (N=3).

5.2.2 L'outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) et les pratiques futures en fonction de la *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail* (LMRSST)

Trois entretiens de groupe ont été réalisés (février 2022, février 2023, avril 2023). Les moments de collecte de données ont été déterminés en fonction de la disponibilité des ressources de la CNESST et de l'avancement de l'opérationnalisation de la LMRSST qui se déroule en parallèle à cette étude.

Les participants ont exprimé plusieurs préoccupations, défis et suggestions quant à l'utilisation de l'ORPAT dans le contexte des pratiques futures des conseillers en réadaptation (CR) de la CNESST. Voici les principaux thèmes abordés par les participants :

5.2.2.1 La population visée

Les participants mentionnent que la population visée par la démarche n'est pas clairement définie dans le guide d'instruction de l'ORPAT et qu'il faudrait mieux décrire le profil des personnes employées avec qui l'outil pourrait être utilisé. S'agit-il de personnes absentes du travail recevant des indemnités de remplacement de revenus d'une assurance collective ou personnelle ou de la CNESST ? Les deux types de profils sont-ils également visés ? Pour les personnes employées indemnisées par la CNESST, les participants mentionnent que l'outil serait surtout indiqué pour des cas dit « à risque » de chronicité lorsque des restrictions ou limitations sont émises par le professionnel de la santé qui a charge (PSQAC). Les participants suggèrent de mieux décrire le profil des personnes employées avec qui l'outil pourrait être utilisé.

5.2.2.2 Le rôle des parties prenantes, et plus particulièrement de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)

Dans sa forme actuelle, l'ORPAT ne fait aucune mention de l'implication d'un assureur, y compris la CNESST. Le rôle des conseillers en réadaptation (CR) dans le cadre de la réalisation des différentes étapes de la démarche n'est ainsi pas précisé dans le guide d'instructions. Cela soulève certaines préoccupations chez les participants, qui ne disposent pas de toute l'information nécessaire pour déterminer si ce rôle pourra s'avérer compatible avec les responsabilités qu'ils devront assumer en vertu de la nouvelle LMRSSST et leur disponibilité pour suivre les dossiers.

5.2.2.3 La trajectoire de soins sous-jacente

L'expression « retour progressif au travail » utilisée dans le titre de l'outil et tout au long du guide d'instructions entraîne, selon les participants, une certaine confusion quant à l'utilisation de l'outil dans la trajectoire de soins d'une personne accidentée indemnisée par la CNESST. En effet, dans sa forme actuelle, l'ORPAT devrait être utilisé avant la consolidation du problème de santé de la personne par son médecin traitant. Ce dernier est alors responsable d'établir les restrictions ou limitations et l'employeur choisit les tâches en tenant compte de celles-ci. Or, l'expression « retour progressif au travail », dans la LMRSSST, désigne plutôt une mesure qui sera utilisée exclusivement pour des personnes employées ayant été consolidées pour leur lésion par leur médecin traitant. Cette mesure sera sous la responsabilité du CR, qui pourra moduler les heures de travail (horaire), mais pas les tâches que la personne employée pourra faire. Dans le cadre de la LMRSSST, le « retour progressif au travail » n'est donc plus sous la responsabilité ni du médecin traitant ni de l'employeur. Ainsi, les participants nomment que le concept de « retour progressif au travail » dans lequel s'ancre l'ORPAT ne désigne pas le même type de mesure que dans la LMRSSST. Le recours à l'expression « réintégration au travail » pourrait cependant permettre d'utiliser l'outil auprès d'un éventail plus large de travailleurs dont la lésion n'est pas encore consolidée. Ce changement au contenu de l'ORPAT permettrait qu'il soit utilisé avant la consolidation de la lésion de la personne employée, notamment dans le cadre d'une mesure de réadaptation intitulée « reprise graduelle des tâches » dans la LMRSSST.

Dans ce cadre, les participants reconnaissent que l'ORPAT pourrait devenir une mesure que les conseillers proposent d'abord au PSQAC pour certains travailleurs puis, si ceux-ci l'acceptent, à l'employeur. Cependant, même dans ce nouveau cadre, les participants restent avec un questionnement concernant les profils ou types de trajectoires de retour au travail avec lesquels l'utilisation de l'ORPAT pourrait être compatible. En effet, il est évoqué l'impossibilité d'appliquer l'outil dans deux cas de figure particulièrement fréquents : 1) lorsque le PSQAC prescrit un retour au travail avec une progression des heures sans limitation fonctionnelle, mais réalisée aux tâches habituelles de travail; 2) lorsqu'une assignation temporaire (AT) est proposée par l'employeur et acceptée par le

PSQAC, mais que la personne employée pourra dans les semaines qui suivent reprendre ses tâches régulières de travail sans autorisation écrite du PSQAC à cet effet.

Alors que le guide d'instructions de l'ORPAT mentionne son utilisation possible pour favoriser le maintien au travail d'une personne à la suite d'une absence prolongée, une participante mentionne également que la CNESST ne dispose pas de levier chez l'employeur pour soutenir cette pratique à ce stade de la trajectoire, puisque le dossier serait fermé suite au retour au travail de la personne employée.

5.2.2.4 Compatibilité de l'outil soutenant le retour progressif au travail (ORPAT) avec les mesures de réintégration au travail prévues par la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LMRSST)

Les participants soulignent que des difficultés d'arrimage avec le PSQAC pourraient entraver l'utilisation de l'ORPAT dans le cadre de la mesure de reprise graduelle des tâches prévue par la LMRSST. En effet, alors que l'outil actuel propose de faire une évaluation à chaque semaine ou deux semaines pour faire évoluer le plan de retour au travail (horaire, tâches) en conséquence, la LMRSST n'autorise pas les CR à faire évoluer les horaires ou les tâches de travail sans l'autorisation du PSQAC, qui rencontre la personne employée dans des délais variés. Considérant par ailleurs la disponibilité limitée des CR pour réaliser des suivis aussi fréquents, les changements du plan de retour au travail dans les délais proposés par l'ORPAT n'apparaissent donc pas réalistes selon eux. L'élaboration d'un plan de retour au travail préétabli sur 6 semaines la progression de l'horaire et des tâches pourrait cependant permettre de réduire le nombre de consultations requises entre le PSQAC et le CR et, ainsi, de minimiser les impacts des difficultés d'arrimage entre les deux professionnels pour les travailleurs dont l'évolution s'avère continue et conforme au plan de retour au travail. En présence de changements dans l'évolution de la personne (difficulté à faire son travail, exacerbation de la douleur), une nouvelle consultation au PSQAC demeurerait toutefois nécessaire pour ajuster le tout. Certaines incertitudes demeurent néanmoins quant à l'applicabilité de l'ORPAT dans le cadre de cette mesure spécifique, puisque l'opérationnalisation des pratiques des CR liées à la reprise graduelle des tâches de l'emploi est toujours en cours. Les participants soulignent également le besoin de préciser les rôles et responsabilités du CR, de l'employeur et du PSQAC dans les différentes étapes proposées par l'ORPAT.

Certaines possibilités de chevauchement de l'utilisation de l'ORPAT avec la mesure de l'assignation temporaire (AT) prévue dans la LMRSST sont par ailleurs mentionnées par les participants. En effet, lorsque les tâches proposées dans l'ORPAT correspondent à celles du travail régulier, la démarche se distingue de l'AT, qui se déroule le plus souvent à un autre poste de travail avec des tâches différentes. Cependant, dans certains cas, l'AT peut se dérouler au poste régulier de travail, avec des modifications importantes aux tâches. Dans ce dernier scénario, les tâches réalisées par la personne pourraient être les mêmes que celles proposées par l'ORPAT. Ainsi, en nommant ce chevauchement possible, les conseillers se questionnent quant à la confusion que cela pourrait engendrer

pour les acteurs impliqués dans le retour au travail (CR et employeurs). Ce risque de confusion pourrait d'ailleurs être accentué, chez les employeurs, par l'implantation récente par la CNESST (octobre 2022) d'un nouveau formulaire obligatoire pour uniformiser les AT au Québec (craintes que les employeurs ne comprennent pas la distinction entre le formulaire obligatoire pour les AT et l'ORPAT).

6. DISCUSSION

L'objectif général de cette étude visait à poursuivre le développement du GEMM et de l'ORPAT, à l'origine conçus pour les TMS, afin d'en étendre la portée. Sa réalisation a ainsi permis de développer des outils transdiagnostiques et sensibles aux enjeux liés à l'âge avancé, au genre et aux groupes minoritaires ethnoculturels de travailleurs. Développé pour les milieux de travail, l'ORPAT est par ailleurs considéré comme utilisable par des représentants de ces milieux provenant principalement de grandes entreprises.

Dans un premier temps, l'élaboration de versions transdiagnostiques du GEMM et de l'ORPAT a généré diverses adaptations s'appuyant sur des consensus d'experts. Ces consensus sont convergents avec les données probantes concernant les facteurs à considérer pour le retour au travail des personnes vivant un TMC, qui se répartissent en deux grandes catégories. La première catégorie de facteurs concerne les symptômes des TMC, à savoir les difficultés de sommeil, de gestion du stress, d'énergie et de maintien de l'équilibre occupationnel. En demandant que les difficultés de sommeil et la fatigue qui en résulte soient considérées dans les outils, les experts consultés convergent ainsi avec diverses recherches démontrant l'impact significatif de ces difficultés sur le fonctionnement et la capacité de travail (Nutt *et al.*, 2022; Oh *et al.*, 2019; Riemann *et al.*, 2020). Bien que la prévalence des difficultés de sommeil rapportée en relation avec les TMC varie d'une étude à l'autre, de nombreux auteurs les identifient en effet comme un phénomène important et fréquent (Hombali *et al.*, 2019; McCallum *et al.*, 2019; Oh *et al.*, 2019). McCallum *et al.* (2019) ont d'ailleurs démontré, dans une vaste enquête, les associations fortes entre les TMC, les troubles du sommeil et la fatigue. Ces auteurs concluent que ces deux symptômes devraient constituer des cibles transdiagnostiques pour favoriser le fonctionnement des personnes ayant un TMC. Un autre consensus concernait la considération, par les outils proposés, de la difficulté à maintenir l'équilibre occupationnel chez les personnes présentant un TMC. Comme le résumait Wagman *et al.* (2012) dans une analyse de concept, l'équilibre occupationnel consiste essentiellement en la perception qu'a un individu d'avoir la « bonne combinaison » (en termes de quantité et de variété) d'occupations (travail, loisirs, activités personnels et domestiques, repos et sommeil) dans sa vie. La présence de difficultés reliées à l'équilibre occupationnelle est appuyée par des études qui révèlent une association claire entre le manque d'équilibre entre les différentes occupations quotidiennes d'une personne, mesuré à l'aide de questionnaire autorapporté, et la présence de TMC (Håkansson et Ahlborg, 2017; Håkansson *et al.*, 2023; Wagman *et al.*, 2021). Plus particulièrement, lorsqu'une personne perçoit un déséquilibre de ses activités et ressent une insatisfaction face à celui-ci (par ex. surinvestissement au travail, perception de manque de temps avec la famille, absence de loisirs etc.), ceci serait un indicateur de malaise et de détresse. Ainsi, l'ergothérapeute qui utilisera le GEMM aura avantage à évaluer cet aspect, car il influencera les symptômes du TMC.

La deuxième catégorie d'adaptations pour les TMC concerne plutôt le travail. Les adaptations dans cette catégorie suggèrent l'ajout de moyens proposés pour accroître la marge de manœuvre. Certains moyens proposés, comme la flexibilité des tâches ou avoir de la formation et rétroaction du supérieur, sont parfaitement convergents avec la revue systématique de Zafar *et al.* (2019) et l'examen de la portée de McDowell et Fossey (2015) sur les accommodements de travail pour les personnes présentant un TMC, témoignant ainsi de la pertinence de ces adaptations réalisées sur la base de consensus d'experts. De plus, l'étude de Bastien et Corbière (2019), réalisée au Québec auprès de 219 représentants de la direction de ressources humaines ou employeurs, identifiait que pour 78 % d'entre eux, les modifications de tâches était l'un des accommodements les plus courants pour les personnes présentant une dépression. Environ 83 % de leurs participants œuvrait dans des entreprises de plus de 100 employés (41 % de 100-499 employés, 42 % > 500), laissant ainsi présager que la mise en œuvre de ces adaptations s'avère faisable pour cette catégorie d'employeurs.

Un autre moyen proposé par les participants de la présente étude pour augmenter la marge de manœuvre est l'utilisation du télétravail. Bien que le contexte de distanciation sociale entraîné par la pandémie de Covid-19 a clairement actualisé cette forme d'organisation de travail, le télétravail demeure jusqu'à maintenant principalement étudié pour les personnes vivant avec une déficience physique (Bricout, 2004) ou ayant un profil neurodivergent (Das *et al.*, 2021). Cependant, des études suggèrent que le télétravail pourrait avoir des impacts entre autres sur la réduction du stress, la diminution des conflits en lien avec la conciliation famille travail et l'amélioration de la performance au travail (Delanoëje et Verbruggen, 2020; Tavares, 2017). Au regard de ces données prometteuses quant aux impacts positifs du télétravail ainsi que de l'acceptabilité croissante de cette modalité pour un grand nombre d'organisations, cette adaptation apparaît à la fois pertinente et possible à mettre œuvre par les milieux de travail. Néanmoins, dans les prochaines années, des études devront explorer plus en profondeur les effets de cette pratique sur le retour et le maintien au travail des personnes présentant des TMC.

La démarche visant à rendre ces versions transdiagnostiques plus sensibles aux enjeux associés à l'âge avancé, au genre et aux groupes minoritaires ethnoculturels a, pour sa part, été fortement marquée par un consensus d'experts concernant l'importance de ne pas explicitement associer les enjeux identifiés à ces différentes caractéristiques. Ce consensus repose sur la nécessité de ne pas alimenter les stéréotypes négatifs et la stigmatisation conséquente des travailleurs visés. Ainsi, les douze (12) adaptations réalisées dans l'ORPAT transdiagnostique cherchaient plutôt à attirer l'attention de l'employeur sur certains enjeux et difficultés auxquels ceux-ci sont régulièrement confrontés (p. ex. : fatigabilité, responsabilités familiales, compréhension du langage) ainsi que sur les comportements et attitudes à adopter pour y répondre (p. ex. : communication, aménagements de travail, suivis à réaliser à différents moments du processus). Ce faisant, la démarche d'adaptation de l'ORPAT s'inscrit dans une approche inclusive, ou « universelle », partant du principe que les environnements et interventions

doivent être d'emblée adaptés à la diversité des caractéristiques et capacités que présentent les différents individus composant la population (Iwarsson et Ståhl, 2003). Elle permet ainsi d'éviter les risques de stigmatisation inhérents aux approches traditionnelles, qui supposent plutôt d'identifier une ou des populations divergeant de la norme, pour lesquelles les interventions habituelles doivent être modulées ou utilisées différemment (Imrie et Luck, 2014; Iwarsson et Ståhl, 2003).

Ce faisant, l'approche inclusive retenue ne permet pas de lutter contre la discrimination et la stigmatisation (Kirsh *et al.*, 2012). Toutefois, il n'est pas acquis que le recours à une approche de sensibilisation plus directe aurait été davantage porteuse en ce sens. En effet, les effets très limités d'un programme de sensibilisation à la diversité culturelle offert à des gestionnaires et superviseurs, démontrés dans le cadre d'une étude quasi-expérimentale, suggèrent que la connaissance des stéréotypes n'est souvent pas suffisante pour amener des changements dans les actions et que la sensibilisation doit s'intégrer dans un contexte de travail soutenant et investi (Sanchez, J. I. et Medkik, 2004). Il faut également rappeler que l'objectif poursuivi par cette étude n'en était pas un de sensibilisation : il s'agissait plutôt de favoriser l'adoption, par les utilisateurs de l'outil, d'attitudes et de comportements tenant compte des enjeux associés à l'âge avancé, au genre et aux groupes ethnoculturels minoritaires. En ce sens, la version de l'ORPAT proposée aux représentants des milieux de travail semble prometteuse, de nombreux participants affirmant qu'il permet de mieux prendre en compte les enjeux reliés aux 3 caractéristiques ciblées pour la gestion de l'invalidité et le retour au travail.

De plus, les résultats obtenus montrent qu'un grand nombre de milieux de travail reconnaissent à l'ORPAT plusieurs qualités intrinsèques (simplicité, clarté, concision, complet et capacité structurante) qui leur font anticiper des bénéfices importants de son utilisation et les incite à évaluer favorablement son utilisabilité. Ce résultat est toutefois principalement le reflet de grandes entreprises québécoises, qui constituent 16 des 20 entreprises représentées au sein de notre échantillon. Cette prédominance des grandes entreprises s'explique par un taux plus élevé de refus ou de non-réponse (76 %) des PME à participer à l'étude. Plusieurs stratégies de recrutement ont été mises en place (envois courriels à partir de la liste du CAPRIT, annonce diffusée sur les réseaux sociaux, contact personnalisé avec des informateurs-clef, stratégie boule de neige, etc.) avec peu de succès. Or, des données récentes sur les entreprises québécoises indiquent que plus de la moitié (56 %) des travailleurs sont employés au sein de petites et moyennes entreprises (moins de 500 employés), qui par ailleurs comptent pour 99,7 % des entreprises québécoises (Statistique Canada, 2023a, 2023b). Ainsi, nos résultats concernant l'utilisabilité de l'ORPAT, bien que convergents, ne couvrent pas les réalités de la majorité des employeurs québécois : ils sont davantage le reflet de grandes entreprises, qui sont souvent sensibilisées aux enjeux de la santé et sécurité ainsi qu'à ceux de la gestion d'invalidité (Champoux et Prud'homme, 2017; Durand, Nastasia, *et al.*, 2017).

Cette situation est d'autant plus préoccupante que ces PME pourraient tirer des bénéfices particulièrement importants de l'utilisation de l'ORPAT, notamment par sa capacité structurante. En effet, il est reconnu que les PME présentent des configurations différentes (PME familiales; PME en voie de structuration; PME structurées) qui influencent directement leurs structures et leurs modes de gestion de ressources humaines (Bernier, 2005). Ainsi, par exemple, les entreprises comptant 20 travailleurs ou moins n'ont pas l'obligation, selon la loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LMRSST), de former un comité de santé et sécurité. Dans certaines PME, il n'existe donc ni de programmes et procédures structurés de retour au travail, ni de personne ou département spécifiquement responsables de la gestion des ressources humaines. C'est ainsi à des gestionnaires et dirigeants, qui ont généralement peu d'occasions d'acquérir les compétences et l'expérience requise pour la gestion des retours au travail, que cette responsabilité est souvent dévolue (Ekberg *et al.*, 2016; Gunnarsson *et al.*, 2014). De plus, dans certaines PME, il existe peu ou pas de postes permettant un allègement de tâches de travail, ce qui complexifie le retour au travail des personnes avec incapacités (Ekberg *et al.*, 2016). Il est ainsi plausible que l'ORPAT puisse avoir un effet structurant important dans certaines configurations de PME. Une prochaine étape dans le développement de l'outil serait donc d'explorer l'acceptabilité de l'outil dans des PME de divers secteurs d'activités.

Les résultats de l'objectif 3, qui visait à décrire l'acceptabilité perçue de l'ORPAT dans le contexte de la CNESST, ont révélé des préoccupations majeures des participants quant à son utilisation à court terme, dont le manque de clarté quant à la population visée et quant à leur rôle dans le processus en lien avec les autres acteurs impliqués, ainsi que des écarts entre le langage utilisé dans l'outil et le nouveau cadre légal de la LMRSST. Plusieurs inquiétudes ont également été mentionnées quant à son applicabilité dans le contexte actuel de transformation des normes et pratiques organisationnelles de la CNESST. Ces différentes réserves à l'acceptabilité de l'ORPAT font écho à l'absence de conditions préalables à l'adoption de l'outil (Meyers *et al.*, 2012). En effet, selon le cadre de Meyers *et al.* (2012) relatif aux processus d'implantation des programmes fondés sur les données probantes, deux conditions sont essentielles à l'implantation soit l'adéquation (fit) entre les besoins et ressources de l'organisation utilisatrice et l'innovation proposée, et la disposition (readiness) de l'organisation à implanter cette dernière (Meyers *et al.*, 2012). Ainsi, étant donné la transformation en cours des pratiques en fonction de la nouvelle LMRSST, il semble que les utilisateurs potentiels ne soient pas en mesure d'évaluer précisément comment l'outil pourrait être intégré et modifié pour soutenir leurs pratiques futures. En ce sens, le contexte légal prévalant au moment de l'étude semble avoir affecté défavorablement la présence des conditions préalables à l'implantation de l'outil. Ceci converge avec les écrits de Pfadenhauer *et al.* (2017), qui suggèrent que le contexte dans lequel une intervention s'implante influence directement sa mise en œuvre. À la lumière de nos résultats et des cadres sur les processus d'implantation de Meyers *et al.* (2012) et de Pfadenhauer *et al.* (2017), il apparaît ainsi judicieux, afin de poursuivre cet objectif, d'attendre que les pratiques de la CNESST soient balisées et expérimentées

avant d'explorer à nouveau si l'ORPAT peut répondre à un besoin et ainsi devenir un soutien au retour et maintien au travail de personnes présentant des incapacités au travail.

6.1 Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude découle de l'approche générale de co-construction adoptée pour l'ensemble des objectifs. En effet, la consultation et l'implication active d'experts scientifiques et praticiens à chacune des étapes du processus d'adaptation a permis de proposer des outils qui prennent racine non seulement dans les données probantes, mais aussi dans les besoins et contraintes des utilisateurs potentiels, ce qui pourrait éventuellement favoriser son implantation dans les pratiques de réadaptation au travail et de gestion des retours progressifs au travail. Le recours à la technique TRIAGE comme méthode systématique de consensus impliquant des experts cliniciens représentatifs et crédibles sur les questions qui leur ont été soumises (vaste majorité ayant plus de 50 % de TMC dans leur clientèle et expérience considérable en réadaptation au travail) a permis d'assurer que cette démarche demeure particulièrement rigoureuse. Bien qu'ils n'aient pas été impliqués dans la technique TRIAGE, les experts de contenu recrutés en vue d'identifier les adaptations à faire pour tenir compte des enjeux spécifiques à l'âge, au genre, et au fait d'être issu d'un groupe ethnoculturel minoritaire détenaient une expertise reconnue ainsi que des niveaux d'expérience variés, leur permettant d'offrir des perspectives souvent complémentaires sur le même objet d'expertise.

Certaines limites sont cependant associées à l'échantillon de représentants des milieux de travail interrogés dans le cadre de l'objectif 2. En effet, malgré le nombre important de participants de l'échantillon (n=23) et la représentation variée des secteurs d'activités, seulement deux d'entre eux étaient des gestionnaires de proximité. Or, il est possible que les besoins et contraintes spécifiquement associées à leurs fonctions et niveau de responsabilités aient été différents de ceux des conseillers de ressources humaines. Ceci pourrait constituer une limite d'autant plus importante que certains conseillers en ressources humaines envisagent l'outil comme facilitant la délégation de tâches et responsabilités liées à la gestion des invalidités aux superviseurs immédiats. Par ailleurs, près de la moitié des entreprises dont sont issus nos participants identifie des enjeux importants pour le retour au travail des personnes issues de groupes ethnoculturels minoritaires, tandis que la grande majorité d'entre elles compte une faible proportion (moins de 25 %) de ces travailleurs au sein de leur main-d'œuvre. Il y a ainsi lieu de se questionner sur la validité des résultats portant spécifiquement sur les enjeux identifiés pour ces travailleurs et la capacité de l'outil à y répondre. Enfin, la forte surreprésentation des grandes entreprises évoquée précédemment limite également le potentiel de généralisation des résultats.

CONCLUSION

La présente étude visait à bonifier le GEMM et l'ORPAT de manière à répondre aux enjeux liés, d'une part, aux retours progressifs au travail des personnes présentant un TMC et, d'autre part, aux profondes transformations sociodémographiques de la main-d'œuvre. Ce faisant, elle a permis de proposer deux outils clairs, pertinents et utilisables pour soutenir les professionnels de la réadaptation et les milieux de travail dans l'adoption de pratiques inclusives en matière de retour progressif au travail. Certes, ces outils ne permettent pas de sensibiliser leurs utilisateurs quant aux stéréotypes, perceptions et croyances erronés dans lesquels peuvent s'ancrer des pratiques préjudiciables pour les travailleurs concernés. Dans l'immédiat, cependant, ceux-ci paraissent porteurs pour l'adoption de pratiques de retour progressif qui, en favorisant de manière non stigmatisante la prise en compte d'enjeux spécifiques, contribue également à mettre en place des conditions favorables à un retour au travail sain et durable pour ces travailleurs.

La portée réelle de ces outils modifiés sur les pratiques et, ultimement, sur l'expérience de retour au travail de ces travailleurs demeure cependant à être documentée. Dans cette optique, la mise à l'essai et l'évaluation du GEMM et de l'ORPAT en contexte de pratique réelle permettrait non seulement de valider les adaptations proposées et de les ajuster au besoin, mais également d'évaluer les effets de l'utilisation des outils sur les pratiques. Dans le cas particulier de l'ORPAT, la réalisation de ce type d'étude supposera l'identification et la mise en œuvre de stratégies de recrutement permettant de représenter adéquatement les PME qui, en plus d'être l'employeur prédominant au Québec, présentent des enjeux et contraintes particulières en matière de retour au travail. Considérant la faible représentativité de ces entreprises parmi les participants recrutés dans le cadre de la présente étude, il serait souhaitable d'évaluer d'abord plus en profondeur l'acceptabilité de cette nouvelle version de l'ORPAT plus spécifiquement auprès de ces entreprises. Finalement, il serait pertinent de sonder à nouveau l'intérêt de la CNESST quant à l'évaluation de l'utilisabilité de l'ORPAT une fois que les pratiques assurantielles découlant de la LMRSSST seront bien implantées.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraído-Lanza, A. F., White, K., Armbrister, A. N. et Link, B. G. (2006). Health status, activity limitations, and disability in work and housework among Latinos and non-Latinos with arthritis: An analysis of national data. *Arthritis and Rheumatism*, 55(3), 442-450. <https://doi.org/10.1002/art.21981>
- Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Fardeau économique de la maladie au Canada, 2010*. Agence de la santé publique du Canada.
- Albert, V., Durand, M. et Pepin, G. (2020). TRIAGE : une technique structurée sollicitant l'opinion d'experts en vue d'atteindre un consensus. Dans M. Corbière et N. Larivière (édit.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p. 195-216). Presses de l'Université du Québec.
- Algarni, F., Gross, D., Senthilselvan, A. et Battié, M. (2015). Ageing workers with work-related musculoskeletal injuries. *Occupational Medicine*, 65(3), 229-237.
- Allen, K. D., Chen, J. C., Callahan, L. F., Golightly, Y. M., Helmick, C. G., Renner, J. B., . . . Jordan, J. M. (2012). Racial differences in knee osteoarthritis pain: Potential contribution of occupational and household tasks. *Journal of Rheumatology*, 39(2), 337-344. <https://doi.org/10.3899/jrheum.110040>
- Anastas, T. M., Miller, M. M., Hollingshead, N. A., Stewart, J. C., Rand, K. L. et Hirsh, A. T. (2020). The unique and interactive effects of patient race, patient socioeconomic status, and provider attitudes on chronic pain care decisions. *Annals Behavioral Medicine*, 54(10), 771-782. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa016>
- Arcas, M. M., Delclos, G. L., Tora-Rocamora, I., Martinez, J. M. et Benavides, F. G. (2016). Gender differences in the duration of non-work-related sickness absence episodes due to musculoskeletal disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(11), 1065-1073. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204331>
- Association des commissions des accidents du travail du Canada. (2022). *Rapport détaillé sur les mesures statistiques clés*. ACATC. <https://awcbc.org/fr/statistiques/rapport-annuel-standard-sur-les-msc/>
- Balducci, L. et Fossa, S. D. (2013). Rehabilitation of older cancer patients. *Acta Oncologica*, 52(2), 233-238. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.744142>
- Bastien, M.-F. et Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: What work accommodations do employers and human resources directors put in place? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29, 423-432.
- Berger, I. (2018). *Exploring the needs of cancer survivors when returning to or staying in the workforce* (Mémoire de maîtrise, Université de Toronto).

- Bernier, C. (2005). Les PME québécoises et la formation : de l'effet de taille aux dispositifs institutionnels. *Relations industrielles*, 60(3), 540-565.
- Bethge, M. (2016). Effects of graded return-to-work: A propensity-score-matched analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42(4), 273-279.
- Bianchi, S. M., Milkie, M. A., Sayer, L. C. et Robinson, J. P. (2000). Is anyone doing the housework? Trends in the gender division of household labor. *Social Forces*, 79(1), 191-228.
- Bianchi, S. M., Sayer, L. C., Milkie, M. A. et Robinson, J. P. (2012). Housework: Who did, does or will do it, and how much does it matter? *Social Forces*, 91(1), 55-63.
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J. et MacDonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 27-34.
- Blinder, V. S., Murphy, M. M., Vahdat, L. T., Gold, H. T., de Melo-Martin, I., Hayes, M. K., . . . Mazumdar, M. (2012). Employment after a breast cancer diagnosis: A qualitative study of ethnically diverse urban women. *Journal of Community Health*, 37(4), 763-772. <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9509-9>
- Blinder, V. S., Patil, S., Thind, A., Diamant, A., Hudis, C. A., Basch, E. et Maly, R. C. (2012). Return to work in low-income Latina and non-Latina white breast cancer survivors: A 3-year longitudinal study. *Cancer*, 118(6), 1664-1674. <https://doi.org/10.1002/cncr.26478>
- Boot, C. R. L., Deeg, D. J. H., Abma, T., Rijs, K. J., van der Pas, S., van Tilburg, T. G. et van der Beek, A. J. (2014). Predictors of having paid work in older workers with and without chronic disease: A 3-year prospective cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 3(24), 563-572. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9489-y>
- Boot, C. R. L., de Kruif, A. T. C. M., Shaw, W. S., van der Beek, A. J., Deeg, D. J. et Abma, T. (2016). Factors important for work participation among older workers with depression, cardiovascular disease, and osteoarthritis: A mixed method study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(2), 160-172. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9597-y>
- Bouffard, J. (2018). *Outils pour les employeurs dans la gestion du retour progressif au travail de personnes présentant un trouble musculosquelettique : adaptation du guide d'évaluation de la marge de manœuvre* (Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke).
- Bouffard, J., Durand, M.-J. et Coutu, M.-F. (2019). Adaptation of a guide to equip employers to manage the gradual return to work of individuals with a musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(3), 625-635.
- Briand, C., Durand, M.-J., St-Arnaud, L. et Corbière, M. (2007). Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 444-457.

- Bricout, J. C. (2004). Using telework to enhance return to work outcomes for individuals with spinal cord injuries. *NeuroRehabilitation*, 19(2), 147-159.
- Brooke, L. et Taylor, P. (2005). Older workers and employment: Managing age relations. *Ageing and Society*, 25(3), 415-429. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05003466>
- Bureau international du travail. (2013). *Plan Sécurité, Plan Santé : recommandations pour développer des programmes nationaux de sécurité et de santé au travail*. OIT. https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_233040/lang--fr/index.htm
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C. et Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: Best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(1), article 32.
- Carneiro, I. G., Rasmussen, C. D., Jørgensen, M. B., Flyvholm, M.- A., Olesen, K., Madeleine, P., . . . Holtermann, A. (2013). The association between health and sickness absence among Danish and non-Western immigrant cleaners in Denmark. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86(4), 397-405.
- Champoux, D. et Prud'homme, P. (2017). *Analyse comparative du contexte de travail et portrait statistique des problèmes de santé et sécurité au travail en fonction de la taille des entreprises* (Rapport n° R-986). IRSST.
- Chibnall, J. T. et Tait, R. C. (2005). Disparities in occupational low back injuries: Predicting pain-related disability from satisfaction with case management in African Americans and Caucasians. *Pain Medicine*, 6(1), 39-48. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2005.05003.x>
- Chibnall, J. T. et Tait, R. C. (2009). Long-term adjustment to work-related low back pain: Associations with socio-demographics, claim processes, and post-settlement adjustment. *Pain Medicine*, 10(8), 1378-1388. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00738.x>
- Chibnall, J. T., Tait, R. C., Andresen, E. M. et Hadler, N. M. (2005). Race and socioeconomic differences in post-settlement outcomes for African American and Caucasian Workers' Compensation claimants with low back injuries. *Pain*, 114(3), 462-472. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.01.011>
- Chiu, W. C. K., Chan, A. W., Snape, E. et Redman, T. (2001). Age stereotypes and discriminatory attitudes towards older workers: An East-West comparison. *Human Relations*, 54(5), 629-661. <https://doi.org/10.1177/0018726701545004>
- Chokka, P., Bender, A., Brennan, S., Ahmed, G., Corbière, M., Dozois, D. J., . . . McIntyre, R. S. (2023). Practical pathway for the management of depression in the workplace: A Canadian perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 14.

- Cichy, K. E., Leslie, M., Rumrill, P. D. et Koch, L. C. (2017). Population aging and disability: Implications for vocational rehabilitation practice. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 47(2), 185-196. <https://doi.org/10.3233/JVR-170894>
- Commission de Santé mentale du Canada. (2017). *Réduction des obstacles à l'emploi pour les personnes ayant un problème de santé mentale : recours à des pratiques fondées sur des données probantes pour établir le cadre stratégique canadien sur la santé mentale et l'emploi*. CSMB. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-04/FPT_Discussion_Paper_fr.pdf
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec. (2019a). *La CNESST en bref : année 2018*. CNESST.
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec. (2019b). *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail : 2015-2018*. CNESST. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-322web.pdf>
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail. (2023). *Statistiques annuelles 2022 : version préliminaire*. CNESST.
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C. et Fassier, J.-B. . . . Lachance, J.-P. (2016). *Validation du questionnaire obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (ORTESES) auprès de travailleurs avec un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique* (Rapport n° R-938). IRSST.
- Corsi, M. (2012). *Active ageing and gender equality policies: The employment and social inclusion of women and men of late working and early retirement age: Final synthesis report*. Office for Official Publications of the European Communities.
- Côté, D. et Coutu, M.-F. (2010). A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: How are they relevant to rehabilitation? *Disability and Rehabilitation*, 32(2), 87-102. <https://doi.org/10.3109/09638280903026572>
- Côté, D., Dubé, J., Gravel, S., Gratton, D. et White, B. W. (2020). Cumulative stigma among injured immigrant workers: A qualitative exploratory study in Montreal (Quebec, Canada). *Disability and Rehabilitation*, 42(8), 1153-1166.
- Côté, D., Gravel, S., Dubé, J., Gratton, D. et White, B. W. (2017). *Relations interculturelles : comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail* (Rapport n° R-967). IRSST.
- Cotter, D., Hermsen, J. M. et Vanneman, R. (2011). The end of the gender revolution? Gender role attitudes from 1977 to 2008. *American Journal of Sociology*, 117(1), 259-289.
- Cousineau, M.-E. (25 novembre 2022). Les médecins de famille croulent sous la paperasse. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/772168/sante-les-medecins-de-famille-croulent-sous-la-paperasse>

- Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Coté, D., Tremblay, D., Sylvain, C., Gouin, M.-M., . . . Paquette, M.-A. (2022). Ethnocultural minority workers and sustainable return to work following work disability: A qualitative interpretive description study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(4), 773-789.
- Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Coté, D., Tremblay, D., Sylvain, C., Gouin, M., . . . Paquette, M.-A. (2021). How does gender influence sustainable return to work following prolonged work disability? An interpretive description study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(3), 552-569.
- Coutu, M.-F., Légaré, F., Durand, M.- J., Corbière, M., Stacey, D., Bainbridge, L. et Labrecque, M.-É. (2016). *Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un trouble musculosquelettique persistant : perspective des acteurs en réadaptation* (Rapport n° R-896). IRSST.
- Coutu, M.-F., Légaré, F., Durand, M.-J., Corbière, M., Stacey, D., Loisel, P. et Bainbridge, L. (2011). Fostering shared decision making by occupational therapists and workers involved in accidents resulting in persistent musculoskeletal disorders: A study protocol. *Implementation Science*, 6(1), article 22. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-22>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., . . . Amick, B. C. (2018). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: An update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- Das, M., Tang, J., Ringland, K. E. et Piper, A. M. (2021). *Towards accessible remote work: Understanding work-from-home practices of neurodivergent professionals* [Communication]. Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction (vol. 5, p. 1-30). ACM.
- de Wind, A., Scharn, M., Geuskens, G. A., van der Beek, A. J. et Boot, C. R. L. (2018). Predictors of working beyond retirement in older workers with and without a chronic disease: Results from data linkage of Dutch questionnaire and registry data. *BMC Public Health*, 18, article 265. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5151-0>
- DeArmond, S., Tye, M., Chen, P. Y., Krauss, A., Apryl Rogers, D. et Sintek, E. (2006). Age and gender stereotypes: New challenges in a changing workplace and workforce. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(9), 2184-2214. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00100.x>
- Delanoëje, J. et Verbruggen, M. (2020). Between-person and within-person effects of telework: A quasi-field experiment. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(6), 795-808.
- Delloiacono, N. (2015). Musculoskeletal safety for older adults in the workplace: Review of current best practice evidence. *Workplace Health & Safety*, 63(2), 48-53. <http://dx.doi.org/10.1177/2165079915570299>

- Demers, G., Boudreau, Y., Fernet, M., Jeannot, L., Tremblay, M., Godbout, C., . . . Quintin, C. (2011). *Le vieillissement de la main-d'oeuvre et l'avenir de la retraite : des enjeux pour tous, un effort de chacun*. Commission Nationale sur la participation au marché du travail des travailleuses et travailleurs expérimentés
- Dewa, C. S., Chau, N. et Dermer, S. (2010). Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(7), 758-762.
- Dewa, C. S. et McDaid, D. (2011). Investing in the mental health of the labor force: Epidemiological and economic impact of mental health disabilities in the workplace. Dans I. Z. Schultz et E. S. Rogers (édit.), *Work accommodation and retention in mental health* (p. 33-51). Springer.
- Dewa, C. S., McDaid, D. et Sultan-Taïeb, H. (2011). Aspects épidémiologiques et économiques inhérents aux troubles mentaux. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (édit.), *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*. (p. 15-40). Presses de l'Université du Québec.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and Internet surveys: The tailored design method*. John Wiley.
- Dionne, C., Bourbonnais, R., Fremont, P., Rossignol, M., Stock, S. et Laroque, I. (2005). A clinical return-to-work rule for patient with back pain. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1559-1567. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1041159>
- Duguay, P., Boucher, A., Prud'homme, P., Busque, M.-A. et Lebeau, M. (2017). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2010-2012 : profil statistique par industrie — catégorie professionnelle* (Rapport n° R-963). IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-963.pdf>
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 48(4), 579-589.
- Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Tremblay, D., Sylvain, C., Gouin, M.-M., Bilodeau, K., . . . Coté, D. (2021). Insights into the sustainable return to work of aging workers with a work disability: An interpretative description study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(1), 92-106.
- Durand, M.-J. et Loisel, P. (2001). Therapeutic return to work: Rehabilitation in the workplace. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 17(1), 57-63.
- Durand, M.-J., Nastasia, I., Coutu, M.-F. et Bernier, M. (2017). Practices of return-to-work coordinators working in large organizations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(1), 137-147.
- Durand, M.-J., Sylvain, C., Fassier, J., Tremblay, D., Shaw, W. S., Anema, J., . . . Bernier, M. (2017). *Troubles musculosquelettiques : revue réaliste sur les bases théoriques des*

programmes de réadaptation incluant le milieu de travail (Rapport R-942). IRSST.
<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-942.pdf>

- Durand, M.-J., Sylvain, C. et Paquette, M.-A. (2023). Return to work for people with common mental disorders: Insights into the implementation of a collaborative program in a specialized mental health hospital. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33(2), 362-374.
- Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Ngomo, S. (2008). *La marge de manœuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail : définition et relations avec le retour à l'emploi* (Rapport n° R-566). IRSST.
- Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Ngomo, S. (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: A qualitative analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 194-202.
- Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Ngomo, S. (2011). Relationship between the margin of manoeuvre and the return to work after a long-term absence due to a musculoskeletal disorder: An exploratory study. *Disability and Rehabilitation*, 33(13-14), 1245-1252. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.526164>
- Ekberg, K., Pransky, G. S., Besen, E., Fassier, J.-B., Feuerstein, M., Munir, F. et Blanck, P. (2016). New business structures creating organizational opportunities and challenges for work disability prevention. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(4), 480-489.
- Ervasti, J., Mattila-Holappa, P., Joensuu, M., Pentti, J., Lallukka, T., Kivimäki, M., . . . Virtanen, M. (2017). Predictors of depression and musculoskeletal disorder related work disability among young, middle-aged, and aging employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(1), 114-119.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000921>
- Etuknwa, A., Daniels, K. et Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700.
- Evans-Lacko, S. et Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: Absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1525-1537.
- Fan, J. K., Gignac, M. A., Harris, M. A. et Smith, P. M. (2020). Age differences in return-to-work following injury: Understanding the role of age dimensions across longitudinal follow-up. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(12), e680-e687.
- Faurie, I., Fraccaroli, F. et Le Blanc, A. (2008). Âge et travail : des études sur le vieillissement au travail à une approche psychosociale de la fin de la carrière professionnelle. *Le travail humain*, 71(2), 137-172.
- Fortin, M. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière éducation.

- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., . . . The Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.
- GBD Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150.
- Gervais, M. et Pépin, G. (2002). TRIAGE: A new group technique gaining recognition in evaluation. *Evaluation Journal of Australasia*, 2(2), 45-49.
- Gervais, M., Pépin, G. et Carrière, M. (2000). TRIAGE, un maillage possible entre la recherche et la pratique en ergothérapie. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 9(1), 11-15.
- Gignac, M. A. M., Kristman, V., Smith, P. M., Beaton, D. E., Badley, E. M., Ibrahim, S. et Mustard, C. A. (2018). Are there differences in workplace accommodation needs, use and unmet needs among older workers with arthritis, diabetes and no chronic conditions? Examining the role of health and work context. *Work, Aging and Retirement*, 4(4), 381-398. <https://doi.org/10.1093/workar/way004>
- Gouin, M.-M., Coutu, M.-F. et Durand, M.-J. (2019). Return-to-work success despite conflicts: An exploration of decision-making during a work rehabilitation program*. *Disability & Rehabilitation*, 41(5), 523-533. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1400592>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. et Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215-231.
- Gravel, S., Dubé, J., Côté, D., White, B. W. et Gratton, D. (2017). Le retour au travail d'immigrants ayant subi une lésion professionnelle : les embûches de la rencontre interculturelle et la précarité du lien d'emploi. *Alterstice : Revue internationale de la recherche interculturelle / Alterstice : International Journal of Intercultural Research / Alterstice : Revista Internacional de la Investigacion Intercultural*, 7(1), 21-38. <https://doi.org/10.7202/1040609ar>
- Gravel, S., Rhéaume, J. et Legendre, G. (2012). Les inégalités sociales de santé des travailleurs immigrés au Québec victimes de lésions professionnelles. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 57-80. <https://doi.org/10.4000/remi.5876>
- Gunnarsson, K., Larsson, M., Persson Schill, H. et Josephson, M. (2014). Research note: Return to work in small enterprises. *Small Enterprise Research*, 21(2), 229-237.
- Habib, R. R. et Fathallah, F. A. (2012). Migrant women farm workers in the occupational health literature. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 41(Suppl 1), 4356-4362. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0101-4356>

- Håkansson, C. et Ahlborg, G. (2017). Occupations, perceived stress, and stress-related disorders among women and men in the public sector in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 10-17.
- Håkansson, C., Gunnarsson, A. B. et Wagman, P. (2023). Occupational balance and satisfaction with daily occupations in persons with depression or anxiety disorders. *Journal of Occupational Science*, 30(2), 196-202.
- Hasselhorn, H. M. et Wenke, A. (2015). *Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges*. BAUA.
- Hertel, G., Thielgen, M., Rauschenbach, C., Grube, A., Stamov-Roßnagel, C. et Krumm, S. (2013). Age differences in motivation and stress at work. Dans C. M. Schlick, E. Frieling et J. Wegge (édit.), *Age-differentiated work systems* (p. 119-147). Springer.
- Høgelund, J., Holm, A. et McIntosh, J. (2010). Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours? *Journal of Health Economics*, 29(1), 158-169.
- Hombali, A., Seow, E., Yuan, Q., Chang, S. H. S., Satghare, P., Kumar, S., . . . Subramaniam, M. (2019). Prevalence and correlates of sleep disorder symptoms in psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 279, 116-122.
- Honoré Grauslund, A.-M., Solmunde Michelsen, J. et Esbensen, B. A. (2021). Everyday life with chronic back pain: A qualitative study among Turkish immigrants in Denmark. *Disability and Rehabilitation*, 43(8), 1162-1170.
- Hubertsson, J., Turkiewicz, A., Petersson, I. F. et Englund, M. (2017). Understanding occupation, sick leave, and disability pension due to knee and hip osteoarthritis from a sex perspective. *Arthritis Care & Research*, 69(2), 226-233. <https://doi.org/10.1002/acr.22909>
- Huijs, J. J., Koppes, L. L., Taxis, T. W. et Blonk, R. W. (2012). Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 301-311.
- Imrie, R. et Luck, R. (2014). Designing inclusive environments: Rehabilitating the body and the relevance of universal design. *Disability and Rehabilitation*, 36(16), 1315-1319.
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. (2021). 1. *L'incapacité au travail*. <https://retourautravail.irsst.qc.ca/incapacite-au-travail/>
- Islam, T., Dahlui, M., Majid, H. A., Nahar, A. M., Mohd Taib, N. A. et Su, T. T. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: A systematic review. *BMC Public Health*, 14(3), article S8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-S3-S8>
- Iwarsson, S. et Ståhl, A. (2003). Accessibility, usability and universal design: Positioning and definition of concepts describing person-environment relationships. *Disability and Rehabilitation*, 25(2), 57-66.

- James, C., Southgate, E., Kable, A., Rivett, D., Guest, M. et Bohatko-Naismith, J. (2011). The return-to-work coordinator role: Qualitative insights for nursing. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 220-227. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9270-4>
- Jetha, A., Besen, E. et Smith, P. M. (2016). Comparing the relationship between age and length of disability across common chronic conditions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(5), 485-491. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000702>
- Jetha, A., Bowring, J., Tucker, S., Connelly, C. E., Martin Ginis, K. A., Proulx, L. et Gignac, M. A. M. (2018). Transitions that matter: Life course differences in the employment of adults with arthritis. *Disability & Rehabilitation*, 40(26), 3127-3135. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1378387>
- John, D. A., Kawachi, I., Lathan, C. S. et Ayanian, J. Z. (2014). Disparities in perceived unmet need for supportive services among patients with lung cancer in the Cancer Care Outcomes Research and Surveillance Consortium. *Cancer*, 120(20), 3178-3191. <https://doi.org/10.1002/cncr.28801>
- Kadijk, E. A., van den Heuvel, S., Ybema, J. F. et Leijten, F. R. M. (2018). The influence of multi-morbidity on the work ability of ageing employees and the role of coping style. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(3), 503-513. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-018-9811-9>
- Kallay, E., Csaba, D. et Pinteá, S. (2017). Are male cancer patients more affected by losing their jobs than female patients? Gender as a moderator of the relationship between losing the job and well-being in a sample of Romanian cancer patients. *Journal of B.U.ON.: Official journal of the Balkan Union of Oncology*, 22, 1345-1351.
- Kaptein, S. A., Gignac, M. A. et Badley, E. M. (2009). Differences in the workforce experiences of women and men with arthritis disability: A population health perspective. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 61(5), 605-613.
- Kelly, K. (2015). *The aging workforce: Four steps to maximize older workers in your organization*. Chapel Hill: University of North Carolina, Kenan-Flagler Business School.
- Kirsh, B., Slack, T. et King, C. A. (2012). The nature and impact of stigma towards injured workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 143-154.
- Koolhaas, W., van der Klink, J. J. L., Vervoort, J. P. M., de Boer, M. R., Brouwer, S. et Groothoff, J. W. (2013). In-depth study of the workers' perspectives to enhance sustainable working life: Comparison between workers with and without a chronic health condition. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 170-179. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9449-6>
- Krause, N., Dasinger, L. K. et Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(2), 113-139.

- Kvam, L. et Eide, A. H. (2015). Gender differences in the importance of participation associated with injured workers/persons perceived barriers to returning to work in the context of vocational rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 37(1), 78-85. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.907827>
- Kvam, L., Eide, A. H. et Vik, K. (2013). Understanding experiences of participation among men and women with chronic musculoskeletal pain in vocational rehabilitation. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 45(2), 161-174. <https://doi.org/10.3233/WOR-121534>
- Kvam, L. et Vik, K. (2015). Discourses of participation in work among men and women in vocational rehabilitation. *Journal of Occupational Science*, 22(3), 345-357. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.897204>
- Laaksonen, M., Mastekaasa, A., Martikainen, P., Rahkonen, O., Piha, K. et Lahelma, E. (2010). Gender differences in sickness absence: The contribution of occupation and workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(5), 394-403.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M. et Champagne, F. (2014). Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: A scoping review of published definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 242-267.
- Leijon, M., Hensing, G. et Alexanderson, K. (2004). Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: Association with occupational gender segregation. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 32(2), 94-101. <https://doi.org/10.1080/14034940310006195>
- Leijten, F. R., de Wind, A., van den Heuvel, S. G., Ybema, J. F., van der Beek, A. J., Robroek, S. J. W. et Burdorf, A. (2015). The influence of chronic health problems and work-related factors on loss of paid employment among older workers. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69(11), 1058-1065. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-205719>
- Leijten, F. R., van den Heuvel, S. G., van der Beek, A. J., Ybema, J. F., Robroek, S. J. W. et Burdorf, A. (2015). Associations of work-related factors and work engagement with mental and physical health: A 1-year follow-up study among older workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 86-95. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9525-6>
- Leijten, F. R., van den Heuvel, S. G., Ybema, J. F., Robroek, S. J. W. et Burdorf, A. (2013). Do work factors modify the association between chronic health problems and sickness absence among older employees? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(5), 477-485.
- Lindström, I., Areskoug, B. et Allebeck, P. (2002). Do immigrant patients differ from native Swedish patients with back pain when entering rehabilitation? *Advances in Physiotherapy*, 4(2), 74-84.
- Lippel, K. (2003). Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: Systemic discrimination against women workers? *International Journal of Health Services*, 33(2), 253-281. <https://doi.org/10.2190/JPQD-RT1G-QKTK-JF2R>

- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Lortie, M., Laroche, E., Denis, D., Nastasia, I., Faye, C., Gravel, S., . . . Desmarais, L. (2013). *Bilan des connaissances sur les guides de pratique en santé : enseignements clés et transférabilité pour la santé et la sécurité au travail* (Rapport n° R-736). IRSST.
- Lukyanova, V. V., Balcazar, F. E., Oberoi, A. K. et Suarez-Balcazar, Y. (2014). Employment outcomes among African Americans and Whites with mental illness. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 48(3), 319-328.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.-L. et Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(4), 257-269.
- Mäntyniemi, A., Oksanen, T., Salo, P., Virtanen, M., Sjösten, N., Pentti, J., . . . Vahtera, J. (2012). Job strain and the risk of disability pension due to musculoskeletal disorders, depression or coronary heart disease: A prospective cohort study of 69 842 employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 69(8), 574-581. <https://doi.org/10.1136/oemed-2011-100411>
- Marois, E., Durand, M.-J. et Coutu, M.-F. (2020). Logic models for the Therapeutic Return-to-Work Program as adapted for common mental disorders: A guide for health professionals. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 67(2), 345-358.
- McCallum, S. M., Batterham, P. J., Calear, A. L., Sunderland, M., Carragher, N. et Kazan, D. (2019). Associations of fatigue and sleep disturbance with nine common mental disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 123, article 109727.
- McCann, R. M. et Giles, H. (2006). Communication with people of different ages in the workplace: Thai and American data. *Human Communication Research*, 32(1), 74-108. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2006.00004.x>
- McDowell, C. et Fossey, E. (2015). Workplace accommodations for people with mental illness: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 197-206.
- McGoldrick, A. E. et Arrowsmith, J. (2017). Discrimination by age: The organizational response. Dans I. Glover et M. Branine (édit.), *Ageism in work and employment* (p. 93-114). Routledge.
- McGuire, C., Kristman, V., Shaw, W., Williams-Whitt, K., Reguly, P. et Soklaridis, S. (2015). Supervisor autonomy and considerate leadership style are associated with supervisors' likelihood to accommodate back injured workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(3), 589-598. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9567-4>
- Meyers, D. C., Durlak, J. A. et Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 462-480.

- Michel, C., Arcand, R., Crevier, H., Dovonou, N., Martin, R., Pelletier, P. et Phaneuf, R. (2010). *Portrait national des troubles musculo-squelettiques (TMS) 1998-2007 : TMS sous surveillance*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1156>
- Mikkelsen, M. B. et Rosholm, M. (2018). Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occupational & Environmental Medicine*, 75(9), 675-686. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105073>
- Mujahid, M. S., Janz, N. K., Hawley, S. T., Griggs, J. J., Hamilton, A. S. et Katz, S. J. (2010). The impact of sociodemographic, treatment, and work support on missed work after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 119(1), 213-220.
- Nastasia, I., Coutu, M.-F. et Cibotaru, A. (2013). *Prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques : une revue systématique de la littérature* (Rapport n° R-841). IRSST.
- Nielsen, M. B. D., Madsen, I. E. H., Bultmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F. et Rugulies, R. (2013). Encounters between workers sick-listed with common mental disorders and return-to-work stakeholders: Does workers' gender matter? *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(2), 191-197. <https://doi.org/10.1177/1403494812470750>
- Nordqvist, C., Holmqvist, C. et Alexanderson, K. (2003). Views of laypersons on the role employers play in return to work when sick-listed. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(1), 11-20. <https://doi.org/10.1023/A:1021841722613>
- Norrefalk, J.-R., Ekholm, J. et Borg, K. (2006). Ethnic background does not influence outcome for return-to-work in work-related interdisciplinary rehabilitation for long-term pain: 1- and 3-year follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(2), 87-92. <https://doi.org/10.1080/16501970510044016>
- Nutt, D., Wilson, S. et Paterson, L. (2022). Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 329-336.
- Oh, C.-M., Kim, H. Y., Na, H. K., Cho, K. H. et Chu, M. K. (2019). The effect of anxiety and depression on sleep quality of individuals with high risk for insomnia: A population-based study. *Frontiers in Neurology*, 10, article 849.
- Østby, K. A., Mykletun, A. et Nilsen, W. (2018). Explaining the gender gap in sickness absence. *Occupational Medicine*, 68(5), 320-326. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy062>
- Östlund, G., Cedersund, E., Alexanderson, K. et Hensing, G. (2001). "It was really nice to have someone": Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(4), 285-291. <https://doi.org/10.1177/14034948010290041401>
- Östlund, G., Cedersund, E., Hensing, G. et Alexanderson, K. (2004). Domestic strain: A hindrance in rehabilitation? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 49-56. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00254.x>

- Paillé, P. et Muchielli, A. (2016). L'analyse par questionnement analytique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd., p. 211-233). Armand Colin.
- Palmer, K. T. et Goodson, N. (2015). Ageing, musculoskeletal health and work. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(3), 391-404.
<https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.03.004>
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., . . . Brereton, L. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12(1), article 21.
- Pompeii, L. A., Lipscomb, H. J. et Dement, J. M. (2008). Surveillance of musculoskeletal injuries and disorders in a diverse cohort of workers at a tertiary care medical center. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(5), 344-356.
- Prud'homme, P., Busque, M.-A., Duguay, P. et Côté, D. (2015). *Travailleurs immigrants et SST au Québec : état des connaissances statistiques et recension des sources de données* (Rapport n° R-890). IRSST.
- Qureshi, K., Salway, S., Chowbey, P. et Platt, L. (2014). Long-term ill health and the social embeddedness of work: A study in a post-industrial, multi-ethnic locality in the UK. *Sociology of Health & Illness*, 36(7), 955-969. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12128>
- Redman, T. et Snape, E. (2002). Ageism in teaching: Stereotypical beliefs and discriminatory attitudes towards the over-50s. *Work, Employment and Society*, 16(2), 355-371.
<https://doi.org/10.1177/095001702400426884>
- Richard, M.-C., Durand, M.-J. et Vézina, N. (2016, 25-28 septembre). *Progressive return to work: Development of a new tool to help health professionals* [Communication]. Work Disability Prevention & Integration, Amsterdam, Pays-Bas.
- Riemann, D., Krone, L., Wulff, K. et Nissen, C. (2020). Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 74-89.
- Rinsky-Halivni, L., Hovav, B., Christiani, D. C. et Brammli-Greenberg, S. (2022). Aging workforce with reduced work capacity: From organizational challenges to successful accommodations sustaining productivity and well-being. *Social Science & Medicine*, 312, article 115369.
- Roelen, C. A. M., Norder, G., Koopmans, P. C., van Rhenen, W., van der Klink, J. J. L. et Bültmann, U. (2012). Employees sick-listed with mental disorders: Who returns to work and when? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 409-417.
<https://doi.org/10.1007/s10926-012-9363-3>
- Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., . . . Benziger, C. P. (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982-3021.

- Russo, F., Papalia, G. F., Vadalà, G., Fontana, L., Iavicoli, S., Papalia, R. et Denaro, V. (2021). The effects of workplace interventions on low back pain in workers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), article 12614.
- Saint-Arnaud, L. et Saint-Jean, M. (2002). Le vieillissement des travailleurs et le processus de réinsertion professionnelle. *Gérontologie et société*, 25(102), 127-135.
- Saint-Arnaud, L., Saint-Jean, M. et Damasse, J. (2007). 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.
- Sanchez, J. I. et Medkik, N. (2004). The effects of diversity awareness training on differential treatment. *Group & Organization Management*, 29(4), 517-536.
- Sanchez, K. M., Richardson, J. L. et Mason, H. R. C. (2004). The return to work experiences of colorectal cancer survivors. *AAOHN Journal*, 52(12), 500-510.
- Sanders, M. J. (2018). Older manufacturing workers and adaptation to age-related changes. *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 1-11.
<http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2018.021238>
- Sanderson, T., Calnan, M. et Kumar, K. (2015). The moral experience of illness and its impact on normalisation: Examples from narratives with Punjabi women living with rheumatoid arthritis in the UK. *Sociology of Health & Illness*, 37(8), 1218-1235.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12304>
- Saunders, C., Brown, J. J., Carter, D. J. et Lapkin, S. (2018). Chronic disease management support in Australian workplaces-low base, rising need. *Health Promotion Journal of Australia*, 29(3), 257-264. <https://doi.org/10.1002/hpja.11>
- Sayer, L. C. (2010). Trends in housework. Dans J. Treas et S. Drobnič (édit.), *Dividing the domestic: Men, women, and household work in cross-national perspective* (p. 19-38). Stanford University Press.
- Schneider, U., Linder, R. et Verheyen, F. (2016). Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: Evidence from Germany. *The European Journal of Health Economics*, 17(5), 629-643.
- Sewdas, R., van der Beek, A. J., De Wind, A., van der Zwaan, L. G. L. et Boot, C. R. L. (2018). Determinants of working until retirement compared to a transition to early retirement among older workers with and without chronic diseases: Results from a Dutch prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(3), 400-408.
<https://doi.org/10.1177/1403494817735223>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S. et Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 73(1), 17-48.

- Smith, P., Bielecky, A., Ibrahim, S., Mustard, C., Saunders, R., Beaton, D., . . . Hogg-Johnson, S. (2014). Impact of pre-existing chronic conditions on age differences in sickness absence after a musculoskeletal work injury: A path analysis approach. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(2), 167-175. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3397>
- Soares, J. J., Sundin, Ö. et Jablonska, B. (2004). Psychosocial experiences of foreign and native patients with/without pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11(1), 36-48.
- Stanford Center on Longevity. Financial Security Division. (2014). *Adapting to an aging workforce: January 30-31, 2014 conference proceedings*. Stanford Center on Longevity.
- Statistique Canada. (2020). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2019*. Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2022a). *Augmentation de l'incapacité liée à la santé mentale chez les travailleurs canadiens pendant la pandémie, 2021*. Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2022b). *Tableau 14-10-0390-01 : absence du travail chez les employés à temps plein, données annuelles*. Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2023a). *Tableau 14-10-0215-01 : emploi pour l'ensemble des salariés selon la taille d'entreprise, données annuelles*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410021501>
- Statistique Canada. (2023b). *Tableau 33-10-0717-01 : nombre d'entreprises canadiennes, avec employés, juin 2023*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3310071701>
- Steenstra, I. A., Munhall, C., Irvin, E., Oranye, N., Passmore, S., Van Eerd, D., . . . Hogg-Johnson, S. (2017). Systematic review of prognostic factors for return to work in workers with sub acute and chronic low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(3), 369-381.
- Stock, S., Baril, R., Dion-Hubert, C., Lapointe, C., Paquette, S., Sauvage, J., . . . Vaillancourt, C. (2005). *Troubles musculo-squelettiques : guide et outils pour le maintien et le retour au travail*. Direction de la santé publique.
- Streibelt, M., Bürger, W., Nieuwenhuijsen, K. et Bethge, M. (2018). Effectiveness of graded return to work after multimodal rehabilitation in patients with mental disorders: A propensity score analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 180-189.
- Sylvain, C. et Durand, M.-J. (2017). Soutenir le retour au travail après un arrêt de travail en raison d'un trouble dépressif : pourquoi et comment faire en soins primaires ? *Santé mentale au Québec*, 42(1), 305-318. <https://doi.org/10.7202/1040256ar>
- Tashakkori, A. et Teddlie, C. (2010). *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Sage.

- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. et Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), 62-69.
- Tavares, A. I. (2017). Telework and health effects review. *International Journal of Healthcare*, 3(2), 30-36.
- Van Dalen, H. P., Henkens, K. et Schippers, J. (2010). Productivity of older workers: Perceptions of employers and employees. *Population and development review*, 36(2), 309-330.
- van del Heuvel, S., Zwaan, L., van Dam, L., Oude Hengel, K., Eekhout, I., van Emmerik, M., . . . Wilhelm, C. (2017). *Estimating the costs of work-related accidents and ill-health: An analysis of European data sources*. EU-OSHA.
- van Oostrom, S. H., Anema, J. R., Terluin, B., Venema, A., de Vet, H. C. et van Mechelen, W. (2007). Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Services Research*, 7(1), article 127.
- van Vilsteren, M., van Oostrom, S. H., de Vet, H. C., Franche, R. L., Boot, C. R. et Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), article CD006955.
- Verdonk, P., de Rijk, A., Klinge, I. et de Vries, A. (2008). Sickness absence as an interactive process: Gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 300-306.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.003>
- Viikari-Juntura, E., Kausto, J., Shiri, R., Kaila-Kangas, L., Takala, E.-P., Karppinen, J., . . . Martimo, K.-P. (2012). Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(2), 134-143.
- Virtanen, M., Vahtera, J., Head, J., Dray-Spira, R., Okuloff, A., Tabak, A. G., . . . Kivimäki, M. (2015). Work disability among employees with diabetes: Latent class analysis of risk factors in three prospective cohort studies. *PLoS One*, 10(11), article e0143184.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143184>
- Wagman, P., Håkansson, C. et Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327.
- Wagman, P., Hjärthag, F., Håkansson, C., Hedin, K. et Gunnarsson, A. B. (2021). Factors associated with higher occupational balance in people with anxiety and/or depression who require occupational therapy treatment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(6), 426-432.

- Welch, L., Haile, E., Boden, L. I. et Hunting, K. L. (2009). Musculoskeletal disorders among construction roofers: Physical function and disability. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 56-63.
- White, M., Wagner, S., Schultz, I. Z., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., . . . Schulz, W. (2013). Modifiable workplace risk factors contributing to workplace absence across health conditions: A stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 45(4), 1-12.
- Winter, J., Issa, M. H., Quaigrain, R., Dick, K. et Regehr, J. D. (2016). Evaluating disability management in the Manitoban construction industry for injured workers returning to the workplace with a disability. *Canadian Journal of Civil Engineering*, 43(2), 109-117. <https://doi.org/10.1139/cjce-2015-0114>
- Yelin, E., Sonneborn, D. et Trupin, L. (2000). The prevalence and impact of accommodations on the employment of persons 51-61 years of age with musculoskeletal conditions. *Arthritis Care and Research*, 13(3), 168-176.
- Zafar, N., Rotenberg, M. et Rudnick, A. (2019). A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 64(3), 461-475.
- Zaidel, C. S., Ethiraj, R. K., Berenji, M. et Gaspar, F. W. (2018). Health care expenditures and length of disability across medical conditions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(7), 631-636.

ANNEXE A : TABLEAU COMPARATIF DES OUTILS SOUTENANT LE RETOUR PROGRESSIF AU TRAVAIL

Tableau 13. Caractérisation des outils soutenant le retour progressif au travail

	OMRT	GEMM (Anciennement Guide d'évaluation de la MM)	ORPAT
Cibles			
Objectif	Outiller les milieux de travail afin qu'ils puissent soutenir le RAT/MAT d'employés aux prises avec des TMS, notamment lors du déploiement de mesures d'assignation temporaire (AT)	Structurer la planification et l'accompagnement, par les professionnels de la réadaptation, de travailleurs aux prises avec un TMS pour leur retour (progressif) en milieu réel de travail.	Outiller les milieux de travail afin qu'ils puissent soutenir la démarche de RPAT à partir du plan de RAT prescrit par le médecin de l'employé aux prises avec un TMS, notamment en lui permettant d'anticiper les obstacles et difficultés que pourrait rencontrer l'employé et d'identifier les moyens à mettre en place pour favoriser le RAT.
Utilisateurs ciblés	Milieu de travail (supérieur immédiat)	Professionnel de la santé ayant une formation générale en analyse de l'activité de travail (ex : ergothérapeute)	Milieu de travail (bureau de santé, RH, supérieur immédiat)
Spécifications techniques			
Démarche	Une démarche en 6 étapes est proposée : 1) Le supérieur évalue les exigences du travail selon des critères détaillés; 2) Le supérieur propose, avec l'accord et la collaboration du travailleur blessé, des modifications aux tâches d'AT (si nécessaire); 3) La proposition est acheminée au médecin traitant; 4) Le md accepte, corrige ou refuse. 5) Le médecin traitant	Le professionnel évalue d'abord la MM initiale ¹ (i.e. présente avant l'arrêt de travail) du travailleur avec une grille d'évaluation développée à cet effet, de manière à déterminer si le travailleur dispose, ou non, d'une MM suffisante pour permettre son RAT en fonction de son état de santé actuelle (étape 1). Dans le cas où la MM devrait être accrue pour favoriser le RAT, le professionnel est appelé à identifier et établir les	Suite à la réception du plan de RPAT prescrit par le médecin, le représentant du milieu de travail rencontre l'employé pour discuter du RAT (étape 1). Cette rencontre initiale permet 1) d'explicitier les recommandations du médecin traitant; 2) de préciser les attentes en matière d'horaire, de tâches de travail et de productivité; 3) d'identifier les difficultés potentielles et les moyens à mettre en place pour les contrer et enfin 4) de prendre acte du niveau de confiance de l'employé à l'égard du plan de RAT proposé (étape 2).

¹ MM initiale : MM du travailleur à son poste avant son arrêt de travail

	OMRT	GEMM (Anciennement Guide d'évaluation de la MM)	ORPAT
	transmet ses recommandations au milieu de travail à l'aide d'un formulaire de restrictions temporaires au travail. 6) Le supérieur met en place les recommandations.	mesures/conditions à mettre en place pour assurer une MM thérapeutique ² suffisante (étape 2). La réévaluation a posteriori de la MM thérapeutique (étape 3), à chaque 2 semaines, permet ensuite d'établir son efficacité réelle. Si celle-ci s'avère insuffisante, des aller-retours entre les étapes 2 et 3 pourront avoir lieu, jusqu'à l'atteinte d'une MM satisfaisante. La MM finale ³ , estimée au moment de conclure le programme de RAT accompagné, permet enfin d'identifier les conditions à préserver ou à améliorer pour favoriser un RAT durable. Le travailleur est activement impliqué à chacune de ces étapes.	L'employé reprend ensuite les tâches de travail selon le plan proposé par le médecin et ce qui a été convenu précédemment (étape 3). À la fin de la semaine, le représentant du milieu de travail évalue, avec l'employé, le niveau d'atteinte des objectifs de productivité (et les raisons qui y ont contribué) ainsi que l'évolution du niveau d'inconfort ressenti par ce dernier (étape 4). Selon les résultats de cette réévaluation, des aller-retours entre les étapes 2, 3 et 4 pourront avoir lieu, jusqu'à l'atteinte d'une MM satisfaisante, permettant le retour au travail régulier (étape 5).
Contenu / format	Guide d'instructions (environ 50 pages) incluant : consignes pas à pas, exemples, algorithme illustrant la démarche et arbre décisionnel pour le suivi Grilles d'estimation des exigences physiques spécifiques selon le site de la lésion (région du corps)	Aide-mémoire sur les grandes étapes (environ 3 pages) 4 Grilles d'évaluation de la MM selon l'étape de la démarche (8 pages) 2 questionnaires auto administrés	Guide d'instruction (14 pages) qui, après avoir précisé les origines, les fondements et les principaux concepts de l'outil, illustre et explique les 5 étapes de RPAT proposées. Plusieurs indications y sont données, notamment, pour la complétion de la grille de planification du RPAT (étapes 2 et 4). Des exemples concrets de moyens à mettre en place pour contrer les difficultés et faciliter le RPAT du travailleur sont également proposés.

² MM thérapeutique : MM qui devra être maintenue tout au long du programme de retour progressif au travail. Afin d'en préserver la valeur thérapeutique, l'exposition au travail devra donc être régulièrement modulée de manière à préserver cette MM.

³ MM finale : MM déterminée par les cliniciens au terme du programme. Lorsque suffisante, cette MM permettra au travailleur de disposer du « coussin » nécessaire pour assurer la durabilité de son un retour au travail.

	OMRT	GEMM (Anciennement Guide d'évaluation de la MM)	ORPAT
	Formulaires de proposition d'AT (4) spécifiques selon le site de la lésion Formulaires de restrictions temporaires au travail (3)		Grille de planification pour le retour progressif au travail (PDF en formats imprimable et interactif) 1 page recto-verso
Formation	Aucune	Une formation de 5 heures est préalable à l'application	Aucune
Forces et faiblesses			
Implication du travailleur	Considération explicite de la perspective du travailleur (capacité perçue à réaliser les tâches prévues)	Considération explicite de la perspective du travailleur (entrevue avec le travailleur; plusieurs questionnaires auto-administrés)	Considération explicite de la perspective du travailleur (entrevue avec le travailleur : grille complétée conjointement)
Portée inter-diagnostique	Certains TMS ciblés seulement (dos et membres supérieurs). Démarche difficilement applicable lorsque plusieurs sites lésionnels présents (par ex. atteintes à la fois au dos et aux épaules pour un même travailleur)	TMS seulement Démarche applicable à tous les diagnostics de TMS (peu importe le site de la lésion) et en présence de plusieurs sites lésionnels (par ex. atteintes à la fois au dos et aux épaules pour un même travailleur)	TMS seulement Démarche applicable à tous les diagnostics de TMS (peu importe le site de la lésion) et en présence de plusieurs sites lésionnels (par ex. atteintes à la fois au dos et aux épaules pour un même travailleur)
Facteurs de RAT considérés	Évaluation limitée aux exigences physiques de travail	Considération globale de la personne en situation de travail (composantes individuelles (physique, psychologique, sociale) du travailleur et des exigences de travail)	Considération globale de la personne en situation de travail (composantes individuelles (physique, psychologique, sociale) du travailleur et des exigences de travail)

	OMRT	GEMM (Anciennement Guide d'évaluation de la MM)	ORPAT
Investissements (ressources) requis par l'utilisateur	<p>La démarche d'évaluation des exigences de travail par le superviseur est perçue longue et très complexe. Elle apparaît demander une expertise spécialisée (ergonomie) d'où l'embauche de ressources extérieures pour les entreprises. (169)</p> <p>Le md traitant doit accepter de se familiariser et de remplir les formulaires proposés dans l'OMRT ce qui représente un changement de pratique substantiel. .</p>	<p>Temps supplémentaire requis (15 à 30 minutes selon l'étape) à l'intervention classique pour remplir les documents</p> <p>Utilisation requérant l'acquisition d'une expertise supplémentaire (formation préalable d'une journée obligatoire)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guide d'instruction perçu trop long et peu décourager sa consultation, en fonction de la disponibilité de certains employeurs (supérieurs immédiats) (47) • Utilisation ne requérant l'acquisition d'aucune expertise / compétence supplémentaire, puisque déjà simplifié
Facilité d'utilisation	Perception d'une grande complexité pour les utilisateurs (algorithme; plusieurs étapes, plusieurs documents)	Perception d'une certaine complexité pour les utilisateurs (plusieurs étapes et aller-retours; présentation graphique chargée)	Présentation claire, simple et conviviale / outil perçu comme facilement applicable par les utilisateurs (ressource humaine et supérieur immédiat)
Utilité perçue par les utilisateurs	Peu ou pas implanté dans les entreprises québécoises (170) Peu ou pas adopté par les md traitant.	Utile et pertinent pour structurer, baliser et orienter le processus de RAT, surtout pour les cliniciens moins expérimentés	Utile et pertinent pour structurer, baliser et orienter le processus de RAT, surtout pour les gestionnaires moins expérimentés
Communications	Outils favorisant la communication entre les parties prenantes (travailleur, employeur, médecin)	Le contenu de l'outil (par ex. exigences de travail, moyens disponibles pour moduler les tâches de travail, rendement, santé, difficulté à réaliser les tâches proposées) facilitant la communication avec les interlocuteurs en milieu de travail (vocabulaire usuel)	Le contenu de l'outil (ex. exigences de travail, moyens disponibles pour moduler les tâches de travail, rendement, santé, difficulté à réaliser les tâches proposées) facilitant la communication et les attentes respectives entre les interlocuteurs en milieu de travail et le travailleur en RPAT

ANNEXE B : GUIDE D'ÉVALUATION DE LA MARGE DE MANOEUVRE

Cette section rassemble les adaptations réalisées dans les grilles d'évaluation composant le GEMM, réalisées au cours de l'étude. La version complète du GEMM comporte également des explications et instructions d'utilisation détaillées, qui ne sont pas incluses ici. Seules les grilles d'évaluation de la marge de manœuvre ont fait l'objet d'adaptation. Rappelons aussi que l'administration de ces grilles est réservée aux cliniciens ayant complété avec succès une formation préalable de 5 heures afin d'assurer la fidélité inter-évaluateurs.

B.I GEMM initial (TMS)

B.I.I Grille d'évaluation de la marge de manœuvre initiale*

Étape 1							
MM initiale : Marge de manœuvre dont le travailleur disposait au cours des dernières semaines <i>avant</i> son arrêt de travail							
MM initiale							
Indicateurs	Sources d'information			Analyse			
	Questionnaire	Entrevue		Effet de ces indicateurs sur la MM initiale du travailleur ? (tracer un X sur la ligne grise)			
Contexte de travail				effet négatif	effet neutre	effet positif	
contexte de travail	Pratiques d'habilitation de la direction	OPP- A	/5				
	Niveau de qualité du climat de travail	OPP- B	/25				
	Contexte de travail (général)	OPP- C	/35				
		GAC	-				
	Caractéristiques de l'entreprise	OPP - D	/35				
	Qualité des pratiques d'habilitation du supérieur	JCQ - A	/20				
	Niveau de soutien des collègues	JCQ - B	/24				
Exigences et activité de travail				effet négatif	effet neutre	effet positif	
exigences-activité	Importance des facteurs de risque et contraintes	F	M	E			
		F	M	E			
	Niveau de polyvalence <i>demandée</i>	F	M	E			
Faible, Modéré, Élevé / + Positif, Neutre, - Négatif							

Étape 1
MM initiale : Marge de manœuvre dont le travailleur disposait au cours des dernières semaines avant son arrêt de travail

Exigences et activité de travail (suite)				effet négatif	effet neutre	effet positif
Niveau de production demandée	F	M	E			
Niveau de disponibilité demandée	F	M	E			
Niveau de mobilité demandée	F	M	E			
Conditions et moyens offerts				effet négatif	effet neutre	effet positif
moeyens	Niveau de suffisance des moyens/possibilités avant l'arrêt	JCQ – C	/36			
Effets sur la santé				effet négatif	effet neutre	effet positif
effets	Fréquence des symptômes avant l'arrêt	F	M	E		
	Intensité des symptômes avant l'arrêt	F	M	E		
	Durée des symptômes avant l'arrêt	F	M	E		
	Difficulté de récupération avant l'arrêt	F	M	E		

Effets sur la production				effet négatif	effet neutre	effet positif
	Difficulté d'atteinte des objectifs de production avant l'arrêt : quantité et qualité	F	M	E		
	Difficulté d'atteinte du nombre attendu d'heures de travail avant l'arrêt	F	M	E		
	Difficulté d'atteinte du rythme de production avant l'arrêt	F	M	E		

*Faible, Modéré, Élevé / + Positif, Neutre, - Négatif

En tant qu'intervenant, quelle est votre impression globale de :			
	insuffisante	juste suffisante	suffisante
la MM initiale MM dont disposait le travailleur avant son arrêt de travail			

*Inspiré de : Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C. et Ngomo, S. (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: a qualitative analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 194-202.

B.I.II Grille de création de la marge de manœuvre thérapeutique*

Étape 2																									
MM thérapeutique: Marge de manœuvre planifiée par le clinicien pour le retour au travail																									
MM thérapeutique : création et ajustement																									
Indicateurs																									
Exigences	<p>Exigences de retour au travail</p> <p><i>Ensemble de tâches proposées</i> au travailleur lors de son retour progressif au travail (nouvelle proposition à chaque semaine)</p>																								
Moyens	<p>Moyens et possibilités identifiés et disponibles lors du retour au travail</p> <p><i>Possibilités (exemples)</i> <i>Offrir</i> des possibilités organisationnelles ou matérielles telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de travailler en surnuméraire; possibilité d'avoir de l'aide de quelqu'un; • Possibilité d'avoir de la flexibilité dans l'ordre des tâches; • Possibilité d'avoir de la flexibilité dans l'horaire de travail; possibilité d'avoir accès à un nouvel outil; • Possibilité d'avoir des outils et équipements adaptés et disponibles. <p><i>Moyens (exemples)</i> <i>Proposer</i> des moyens individuels tels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gérer la cadence de travail; faire des exercices d'étirement à son poste; • Changer de posture de travail; prendre des pauses /micro-pauses • Intégrer des techniques de travail pour réduire certaines postures ou efforts difficiles • Intégrer des moyens d'affirmation de soi; réorganiser l'ordre des tâches. 																								
Individu	<p>Sentiment d'efficacité personnelle face au plan de la prochaine semaine</p> <p>Faites un trait sur la ligne foncée vis-à-vis du degré de confiance choisi (à remplir par le travailleur)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0 %</th> <th>50%</th> <th>100%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Quel est votre degré de confiance de pouvoir faire le travail prévu la semaine prochaine ?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Quel est votre degré de confiance de pouvoir faire le travail prévu sans risquer d'aggraver votre condition ?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Est-ce que vous voyez quelque chose qui pourrait faire obstacle à votre travail au cours de la semaine prochaine ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Si oui, décrivez :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Si oui, voyez-vous comment surmonter cet obstacle ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Si oui, décrivez :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		0 %	50%	100%	Quel est votre degré de confiance de pouvoir faire le travail prévu la semaine prochaine ?				Quel est votre degré de confiance de pouvoir faire le travail prévu sans risquer d'aggraver votre condition ?				Oui	Non	Si oui, décrivez :				Oui	Non	Si oui, décrivez :			
	0 %	50%	100%																						
Quel est votre degré de confiance de pouvoir faire le travail prévu la semaine prochaine ?																									
Quel est votre degré de confiance de pouvoir faire le travail prévu sans risquer d'aggraver votre condition ?																									
Oui	Non	Si oui, décrivez :																							
Oui	Non	Si oui, décrivez :																							

*Inspiré de : Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C. et Ngomo, S. (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: a qualitative analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 194-202.

B.I.III Grille d'analyse et d'ajustement de la marge de manœuvre thérapeutique

Étape 3
MM thérapeutique – analyse et ajustement pour la progression du retour au travail

MM thérapeutique- analyse				Semaine numéro _____			
Indicateurs		Commentaires					
Effets sur la santé et la production				effet négatif	effet neutre	effet positif	
Au cours de la dernière semaine de travail...							
effets-santé - production	Intensité des symptômes	F	M E				
	Durée des symptômes	F	M E				
	Temps nécessaire à la récupération	F	M E				
	Difficultés de sommeil	F	M E				
	Importance des modifications à la médication	F	M E				
	Importance de l'apparition de nouveaux signes ou symptômes	F	M E				
	Difficulté à atteindre les objectifs de production (quantité et qualité)	F	M E				
	Difficulté à suivre le rythme attendu de production	F	M E				
	Niveau d'utilisation des moyens et possibilités	+	N -				

Étape 3
MM thérapeutique – analyse et ajustement pour la progression du retour au travail

	Quelle est l'impression globale <i>du travailleur</i> de sa MMth au cours de la dernière semaine ?	insuffisante	juste suffisante	suffisante
	Quelle est <i>votre</i> impression globale de la MMth de la dernière semaine ?	insuffisante	juste suffisante	suffisante

*Inspiré de : Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C. et Ngomo, S. (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: a qualitative analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 194-202.

B.I.IV Grille d'évaluation de la marge de manœuvre finale

Étape 4	
MM finale : Marge de manœuvre présente en fin de programme de retour au travail	
MM finale	
La MM finale de Monsieur/Mme _____ est estimée (choisir) :	
Insuffisante	Recommandations
Juste suffisante	Tâches prévues /exigences de production
	Tâches/circonstances à éviter
	Moyens individuels
	Possibilités organisationnelles /modifications à l'environnement de travail
	Mises en place/à mettre en place
	Autres
Suffisante	Tâches prévues /exigences de production
	Tâches/circonstances à éviter
	Moyens individuels
	Possibilités organisationnelles /modifications à l'environnement de travail
	Mises en place/à mettre en place
	Autres
Signature	Date

*Inspiré de : Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M. C. et Ngomo, S. (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: a qualitative analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 194-202.

B.II GEMM transdiagnostique préliminaire : liste d'adaptations détaillées

Cette section rapporte les différentes adaptations apportées par l'équipe de recherche au GEMM initial (TMS) pour développer la version préliminaire transdiagnostique. Les ajouts réalisés dans le cadre de ces adaptations sont indiqués en italique, tandis que les extraits supprimés de la version originale ont été raturés.

Tableau 14. Adaptations réalisées dans le cadre du développement du GEMM transdiagnostique préliminaire

Adaptation	Section du guide
<p>2 ajouts d'exemples de possibilités :</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Possibilité de travailler dans un environnement calme; de travailler sans interruption</i>• <i>Possibilité de réduire le rythme de travail</i>	<p>Étape 2 – MM thérapeutique : Marge de manœuvre planifiée par le clinicien pour le retour au travail (Moyens et possibilités identifiés et disponibles lors du retour au travail)</p>
<p>3 ajouts aux exemples de moyens individuels proposés :</p> <ul style="list-style-type: none">• Gérer la cadence de travail; faire des exercices d'étirement/<i>relaxation</i> à son poste• <i>Intégrer des moyens mnémotechniques / stratégies de gestion du temps</i>• <i>Gérer son temps et ses priorités</i>	

B.III GEMM transdiagnostique et sensible aux enjeux liés à l'âge avancé, au genre et au fait d'être issu d'un groupe ethnoculturel minoritaire (FINAL)

B.III.I Grille d'évaluation de la marge de manœuvre initiale

Étape 1 - MM initiale						
indicateur	sources d'information			analyse		
	questionnaires/entrevue			effet sur la MM de l'individu au travail (tracer un X sur la ligne)		
Contexte de travail				effet négatif	effet neutre	effet positif
Pratiques d'habilitation de la direction	OPP-A	/5				
Niveau de qualité du climat de travail	OPP-B	/25				
Contexte général de travail	OPP-C	/35				
	GAC	- N +				
Caractéristiques de l'entreprise	OPP-D	/35				
Pratiques d'habilitation du supérieur	JCQ-A	/20				
Collectif de travail :						
a. Niveau de soutien des collègues	JCQ-B	/24				
b. Impact du sexe/genre de l'équipe de travail sur le soutien au travail	Aucun	F M E				
Niveau de précarité du poste	F	M E				
Exigences et activité de travail				effet négatif	effet neutre	effet positif
Importance des facteurs de risque et contraintes	F	M E				
Exigences initiales	F	M E				
Niveau de polyvalence demandé	F	M E				
Niveau de production demandé	F	M E				
Niveau de disponibilité demandé	F	M E				
					neutre	effet positif
Niveau de suffisance des moyens/possibilité avant l'arrêt	JCQ-C	/36				
Étape 1 - MM initiale (suite)						
indicateur	sources d'information			analyse		
	questionnaire/entrevue			effet sur la MM de l'individu au travail (tracer un X sur la ligne)		
Effets sur la santé avant l'arrêt				effet négatif	effet neutre	effet positif
Durée /fréquence des symptômes avant l'arrêt	F	M E				
Intensité des symptômes avant l'arrêt	F	M E				
Difficulté de récupération avant l'arrêt / Difficultés de sommeil	F	M E				
Difficulté de maintien de l'équilibre occupationnel	F	M E				
Effets sur la production avant l'arrêt				effet négatif	effet neutre	effet positif
Difficulté d'atteinte des objectifs de production avant l'arrêt : quantité et qualité	F	M E				
Difficulté d'atteinte du nombre attendu d'heures de travail avant l'arrêt	F	M E				
Difficulté d'atteinte du rythme de production avant l'arrêt	F	M E				
Estimation par la personne en arrêt de travail				effet négatif	effet neutre	effet positif
Difficulté à réaliser le travail avant l'arrêt (aucune difficulté/avec difficulté faible/modérée/élevée)	Aucune	F M E				
A titre de professionnel de la réadaptation, veuillez estimer la marge de manœuvre dont cet individu disposait AVANT l'arrêt.	La MM initiale de cet individu était :			MMi insuffisante		MMi suffisante

B.III.II Grille de création de la marge de manœuvre thérapeutique

Étape 2 - MM thérapeutique – création	
indicateur	exemples
Exigences de retour au travail	Ensemble de tâches proposées à la personne pour son retour progressif au travail <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle proposition à chaque semaine
Moyens et possibilités identifiés et disponibles lors du retour au travail	<p>Possibilités organisationnelles ou matérielles offertes - exemples</p> <p>Possibilité de travailler en surnuméraire; d'avoir de l'aide de quelqu'un; d'avoir de la rétroaction; Possibilité d'avoir de la flexibilité dans : l'ordre et le choix des tâches; dans l'horaire de travail; Possibilité d'avoir un quart de travail fixe pendant la durée du retour au travail; Possibilité d'avoir accès à un nouvel outil; d'avoir des outils/équipements adaptés et disponibles; Possibilité d'avoir de la formation;</p> <p>Possibilité de travailler dans un environnement calme; de travailler sans interruption; d'avoir une période de repos assez longue lors de l'alternance travail/repos</p> <p>Possibilité de réduire le rythme de travail; possibilités d'arrangements sur le plan de l'environnement.</p> <p>Moyens individuels proposés – exemples</p> <p>Gérer la cadence de travail; faire des exercices d'étirement/relaxation à son poste;</p> <p>Changer de posture de travail; prendre des pauses/micro-pauses;</p> <p>Intégrer des techniques de travail pour réduire certaines postures ou efforts difficiles;</p> <p>Intégrer des moyens mnémotechniques/ stratégies de gestion du temps;</p> <p>Intégrer des moyens d'affirmation de soi; réorganiser l'ordre des tâches;</p> <p>Gérer son temps et ses priorités; intégrer des moyens de gestion des symptômes (stress, énergie).</p>
Sentiment d'efficacité personnelle face au plan - semaine prochaine	<p>0% 50% 100%</p> <p>Quel est votre degré de confiance de pouvoir faire le travail prévu la semaine prochaine ?</p> <p>Quel est votre degré de confiance de pouvoir faire le travail sans risquer d'aggraver votre condition ?</p> <p>Voyez-vous quelque chose qui pourrait faire obstacle à votre travail au cours de la semaine prochaine ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrivez :</p>

B.III.III Grille d'analyse et d'ajustement de la marge de manœuvre thérapeutique

Étape 3 - MM thérapeutique – analyse et ajustement					
Semaine numéro : <input type="text"/>					
indicateur	estimation			analyse	
				effet sur la MM de l'individu au travail (tracer un X sur la ligne)	
Effets sur la santé et la production				effet négatif	effet positif
Au cours de la dernière semaine de travail :					
Intensité des symptômes					
Durée/fréquence des symptômes	F	M	E		
Temps nécessaire à la récupération	F	M	E		
Difficulté de sommeil	F	M	E		
Importance des modifications à la médication	F	M	E		
Importance de l'apparition de nouveaux signes ou symptômes	F	M	E		
Difficulté de maintien de l'équilibre occupationnel	F	M	E		
Difficulté d'atteinte des objectifs de production: quantité et qualité	F	M	E		
Difficulté à suivre le rythme attendu de production	F	M	E		
Niveau d'utilisation des moyens et possibilités	F	M	E		
Estimation de la MM thérapeutique				insuffisante	suffisante
Quelle est l'impression globale de l'individu de sa MM thérapeutique au cours de la dernière semaine ?					
Quelle est votre impression globale de la MM thérapeutique de la dernière semaine ?					

B.IV Formation préalable à l'utilisation du GEMM : exemple de quiz inséré dans une histoire de cas

Vignette (étude de cas)

Situation initiale

Monsieur Hong est un homme de 58 ans d'origine vietnamienne qui occupe un poste d'aide-cuisinier chez Thai Express depuis 8 ans, succursale située au campus universitaire de Longueuil. Il s'est fait une entorse lombaire sévère lors d'une chute sur un plancher glissant sur son lieu de travail. Il est en arrêt de travail depuis 7 mois. Il s'agit de son premier arrêt de travail. Lors de sa chute, il a consulté à l'urgence et le médecin lui a prescrit des analgésiques et des anti-inflammatoires. Il a également été suivi en physiothérapie en raison de 3 traitements par semaine pour quelques mois. Avant l'accident de travail, monsieur Hong se sentait en général en bonne santé. Il ajoute qu'à la fin de ses journées de travail, il avait une « petite douleur » au dos et parfois aux jambes. Quand on lui demande de quantifier l'intensité de cette douleur sur une échelle de 0 à 10, il dit entre 3 et 4. Il ajoute que généralement cette douleur disparaissait dans les heures qui suivaient et que le lendemain matin, celle-ci était complètement disparue. Son horaire

est de 4 jours de travail d'une durée de 9 heures suivis de 2 jours de repos. Mais il accepte souvent de faire du temps supplémentaire pendant ses deux journées de repos. Il dit : « quand j'ai mes deux jours de repos, cela me convient, je ne suis pas trop fatigué et je récupère bien. Quand je travaille un ou deux jours sur mes jours de repos, j'ai un peu plus de douleur et je suis fatigué. Aussi, je n'ai pas le temps de faire les tâches à la maison et les courses. » Le temps supplémentaire est sur une base volontaire, mais il sent de la pression de son employeur. Il n'ose pas dire non. Pour le sommeil, il dit : « c'est variable, parfois cela va, et d'autres nuits, j'ai des problèmes pour m'endormir et je me réveille très tôt ». Il ajoute : « c'est vraiment quand je fais du temps supplémentaire que je ne me sens pas très bien physiquement et que tout est bousculé à la maison. Mais globalement, j'ai un bon équilibre, travail, famille et vie personnelle ». Avant l'arrêt, monsieur Hong n'avait aucune difficulté à faire son travail, même lors des heures de pointe (service des repas). Il nomme : « c'est surtout quand je travaille mes deux jours de repos que je sens que c'est plus difficile à suivre le rythme (par exemple à la 10e journée). Mais dans un horaire régulier, aucun problème ».

Monsieur Hong a immigré du Vietnam au Québec il y a 12 ans. Dans son pays d'origine, monsieur était ingénieur civil. Il a pu facilement immigrer au Québec en raison de sa formation universitaire. Par contre, malgré des efforts importants, il n'a pas réussi les examens pour la reconnaissance de son diplôme d'ingénieur. Par conséquent, il ne travaille pas dans le domaine de sa formation et a dû rapidement trouver un travail pour subvenir aux besoins de sa famille. Monsieur Hong est marié et père d'une fille de 32 ans et a deux petites-filles. Actuellement, monsieur Hong nous dit avoir de fortes incapacités, une douleur persistante qui l'empêchent de rester assis longtemps et de transporter des charges. Il ne participe plus aux activités domestiques.

Avant l'arrêt de travail, il travaillait comme aide-cuisinier de 9h à 19h30, 4 jours consécutifs, suivi de 2 jours de repos. Donc les journées de travail étaient de 9 heures avec 30 minutes de temps de repas en dehors des périodes d'achalandage et 2 pauses de 15 min. Les journées de travail sont influencées par les vagues d'achalandage des clients plus intenses sur l'heure du dîner et le souper. Ce travail ne demande pas de formation préalable. Les tâches de travail sont : préparation des aliments (éplucher-couper les légumes), assembler les ingrédients, cuire les ingrédients au wok, ménage de la cuisine (comptoir, vaisselle, plancher). Les tâches de ménage sont généralement réalisées le soir ou parfois en matinée très tôt. Toutes les tâches se réalisent en position debout. En somme, monsieur réalise différentes tâches de travail au comptoir qui font partie de son poste d'aide-cuisinier à l'exception de prendre les commandes et faire la caisse qui est un autre poste. Ce poste ne requiert aucune formation préalable et l'échelle de salaire correspond au salaire minimum. À la fin de chaque journée, les pourboires sont séparés entre les employés. Monsieur Hong est contractuel (renouvellement aux 6 mois), mais il a vu son contrat renouvelé à chaque année sans difficulté. Il a une grande ancienneté dans son poste, ce qui lui donne l'avantage de choisir les journées de travail, les heures et la succursale. Ce choix d'horaire est important, car les journées d'achalandage sont différentes selon les jours de la semaine et l'horaire de la journée

(soit commencer plus tôt et faire la préparation ou commencer plus tard et terminer avec le ménage). Ainsi, si monsieur Hong souhaite une succursale avec une cadence moins forte, il pourra choisir un horaire en début de semaine et entrer plus tôt pour faire les tâches de préparation plutôt que de ménage. Lorsqu'il a mal au dos ou aux jambes, il peut utiliser un repose-pied ou de demander de changer de poste pour aller faire plus la préparation que la cuisson des aliments au wok.

Au niveau des facteurs de risques et contraintes, il existe quelques facteurs de risque dans l'environnement de travail de monsieur Hong. Il s'agit : d'un plancher parfois glissant (ce qui a mené à l'accident de travail), postures et déplacements contraignants en fonction des espaces extrêmement restreints, des postures debout prolongées (pas de poste assis). Les contraintes sont les espaces réduits et le rythme élevé pendant les périodes d'achalandages (dîner et souper). La production demandée au travail est forte pendant la période de fort achalandage (dîner et souper). De façon générale, Monsieur Hong travaille au campus universitaire de Longueuil. Souvent, son employeur va l'appeler et va lui demander de faire une journée supplémentaire soit à la succursale de Longueuil, mais aussi à un autre site. Donc, pour les journées de temps supplémentaire, l'employeur demande une mobilité à monsieur Hong et les autres succursales sont assez éloignées de son domicile. Il compte parfois 90 minutes pour se rendre sur un autre site.

Il est maintenant référé au programme de réadaptation au travail.

Lectures suggérées :

*Les défis à surmonter lors du processus de retour au travail pour les travailleurs de groupes ethnoculturels minoritaires. Article de vulgarisation de Coutu et al. (2022) Ethnocultural minority workers and sustainable return to work following work disability: A qualitative interpretive description study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(4), 773-789.*

Côté, D., Dubé, J., Gravel, S., Gratton, D. et White, B. W. (2020). Cumulative stigma among injured immigrant workers: A qualitative exploratory study in Montreal (Quebec, Canada). *Disability and Rehabilitation*, 42(8), 1153-1166

QUIZ

À partir de l'histoire de cas et des lectures suggérées, répondez aux questions suivantes

1. Monsieur Hong est surqualifié pour son poste de travail actuel. Quels sont les impacts souvent décrits dans la littérature scientifique reliés à ce type de situation chez une personne immigrée de première vague ?
 - a. *Peu d'engagement dans le processus de réadaptation*
 - b. *Espoir d'utiliser l'arrêt de travail comme tremplin pour un retour vers un emploi qu'il considère pour adapter à ces compétences*
 - c. *Rupture de sens importante*
 - d. *Toutes ces réponses sont bonnes*

2. Monsieur Hong, homme immigrant de première vague, est âgé de 58 ans et en arrêt de travail en raison d'un trouble musculosquelettique relié au travail. Quel est l'impact potentiel de ces trois caractéristiques combinées ?

Selon Coté et al. (2020) ces trois caractéristiques (âgé de plus de 55 ans, appartenance à un groupe ethnoculturel minoritaire, invalidité) sont associées à un potentiel cumul de vulnérabilité. Par conséquent, dans l'intervention de réadaptation, il est essentiel d'explorer les enjeux de ces trois caractéristiques et d'évaluer la présence ou non de ce cumul de vulnérabilité.

3. Monsieur Hong est une personne immigrante de première vague d'origine vietnamienne. Les écrits scientifiques suggèrent l'existence fréquente d'écarts de représentation avec la culture dominante. Selon les écrits actuels, à laquelle ou lesquelles dimensions de la représentation les intervenants de réadaptation devraient-ils s'attarder ?
 - a. *Représentation de la maladie*
 - b. *Représentation du traitement*
 - c. *Représentation des rôles des acteurs clefs (assureur, employeur, professionnel de la santé)*
 - d. *Toutes ces réponses.*

ANNEXE C : OUTIL SOUTENANT LE RETOUR PROGRESSIF AU TRAVAIL (ORPAT)

Cette section regroupe l'ensemble des adaptations réalisées dans le guide d'instruction de l'ORPAT, au fil des différentes versions produites au cours de l'étude (objectifs 1 et 2). Afin de faciliter leur repérage dans le guide, ces adaptations ont été localisées en référant principalement à la version originale de l'OPRAT (TMS), qui est disponible en ligne:

https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Guide_d_instructions_ORPAT_v2.pdf

C.I ORPAT transdiagnostique préliminaire : liste d'adaptations détaillées

Cette section détaille les différentes adaptations apportées par l'équipe de recherche à l'ORPAT-TMS original pour développer la version préliminaire transdiagnostique. Leur numérotation correspond à celle des propositions d'adaptations soumises au TRIAGE à l'objectif 1. Les ajouts réalisés dans le cadre de ces adaptations sont indiqués en italique, tandis que les extraits supprimés de la version originale ont été raturés.

Tableau 15. Adaptations réalisées dans le cadre du développement de l'ORPAT transdiagnostique préliminaire

Adaptation	Section du guide
<p>A. Ajout de l'expression « ou d'un problème de santé psychologique » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Pour les personnes des milieux de travail impliquées dans la coordination et le suivi des retours progressifs d'employés s'étant absents en raison d'un trouble musculosquelettique <i>ou d'un problème de santé psychologique</i> » • « Pour faciliter le travail des ressources humaines et des supérieurs immédiats qui accueillent un employé à la suite d'une absence en raison d'un trouble musculosquelettique <i>ou d'un problème de santé psychologique</i> » 	<p>En bref /Pour qui ? (p.2)</p> <p>En bref / Pourquoi ? (p.3)</p>
<p>B. Ajout d'un exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « <i>Nicolas commencera un retour progressif au travail la semaine prochaine après quelques mois d'absence. Il m'a autorisé à vous dire qu'il va mieux,</i> 	<p>Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 1 :</p>

Adaptation	Section du guide
<p><i>mais présente certaines difficultés de concentration qui rendent difficile de travailler dans un endroit bruyant ou de réaliser une tâche avec plusieurs interruptions. Nous avons donc réaménagé les espaces de travail afin de lui permettre de reprendre ses tâches. Je compte sur vous pour l'accueillir et l'assister au besoin. »</i></p>	<p>Rencontre initiale (p.5)</p>
<p>C. Ajout d'exemples :</p> <p>« Si le médecin a émis des restrictions de travail (p. ex. ne pas soulever des poids de plus de 15 kg, <i>éviter le travail avec la clientèle, éviter le travail dans un environnement bruyant</i> »</p>	<p>Grille de planification pour le retour progressif au travail / 1 – Restrictions / recommandations émises par le médecin traitant (p.7)</p>
<p>D. Remplacement de la notion d'inconfort par celle de symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Questionner l'employé sur le moment de la journée où il a le plus d'énergie et le moins d'inconfort <i>de symptômes</i>. » • * On réfère ici à l'inconfort <i>aux symptômes</i> ressentis par l'employé en lien avec son problème de santé, il peut s'agir de : douleur, engourdissements, élancements, fatigue, sensation de lourdeur ou de brûlure • « Le fait de ressentir de la fatigue et de l'inconfort <i>des symptômes</i> lors du retour progressif au travail est tout à fait normal » • "Par contre, si l'inconfort <i>les symptômes</i> persiste ou augmentent, il peut s'agir d'un signe que la marge de manœuvre planifiée n'est pas suffisante • « 10- Augmentation du niveau d'inconfort <i>des symptômes</i>. À la fin de la semaine, il faut questionner l'employé sur l'impact de la réalisation du plan de travail sur son niveau d'inconfort <i>ses symptômes</i>. Pour ce faire, il devra indiquer si son inconfort <i>ses symptômes</i> sont « réduits », « inchangés », « légèrement augmentés », « modérément augmentés » ou « fortement augmentés ». 	<p>Grille de planification pour le retour progressif au travail / 2— Horaire de travail prévu (encadré, p.7)</p> <p>Grille de planification pour le retour progressif au travail (note de bas de page, p.8)</p> <p>Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 3 : Réalisation du plan de travail (2^e encadré, p.10)</p> <p>Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 4 : Retour sur la semaine de travail (p.11)</p>

Adaptation	Section du guide
<ul style="list-style-type: none"> « Une forte augmentation du niveau d'inconfort <i>des symptômes</i> ou une faible atteinte des objectifs de production peuvent signifier que la marge de manœuvre était insuffisante » « Au contraire, si l'employé a atteint les objectifs de production sans augmentation importante de son niveau d'inconfort <i>ses symptômes</i>, c'est signe que les objectifs de production peuvent être revus à la hausse ou encore, que les moyens identifiés peuvent être réduits. 	<p>Aperçu de la démarche étape par étape / Étape 4 : Retour sur la semaine de travail (encadrés, p.11)</p>
<p>E. Remplacement de l'expression « avec un inconfort tolérable » par « sans augmenter de façon significative ses symptômes* » :</p> <ul style="list-style-type: none"> « Les moyens retenus doivent être suffisants pour lui permettre de réaliser la tâche avec un inconfort tolérable <i>sans augmenter de façon significative ses symptômes</i>». « L'objectif, à ce stade-ci, est d'arriver à planifier une marge de manœuvre suffisante, c'est-à-dire que les moyens mis à la disposition de l'employé lui permettront d'atteindre une productivité attendue réaliste, avec un inconfort tolérable <i>sans augmenter de façon significative ses symptômes</i>». 	<p>Grille de planification pour le retour progressif au travail / 6- Moyens pour contrer les difficultés (p.8)</p> <p>7- Niveau de confiance face au plan de travail (p.9)</p>
<p>F. Ajout d'exemples :</p> <p>« Ces moyens peuvent être d'ordre personnel (p. ex : adapter sa posture de travail, prendre des micro-pauses, <i>retirer les notifications des applications informatiques</i>) ou organisationnel (p. ex : faire la rotation entre différents postes de travail, <i>réduire le rythme de travail</i>, utiliser un équipement de levage, <i>revoir avec le gestionnaire la stratégie de gestion du temps et des priorités</i>).</p>	<p>Grille de planification pour le retour progressif au travail / 6- Moyens pour contrer les difficultés (p.8)</p>
<p>G. Ajout d'exemples (note de bas de page) :</p> <p>« * On réfère ici à l'inconfort <i>aux symptômes</i> ressentis par l'employé en lien avec son problème de santé, il peut s'agir de : douleur, engourdissements, élancements, fatigue, sensation de lourdeur ou de brûlure, <i>irritabilité, difficulté de concentration, agitation</i>.</p>	<p>Grille de planification pour le retour progressif au travail (p.8)</p>
<p>H. (S/O)⁴</p>	

⁴ Dans le questionnaire TRIAGE soumis aux experts cliniciens à l'objectif 1, la proposition H référait à la pertinence de la préservation d'un énoncé déjà existant dans la version originale de l'ORPAT. Celle-ci ne peut donc être considérée comme une adaptation réalisée.

Adaptation	Section du guide
<p>I. Ajout d'un exemple</p> <p>« Fractionner les tâches.</p> <p><i>Lorsqu'une tâche apparaît trop exigeante et difficilement réalisable, la fractionner permet de mieux s'organiser selon une séquence dans le temps, de réduire les efforts à chaque étape et de favoriser des périodes de récupération. »</i></p>	<p>Liste d'exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre (p.13)</p>
<p>J. Ajout de la notion d'exigences mentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Faire la rotation entre différentes tâches » : <ul style="list-style-type: none"> ○ « Ce moyen est particulièrement intéressant dans un contexte où les tâches sont répétitives et exigeantes physiquement <i>ou mentalement</i> » ○ « L'exécution de tâches avec des exigences physiques-variées (<i>physiques et mentales</i>) permet une certaine récupération et contribue à limiter la fatigue. » ○ L'utilisation d'outils peut permettre de réduire les exigences <i>physiques et mentales</i>. • « Utiliser des outils de levage ou des techniques de travail appropriées : L'utilisation d'outils tels qu'un palan, un treuil, un diable, un chariot à roulettes ou un lève-personne, même s'il augmente le temps nécessaire pour réaliser une tâche, peut permettre de réduire les exigences physiques et mentales. Par exemple, l'utilisation d'un palan, un treuil, un diable, un chariot à roulettes ou un lève-personne, même si elle augmente le temps nécessaire pour réaliser une tâche, permet de réduire l'effort à déployer et ce faisant, les risques de blessures associés à la manutention. » 	<p>Liste d'exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre (p.13)</p>
<p>K. Remplacement de « Utiliser des outils de levage ou des techniques de travail appropriées » par « <i>Utiliser des outils ou techniques adaptés</i> »</p>	<p>Liste d'exemples de moyens permettant d'augmenter la</p>
<p>L. Ajout d'un exemple</p> <p>« <i>De même, l'utilisation d'un agenda électronique, un logiciel de gestion des tâches et priorités peut contribuer à faciliter le travail</i> »</p>	
<p>M. Ajout d'un exemple :</p>	

Adaptation	Section du guide
<p>« <i>Mettre en place des stratégies pour réduire les distractions.</i></p> <p><i>La mise en place de conditions pour réduire les interruptions dans le travail aura un impact sur la fatigue et pourra aider la personne à reprendre confiance en ses capacités au travail. Par exemple, l'utilisation d'un bureau tranquille ou l'usage de coquilles pour réduire le bruit sont des stratégies qui réduisent les distractions et favorisent une meilleure concentration. »</i></p>	<p>marge de manœuvre (p.13)</p>
N. Présentation visuelle de la liste : 2 pages plutôt qu'une seule	

<p>O. Ajout d'un exemple de grille remplie pour cas fictif spécifique aux TMC après celui déjà présent.</p>	<p>Exemple d'une grille remplie pour cas fictif (p.14)</p>
---	--

ORPAT 2018		Grille de planification pour le retour progressif au travail					Semaine de travail No. 1	
Marie Bellehumeur		secrétaire					10-01-202x	
Nom de l'employé(e)		Poste					Date	
1- Restrictions / recommandations émises par le médecin traitant								
<ul style="list-style-type: none"> -Éviter les environnements bruyants et avec distractions. -Éviter le travail en équipe (plus de 3 personnes). -Éviter le travail en multitâches simultanées. 								
2- Horaire de travail prévu								
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	
Nb d'heures		3		3				
Horaire		13 à 16		13 à 16				
3- Tâches de travail proposées				4- Productivité attendue				
1. Faire les comptes de dépenses de 2 personnes.				1. Compléter le dossier Excel pour les deux comptes, vérifier l'admissibilité des factures, et envoyer deux courriels aux personnes concernées.				
2. Gérer la boîte de courriels de l'organisation et faire les suivis.				2. Revoir tous les courriels reçus depuis 2 semaines et faire les suivis nécessaires aux personnes concernées.				

ORPAT 2018		Grille de planification pour le retour progressif au travail		Semaine de travail No.	1
Marie Bellehumeur		Secrétaire		10-01-202x	
Nom de l'employé(e)		Poste		Date	
5- Difficultés anticipées		6- Moyens pour contrer ces difficultés			
-Collègues de travail (tout le monde va venir me voir et cela va prendre beaucoup de temps) et je ne suis pas certaine d'être capable de faire mon travail. -Inquiétude face à la curiosité des collègues sur mon problème de santé. -Je ne suis pas certaine d'être capable de faire les suivis des courriels car je ne connais plus les dossiers en cours.		PERSONNEL		ORGANISATIONNEL	
		Fermer la porte du bureau pour réduire le bruit et les "visites". -Classer les courriels que je ne sais pas comment traiter dans un dossier spécial. -Prendre des micro-pauses avec des respirations profondes si je me sens stressée.		-Composer et envoyer un courriel à mon gestionnaire au sujet de mon retour au travail et des modalités de celui-ci. -Prévoir un moment café la première journée avec mon gestionnaire pour casser la glace. -Rencontrer une collègue désignée pour faire le suivi des courriels que je ne peux traiter seule.	
7- Niveau de confiance de l'employé(e) face au plan de travail retenu pour la semaine		<input type="checkbox"/> Peu confiant <input type="checkbox"/> Assez confiant		<input type="checkbox"/> Confiant <input type="checkbox"/> Très confiant	
8- Signatures		Employé(e)	Supérieur immédiat	Coordonnateur de retour au travail	
Date					
10-01-202x					
9- Atteinte des objectifs de productivité		10- Symptômes			
<input type="checkbox"/> Pas du tout atteints <input checked="" type="checkbox"/> Partiellement atteints <input type="checkbox"/> Totalement atteints		Raison(s) : La collègue n'était pas disponible jeudi pm pour faire le suivi des courriels que je devais traiter.		<input type="checkbox"/> Diminués <input type="checkbox"/> Inchangés <input checked="" type="checkbox"/> Légèrement augmentés <input type="checkbox"/> Modérément augmentés <input type="checkbox"/> Fortement augmentés	

*Les éléments en italique permettent de distinguer les éléments ajoutés aux extraits présentés, lorsque nécessaire. Les éléments raturés ont été supprimés.

C.II ORPAT transdiagnostique et sensible aux enjeux liés à l'âge avancé, au genre et au fait d'être issu d'un groupe ethnoculturel minoritaire (FINAL)

Cette version de l'ORPAT inclut l'ensemble des adaptations retenues au fil de la réalisation des objectifs 1 et 2.

ORPAT



Outil pour
soutenir le
Retour
Progressif
Au
Travail

Guide
d'instructions
(2023)

CAPRIT
Centre d'action en prévention et
réadaptation de l'incapacité au travail

Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre
Québec
Centre de recherche

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE



Auteurs-Première version 2018

Julie Bouffard, Marie-José Durand, Marie-France Coutu 2018.

Auteurs - Version adaptée 2023

Marie-José Durand, Marie-France Coutu, Chantal Sylvain, Daniel Côté,
Marie-Andrée Paquette, Marie-Christine Richard.

Le développement de cette version a été possible grâce au soutien financier de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail et de la chaire de recherche en réadaptation au travail J.A.Bombardier et Pratt & Whitney Canada (2020-2023).

© Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT), 2023

Ce matériel peut être photocopié à condition que la propriété intellectuelle soit reconnue. Toute modification ou diffusion à des fins publiques ou commerciales est strictement interdite sans l'accord écrit préalable du CAPRIT.

Origine

Cet outil tire ses origines d'études novatrices¹ dirigées par Marie-José Durand qui ont identifié le concept de **marge de manœuvre (MM)** comme principe essentiel au succès de la démarche de retour au travail. Ce concept a constitué l'ancrage principal de la première version de l'ORPAT, développée dans le cadre d'une étude de maîtrise (2018)². Cette seconde version de l'outil (2023) présente des adaptations permettant d'en élargir les possibilités d'utilisation. **Destiné aux entreprises**, cet outil vise à **soutenir la démarche de retour progressif** à partir du plan de retour au travail prescrit par le médecin de la personne salariée. Plus spécifiquement, il permet de préciser l'horaire, les tâches de travail à accomplir et les moyens à mettre en place pour assurer une marge de manœuvre suffisante, de manière à permettre à la personne d'atteindre les objectifs de productivité sans compromettre sa santé. En permettant de faire un suivi hebdomadaire et de mettre par écrit les éléments clés du retour progressif, il favorise l'engagement et la mobilisation de l'individu et de sa supérieure ou son supérieur dans le processus de retour au travail.

En bref, l'utilisation de cet outil comporte plusieurs avantages. Il permet :

- de clarifier les attentes de chacun
- de faciliter la communication
- d'éviter les rechutes

¹ Durand MJ, Vézina N, Baril R, Loisel P, Richard MC, Ngomo S. (2009) Margin of Manoeuvre Indicators in the Workplace During the Rehabilitation Process: A Qualitative Analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation* 19(2):194-202.

² Bouffard J, Durand MJ, Coutu MF. (2019) Adaptation of a Guide to Equip Employers to Manage the Gradual Return to Work of Individuals with a Musculoskeletal Disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(3):625-635.

En bref

Un suivi systématique du retour progressif selon des balises précises favorisera une reprise durable du travail. Cet outil, à l'usage des entreprises, permettra de mettre en place des conditions gagnantes pour que le processus de retour au travail soit un succès pour tous.

Fondements de l'outil

Le retour progressif au travail après une absence prolongée comporte des défis pour la personne salariée, mais aussi pour sa supérieure ou son supérieur et ses collègues. Le choix des tâches à réaliser pendant les premières semaines est important : ces tâches doivent convenir à la personne en invalidité pour éviter une rechute, tout en tenant compte des contraintes de l'environnement de travail (p. ex. : productivité à atteindre; impact sur la charge de travail des collègues). Pour y arriver, il est nécessaire de créer une marge de manœuvre suffisante.

Qu'est-ce que la marge de manœuvre ?

Possibilité ou liberté dont dispose une personne salariée pour élaborer différentes façons de travailler afin d'atteindre les objectifs de production, sans effet défavorable sur sa santé³.

Par définition, la marge de manœuvre au travail est dynamique, puisque tous les éléments qui la composent varient dans le temps: les exigences du travail, les moyens disponibles, la condition du travailleur. La marge de manœuvre sera **suffisante** si les exigences du travail et les moyens mis à la disposition de l'individu lui permettent de maintenir un équilibre entre l'atteinte des objectifs de production et le maintien de sa santé³. Le maintien de cet équilibre doit donc être fréquemment réévalué.

Pour qui ?

Pour les personnes des milieux de travail impliquées dans la coordination et le suivi des retours progressifs des personnes salariées s'étant absentes à cause d'un problème de santé⁴. Cet outil peut être utilisé par le personnel du bureau de santé ou du service des ressources humaines de l'entreprise ou par le supérieur ou la supérieure de l'individu absent.

³ Coutural, F. et coll. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir: des concepts à l'intervention ergonomique. *Travail Humain*, vol. 78, 9-29.

⁴ Il peut s'agir d'un problème de santé musculosquelettique (p. ex. problème aux muscles, tendons ou articulations entraînant de la douleur ou des limitations) ou d'un problème de santé mentale (p. ex. touchant la concentration, l'humeur, l'irritabilité).

Quand ?

Du début à la fin du processus de retour progressif au travail. Il pourra aussi être utile pour soutenir le maintien au travail.

Comment ?

À partir du plan de retour au travail émis par le médecin traitant et de ses restrictions et recommandations, s'il y a lieu. L'outil permet de prévoir les obstacles et les difficultés que peut rencontrer la personne dans le cadre de son retour progressif au travail et d'identifier des moyens lui permettant de maintenir une marge de manœuvre suffisante pour favoriser le succès de la démarche.

Pourquoi ?

Pour faciliter le travail des ressources humaines et des supérieurs immédiats qui accueillent une personne salariée à la suite d'une absence en raison d'un trouble musculosquelettique ou d'un problème de santé mentale.

Pour encadrer la démarche et assurer un suivi adéquat de la reprise des tâches par la personne.

Pour favoriser l'engagement et la mobilisation des individus impliqués, soit la personne salariée, son supérieur ou sa supérieure et le personnel des ressources humaines, s'il y a lieu.

Avertissement

Cet outil sera utile aux entreprises pour faire le suivi d'un grand nombre de personnes salariées qui reviennent au travail selon les recommandations de leur médecin traitant.

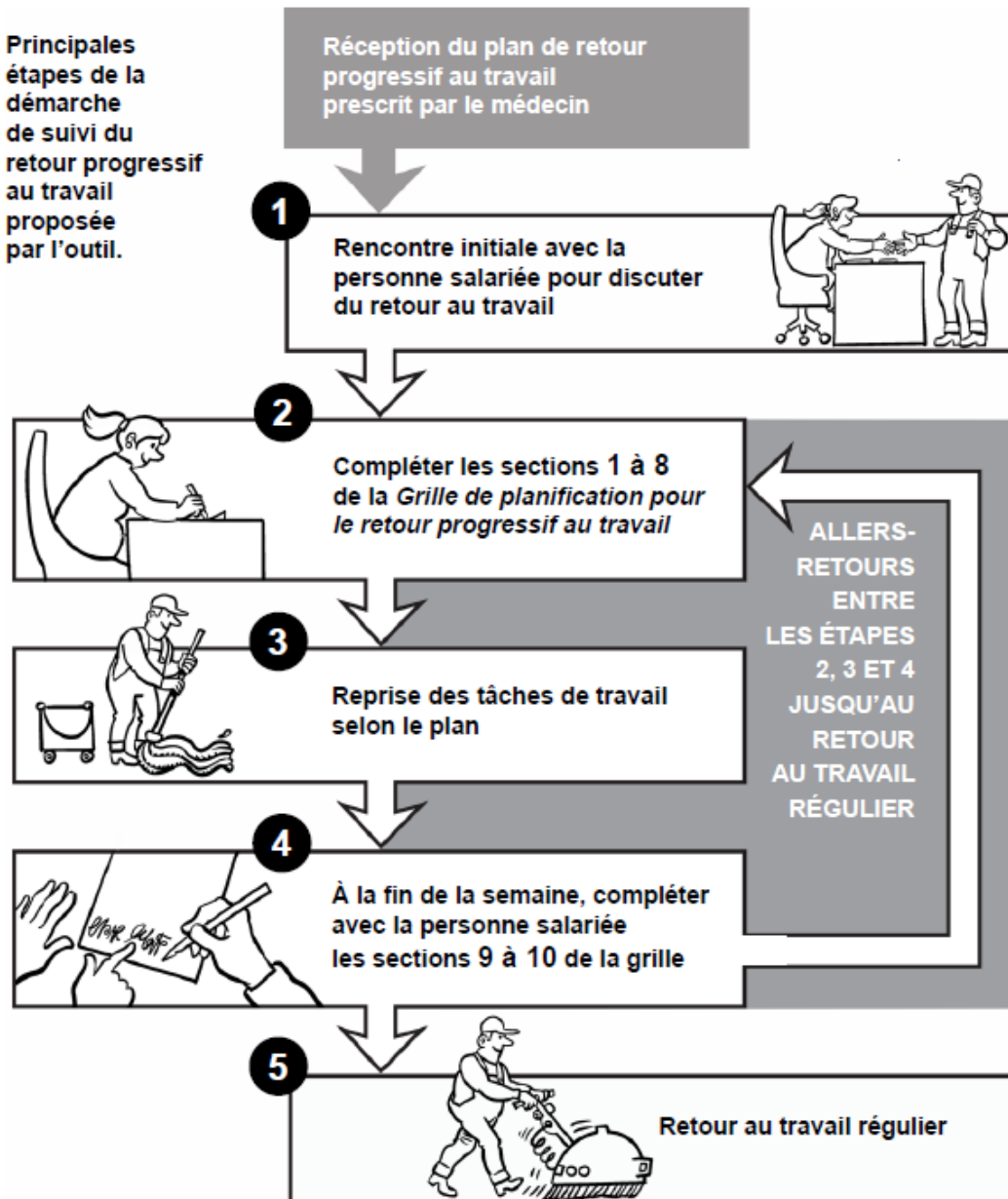
Il s'inscrit dans une approche de collaboration et demande l'implication mutuelle de la personne salariée et de son supérieur ou sa supérieure.

Il ne permet pas de réaliser une analyse ergonomique du travail.

Si en cours de route, la personne éprouve des difficultés importantes dans la reprise de ses tâches, il peut être indiqué de faire appel à un professionnel de la réadaptation au travail, tel qu'un ergothérapeute, pour superviser la démarche.

Déroulement du retour progressif au travail

Principales étapes de la démarche de suivi du retour progressif au travail proposée par l'outil.



Aperçu de la démarche étape par étape

1 Étape 1: Rencontrer la personne salariée

Après avoir reçu le plan de retour au travail prescrit par le médecin, une rencontre entre un responsable des ressources humaines, la personne salariée et le supérieur ou la supérieure est conseillée afin de discuter du retour au travail. Si jugé pertinent, toute autre personne-clé provenant du syndicat, de la santé et sécurité du travail, de l'agent payeur ou du système de santé peut participer à la rencontre. Il est également suggéré de nommer une personne responsable pour remplir la *Grille de planification pour le retour progressif au travail* et en assurer le suivi avec la personne salariée.



La rencontre initiale avec la personne salariée est l'occasion idéale pour prendre des nouvelles de son état de santé et instaurer un climat de confiance. Un bon départ contribuera à l'esprit de collaboration nécessaire à l'utilisation de ce guide. D'abord, il faut s'assurer que le langage, les mots utilisés sont bien compris par la personne. Il est aussi suggéré de préciser que l'outil ORPAT est utilisé auprès de toutes les personnes en processus de retour au travail, sans égard au diagnostic, à l'âge, à l'origine ethnoculturelle ou au genre.

Cette rencontre initiale est également une bonne occasion de discuter avec la personne de l'annonce de son retour à l'équipe de travail. Que souhaite-t-elle partager au sujet de la raison de son absence et de ses conditions de retour au travail ? Le fait de nommer clairement les choses et d'aviser les collègues des capacités et limites de l'individu qui revient au travail permet souvent d'éviter des malentendus. Il importe cependant de respecter le droit à la confidentialité de la personne et de s'entendre sur ce qu'elle souhaite partager ou non avec ses collègues.

Voici des exemples d'annonces que pourrait faire un supérieur ou une supérieure, avec l'accord de l'individu concerné :

« Aline commencera un retour progressif au travail la semaine prochaine. Elle m'a autorisé à vous dire qu'elle a été absente du travail en raison d'une entorse au dos. Elle a passé les dernières semaines à se remettre de sa blessure en participant à un programme de réadaptation. Elle va mieux, mais elle a encore certaines restrictions. Par exemple, elle a de la difficulté à demeurer longtemps debout. Pour faciliter son retour, elle sera autorisée à utiliser un banc pour faire son travail. Je sais que cela peut avoir un effet sur votre travail et je suis disponible pour en discuter. Je compte sur vous pour l'accueillir chaleureusement et l'aider au besoin. »

Aperçu de la démarche étape par étape

« Nicolas commencera un retour progressif au travail la semaine prochaine après quelques mois d'absence. Il m'a autorisé à vous dire qu'il va mieux, mais a encore certaines difficultés de concentration qui rendent difficile de travailler dans un endroit bruyant ou de réaliser une tâche avec plusieurs interruptions. Nous avons donc réaménagé les espaces de travail pour lui permettre de reprendre ses tâches. Je sais que cela peut avoir un effet sur votre travail et je suis disponible pour en discuter. Je compte sur vous pour l'accueillir et l'aider au besoin. »

2 Étape 2: Remplir la grille

La *Grille de planification pour le retour progressif au travail* est présentée en annexe de ce document. À titre d'exemples, vous trouverez également des grilles remplies pour deux cas fictifs pour vous aider à bien comprendre l'outil.

L'utilisation de cette grille peut se faire lors de la rencontre initiale à l'étape 1, ou encore, au début de la première semaine du retour progressif. Cependant, elle doit se faire *avant* que la personne commence officiellement son retour au travail. Les sections 1 à 8 sont à compléter à chaque semaine ou aux deux semaines. La grille complétée devient le plan de travail pour la période visée.



Pour faciliter l'organisation du retour au travail, il est suggéré de prévoir un délai de 24 à 48 heures entre le moment où la grille est remplie et le début du retour au travail.

✓ Grille de planification pour le retour progressif au travail

1- Restrictions / recommandations émises par le médecin traitant

Si le médecin a émis des restrictions de travail (p. ex. ne pas soulever des poids de plus de 15 kg, éviter le travail avec la clientèle, éviter le travail dans un environnement bruyant), écrivez-les dans la case prévue à cet effet. De cette façon, vous y aurez rapidement accès lorsqu'il sera temps de déterminer les tâches de travail à accomplir pour la semaine.



Il est à noter que les restrictions peuvent évoluer tout au long du retour progressif au travail.

2- Horaire de travail prévu

Si le médecin n'a pas donné de précisions sur l'horaire du retour progressif, prenez le temps de déterminer avec la personne salariée les journées et les heures qui seront travaillées.



Questionner l'individu sur le moment de la journée où il a le plus d'énergie et le moins de **symptômes**⁵. Le fait de tenir compte de la variation de ses symptômes dans la planification de l'horaire contribuera à la réussite du retour progressif.



Il est recommandé d'alterner les périodes travaillées avec des périodes de repos et d'éviter les changements de quarts (jour/soir/nuit) pendant le retour progressif. Cette façon de faire favorise la récupération de la personne.

⁵ Symptômes: Ce qui est ressenti par la personne en lien avec son problème de santé. Il peut s'agir de douleur, engourdissement, fatigue, faiblesse, sensation de lourdeur ou de brûlure, irritabilité, difficulté de concentration, agitation.

✓ Grille de planification pour le retour progressif au travail

3- Tâches de travail proposées

Une fois l'horaire défini, la prochaine étape consiste à déterminer les tâches de travail qui devront être accomplies par la personne salariée. La grille est construite de façon à ce que chaque tâche occupe une ligne. Dans certains cas, les tâches à accomplir varieront en fonction de l'horaire retenu (matin versus après-midi) ou encore, selon les journées travaillées, d'où l'importance de déterminer d'abord l'horaire de travail.

4- Productivité attendue

Il peut être utile de discuter et de clarifier la productivité attendue ou visée pour chacune des tâches. Celle-ci doit être réaliste en fonction des capacités de l'individu et du contexte de travail. Par exemple, on pourra définir le nombre de pièces à assembler, le territoire à couvrir, le nombre de clients à servir, etc. Si la nature du travail ne permet pas de quantifier la productivité attendue, il est possible d'indiquer un objectif (p. ex. répondre aux appels) ou tout simplement de ne rien écrire.



Le fait de diminuer la productivité attendue les premières semaines peut contribuer à augmenter la marge de manœuvre de l'individu et aider à le rassurer.

5- Difficultés anticipées

La personne salariée et son supérieur ou sa supérieure sont invités à discuter des difficultés anticipées dans la réalisation des tâches planifiées pour la semaine. Vous pouvez par exemple demander: « Quelles difficultés pensez-vous rencontrer au cours de la période visée par cette grille? »



En plus des difficultés identifiées dans le milieu de travail (tâches, équipement, horaire ou autre) ce moment est l'occasion de s'informer auprès de la personne salariée au sujet d'autres éléments qui pourraient rendre le retour au travail plus difficile. Par exemple, cette question pourrait être posée: Est-ce que vous voyez d'autres éléments à l'extérieur du travail (rendez-vous médicaux, transport ou autre) qui pourraient compliquer votre retour ?

✓ Grille de planification pour le retour progressif au travail



Questionner l'individu au sujet des principales difficultés au travail présentes avant l'absence peut aussi aider à mieux planifier le retour au travail. Puisque certaines personnes ne parleront pas facilement des difficultés rencontrées au travail, pour différentes raisons, vous pourriez leur demander: " Pour nous aider à bien planifier votre retour au travail, pourriez-vous me parler de ce que vous trouvez difficile habituellement dans votre travail ?"

6- Moyens pour contrer les difficultés

Puisque plusieurs personnes salariées auront des difficultés à identifier ce qui les aiderait à réaliser leur travail, il est nécessaire de discuter ensemble des moyens leur permettant de maintenir une marge de manœuvre suffisante. Vous pourriez leur demander : « Qu'est-ce qui vous aiderait à réaliser votre travail ? » Les moyens retenus doivent être suffisants pour permettre à la personne de réaliser les tâches sans augmenter de façon significative ses symptômes. Ces moyens peuvent être d'ordre personnel (p. ex : adapter sa posture de travail, prendre des micro-pauses, retirer les notifications des applications informatiques) ou organisationnel (p. ex : faire la rotation entre différents postes de travail, réduire le rythme de travail, utiliser un équipement de levage, revoir avec le gestionnaire la stratégie de gestion du temps et des priorités).



Les moyens retenus pour contrer les difficultés potentielles doivent être perçus positivement par la personne salariée, sinon elle risque de ne pas les utiliser.

Une liste d'exemples de moyens permettant d'aménager une marge de manœuvre suffisante est présentée en pages 14 et 15. Certains moyens peuvent être nécessaires seulement au cours des premières semaines, alors que d'autres peuvent être mis en place à long terme.

✓ Grille de planification pour le retour progressif au travail

7- Niveau de confiance face au travail planifié

En fonction des moyens identifiés et de la productivité attendue, l'individu sera invité à dire s'il se sent capable de réaliser le travail avec les moyens proposés pour la semaine. Pour ce faire, il devra indiquer s'il est « confiant » ou « pas confiant ».

Par exemple, vous pourriez demander: Comment voyez-vous ce plan de travail ? Cette étape offre une occasion à l'individu d'exprimer ses craintes et de réviser le plan de travail s'il n'est pas assez confiant de pouvoir le réaliser. L'objectif est de planifier une marge de manœuvre **suffisante**, c'est-à-dire que les moyens mis à la disposition de la personne salariée lui permettront d'atteindre une productivité attendue réaliste, sans augmenter de façon significative ses symptômes.



Un individu qui cote « pas confiant » éprouve probablement un malaise face au plan de travail. Cette situation devrait donner lieu à une discussion ouverte sur les raisons qui justifient cette réponse. Par exemple, vous pourriez demander: "Qu'est-ce que cela prendrait pour améliorer votre confiance?" Pour améliorer le niveau de confiance de la personne salariée, il pourra être nécessaire de revoir la productivité attendue et les moyens ou stratégies disponibles pour s'assurer d'une marge de manœuvre suffisante.

8- Signatures

La signature de chaque personne ayant participé à l'élaboration du plan de travail pour la semaine indique l'accord avec le plan retenu et ne devrait pas servir à d'autres fins, pour éviter de miner la confiance.

Aperçu de la démarche étape par étape

3 Étape 3 : Réaliser le travail planifié

L'individu réalise le plan de travail déterminé pour la semaine.



Il peut être indiqué de faire un suivi informel de quelques minutes avec la personne salariée, surtout durant les premières journées du retour progressif au travail. En cas de difficultés majeures, il est important de passer directement à l'étape 4, même si la semaine n'est pas terminée.



Le fait de ressentir des symptômes lors du retour progressif au travail est tout à fait normal : c'est un peu comme lorsqu'on reprend l'entraînement au *gym* après une longue période d'arrêt ou lorsqu'on commence un nouvel emploi. Cependant, si les symptômes persistent ou augmentent, il peut s'agir d'un signe que la marge de manœuvre planifiée n'est pas suffisante. Une révision du plan de travail ou une consultation avec le médecin traitant s'imposent.

4 Étape 4 : Retour sur la semaine de travail

Chaque semaine ou aux deux semaines, il est recommandé de faire un suivi avec la personne salariée en complétant les sections 9 et 10 au bas de la *Grille de planification pour le retour progressif au travail*.



Un suivi à chaque semaine évite les malentendus au sujet des attentes, permet de tenir compte de la variation des exigences de travail et facilite des ajustements rapides du plan de travail en cas de difficulté. Par exemple, il pourrait être indiqué d'enlever une tâche prévue ou d'ajouter un nouveau moyen pour faciliter le travail.

✓ Grille de planification pour le retour progressif au travail

9- Atteinte des objectifs de productivité

À la fin de la semaine, l'individu et son supérieur ou sa supérieure doivent discuter de l'atteinte des objectifs de productivité en indiquant si les objectifs ont été « pas du tout atteints », « partiellement atteints » ou « totalement atteints ».

10- Symptômes

À la fin de la semaine, il faut questionner la personne sur l'impact de la réalisation du plan de travail sur ses symptômes. Pour ce faire, il devra indiquer si ses symptômes sont « réduits », « inchangés », « légèrement augmentés », « modérément augmentés » ou « fortement augmentés ».



Une forte augmentation des symptômes ou une faible atteinte des objectifs de production peuvent signifier que la **marge de manœuvre était insuffisante**. Diminuer les attentes de productivité ou identifier d'autres moyens pour contrer les difficultés peuvent contribuer à la rendre suffisante.



Au contraire, si la personne a atteint les objectifs de production sans augmentation importante de ses symptômes, c'est signe que les objectifs de production peuvent être revus à la hausse ou encore, que les moyens identifiés peuvent être réduits.

Après avoir complété le suivi hebdomadaire avec la personne salariée, il est temps de reprendre une nouvelle grille pour la semaine à venir. Il s'agit alors de refaire la démarche précisée à l'étape 2, en tenant compte des éléments discutés ci-haut. Ainsi, la planification pour la semaine suivante devra inclure des ajustements pour s'assurer que la marge de manœuvre soit suffisante pour le plan de travail retenu. Il peut être intéressant de questionner l'individu sur ce qu'il pense pouvoir ajouter comme tâche pour la semaine à venir.

Aperçu de la démarche étape par étape

5 Étape 5 : Retour au travail régulier

Lorsque le médecin traitant autorise le retour au travail régulier ou lorsque la personne a repris l'ensemble de ses tâches selon son horaire régulier, il n'est plus nécessaire d'utiliser la *Grille de planification pour le retour progressif au travail*. Si le maintien au travail apparaît difficile, la Grille pourrait être utilisée de nouveau pour appuyer la recherche de solutions.

Exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre (1/2)

La liste suivante fournit des exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre de la personne salariée dans le cadre d'un retour progressif au travail. Il ne faut pas hésiter à être créatif lorsque vient le temps de déterminer des moyens pour faciliter le retour au travail, tout en tenant compte des possibilités et contraintes du milieu de travail.

Planifier l'horaire de travail hors des périodes les plus exigeantes ou offrir la possibilité de télétravail.

Le fait d'intégrer la personne en dehors des périodes où les exigences du travail sont très élevées lors des premières journées du retour progressif permet de diminuer le stress et la productivité attendue. Le télétravail réduit également le stress et la fatigue.

Offrir une flexibilité d'horaire.

Proposer un nombre d'heures par jour ou par semaine à atteindre, au lieu d'un horaire fixe. Ce type de moyen peut s'avérer particulièrement utile en présence de fatigue, de difficulté de récupération ou d'enjeux de conciliation travail-vie personnelle.

Travailler en surnuméraire ou en duo

L'individu s'ajoute à l'équipe régulière (surnuméraire) ou peut être jumelé à un ou une collègue avec qui il travaillera en duo. Cette solution peut permettre de réduire les exigences de travail. Il peut ainsi se retirer, en cas de difficulté, sans impact sur la production.

Permettre la prise de pauses adaptées aux besoins de santé.

L'adaptation de la fréquence et/ou de la durée des pauses accordées à l'individu pourra faciliter la gestion de ses symptômes. Certains auront ainsi avantage, par exemple, à prendre de plus longues pauses pour "ventiler" ou refaire le plein d'énergie, alors

que d'autres bénéficieront plutôt pouvoir prendre des micro-pauses, de très courte durée, afin de changer de position, de faire des étirements, des automassages, des respirations profondes ou encore, d'appliquer de la glace ou de la chaleur.

Offrir de la formation à la personne salariée.

Tout type de formation (par ex. capsule web, mentorat, formation en groupe) permettant à la personne salariée d'être mieux outillée pour réaliser son travail peut aider à la gestion des symptômes.

Offrir un encadrement à la personne salariée.

Un encadrement du gestionnaire pendant le retour progressif permet de consolider la relation avec l'individu de manière à faciliter la résolution des problèmes rencontrés.

Offrir la possibilité d'être mentor

L'individu expérimenté peut devenir, lors du retour progressif au travail, un guide/formateur auprès de certains collègues, ce qui peut aider à réduire certaines exigences de son travail.

Fractionner les tâches.

Lorsqu'une tâche apparaît trop exigeante et difficilement réalisable, la diviser permet de mieux s'organiser selon une séquence dans le temps, de réduire les efforts à chaque étape et de favoriser des périodes de récupération.

Exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre (2/2)

Faire la rotation entre différentes tâches.

Ce moyen est particulièrement intéressant dans un contexte où les tâches sont répétitives et exigeantes physiquement ou mentalement. L'exécution de tâches avec des exigences variées (physiques et mentales) permet une certaine récupération et contribue à limiter la fatigue.

Utiliser des outils ou techniques adaptés.

L'utilisation d'outils peut permettre de réduire les exigences physiques et mentales. Par exemple, l'utilisation d'un palan, un treuil, un diable, un chariot à roulettes ou un lève-personne, même si elle augmente le temps nécessaire pour réaliser une tâche, permet de réduire l'effort à déployer et ce faisant, les risques de blessures associés à la manutention. De même, l'utilisation d'un agenda électronique ou d'un logiciel de gestion des tâches et priorités peut contribuer à faciliter le travail. Il en est de même pour certaines techniques de travail, telles que fragmenter les charges à soulever ou à transporter.

Mettre en place des stratégies pour réduire les distractions.

La mise en place de conditions pour réduire les interruptions dans le travail aura un impact sur la fatigue et pourra aider la personne à reprendre confiance en ses capacités au travail. Par exemple, l'utilisation d'un bureau tranquille ou l'usage de coquilles pour réduire le bruit sont des stratégies qui réduisent les distractions et favorisent une meilleure concentration.

Utiliser des équipements adaptés.

Tout équipement favorisant une bonne posture du corps ou réduisant les contraintes physiques est à privilégier pour éviter l'apparition ou l'augmentation de symptômes associés aux troubles musculosquelettiques. Par exemple: une plateforme pour éviter le travail au-dessus des épaules, des protège-genoux, des gants antivibrations, un tapis antifatigue, une chaise ergonomique, un casque d'écoute.

Alterner les positions assise et debout.

Cette solution peut se faire en fournissant un banc ou une chaise. Il existe différents types de banc pour s'adapter à différents contextes (p. ex. banc assis-debout, banc à selle, banc fixe ou sur roulettes). Il est également possible de fournir une surface de travail sur laquelle la personne pourra effectuer du travail en position debout. L'important ici est de permettre d'alterner les deux positions.

Entretenir adéquatement les outils.

Des couteaux ou ciseaux bien affûtés, des pneus bien gonflés, des outils bien huilés peuvent aider à diminuer les efforts à fournir par l'individu.

ORPAT 2023 Grille de planification pour le retour progressif au travail		Semaine de travail No. 1																									
Roger Bédard	Préposé au tri	10/01/202X																									
Nom de la personne salarié(e)	Poste	Date																									
1- Restrictions / recommandations émises par le médecin traitant - Ne pas soulever plus de 15kg - Éviter les flexions de grandes amplitudes au niveau cervical																											
2- Horaire de travail prévu <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>LUNDI</th> <th>MARDI</th> <th>MERCREDI</th> <th>JEUDI</th> <th>VENDREDI</th> <th>SAMEDI</th> <th>DIMANCHE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre d'heures</td> <td>4</td> <td></td> <td>4</td> <td></td> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Horaire</td> <td>8 h à 12 h</td> <td></td> <td>8 h à 12 h</td> <td></td> <td>8 h à 12 h</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	Nombre d'heures	4		4		4			Horaire	8 h à 12 h		8 h à 12 h		8 h à 12 h		
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE																				
Nombre d'heures	4		4		4																						
Horaire	8 h à 12 h		8 h à 12 h		8 h à 12 h																						
3- Tâches de travail proposées - Faire le tri à la table de tri - Étiqueter la marchandise - Placer la marchandise		4- Productivité attendue - Faire 3 périodes de 30 minutes / environ 25 sacs par période de 30 minutes - Faire 3 périodes de 30 minutes / environ 5 tringles par période de 30 minutes - Environ 10 tringles pour la demi-journée																									

ORPAT 2023 Grille de planification pour le retour progressif au travail		Semaine de travail No. 1					
Roger Bédard	Préposé au tri	10/01/202X					
Nom de la personne salarié(e)	Poste	Date					
5- Difficultés anticipées - Déplacer les chariots de matière à trier - Rester debout longtemps - Flexion du cou à l'étiquetage		6- Moyens pour contrer ces difficultés <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERSONNEL</th> <th>ORGANISATIONNEL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Posture (entrer le menton et pencher légèrement le tronc) - Micro-pauses pour faire des étirements</td> <td>- Aide pour déplacer les chariots - Utiliser un banc à l'étiquetage - Alternier entre les trois postes aux 30 minutes</td> </tr> </tbody> </table>		PERSONNEL	ORGANISATIONNEL	- Posture (entrer le menton et pencher légèrement le tronc) - Micro-pauses pour faire des étirements	- Aide pour déplacer les chariots - Utiliser un banc à l'étiquetage - Alternier entre les trois postes aux 30 minutes
PERSONNEL	ORGANISATIONNEL						
- Posture (entrer le menton et pencher légèrement le tronc) - Micro-pauses pour faire des étirements	- Aide pour déplacer les chariots - Utiliser un banc à l'étiquetage - Alternier entre les trois postes aux 30 minutes						
7- Niveau de confiance de la personne salariée (p10) Dans quelle mesure vous sentez-vous confiant (capable) de réaliser le plan de travail proposé cette semaine ? <input checked="" type="checkbox"/> Confiant <input type="checkbox"/> Pas confiant		Commentaires :					
8- Signatures Date 10/01/202X		Personne salariée	Supérieur immédiat				
9- Atteinte des objectifs de productivité <input type="checkbox"/> Pas du tout atteints <input checked="" type="checkbox"/> Partiellement atteints <input type="checkbox"/> Totalement atteints		10- Symptômes <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Inchangés <input checked="" type="checkbox"/> Légèrement augmentés <input type="checkbox"/> Modérément augmentés <input type="checkbox"/> Fortement augmentés					
Raisons : Pas réussi à atteindre le quota au tri au début de la semaine (manque d'endurance)							

ORPAT 2023 Grille de planification pour le retour progressif au travail		Semaine de travail No. 1																									
Marie Bellehumeur		Secrétaire																									
Nom de la personne salarié(e)		Date																									
		10-01-200X																									
1- Restrictions / recommandations émises par le médecin traitant <ul style="list-style-type: none"> - Éviter les environnements bruyants et avec distractions. - Éviter le travail en équipe (plus de 3 personnes). - Éviter le travail en multi-tâches simultanées. 																											
2- Horaire de travail prévu <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>LUNDI</th> <th>MARDI</th> <th>MERCREDI</th> <th>JEUDI</th> <th>VENDREDI</th> <th>SAMEDI</th> <th>DIMANCHE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre d'heures</td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Horaire</td> <td></td> <td>13 h à 16 h</td> <td></td> <td>13 h à 16 h</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	Nombre d'heures		3		3				Horaire		13 h à 16 h		13 h à 16 h			
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE																				
Nombre d'heures		3		3																							
Horaire		13 h à 16 h		13 h à 16 h																							
3- Tâches de travail proposées <ol style="list-style-type: none"> Faire les comptes de dépenses de 2 personnes. Gérer la boîte de courriels de l'organisation et faire les suivis 		4- Productivité attendue <ol style="list-style-type: none"> Compléter le dossier Excel pour les deux comptes, vérifier l'admissibilité des factures, et envoyer deux courriels aux personnes concernées. Revoir tous les courriels reçus depuis 2 semaines et faire les suivis nécessaires aux personnes concernées. 																									

ORPAT 2023 Grille de planification pour le retour progressif au travail		Semaine de travail No. 1					
Marie Bellehumeur		Secrétaire					
Nom de la personne salarié(e)		Date					
		10-01-200X					
5- Difficultés anticipées <ul style="list-style-type: none"> - Collègues de travail (tout le monde va venir me voir et cela va prendre beaucoup de temps) et je ne suis pas certaine d'être capable de faire mon travail. - Inquiétudes face à la curiosité des collègues sur mon problème de santé. - Je ne suis pas certaine d'être capable de faire les suivis des courriels car je ne connais plus les dossiers en cours. 		6- Moyens pour contrer ces difficultés <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERSONNEL</th> <th>ORGANISATIONNEL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Fermer la porte du bureau pour réduire le bruit et les visites. - Classer les courriels que je ne sais pas comment traiter dans un dossier spécial. - Prendre des micro-pauses avec des respirations profondes si je me sens stressée. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Composer et envoyer un courriel à mon gestionnaire au sujet de mon retour au travail et des modalités de celui-ci. - Prévoir un moment café la première journée avec mon gestionnaire pour casser la glace. - Rencontrer une collègue désignée pour faire le suivi des courriels que je ne peux traiter seule. </td> </tr> </tbody> </table>		PERSONNEL	ORGANISATIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> - Fermer la porte du bureau pour réduire le bruit et les visites. - Classer les courriels que je ne sais pas comment traiter dans un dossier spécial. - Prendre des micro-pauses avec des respirations profondes si je me sens stressée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Composer et envoyer un courriel à mon gestionnaire au sujet de mon retour au travail et des modalités de celui-ci. - Prévoir un moment café la première journée avec mon gestionnaire pour casser la glace. - Rencontrer une collègue désignée pour faire le suivi des courriels que je ne peux traiter seule.
PERSONNEL	ORGANISATIONNEL						
<ul style="list-style-type: none"> - Fermer la porte du bureau pour réduire le bruit et les visites. - Classer les courriels que je ne sais pas comment traiter dans un dossier spécial. - Prendre des micro-pauses avec des respirations profondes si je me sens stressée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Composer et envoyer un courriel à mon gestionnaire au sujet de mon retour au travail et des modalités de celui-ci. - Prévoir un moment café la première journée avec mon gestionnaire pour casser la glace. - Rencontrer une collègue désignée pour faire le suivi des courriels que je ne peux traiter seule. 						
7- Niveau de confiance de la personne salariée (p10) Dans quelle mesure vous sentez-vous confiant (capable) de réaliser le plan de travail proposé cette semaine ? <input type="checkbox"/> Confiant <input checked="" type="checkbox"/> Pas confiant		Commentaires : Verbalise craintes d'être envahie avec collègues et dépassée par gestion des courriels. Proposons : 1. Écrire un courriel aux collègues expliquant modalités de retour au travail (MME lira le message avant l'envoi) 2. Rencontre jeudi pour revoir avec elle les courriels de dossiers inconnus.					
8- Signatures Date 10-01-200X		Personne salariée	Supérieur immédiat				
9- Atteinte des objectifs de productivité <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pas du tout atteints <input checked="" type="checkbox"/> Partiellement atteints <input type="checkbox"/> Totalement atteints 		10- Symptômes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Inchangés <input checked="" type="checkbox"/> Légèrement augmentés <input type="checkbox"/> Modérément augmentés <input type="checkbox"/> Fortement augmentés 					
Raisons : La collègue n'était pas disponible jeudi pm pour faire le suivi des courriels que je devais traiter.							

ANNEXE D : OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

D.I Objectif 1 (versions transdiagnostiques)

D.I.I Questionnaire TRIAGE — GEMM

CAPRIT

Centre d'action en prévention et
réadaptation de l'incapacité au travail

Questionnaire — Adaptation du Guide MM aux TMC

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude, à titre de clinicien-expert. Vous êtes invité à répondre aux questions en vous basant sur votre expérience. La présente consultation vise à s'assurer que le contenu du Guide de la marge de manœuvre, développé pour les troubles musculosquelettiques, soit aussi adapté pour le soutien au retour progressif au travail de personnes avec un trouble mental courant (TMC).

Les énoncés du questionnaire se rapportent à la version adaptée des grilles d'évaluation de la marge de manœuvre (Document B reçu par envoi postal).

Le temps nécessaire pour répondre au questionnaire est estimé entre 30 et 60 minutes. Il est important de répondre au questionnaire en entier en une seule séance (8 sections, maximum de 42 questions).

* Obligatoire

Introduction

Pour chacun des énoncés présentés, il vous sera demandé d'indiquer votre niveau d'accord en regard de trois (3) caractéristiques spécifiques :

- 1) Leur suffisance : les différents éléments couvrent la dimension documentée dans son entièreté;
- 2) Leur clarté : les différents éléments de la dimension sont faciles à comprendre et sans ambiguïté;
- 3) Leur applicabilité : les différents éléments sont concrètement applicables dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé impliqués dans le retour progressif au travail d'individus avec un TMC.

Section A - Marge de manoeuvre initiale - contexte de travail

Les énoncés suivants se rapportent à la grille d'évaluation de la MARGE DE MANOEUVRE INITIALE, section contexte de travail, associée à l'étape 1 (document B, page 7).

1. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs permettant d'évaluer le CONTEXTE DE TRAVAIL (p. 7) sont SUFFISANTS: *

- en accord
- en désaccord

2. Que manque-t-il pour que les indicateurs soient SUFFISANTS ? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

3. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs permettant d'évaluer le CONTEXTE DE TRAVAIL (p. 7) sont CLAIRS: *

- en accord
- en désaccord

4. Quels indicateurs ne sont PAS CLAIRS et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

5. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs permettant d'évaluer le CONTEXTE DE TRAVAIL (p. 7) sont APPLICABLES: *

- en accord
- en désaccord

6. Quels indicateurs ne sont PAS APPLICABLES et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

Section B. Marge de manoeuvre initiale - exigences et activité de travail

Les énoncés suivants se rapportent à la grille d'évaluation de la MARGE DE MANOEUVRE INITIALE, section exigences et activité de travail, associée à l'étape 1 (document B, page 7).

7. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs permettant d'évaluer les EXIGENCES et l'ACTIVITÉ DE TRAVAIL (p. 7) sont SUFFISANTS: *

- en accord
- en désaccord

8. Que manque-t-il pour que les indicateurs soient SUFFISANTS ? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

9. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs permettant d'évaluer les EXIGENCES ET l'ACTIVITÉ DE TRAVAIL (p. 7) sont CLAIRS: *

- en accord
- en désaccord

10. Quels indicateurs ne sont PAS CLAIRS et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

11. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs permettant d'évaluer les EXIGENCES ET l'ACTIVITÉ DE TRAVAIL (p. 7) sont APPLICABLES: *

- en accord
- en désaccord

12. Quels indicateurs ne sont PAS APPLICABLES et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

Section C. Marge de manoeuvre initiale - conditions et moyens

Les énoncés suivants se rapportent à la grille d'évaluation de la MARGE DE MANOEUVRE INITIALE, section conditions et moyens, associée à l'étape 1 (document B, page 7).

13. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs permettant de mesurer les CONDITIONS et MOYENS OFFERTS par le milieu de travail (p. 7) sont SUFFISANTS: *

- en accord
- en désaccord

14. Que manque-t-il pour que les indicateurs soient SUFFISANTS ? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

15. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs permettant de mesurer les CONDITIONS et MOYENS OFFERTS par le milieu de travail (p. 7) sont CLAIRS: *

- en accord
- en désaccord

16. Quels indicateurs ne sont PAS CLAIRS et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

17. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs permettant de mesurer les CONDITIONS et MOYENS OFFERTS par le milieu de travail (p. 7) sont APPLICABLES: *

- en accord
- en désaccord

18. Quels indicateurs ne sont PAS APPLICABLES et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

Section D. Marge de manoeuvre initiale - effets sur la santé

Les énoncés suivants se rapportent à la grille d'évaluation de la MARGE DE MANOEUVRE INITIALE, section effets sur la santé, associée à l'étape 1 (document B, page 8).

19. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs mesurant les EFFETS sur la SANTÉ (p. 8) sont SUFFISANTS: *

- en accord
- en désaccord

20. Que manque-t-il pour que les indicateurs soient SUFFISANTS ? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

21. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs mesurant les EFFETS sur la SANTÉ (p. 8) sont CLAIRS: *

- en accord
- en désaccord

22. Quels indicateurs ne sont PAS CLAIRS et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

23. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs mesurant les EFFETS sur la SANTÉ (p. 8) sont APPLICABLES: *

- en accord
- en désaccord

24. Quels indicateurs ne sont PAS APPLICABLES et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

Section E. Marge de manoeuvre initiale - effets sur la production

Les énoncés suivants se rapportent à la grille d'évaluation de la MARGE DE MANOEUVRE INITIALE, section effets sur la production, associée à l'étape 1 (document B, page 8).

25. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs concernant les EFFETS sur la PRODUCTION (p. 8) sont SUFFISANTS: *

- en accord
- en désaccord

26. Que manque-t-il pour que les indicateurs soient SUFFISANTS ? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

27. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs concernant les EFFETS sur la PRODUCTION (p. 8) sont CLAIRS: *

- en accord
- en désaccord

28. Quels indicateurs ne sont PAS CLAIRS et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

29. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs concernant les EFFETS sur la PRODUCTION (p. 8) sont APPLICABLES: *

- en accord
- en désaccord

30. Quels indicateurs ne sont PAS APPLICABLES et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

Section F -MM thérapeutique - Création et planification

L'énoncé suivant concerne la grille de création et de planification de la MARGE DE MANŒUVRE THÉRAPEUTIQUE, associée à l'étape 2 (document B, page 9).

31. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les MOYENS et POSSIBILITÉS proposés (p. 9) sont SUFFISANTS: *

- en accord
- en désaccord

32. Quels MOYENS et POSSIBILITÉS manque-t-il pour que l'ensemble soit SUFFISANT ? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

33. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les MOYENS et POSSIBILITÉS proposés (p. 9) sont CLAIRS: *

- en accord
- en désaccord

34. Quels MOYENS et POSSIBILITÉS ne sont pas CLAIRS ? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

35. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les MOYENS et POSSIBILITÉS proposés (p. 9) sont APPLICABLES: *

- en accord
- en désaccord

36. Quels MOYENS et POSSIBILITÉS ne sont pas APPLICABLES ? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

Section G- MM thérapeutique - analyse et ajustement

L'énoncé suivant concerne la grille d'analyse et d'ajustement de la MARGE de MANŒUVRE THÉRAPEUTIQUE, associée à l'étape 3 (page 10).

37. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs mesurant les EFFETS sur la SANTÉ et la PRODUCTION (p. 10) sont SUFFISANTS: *

- en accord
 en désaccord

38. Que manque-t-il pour que les indicateurs soient SUFFISANTS ? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

39. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs mesurant les EFFETS sur la SANTÉ et la PRODUCTION (p. 10) sont CLAIRS: *

- en accord
 en désaccord

40. Quels indicateurs ne sont PAS CLAIRS et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

41. Dans le cadre d'une intervention de retour au travail d'une personne avec un TMC, les indicateurs mesurant les EFFETS sur la SANTÉ et la PRODUCTION (p. 10) sont APPLICABLES: *

- en accord
 en désaccord

42. Quels indicateurs ne sont PAS APPLICABLES et pourquoi? Quelles modifications pourraient être apportées afin de remédier à la situation ? *

Section H. Prochaine étape de l'étude

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir répondu à ce questionnaire.

Soyez assurés que les résultats seront compilés de façon anonyme. Ils serviront à alimenter la discussion virtuelle de groupe à laquelle vous avez été invité.

Professeure Marie-José Durand et son équipe.

D.I.II Questionnaire TRIAGE — ORPAT



Centre d'action en prévention et
réadaptation de l'incapacité au travail

Questionnaire — Adaptation du Guide ORPAT aux TMC

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude à titre de clinicien-expert. Vous êtes invité à répondre aux questions en vous basant sur votre expérience. La présente consultation vise à s'assurer que le contenu de l'Outil pour Soutenir le Retour Progressif au Travail (ORPAT) destiné aux milieux de travail, développé et validé pour les troubles musculosquelettiques, soit aussi adapté pour le soutien au retour progressif au travail de personnes avec un trouble mental courant (TMC).

RAPPEL :

- * Cet outil est conçu pour être utilisé par les intervenants des MILIEUX de TRAVAIL (p. ex. conseiller en ressources humaines, gestionnaire, responsable de service de santé) selon les recommandations du médecin traitant sans le soutien d'un ergothérapeute ou d'un autre professionnel de la santé.
- * Une des conditions pour soutenir l'adoption du guide par les milieux de travail est qu'il doit rester court. Par conséquent, toute proposition d'ajout de texte doit être essentielle et BRÈVE.
- * Le langage utilisé doit être adapté aux milieux de travail et non aux professionnels de la santé.

Les énoncés du questionnaire se rapportent à la version de l'ORPAT adaptée aux TMC (Guide d'instructions ORPAT-MT, adapté aux TMC, reçu par envoi postal). Pour faciliter le repérage, les modifications apportées et les questions associées apparaissent sous forme de commentaires dans le document.

Le temps nécessaire pour répondre au questionnaire est estimé entre 30 et 60 minutes. Il est important de répondre au questionnaire en entier en une seule séance.

* Obligatoire

Introduction

Pour chacun des énoncés présentés, il vous sera demandé d'indiquer votre niveau d'accord en regard d'une à trois caractéristiques :

1. sa pertinence : la proposition est adaptée à la réalité des TMC;
2. sa suffisance : la proposition couvre globalement la réalité des TMC;
3. sa clarté : la proposition est facile à comprendre et sans ambiguïté.

Proposition A

A la page 4 (5e paragraphe) ET à la page 5 (2e paragraphe), l'expression « problème de santé psychologique » a été ajoutée.

1. La proposition A est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

2. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition A PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

3. La proposition A est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

4. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition A plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

5. La proposition A est SUFFISANTE: *

- en accord
- en désaccord

6. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition A SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

Proposition B.

A la page 8 (1er paragraphe), un exemple d'annonce aux collègues (Nicolas) a été ajouté.

7. La proposition B est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

8. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition B PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

9. La proposition B est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

10. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition B plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

11. La proposition B est SUFFISANTE: *

- en accord
- en désaccord

12. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition B SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

Proposition C

A la page 9 (1er paragraphe), deux exemples ont été ajoutés aux « Restrictions et recommandations émises par le médecin traitant ».

13. La proposition C est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

14. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition C PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

15. La proposition C est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

16. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition C plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

17. La proposition C est SUFFISANTE : *

- en accord
- en désaccord

18. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition C SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

Proposition D

Aux endroits suivants : page 9 (4e paragraphe), page 10 (note de bas de page), page 12 (2 occurrences) et à la page 13 (5 occurrences), le mot « symptômes » remplace le mot « inconfort ».

19. La proposition D est PERTINENTE : *

- en accord
- en désaccord

20. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition D PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

21. La proposition D est CLAIRE : *

- en accord
- en désaccord

22. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition D plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

Proposition E

A la page 10 (dernier paragraphe) ET à la page 11 (4e paragraphe), l'expression « sans augmenter de façon significative ses symptômes » remplace l'expression « avec un inconfort tolérable ».

23. La proposition E est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

24. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition E PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

25. La proposition E est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

26. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition E plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

Proposition F

A la page 10 (dernier paragraphe), trois exemples de « Moyens pour contrer les difficultés » ont été ajoutés.

27. La proposition F est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

28. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition F PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

29. La proposition F est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

30. Si nécessaire: Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition F plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

31. La proposition F est SUFFISANTE: *

- en accord
- en désaccord

32. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition F SUFFISANTE? (UNE seule proposition) *

Proposition G

À la page 10 (note en bas de page), des exemples ont été ajoutés aux symptômes énumérés.

33. La proposition G est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

34. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition G PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

35. La proposition G est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

36. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition G plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

37. La proposition G est SUFFISANTE: *

- en accord
- en désaccord

38. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition G SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

Proposition H

À la page 12 (2e paragraphe), une comparaison entre la reprise du travail et l'entraînement au gym était proposée pour illustrer la réalité des TMS. Pour la réalité des TMC ...

39. La proposition H est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

40. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition H PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

41. La proposition H est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

42. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition H plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

43. La proposition H est SUFFISANTE: *

- en accord
- en désaccord

44. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition H SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

Proposition I

À la page 15, un exemple de moyen: « Fractionner les tâches » et sa description ont été ajoutés:

45. La proposition I est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

46. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition I PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

47. La proposition I est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

48. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition I plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

49. La proposition I est SUFFISANTE: *

- en accord
- en désaccord

50. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition I SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

Proposition J

À la page 15 ET à la page 16, les mots « exigences mentales » ont été ajoutés.

51. La proposition J est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

52. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition J PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

53. La proposition J est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

54. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition J plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

Proposition K

À la page 16, l'expression « Utiliser des outils ou techniques adaptés » remplace l'expression : « Utiliser des outils de levage ou des techniques de travail appropriées ».

55. La proposition K est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

56. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition K PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

57. La proposition K est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

58. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition K plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

Proposition L

À la page 16, des exemples ont ajoutés pour illustrer le moyen : « Utiliser des outils ou techniques adaptés ».

59. La proposition L est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

60. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition L PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

61. La proposition L est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

62. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition L plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

63. La proposition L est SUFFISANTE: *

- en accord
- en désaccord

64. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition L SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

Proposition M

À la page 16, un exemple de moyen : « Mettre en place des stratégies pour réduire les distractions » et sa description ont été ajoutés.

65. La proposition M est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

66. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition M PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

67. La proposition M est CLAIRE: *

- en accord
- en désaccord

68. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition M plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

69. La proposition M est SUFFISANTE: *

- en accord
- en désaccord

70. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition M SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

Proposition N

Globalement, au sujet de la liste des « Exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre » proposée aux pages 15 et 16 :

71. Cette liste est SUFFISANTE: *

- en accord
- en désaccord

72. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre cette liste SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

73. La présentation visuelle (c. à. d. ordre, en deux colonnes, sur deux pages, avec titres des exemples) de la liste est PERTINENTE: *

- en accord
- en désaccord

74. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la présentation visuelle de la liste PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

75. La présentation visuelle (c. à. d. ordre, en deux colonnes, sur deux pages, avec titres des exemples) de la liste est CLAIRE: *

en accord

en désaccord

76. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la présentation visuelle de la liste plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

Proposition O

Une grille présentant un 2e cas fictif a été ajoutée aux pages 19 et 20.

77. La proposition O est PERTINENTE: *

en accord

en désaccord

78. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition O PERTINENTE ? (UNE seule proposition) *

79. La proposition O est CLAIRE: *

en accord

en désaccord

80. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition O plus CLAIRE ? (UNE seule proposition) *

81. La proposition O est SUFFISANTE: *

en accord

en désaccord

82. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre la proposition O SUFFISANTE ? (UNE seule proposition) *

Section P. Appréciation générale du Guide ORPAT-MT adapté aux TMC

83. De façon globale, le contenu de ce Guide apparaît SUFFISANT pour permettre aux milieux de travail de soutenir le retour au travail progressif des personnes avec un TMC : *

en accord

en désaccord

84. Quelle modification pourrait être apportée pour rendre le Guide SUFFISANT ? *

Section finale. Prochaine étape de l'étude

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir répondu à ce questionnaire.

Soyez assurés que les résultats seront compilés de façon anonyme. Ils serviront à alimenter la discussion virtuelle de groupe à laquelle vous avez été invité.

Professeure Marie-José Durand et son équipe.

D.II Objectif 2 (versions transdiagnostiques et sensibles)

D.II.I Guide d'entretien — experts de contenu (étape 1)

Q1 — Certains éléments et caractéristiques spécifiques (**aux travailleurs de 45 ans et plus / aux travailleurs issus d'un groupe ethnoculturel minoritaire / au genre des travailleurs**) sont susceptibles d'influencer leur retour progressif au travail suite à un trouble musculosquelettique ou mental courant.

Selon vous, **quels ajustements devraient être faits à l'ORPAT**, pour faciliter la prise en considération de ces éléments par les employeurs et autres représentants du milieu de travail lors d'un retour progressif au travail ?

Q2 — Une autre version de l'ORPAT est destinée aux ergothérapeutes qui soutiennent les travailleurs pendant leur retour au travail. Avez-vous des points de vigilance ou recommandations à leur faire pour faciliter la prise en considération des éléments liés aux travailleurs issus d'une communauté ethnoculturelle ?

D.II.II Questionnaire d'évaluation de la clarté et de la faisabilité (experts cliniciens — étape 2)



Centre d'action en prévention et
réadaptation de l'incapacité au travail

Questionnaire — Adaptation de l'ORPAT aux caractéristiques des individus (automne 21)

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude à titre de clinicien-expert en réadaptation au travail. La présente consultation porte sur l'Outil pour soutenir le Retour Progressif Au Travail destiné aux milieux de travail (ORPAT-MT), adapté aux troubles musculosquelettiques et troubles mentaux courants.

A titre de rappel, l'ORPAT-MT est conçu pour être utilisé par les intervenants des MILIEUX de TRAVAIL (p. ex. conseiller en ressources humaines, gestionnaire, responsable de service de santé) selon les recommandations du médecin traitant, sans le soutien d'un ergothérapeute ou d'un autre professionnel de la santé.

Faisant suite à une consultation auprès d'experts, des adaptations ont été proposées afin que l'ORPAT-MT tienne mieux compte de certaines caractéristiques de la population des personnes employées, notamment les aspects liés au genre, à l'âge et à l'origine ethnoculturelle.

Les experts consultés se sont entendus sur l'importance de tenir compte de certaines caractéristiques (ou particularités) des personnes employées tout en évitant de renforcer les stéréotypes en milieu de travail. Par exemple, tenir compte d'une possible fatigabilité au travail des personnes vieillissantes, tout en évitant de les cibler spécifiquement. Ou encore, tenir compte de l'impact de la charge parentale, tout en évitant de l'associer automatiquement aux femmes. Ainsi, les experts ont proposé de parler des personnes avec une charge parentale ou avec de la fatigue, sans référer à une caractéristique (ou un attribut) de la personne.

Les énoncés du questionnaire se rapportent à la version de l'ORPAT-MT-septembre-21 que vous avez reçue par envoi courriel. Pour faciliter le repérage, les adaptations proposées par les experts et les questions associées apparaissent sous forme de commentaires dans le document. Nous vous demandons d'évaluer **la clarté et la faisabilité des adaptations** proposées.

Le temps nécessaire pour répondre au questionnaire est estimé à environ 20 minutes. Il est important de répondre au questionnaire en entier en une seule séance.

Introduction

Le questionnaire qui suit vous présente les adaptations proposées à l'ORPAT-MT. Il est nécessaire **d'avoir en main le document : ORPAT-MT-septembre-21** lorsque vous répondrez au présent questionnaire.

Pour chacune des adaptations proposées (au nombre de 9), il vous sera demandé d'en estimer la **clarté** pour les utilisateurs de l'outil, c'est-à-dire les intervenants des milieux de travail. Il vous sera également demandé d'estimer la **faisabilité** des adaptations proposées.

Adaptation A

Aux **pages 5 et 16**, afin d'inciter les employeurs à utiliser l'ORPAT-MT non seulement pour soutenir le retour au travail, mais aussi pour faciliter le maintien au travail, deux adaptations sont proposées :

Adaptation A1 : A la page 5 (1er paragraphe), la phrase suivante a été ajoutée : **Il pourra aussi être utilisé pour soutenir le maintien au travail.**

Adaptation A2 : A la page 16 (1er paragraphe), la phrase suivante a été ajoutée : **Si le maintien au travail apparaît difficile, la Grille pourrait être utilisée de nouveau pour appuyer la recherche de solutions.**

1. Les adaptations **A1 et A2** vous apparaissent-elles **claires** pour les intervenants des milieux de travail ? *

oui

non

2. Comment pourrait-on rendre les adaptations **A1 et A2 plus claires** ? *

3. La mise en œuvre des actions proposées dans les adaptations **A1 et A2** vous apparaît-elle **possible** dans les milieux de travail ? *

oui

non

Adaptation B

Au **2e paragraphe de la page 7** (Étape 1), des énoncés incitant à vérifier la compréhension de la personne et à expliciter l'utilisation non discriminatoire de l'outil ont été ajoutés.

Les phrases suivantes ont été ajoutées à l'encadré : **D'abord, il faut s'assurer que la démarche et le langage utilisés soient bien compris par la personne. Il est aussi suggéré de préciser que l'outil ORPAT est utilisé auprès de toutes les personnes en processus de retour au travail, sans égard au problème de santé, à l'âge, à l'origine ethnoculturelle ou au genre.**

4. L'adaptation **B** vous apparaît-elle **claire** pour les intervenants des milieux de travail ? *

oui

non

5. Comment pourrait-on rendre l'adaptation **B plus claire** ? *

6. La mise en œuvre des actions proposées dans l'adaptation **B** vous apparaît-elle **possible** dans les milieux de travail ? *

oui

non

Adaptation C

Aux 1er et 2e paragraphes de la page 8, afin de reconnaître les impacts potentiels des accommodements de travail (aménagement) sur les collègues de la personne employée, une phrase a été ajoutée aux exemples d'annonces aux collègues.

La phrase suivante a été ajoutée: **Je sais que cela peut avoir un effet sur votre travail et je suis disponible pour en discuter.**

7. L'adaptation **C** vous apparaît-elle **claire** pour les intervenants des milieux de travail ? *

oui

non

8. Comment pourrait-on rendre l'adaptation **C plus claire** ? *

9. La mise en œuvre des actions proposées dans l'adaptation **C** vous apparaît-elle **possible** dans les milieux de travail ? *

oui

non

Adaptation D

Un ajout a été fait à l'encadré (pouce) pour tenir compte d'enjeux de fatigabilité et de difficultés de sommeil chez certaines personnes.

A la **page 9 (dernier paragraphe)**, la phrase suivante a été modifiée: *Il est recommandé d'alterner les périodes travaillées avec des périodes de repos* **et d'éviter les changements de quarts (jour/soir/nuit) pendant le retour progressif.**

10. L'adaptation **D** vous apparaît-elle **claire** pour les intervenants des milieux de travail ? *

oui

non

11. Comment pourrait-on rendre l'adaptation **D plus claire** ? *

12. La mise en œuvre des actions proposées dans l'adaptation **D** vous apparaît-elle **possible** dans les milieux de travail ? *

oui

non

Adaptation E

Afin de sensibiliser les employeurs au fait que certaines personnes sont réticentes à discuter de leurs difficultés et leur besoin de soutien pour réaliser leur travail, trois adaptations ont été apportées (**pages 10 et 11**).

Adaptation E1 : Un énoncé a été ajouté dans l'encadré (dernier paragraphe) de la page 10 :

Puisque certaines personnes, pour diverses raisons, ne parleront pas facilement des difficultés rencontrées au travail, vous pourriez leur demander: " Pour nous aider à bien planifier votre retour au travail, pourriez-vous me parler de ce que vous trouvez difficile habituellement dans votre travail ?"

Adaptation E2: Des énoncés ont été ajoutés au 1er paragraphe de la page 11:

Puisque plusieurs personnes employées auront des difficultés à identifier ce qui leur permettrait de réaliser leur travail, il est nécessaire de discuter ensemble des moyens leur permettant de maintenir une marge de manœuvre suffisante. Vous pourriez leur demander : Qu'est-ce qui vous aiderait à réaliser votre travail ?

Adaptation E3 : Au dernier paragraphe de la page 11, une proposition de question a été ajoutée :

Par exemple, vous pourriez demander: Comment voyez-vous ce plan de travail ?

13. Les adaptations **E1, E2 et E3** vos apparaissent-elles **claires** pour les intervenants des milieux de travail ? *

oui

non

14. Comment pourrait-on rendre les adaptations **E1, E2 et E3 plus claires** ? *

15. La mise en œuvre des actions proposées dans les adaptations E1, E2 et E3 vous apparaît-elle **possible** dans les milieux de travail ? *

oui

non

Adaptation F

Au **dernier paragraphe de la page 10**, un ajout a été fait à l'encadré (pouce) pour inciter les intervenants à considérer les enjeux de conciliation travail- vie personnelle.

La phrase suivante a été ajoutée: **S'il y a lieu, les enjeux de conciliation travail-vie personnelle peuvent aussi être discutés à ce moment.**

16. L'adaptation **F** vous apparaît-elle **claire** pour les intervenants des milieux de travail ? *

oui

non

17. Comment pourrait-on rendre l'adaptation **F plus claire** ? *

18. La mise en œuvre des actions proposées dans l'adaptation **F** vous apparaît-elle **possible** dans les milieux de travail ? *

oui

non

Adaptation G

Au **1er paragraphe de la page 14**, afin de tenir compte du fait que tous les éléments de la situation de travail peuvent changer rapidement, un encadré (point d'exclamation) a été ajouté, rappelant l'importance d'un suivi régulier.

Les phrases suivantes ont été ajoutées : **La situation de travail (tâches, ressources, contexte) peut évoluer rapidement. L'efficacité des moyens et aménagements proposés peut donc aussi varier d'une semaine à l'autre. Un suivi régulier améliore les chances de succès.**

19. L'adaptation **G** vous apparaît-elle **claire** pour les intervenants des milieux de travail ? *

oui

non

20. Comment pourrait-on rendre l'adaptation **G plus claire** ? *

21. La mise en œuvre des actions proposées dans l'adaptation **G** vous apparaît-elle **possible** dans les milieux de travail ? *

oui

non

Adaptation H

A la **page 17**, afin de mieux tenir compte de la diversité des défis rencontrés par les personnes employées, l'offre d'une flexibilité d'horaire a été ajoutée aux exemples de moyens pour augmenter la marge de manœuvre.

L'exemple de moyen suivant a été ajouté:

Offrir une flexibilité d'horaire

Proposer un nombre d'heures par jour ou par semaine à atteindre, au lieu d'un horaire fixe. Ce type de moyen peut s'avérer particulièrement utile en présence d'enjeux de fatigabilité et de conciliation travail-vie personnelle.

22. L'adaptation **H** vous apparaît-elle **claire** pour les intervenants des milieux de travail ? *

oui

non

23. Comment pourrait-on rendre l'adaptation **H plus claire** ? *

24. La mise en œuvre des actions proposées dans l'adaptation **H** vous apparaît-elle **possible** dans les milieux de travail ? *

oui

non

Adaptation I

A la **page 17**, afin d'offrir des possibilités d'aménagements mieux adaptés aux capacités des personnes expérimentées, un exemple de moyen pour augmenter la marge de manœuvre a été ajouté.

Offrir la possibilité d'être mentor

L'individu expérimenté peut devenir un guide/formateur auprès de certains collègues, ce qui peut aider à réduire certaines exigences de son travail

25. L'adaptation I vous apparaît-elle **claire** pour les intervenants des milieux de travail ? *

oui

non

26. Comment pourrait-on rendre l'adaptation I **plus claire** ? *

27. La mise en œuvre des actions proposées dans l'adaptation I vous apparaît-elle **possible** dans les milieux de travail ? *

oui

non

Question générale sur l'ORPAT-MT

28. Globalement, à la lecture de l'ORPAT-MT, le vocabulaire et les expressions utilisées vous apparaissent-ils **faciles à comprendre** pour les intervenants des milieux de travail ? *

Oui en général.

Non.

29. Veuillez préciser le ou les éléments problématiques et suggérer une meilleure façon de le ou les formuler. *

D.II.III Guide d'entretien — représentants des milieux de travail (étape 3)

1. Selon vous, cette version de l'ORPAT est-elle utilisable auprès de tous les travailleurs que vous rencontrez dans le cadre de vos interventions relatives au retour progressif au travail et ce, peu importe...

a.... leur âge ?

b.... leur genre ?

c.... leur appartenance ethnoculturelle ?

2. Envisagez-vous d'utiliser l'ORPAT dans le cadre de vos prochaines interventions en matière de retour progressif au travail ?

a. De quelle manière ?

b. Avec quels travailleurs ?

c. Quelles sont les raisons qui vous incitent à vouloir (ou ne pas vouloir) utiliser l'outil dans ces circonstances particulières ?

3. Que pensez-vous des exemples de moyens permettant d'augmenter la marge de manœuvre (page 18) ?

a. En particulier celui Offrir de la formation, du mentorat ou un encadrement à la personne employée ?

4. Dans la grille à remplir avec l'employé, nous proposons de demander à l'employé son niveau de confiance face au plan de retour au travail ? Les réponses proposées sont : 'peu confiant', 'assez confiant', 'confiant' et 'très confiant'. Selon vous, est-ce que cette échelle sera comprise par tous les travailleurs ?

a. Sinon, quelles seraient vos propositions pour faire en sorte que cette échelle soit plus compréhensible ?

D.III Objectif 3 (CNESST)

D.III.I Guide d'entretien

Q1— Comment l'ORPAT pourrait-il être mieux adapté à votre pratique en tant qu'assureur ?

Q2 — Quels ajustements devraient être faits à l'ORPAT, selon vous, pour que cet outil puisse être utilisé par les intervenants de la CNESST ?