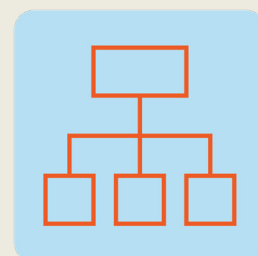


## Retour et maintien durable au travail en contexte de petites et moyennes entreprises

Iuliana Nastasia<sup>1</sup>, Marie-France Coutu<sup>2</sup>, Valérie Lederer<sup>3</sup>,  
Alexandra Lecours<sup>4</sup>, Romain Rives<sup>1</sup>, Marie-Élise Labrecque<sup>2</sup>

R-1213-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 dépôt institutionnel PhareSST ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.

[www.pharesst.irsst.qc.ca](http://www.pharesst.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](http://preventionautravail.com))
- au bulletin électronique [InfoIRSST](http://infoIRSST)

### Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025  
ISBN 978-2-89797-320-9 (PDF)

<https://doi.org/10.70010/MWXX7279>

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé  
et en sécurité du travail, 2025

IRSST — Service des communications et des relations publiques  
505, boul. De Maisonneuve Ouest  
Montréal (Québec) H3A 3C2  
Téléphone : 514 288-1551  
[publications@irsst.qc.ca](mailto:publications@irsst.qc.ca)  
[www.irsst.qc.ca](http://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 dépôt institutionnel de l'IRSST (PhareSST).

# 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



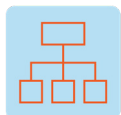
Identification des dangers, estimation et évaluation des risques



Élimination des dangers et maîtrise des risques



Métrologie appliquée à la SST



Organisation du travail



Santé mentale et psychologique



Population, société et SST

## REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement tous les participants à cette étude. Leur générosité dans le partage de leur expérience a ouvert de nouvelles voies de réflexion pour améliorer la santé et la sécurité des travailleurs, notamment par un retour et un maintien durable en emploi des travailleurs ayant un trouble musculosquelettique lié au travail. Ils expriment leur gratitude envers tous les gestionnaires qui ont gracieusement accepté d'aider l'équipe de recherche dans le recrutement et l'organisation des espaces et des moments d'échanges avec des acteurs d'expérience.

Cette recherche n'aurait pu se réaliser sans la contribution financière de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Nous aimerions souligner son engagement en ce qui concerne le financement de projets innovateurs, afin de mieux comprendre et de prévenir l'incapacité au travail.

## SOMMAIRE

L'incapacité au travail reliée aux troubles musculosquelettiques (TMS) constitue un fardeau important à l'échelle mondiale. La gestion des invalidités et le retour et maintien durable au travail (RMDT) sont essentiels pour prévenir l'incapacité au travail. Des principes de la gestion des invalidités et des bonnes pratiques de RMDT sont établis pour la grande entreprise. Même si plusieurs recherches indiquent l'existence de contraintes particulières pour les petites et moyennes entreprises (PME), peu d'études décrivent les actions de prévention d'incapacité au travail ou les principaux facteurs de difficulté et de succès pour un retour et maintien durable au travail (RMDT) dans ce type d'entreprise. Les objectifs de l'étude sont de décrire les pratiques de gestion des invalidités pour différents contextes de PME, et d'identifier des défis et des leviers à l'application des bonnes pratiques pour le RMDT pour différentes caractéristiques et conditions de contexte de PME.

Un devis qualitatif descriptif a été utilisé. Un échantillonnage de convenance a permis d'explorer les perspectives des parties prenantes dans la gestion des invalidités et le RMDT dans les PME. Des entretiens individuels d'environ une heure ont été menés auprès de dirigeants ou responsables de la gestion des invalidités au travail dans 8 PME du secteur manufacturier au Québec. Ensuite, deux groupes de discussion focalisés hétérogènes, d'une durée d'une heure trente chacun, ont été menés avec 16 représentants des parties prenantes externes (mutuelles de prévention, assureurs et professionnels en réadaptation). Des guides d'entretien ont été élaborés en fonction des objectifs et des connaissances issues de travaux antérieurs. Ils ont été validés au sein de l'équipe de recherche. Les entretiens et les groupes de discussion étaient enregistrés et les verbatim transcrits. Leur contenu codé, il a ensuite été analysé par 2 professionnels suivant une grille d'analyse. Les désaccords interjuges ont été résolus par recherche de consensus avec l'aide d'une chercheuse.

Les résultats mettent en évidence que la gestion des invalidités dans les PME participantes est centrée sur la gestion médico-administrative des absences. Les principes favorisant le RMDT sont généralement connus par les gestionnaires des PME participantes. Cependant, les pratiques de RMDT restent peu formalisées, appliquées différemment selon les contextes d'entreprises. Le recours à l'assignation temporaire apparaît comme un élément central à la stratégie de RMDT des responsables de la gestion des invalidités. Néanmoins, la faible disponibilité et diversité des postes peut rendre la prise en compte difficile des capacités et des intérêts du travailleur lors de la mise en place de celle-ci. La collaboration entre la personne en incapacité, le supérieur immédiat et le travailleur dans le choix, l'implantation et le suivi des solutions apparaît comme un levier potentiel. Un autre levier semble être le recours à des ressources externes, comme l'appel à des professionnels de réadaptation et le soutien de mutuelles de prévention proactives. Un consensus se dégage parmi les parties prenantes externes selon lequel, généralement, une entreprise de moins de 100 travailleurs possède moins

de ressources humaines et dispose de moins d'accès à des structures externes pour les guider dans la mise en place des connaissances sur les aménagements de RMDT.

En conclusion, les pratiques de gestion des invalidités de RMDT rapportées par les participants suggèrent un besoin de sensibilisation et d'encadrement des gestionnaires sur le processus de RMDT, et sur l'importance du respect des limitations fonctionnelles lors de la mise en place et au suivi de l'assignation temporaire. Les enjeux uniques de la gestion des invalidités et du RMDT dans les PME invitent les parties prenantes et gouvernantes à une réflexion systémique sur les possibilités de mettre en place des mécanismes collaboratifs pour mieux soutenir les PME. Une avenue de recherche prometteuse qui semble se dégager de la présente étude serait d'explorer le potentiel des approches intégrées de prévention de l'incapacité, adaptées à la diversité des contextes organisationnels des PME dans le secteur manufacturier.

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
<b>1. ÉTAT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>3</b>
1.1 Les troubles musculosquelettiques .....	3
1.2 Prévention de l'incapacité au travail et retour et maintien durable au travail .....	3
1.3 Retour et maintien durable au travail en contexte de PME.....	5
1.4 Cadre conceptuel.....	8
<b>2. OBJECTIFS DE RECHERCHE .....</b>	<b>10</b>
2.1 Objectif général.....	10
2.2 Objectifs spécifiques.....	10
2.3 Questions de recherche.....	10
<b>3. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>11</b>
3.1 Devis de recherche .....	11
3.2 Population cible et sources de données.....	12
3.3 Participants.....	12
3.3.1 Parties prenantes internes aux PME .....	12
3.3.2 Parties prenantes externes aux PME .....	13
3.4 Recrutement.....	13
3.4.1 Entretiens individuels : parties prenantes internes.....	13
3.4.2 Groupes de discussion focalisés : partie prenantes externes .....	14
3.5 Collecte de données .....	14
3.5.1 Entretiens individuels.....	14
3.5.2 Groupes de discussion focalisés .....	15
3.6 Analyses.....	15
3.7 Considérations éthiques .....	16
<b>4. RÉSULTATS .....</b>	<b>17</b>
4.1 Caractéristiques des participants .....	17
4.1.1 Caractéristiques des parties prenantes internes aux PME.....	17
4.1.2 Caractéristiques des parties prenantes externes aux PME.....	19
4.2 Portrait des modalités actuelles d'application du processus de RMDT dans des PME du secteur de manufacturier (objectif 1).....	20
4.2.1 Politiques et procédures liées à la gestion des invalidités du travail .....	21

4.2.2	Pratiques de gestion des invalidités et du RMDT .....	22
4.2.3	Synthèse des modalités actuelles d'application du processus de RMDT en contexte de PME du secteur de manufacturier .....	31
4.3	Leviers potentiels et éléments stratégiques pour le RMDT en contexte de PME (objectif 2).....	31
4.3.1	Leviers et éléments stratégiques en lien avec le travailleur .....	31
4.3.2	Leviers et éléments stratégiques en lien avec le gestionnaire .....	33
4.3.3	Leviers et éléments stratégiques en lien avec le supérieur immédiat.....	34
4.3.4	Leviers et éléments stratégiques en lien avec la mutuelle de prévention .....	35
4.3.5	Leviers et éléments stratégiques en lien avec professionnels en réadaptation .....	36
4.3.6	Synthèse des leviers potentiels et éléments stratégiques pour le RMDT en contexte de PME du secteur manufacturier .....	38
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>39</b>
5.1	Modalités spécifiques de gestion des invalidités et du RMDT dans les PME .....	39
5.2	Application des principes de RMDT .....	40
5.3	Besoins, défis et leviers à l'adoption des bonnes pratiques de RMDT dans les PME.....	41
5.4	Pistes d'action.....	43
5.5	Avenues de recherche.....	45
5.6	Portée et retombées de l'étude .....	46
5.7	Forces et limites de l'étude .....	47
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>51</b>
	<b>ANNEXE A .....</b>	<b>63</b>
A.I	Guide d'entretien individuel.....	63
A.II	Canevas pour les groupes de discussion.....	66
A.III	Liste des codes et catégories d'analyse.....	68
A.IV	Caractéristiques des participants aux entretiens et des PME.....	73
A.V	Caractéristiques des participants aux groupes de discussion .....	74
A.VI	Détail des pratiques mentionnées pour chaque entreprise.....	77

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Caractéristiques et éléments de contexte des PME participantes.....18

## LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

---

Acronyme	Définition
ASP	Association sectorielle paritaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
EU-OSHA	Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
IWH	Institute for Work and Health
LATMP	<i>Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PME	Petites et moyennes entreprises
RH	Ressources humaines
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RMDT	Retour et maintien durable au travail
SCIAN	Système de classification des industries de l'Amérique du Nord
SST	Santé et sécurité au travail
TMS	Troubles musculosquelettiques
WHO	World Health Organization

---

## INTRODUCTION

L'incapacité au travail reliée aux troubles musculosquelettiques (TMS) constitue un fardeau important à l'échelle mondiale, elle affecte une portion importante des travailleurs et génère des coûts substantiels (Agence Européenne pour la santé et la sécurité au travail [EU-OSHA], 2019; Cieza *et al.*, 2021; Macpherson *et al.*, 2018). Au Québec, les TMS représentaient 28,3 % des lésions professionnelles indemnifiées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) en 2022 (CNESST, 2023). Ils engendraient environ 2,5 millions de jours d'absence du travail par année et représentaient au moins un tiers des coûts des lésions professionnelles indemnifiées entre 2010 et 2012 (Stock *et al.*, 2018). Les TMS ont un coût direct pour la société lié aux coûts des traitements, des soins et des médicaments (Bevan, 2015). Les TMS entraînent également des répercussions socio-économiques considérables pour les entreprises, entre autres en raison de la perte de productivité (Gosselin, 2004) et l'absentéisme (Murray, E. *et al.*, 2013; van Vilsteren *et al.*, 2015) qu'ils peuvent engendrer.

À notre connaissance, aucun lien direct n'a été démontré entre les différentes actions de prévention de l'incapacité au travail et la taille des entreprises. Or, les petites et moyennes entreprises (PME) telles que définies par Statistiques Canada (Innovation, Sciences et Développement économique Canada [ISDE], 2023) se rapportent aux entreprises de 499 employés ou moins. Elles représentent 99,7 % de l'ensemble des entreprises au pays. Au Québec, on dénombrait 248 924 petites entreprises (1 à 99 employés rémunérés), 5 329 moyennes entreprises (entre 100 et 499 employés) et seulement 713 grandes entreprises (500 employés ou plus) en 2022 (ISDE, 2023). Les PME sont prépondérantes dans le secteur privé. Elles emploient 63,8 % de la main-d'œuvre, comparativement au secteur public où elle représente 30,3 % des personnes employées. Les PME sont également à l'origine de 62,7 % des emplois dans le secteur manufacturier, répartis dans 51 224 PME et employant 974 200 personnes (ISDE, 2023).

Plusieurs études observent des contraintes particulières dans les PME, en termes de ressources et de structures (Masi et Cagno, 2015; Page, 2009). Ces entreprises œuvrent souvent sous une pression financière, caractérisée par des coûts de démarrage élevés et des marges de profit faibles (Bannock, 2005). Elles ont un potentiel d'échec élevé, puisque seules 45,9 % survivent plus de 10 ans (ISDE, 2023). Les personnes travaillant dans les PME subissent davantage d'accidents et maladies liées au travail, dont les TMS, que ceux qui travaillent dans les grandes entreprises (Masi et Cagno, 2015; Micheli et Cagno, 2010; Randrianarivelo *et al.*, 2022; Sørensen *et al.*, 2007; Targoutzidis *et al.*, 2014). La Commission européenne a estimé que 82 % des accidents du travail surviennent dans les PME de moins de 250 employés (Targoutzidis *et al.*, 2014). La réalité pourrait même être encore plus préoccupante, puisqu'il y aurait un niveau élevé de sous-déclaration des incidents et accidents dans les plus petites entreprises (moins de 50 employés) (Legg *et al.*, 2015). Au Québec, le taux d'accidents du travail est plus élevé et la performance en matière de santé et sécurité au travail (SST) est plus faible dans les

PME, comparativement aux grandes entreprises (Champoux et Brun, 2003; Tremblay et Badri, 2018; Vickers, 2005).

La gestion de l'incapacité et les pratiques de retour et maintien durable au travail (RMDT), largement décrites pour les grandes entreprises, demeurent peu explorées en contexte de PME (Seing *et al.*, 2015). Notamment, peu de choses sont connues sur les politiques, les procédures et l'application pratique de principes de RMDT dans les PME au Québec. Or, les caractéristiques et les conditions opérationnelles uniques des PME, telles leur structure organisationnelle plus souple et la plus grande proximité dans les interactions entre l'employeur et les employés (MacEachen, Kosny, Ferrier, *et al.*, 2010) pourraient engendrer l'application des stratégies différentes. Un premier objectif du présent projet de recherche était de décrire les modalités de la gestion de l'incapacité et les pratiques du RMDT en contexte de PME afin d'explorer leurs particularités, en fonction de leurs caractéristiques et des conditions d'exercice de leurs activités. Un deuxième objectif consistait à cibler des leviers et identifier des éléments stratégiques contextuels pour favoriser le RMDT dans les PME.

Pour répondre à ces deux objectifs, nous avons réalisé des entretiens individuels auprès de dirigeants ou responsables de la gestion des invalidités dans 8 PME, et de deux groupes de discussion, constitués de 16 représentants de parties prenantes externes, tous impliqués dans la réadaptation et le retour au travail des travailleurs à la suite d'une absence engendrée par lésion professionnelle dans ce type d'entreprise.

Ce projet s'aligne sur les orientations de l'IRSST, tout en marquant une progression logique par rapport à nos études antérieures (Durand *et al.*, 2017; Nastasia *et al.*, 2021; Nastasia *et al.*, 2017) sur les pratiques en milieu de travail en matière de RMDT à la suite de TMS. Cette continuité souligne notre engagement indépendant à approfondir la compréhension et l'amélioration des stratégies de prévention de l'incapacité en milieu de travail, tout en reconnaissant le cadre réglementaire et les directives stratégiques établies par la CNESST.

# 1. ÉTAT DES CONNAISSANCES

## 1.1 Les troubles musculosquelettiques

Les troubles musculosquelettiques (TMS) sont reconnus comme une des premières sources d'incapacité dans le monde (Cieza *et al.*, 2021; Murray, C. J. L. *et al.*, 2020). En 2019, ils affectaient environ deux tiers des 1,6 milliards d'adultes âgés entre 15 et 64 ans (Murray, C. J. L. *et al.*, 2020). Au Québec, le nombre de lésions de type musculosquelettique s'établissait à 26 814 en 2022 (CNESST, 2023). Ceci représente environ un tiers de l'ensemble des lésions professionnelles indemnisées par la CNESST.

Les conséquences des TMS sont importantes, autant pour les employeurs que pour les travailleurs (Bevan, 2015). Les TMS sont à l'origine d'un taux élevé d'absentéisme au travail (Black, 2012; Murray, E. *et al.*, 2013; van Vilsteren *et al.*, 2015) et d'importantes pertes de productivité (Lötters *et al.*, 2005). Ils représentent également un fardeau significatif pour le système de santé (Murray, E. *et al.*, 2013; van Vilsteren *et al.*, 2015).

## 1.2 Prévention de l'incapacité au travail et retour et maintien durable au travail

La prévention de l'incapacité est un processus complexe et dynamique qui comporte des interventions et des actions proactives visant à atténuer l'impact de l'état de santé d'un travailleur sur sa capacité à remplir son rôle et les tâches connexes. La gestion des invalidités est une composante essentielle de la prévention de l'incapacité qui relève de la responsabilité des milieux de travail. Elle comprend un ensemble d'actions, réalisées par différentes personnes dans l'entreprise dans différentes sphères (professionnelles, sociales, légales et financières), et en collaboration avec des professionnels externes à l'entreprise (intervenants en réadaptation, représentants de l'assureur, mutuelles de prévention, etc.).

De nombreuses études ont documenté l'efficacité des interventions de réadaptation en milieu de travail pour prévenir l'incapacité au travail, de même que l'absentéisme et le présentéisme qui lui sont associés (Cullen *et al.*, 2018; Nastasia *et al.*, 2014; van Oostrom *et al.*, 2009) quand d'autres se sont intéressées aux pratiques de gestion des invalidités en milieu de travail (Durand *et al.*, 2014; Durand *et al.*, 2017; Dyck, 2017; Nastasia *et al.*, 2021; Nastasia *et al.*, 2017; Pransky *et al.*, 2010; Shaw *et al.*, 2016).

La gestion des invalidités en milieu de travail inclut l'accommodement des travailleurs afin de prévenir les absences et d'assurer un RMDT en cas d'absence. Plusieurs études ont établi les principes pour favoriser des bonnes pratiques de gestion de l'incapacité et de RMDT après une blessure musculosquelettique (Franche, Cullen, *et al.*, 2005; Knauf et Schultz, 2016; MacEachen *et al.*, 2006; Main *et al.*, 2016; Schultz *et al.*, 2007; Williams-Whitt *et al.*, 2016). En 2010, au Canada, l'Institute for Work and Health (IWH) établissait sept principes pour favoriser un retour au travail réussi : (1) l'engagement fort des milieux

de travail en matière de santé et de sécurité; (2) l'offre de modification du travail; (3) le soutien du travailleur de retour sans désavantager les collègues et les supérieurs hiérarchiques; (4) la formation des supérieurs hiérarchiques à la prévention de l'incapacité de travail et leur inclusion dans la planification du retour au travail; (5) le contact attentionné de l'employeur avec les travailleurs blessés ou malades ; (6) la coordination du retour au travail; et (7) la communication entre les employeurs et les prestataires des soins de santé sur le lieu de travail (IWH, 2007). Ces principes constituent des lignes directrices destinées à tous les milieux de travail et les professionnels qui interviennent dans le processus de retour au travail.

De manière générale, on s'entend pour considérer le RMDT comme un processus dynamique au cours duquel différents intervenants et parties prenantes interagissent (Franche, Baril, *et al.*, 2005; MacEachen *et al.*, 2006; Tjulin et MacEachen, 2016; Young *et al.*, 2016). Bien qu'il n'existe pas de modèle unique de ce processus, ces études ont permis d'établir des pratiques pour favoriser le RMDT en milieu de travail, à la fois selon les phases de ce processus et selon les rôles des parties prenantes (Durand *et al.*, 2017; Young *et al.*, 2016). Trois phases principales peuvent être distinguées dans les études (Durand *et al.*, 2014; Nastasia *et al.*, 2017; Tjulin *et al.*, 2010; Young, 2010) : 1) l'absence, 2) la reprise et 3) le retour et le maintien durable au poste pré lésionnel du travail. Aussi, des actions précises par phase et par catégorie de partie prenante à qui elles étaient destinées ont été suggérées (Durand *et al.*, 2014; Nastasia *et al.*, 2017; Tjulin et MacEachen, 2016; Young, 2010; Young *et al.*, 2005; Young *et al.*, 2016). Par exemple, lors de l'absence du travailleur, les chercheurs soulignent l'intérêt de désigner un intervenant pour gérer l'absence et la communication avec le travailleur et les parties prenantes, celui-ci pouvant par ailleurs être interne ou externe à l'organisation (Durand *et al.*, 2017; Pransky *et al.*, 2010; Shaw *et al.*, 2008). Pour la reprise du travail, l'appui des supérieurs immédiats dans la mise en place d'aménagements temporaires ou permanents pour le travailleur lors de son retour est souligné (Kristman *et al.*, 2017). Enfin, pour le maintien durable au travail, les chercheurs font ressortir l'importance du suivi et du soutien du travailleur par le supérieur immédiat (Aas *et al.*, 2008; Durand *et al.*, 2014; Holmgren et Ivanoff, 2007; Kristman *et al.*, 2017; Nastasia *et al.*, 2021; Shaw *et al.*, 2006; Williams-Whitt *et al.*, 2016) et par les collègues de travail (Tjulin *et al.*, 2010). Des pratiques organisationnelles, comme le fait d'avoir une politique claire et une procédure formalisée de la gestion des invalidités, sont proposées dans plusieurs études (Durand *et al.*, 2014; Main *et al.*, 2016; Nastasia *et al.*, 2017; Shaw *et al.*, 2016).

Il est important de noter que, en grande majorité, ces études ont été réalisées en contexte de grandes entreprises (Kristman *et al.*, 2016; Loisel *et al.*, 2005; Main *et al.*, 2016). Or, l'application pratique de ces principes et modalités dépend grandement du contexte de l'organisation. Par exemple, le bénéfice du soutien du travailleur par le supérieur immédiat et ses collègues lors du RMDT, largement mis de l'avant par plusieurs études, découle de la volonté ou de la possibilité pour l'organisation de consacrer des ressources suffisantes en qualité autant qu'en quantité pour prendre en compte les aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels (Durand *et al.*, 2014; Nastasia *et al.*, 2021).

Dans leur étude, Kristman *et al.* (2017) ont mis en évidence que le soutien des supérieurs immédiats envers la mise en place d'accommodements pour faciliter le retour au travail peut être influencé par divers facteurs organisationnels, comme la présence de syndicats, les politiques et procédures internes de l'entreprise, ainsi que l'expérience préalable de l'organisation face aux situations de réintégration professionnelle, entre autres. Cette observation souligne l'importance de considérer le contexte organisationnel dans l'élaboration des stratégies de retour au travail après une blessure musculosquelettique. Les auteurs notent que les supérieurs immédiats semblent plus favorables à la mise en place d'accommodements, lorsqu'ils bénéficient d'une certaine autonomie dans l'élaboration et l'application de ceux-ci (Kristman *et al.*, 2017). Ces accommodements, en plus des ajustements de postes de travail, consisteraient à des modifications des horaires de travail, à une réduction temporaire des objectifs de production ou encore à un retour du travailleur en surnuméraire (Durand *et al.*, 2014; Kristman *et al.*, 2017). Des stratégies comme l'assignation du travailleur à des travaux légers, significatifs pour lui et pour l'organisation, constituent des modalités favorisant le RMDT (Kristman *et al.*, 2017; Nastasia *et al.*, 2021). L'existence de politiques et de pratiques claires et connues de tous quant à la prévention de l'incapacité au travail semble améliorer le soutien que les supérieurs immédiats peuvent accorder aux travailleurs (Kristman *et al.*, 2017; Nastasia *et al.*, 2021). Le fait de désigner une personne, interne ou externe à l'organisation, pour prendre la responsabilité de coordonner ces actions à travers toutes les phases du processus de RMDT semble favoriser la durabilité du retour au travail (Durand *et al.*, 2017). L'information aux travailleurs et la formation de l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de RMDT facilitent la mise en place de mécanismes de communication efficaces entre les intervenants externes et les acteurs internes, ce qui est favorable au soutien du travailleur dans le processus de RMDT (Shaw *et al.*, 2008).

### **1.3 Retour et maintien durable au travail en contexte de PME**

La mise en application de ces principes et pratiques dans les PME ne peut pas se traduire simplement par un copier-coller de ce qui fonctionne dans les grandes entreprises. Les PME faisant face à des défis significatifs qui leur sont spécifiques, notamment d'un point de vue des ressources et des structures organisationnelles, les modalités d'application des principes de la gestion des invalidités et du RMDT doivent être étudiées pour ce contexte particulier. Par exemple, dans de récents travaux sur les petites entreprises de plusieurs pays d'Europe, on observe des rythmes de travail augmentés et un déficit de postes allégés pour accueillir des personnes ayant une incapacité au travail (EU-OSHA, 2018a). Ainsi, la capacité de ces organisations à répondre à de tels défis pourrait exercer une influence majeure sur les aménagements nécessaires au RMDT. Parmi les pratiques recommandées dans la littérature, la désignation d'un intervenant chargé de coordonner le retour au travail implique un rôle aux responsabilités multiples, comme gérer la mise en place des aménagements de travail, suivre l'évolution du travailleur pour s'assurer du maintien durable au travail et parfois même contacter le travailleur pendant son absence pour le rassurer quant à son lien d'emploi et l'informer sur le déroulement du processus

(Durand *et al.*, 2016). Dans les grandes entreprises, cet intervenant provient généralement du bureau de santé/gestion de la présence au travail ou du service des ressources humaines et est donc généralement familier avec les tâches demandées. En contexte de PME, les ressources et les structures y sont plus limitées, ce qui peut rendre la désignation d'un tel intervenant plus complexe. Cet exemple illustre comment les PME doivent faire preuve de créativité et de flexibilité dans leurs approches de gestion des invalidités, en s'adaptant à leur environnement spécifique et en cherchant des solutions pour soutenir efficacement leurs employés dans le processus de RMDT.

Plusieurs études se sont intéressées à la prise en charge de la SST dans les PME (Cagno *et al.*, 2014; Hasle *et al.*, 2012; International Labour Organization, 2020; Legg *et al.*, 2015; Masi et Cagno, 2015; Olsen et Hasle, 2015). Celles-ci prennent en compte les caractéristiques spécifiques des PME et mentionnent des différences par rapport aux grandes entreprises, notamment concernant leurs besoins en matière de ressources financières et humaines (Hasle *et al.*, 2012; International Labour Organization [ILO], 2020; Legg *et al.*, 2015; Masi et Cagno, 2015; Olsen et Hasle, 2015). De façon générale, les PME disposent de moins de structures de gestion formalisées et d'expertise SST ou d'accès à des sources de conseil ou d'assistance externes (Cagno *et al.*, 2011; Hasle *et al.*, 2012; Hasle et Limborg, 2006). Ces différences pourraient également avoir un impact sur la prévention de l'incapacité au travail et le RMDT. Gunnarsson *et al.* (2014) notent que les employeurs de petites entreprises ont peu d'expérience avec les absences de longue durée. La SST est ainsi considérée dans certaines PME comme périphérique, le risque de blessure et ses conséquences sont sous-estimés, et la résolution de problèmes, ad hoc et rétrospective, est privilégiée (Hasle *et al.*, 2012). Hasle *et al.* (2012) rapportent que les petites PME sont souvent gérées par leur propriétaire, de manière souvent personnalisée et informelle. Ces entreprises emploient souvent des membres de la famille et/ou des amis, des travailleurs non syndiqués et de façon saisonnière, occasionnelle ou à temps partiel (Legg *et al.*, 2015). Une difficulté supplémentaire de ces entreprises dans la gestion des invalidités est que celles-ci sont davantage dépendantes des compétences d'employés difficilement remplaçables lors de leur absence. Relativement isolées, les PME sont géographiquement dispersées et en pénurie continue de compétences (Hasle *et al.*, 2012). Issus de promotion interne, les dirigeants et les gestionnaires peuvent avoir une grande expertise technique, mais moins d'expérience relationnelle et auront tendance à privilégier principalement la communication orale (Jeffrey *et al.*, 2010). Dans les PME, les lignes de communication sont plus courtes, plus simples, non formalisées, et le contact personnalisé est imprégné de la perception de pressions commerciales, ressenties plus vivement et plus immédiatement (Hasle *et al.*, 2012). La proximité entre les gestionnaires et les employés dans les PME (Ekberg *et al.*, 2016; Gunnarsson *et al.*, 2014), ainsi que le soutien d'un intermédiaire ou d'un expert fournissant des services de conseil aux employeurs et aux employés de PME faciliteraient une communication efficace et des aménagements de travail réalistes et adéquats (Ekberg *et al.*, 2016). Dans l'étude de Gunnarsson *et al.* (2014), même si le contact avec l'employé pendant son absence n'est pas formalisé, la plupart des gestionnaires contactent le travailleur.

En raison de la nature des tâches physiquement exigeantes et des environnements de travail potentiellement dangereux, les PME du secteur manufacturier sont confrontées à des risques accrus de blessures et de maladies professionnelles qui impliquent une vigilance renforcée en matière de SST. Néanmoins, comme l'indiquent diverses études (Hasle et Limborg, 2006; Legg *et al.*, 2015), ces entreprises disposent souvent de ressources limitées pour mettre en œuvre des mesures préventives efficaces et des programmes de réadaptation. Par ailleurs, dans le contexte manufacturier, la réintégration des travailleurs après une absence prolongée nécessite une attention particulière en raison de la nature spécifique des compétences techniques requises et de la compétition à laquelle ces organisations font face (Randrianarivelo *et al.*, 2022). Cela souligne l'importance de l'adoption d'une approche personnalisée pour accompagner efficacement les employés dans leur processus de RMDT, tout en maintenant la productivité et la sécurité au sein de l'entreprise. En effet, les PME du secteur manufacturier doivent naviguer dans un équilibre délicat entre la gestion des risques SST, le soutien des employés dans leur parcours de rétablissement et la préservation de la viabilité opérationnelle (EU-OSHA, 2018b).

Des travaux récents portent sur diverses initiatives dans les petites entreprises (moins de 50 employés) (EU-OSHA, 2018a; Institut national de recherche et de sécurité [INRS], 2019). Ces travaux offrent des solutions qui pourraient être utilement considérées comme des pistes d'amélioration du retour durable au travail. Toutefois, la gestion des invalidités s'inscrit dans un cadre réglementaire et législatif qu'il est important de considérer. Certaines entreprises peuvent ainsi être exemptées de diverses obligations légales en matière de SST, en particulier concernant la réintégration des travailleurs après un accident ou une maladie professionnelle (MacEachen, Kosny, Ferrier, *et al.*, 2010). En Ontario, au Canada, les entreprises comptant 20 employés ou moins sont ainsi, entre autres, exemptées de l'obligation de réembaucher les employés après un accident du travail (MacEachen, Kosny, Ferrier, *et al.*, 2010). Au Québec, la législation impose aux employeurs l'obligation de réintégrer, pour une période déterminée, les travailleurs redevenus aptes à exercer leur emploi ou un poste équivalent, en leur assurant le maintien de leur salaire et de tous les avantages qui y sont liés (*Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*). Elle permet aux employeurs assurés au taux de l'unité et au taux personnalisé de se regrouper en mutuelles de prévention (CNESST, 2017). Une mutuelle de prévention est un regroupement volontaire d'employeurs qui choisissent de s'engager dans une démarche proactive, favorisant la prévention des lésions professionnelles, la réadaptation et le retour en emploi des travailleurs accidentés (CNESST, 2021). La participation à une mutuelle de prévention assujettit l'employeur membre au taux personnalisé. Autrement dit, le taux de l'unité, correspondant aux efforts de l'employeur, sera ajusté en fonction des résultats en santé et sécurité du travail obtenus par l'ensemble des employeurs regroupés en mutuelle. Cependant, les gestionnaires et les prestataires de soins de santé estiment que les incitations financières liées à la réadaptation des travailleurs avaient d'importantes limites (Dworsky et Broten, 2018). Par exemple, il a été observé que cette modalité de tarification ne stimule pas

nécessairement les efforts de réintégration des travailleurs avant leur rétablissement complet (Charbonneau et Hébert, 2020). D'une part, les coûts des accidents et lésions professionnelles dans chacune de ces entreprises ne seraient pas suffisamment pris en compte dans le calcul de leurs primes respectives (Bilodeau et D'Amours, 2020; Visotzky-Charlebois, 2021). D'autre part, certaines mutuelles sont critiquées pour encourager la judiciarisation de l'indemnisation, tendant à concentrer les efforts sur la réduction des coûts et la contestation (Charbonneau et Hébert, 2020).

Deux études ont été réalisées récemment sur le processus de retour en emploi des travailleurs ayant subi des lésions professionnelles dans les PME au Québec (Audet *et al.*, 2023; Nastasia et Rives, 2023). Les auteurs d'une étude exploratoire pointent l'intérêt de l'adoption d'un modèle qui prend en compte la continuité des pratiques organisationnelles de PME en ce qui concerne la réduction des risques d'accidents du travail et la gestion des conséquences des lésions professionnelles (Audet *et al.*, 2023). Dans cette même veine, une revue de la littérature sur des stratégies de gestion de la SST en contexte de PME (Nastasia et Rives, 2023), souligne le besoin de continuer la recherche sur les leviers spécifiques à la prévention de l'incapacité au travail dans les PME. Plus de recherches semblent aussi nécessaires en ce qui concerne des modalités de gestion de plus en plus intégrées, permettant aux parties prenantes œuvrant dans les PME de développer et de transmettre leur savoir en matière de RMDT et ceci, en collaboration avec les autres parties prenantes en SST.

En somme, bien que les principes du RMDT et les bonnes pratiques soient largement documentés pour les grandes entreprises, leur application dans les PME reste insuffisamment explorée. Particulièrement, on connaît encore peu de choses sur les pratiques de gestion des invalidités dans les PME au Québec et sur les modalités spécifiques d'application, compte tenu de leurs caractéristiques particulières et de leurs conditions opérationnelles uniques. Cette lacune dans la recherche souligne le besoin de documenter les pratiques de RMDT en PME, ainsi que d'identifier et analyser les leviers pour améliorer ces pratiques.

#### **1.4 Cadre conceptuel**

Le cadre conceptuel de cette recherche s'inspire du paradigme de l'incapacité au travail (Loisel *et al.*, 2005; Loisel *et al.*, 2001), internationalement adopté en recherche. Ce modèle présente l'incapacité au travail comme étant un problème multifactoriel, influencé par des aspects biopsychosociaux et environnementaux de différents systèmes (Costa-Black *et al.*, 2013; Loisel *et al.*, 2005; Loisel et Côté, 2013; Loisel *et al.*, 2001). Il considère que les causes de l'incapacité ne sont pas uniquement à découvrir dans les caractéristiques personnelles du travailleur, mais également dans celles de son environnement (Frank et Cullen, 2006; Lederer *et al.*, 2014; Loisel *et al.*, 2005; Loisel et Côté, 2013). Il décrit la complexité des interactions entre le travailleur ayant subi une lésion professionnelle et les différents systèmes impliqués : le système de santé, le système législatif et d'assurance, le système de l'entreprise et le système personnel du

travailleur, tout en portant une attention particulière aux parties prenantes (employeur, assureur, professionnel de la santé, travailleur, etc.), impliquées en intervention pour le retour durable en emploi (Costa-Black *et al.*, 2013; Loisel et Côté, 2013).

En s'inspirant de ce paradigme, la présente étude propose un cadre théorique centré sur l'entreprise de type PME et ses interactions avec les parties prenantes dans le processus de RMDT. Dans le but de décrire les modalités d'application de la gestion des invalidités et des leviers potentiels au RMDT pour ce contexte particulier, notre recherche s'appuie sur les perspectives de différentes parties prenantes internes (employeurs ou gestionnaires responsables de la gestion des invalidités et RMDT) et externes (assureur, professionnel de la réadaptation, représentant de mutuelles de prévention, etc.), qui interagissent dans le processus de gestion des invalidités et de RMDT dans des PME au Québec.

La gestion des invalidités comprend l'ensemble des politiques, procédures et pratiques mises en œuvre par une organisation afin d'assurer un retour et maintien durable au travail pour les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle. Le RMDT est quant à lui défini en tant que processus complexe et dynamique, comportant un ensemble d'actions réalisées par différentes parties prenantes et ceci lors de différentes phases (Durand *et al.*, 2014; Young, 2010; Young *et al.*, 2005; Young *et al.*, 2016). Plus précisément, on s'intéresse à la manière dont ces actions reflètent les principes et les pratiques optimales de RMDT tels qu'établi dans la littérature et s'inscrivent ou pourraient s'inscrire dans les pratiques des PME, et ceci et à différents moments ou phases du processus du RMDT : (1) absence du travail; (2) reprise du travail (assignation temporaire, retour progressif); (3) retour et maintien au poste et aux tâches pré lésionnelles.

## **2. OBJECTIFS DE RECHERCHE**

### **2.1 Objectif général**

L'objectif général de cette étude est de préciser les modalités d'application de la gestion des invalidités et du RMDT consécutif à un TMS, en mettant en lumière les particularités propres au contexte des PME du secteur manufacturier.

### **2.2 Objectifs spécifiques**

1. Brosser un portrait des modalités actuelles d'application de la gestion des invalidités et du RMDT dans des PME du secteur de manufacturier pour mettre en évidence leurs besoins particuliers et contraintes.

Ce premier objectif permettra de documenter dans quelle mesure les principes recommandés dans la littérature sont utilisés dans les PME et d'identifier les caractéristiques des PME (ex. ressources et contraintes) qui en favorisent ou entravent l'application.

2. Cibler des leviers potentiels à des bonnes pratiques et identifier des éléments stratégiques gagnants pour favoriser le RMDT, en tenant compte des caractéristiques et des conditions des PME.

Ce deuxième objectif vise à identifier des leviers qui pourraient donner lieu à des bonnes pratiques qui permettent la mise en application des principes de RMDT dans les PME.

### **2.3 Questions de recherche**

Quelles sont les modalités d'application de la gestion des invalidités et les pratiques de RMDT en contexte de PME?

Comment les pratiques de RMDT dans les PME reflètent-elles les principes et les bonnes pratiques de RMDT établies dans la littérature?

De quelle façon les caractéristiques ou les conditions des PME favorisent ou rendent difficile l'application de principes et de bonnes pratiques de RMDT?

Quels besoins, défis et leviers spécifiques pour le RMDT émanent de l'application de ces principes et bonnes pratiques de RMDT pour le contexte particulier (caractéristiques et conditions) de PME?

Quelles pistes d'action pour le RMDT se dégagent à partir de besoins, défis et leviers mentionnées pour le contexte particulier de PME?

### 3. MÉTHODOLOGIE

#### 3.1 Devis de recherche

Un devis exploratoire descriptif qualitatif a été utilisé (Hunter *et al.*, 2019) afin de préciser les modalités d'application de la gestion des invalidités et du retour au travail consécutif à un TMS en contexte de PME. Ce type de devis est particulièrement pertinent étant donné le peu de connaissances disponibles sur le sujet des pratiques de gestion des invalidités des PME et de la complexité du processus de RMDT. Selon Deslauriers et Kérisit (1997), cette méthode est idéale pour explorer des domaines peu documentés ou complexes, car elle autorise une exploration en profondeur des expériences, des perceptions et des contextes spécifiques liés à l'objet d'étude.

Le cadre épistémologique et méthodologique de cette recherche se base sur une approche constructiviste pragmatique (Le Moigne, 2001, 2002, 2012; von Glasersfeld, 2001). Cette approche envisage l'élaboration de connaissances comme un processus intentionnel d'élaboration de représentations, forgées à partir de l'expérience que le sujet a du phénomène à l'étude ainsi que de ses connaissances antérieures (Avenier, 2011). Autrement dit, dans le cadre de notre étude, la construction des connaissances repose sur la documentation et la confrontation des expériences d'actions. Cela implique une compréhension dynamique et évolutive du savoir, ancrée dans des contextes spécifiques.

Deux étapes méthodologiques ont été déployées. Premièrement, des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de parties prenantes internes à l'entreprise, telles que les dirigeants et les responsables de la gestion des invalidités au travail. Ces entretiens avaient pour objectif de brosser un portrait des modalités d'application de la gestion des invalidités et de décrire les pratiques de RMDT dans des PME du secteur manufacturier. L'entretien individuel permet de révéler des problèmes difficilement observables, dans certains secteurs ou segments de la population (Paillé et Mucchielli, 2016).

La deuxième étape consistait en des groupes de discussion focalisés, avec des intervenants en gestion des invalidités, externes à l'entreprise (ergothérapeutes, ergonomes, représentants de mutuelles de prévention, représentants d'assureurs, etc.). Le groupe de discussion permet, à partir des interactions issues d'une discussion entre les participants, de connaître et de comprendre les points de vue des personnes au regard de l'objet de la recherche (Kitzinger, 1994). De plus, la discussion focalisée fournit un forum pour explorer les points de vue et les perspectives de personnes qui partagent une expérience commune (Murphy, 2006).

## 3.2 Population cible et sources de données

La population ciblée par cette étude englobait les parties prenantes internes et externes impliquées dans la gestion des invalidités et du RMDT au sein des PME publiques et privées du secteur manufacturier au Québec.

Deux sources ont été considérées pour recueillir les données de la présente recherche :

- Les discours des parties prenantes internes, soient des gestionnaires responsables de la gestion des invalidités et du RMDT dans leurs organisations respectives, obtenues dans le cadre des entretiens individuels;
- Les échanges entre des parties externes impliquées dans le processus de RMDT dans les PME, obtenues dans le cadre de groupes de discussion hétérogènes.

L'intérêt de faire appel à des parties prenantes internes résidait dans leur capacité de décrire les pratiques de gestion des invalidités utilisées dans leur organisation, en fonction des caractéristiques propres au contexte de cette PME participante en particulier. L'intérêt d'organiser des échanges entre les parties prenantes externes résidait dans la richesse du partage de points de vue issus des diverses expériences dans les PME et le potentiel de la confrontation des idées individuelles, pour ainsi dévoiler des aspects du RMDT qui, autrement, auraient été moins accessibles.

## 3.3 Participants

### 3.3.1 Parties prenantes internes aux PME

Un échantillon de convenance de 12 participants était visé pour les entretiens individuels (Carlsen et Glenton, 2011). Pour des études qualitatives visant à décrire les expériences de personnes partageant une réalité similaire, des entrevues auprès d'une douzaine de participants sont généralement suffisantes pour atteindre la saturation des résultats (Guest *et al.*, 2006).

Les critères d'inclusion étaient :

1. Être une partie prenante dans le RMDT, comme responsable de la gestion des invalidités au travail, chef d'entreprise, supérieur immédiat, représentant des travailleurs dans une PME œuvrant dans le secteur manufacturier et ayant son siège social au Québec;
2. Avoir été impliqué dans le processus de RMDT d'au moins une personne ayant subi un TMS au cours des deux dernières années;
3. Travailler au sein de l'organisation depuis au moins deux ans.

Une attention particulière a été apportée afin que les participants proviennent d'entreprises diverses du secteur manufacturier (SCIAN 31-33), que ce soit en termes de

nombre d'employés, de localisation (urbaine, périurbaine et rurale), de syndicalisation (présence ou absence), de type d'activité de transformation (produits métalliques, machines, matériel de transport, meubles, etc.) et de type de travail (manutention, travail répétitif, etc.). La présence ou non d'un comité paritaire santé et sécurité au travail a aussi été documentée. La recherche de cette variabilité repose sur l'opportunité d'accès à des descriptions de réalités différentes (Durand *et al.*, 2016; Nastasia *et al.*, 2017; Nastasia et Rives, 2023) dans les PME.

### **3.3.2 Parties prenantes externes aux PME**

Un échantillon de convenance entre 12 et 18 participants était initialement visé pour la tenue des groupes de discussion focalisés (Carlsen et Glenton, 2011). Fraser et Fraser (2001) mentionnent qu'entre deux et cinq groupes de discussion focalisés mènent à l'obtention d'une diversité de points de vue vers la saturation, sans la possibilité de répétition des idées. Le nombre de participants à un groupe de discussion focalisé oscille habituellement entre 4 et 12 personnes (Baribeau et Germain, 2010).

Les critères d'inclusion étaient :

1. Être intervenant en contexte de réadaptation au travail et du RMDT (professionnel de la santé, ergonomiste, représentant de mutuelle de prévention, professionnel en réadaptation représentant de l'assureur, etc.);
2. Œuvrer en entreprise pour la réadaptation et le retour au travail depuis plus de deux ans;
3. Avoir travaillé avec au moins deux PME dans les deux dernières années.

## **3.4 Recrutement**

### **3.4.1 Entretiens individuels : parties prenantes internes**

La procédure de recrutement des participants aux entretiens s'est inspirée en partie des éléments qui ont mené à la réussite du recrutement dans des projets antérieurs (Durand *et al.*, 2017). La stratégie consistait essentiellement à solliciter, à partir des listes de PME disponibles sur des sites internet avec des bases de données publiques, la personne-ressource désignée dans la liste. De plus, nous avons utilisé d'autres stratégies de recrutement, tels des appels téléphoniques à nos contacts professionnels et des annonces, via des sites web ou des réseaux sociaux de l'équipe et de ses membres. La présence d'une professionnelle de recherche (MEL) et d'une chercheuse (MFC) a été assurée au Forum PME qui s'est tenue à Montréal les 27 et 28 septembre 2022. Des participants potentiels et des organisations ont pu être identifiés lors de ces deux journées. La professionnelle responsable du recrutement (MEL) communiquait avec les participants potentiels (par téléphone, par courriel ou sur les réseaux sociaux) pour leur présenter la recherche et ses objectifs, les inviter à participer à l'étude et vérifier l'admissibilité du participant et de l'entreprise aux critères énumérés plus haut. Si la

personne se montrait intéressée à participer, la professionnelle lui transmettait le formulaire de consentement et répondait à ses questions.

### **3.4.2 Groupes de discussion focalisés : partie prenantes externes**

Le recrutement de participants pour les groupes de discussion s'est fait en sollicitant directement des représentants d'assureurs, d'associations paritaires, de mutuelles de prévention, et à partir de contacts professionnels des membres de l'équipe de recherche et via les réseaux sociaux. La présence d'un professionnel de recherche (RR) au Grand Rendez-vous Santé et sécurité au travail à l'automne 2022 a permis d'identifier des participants potentiels et de répondre aux questions des personnes intéressées.

Les participants aux groupes de discussion focalisés ont été contactés par la professionnelle responsable du recrutement (MEL). La stratégie de recrutement et d'obtention du consentement était identique à celle mise en œuvre pour les entretiens individuels.

## **3.5 Collecte de données**

### **3.5.1 Entretiens individuels**

Un guide d'entretien individuel semi-dirigé a été élaboré en fonction des objectifs et des connaissances issues de nos travaux antérieurs (Nastasia *et al.*, 2017), et validé par consensus au sein de l'ensemble de l'équipe de recherche. Les thèmes suivants ont été abordés lors de l'entretien (voir l'annexe A.I) : 1) la description de la PME et de ces caractéristiques; 2) les politiques et procédures de gestion des invalidités et du RMDT; 3) les pratiques et ressources de gestion de situations de retour au travail; 4) les défis et les leviers dans la gestion des invalidités et du retour et maintien au travail; 5) les caractéristiques propres à l'organisation qui influencent le RMDT; et 6) les solutions adoptées ou envisagées pour faciliter le RMDT. Le processus de collecte de données s'est inspiré de la démarche structurée de gestion des invalidités et des retours au travail (Durand *et al.*, 2017). La collecte de données était guidée par les phases et par les différentes catégories des parties prenantes dans le processus de RMDT (Durand *et al.*, 2014).

Le guide a été testé auprès de deux personnes répondant aux critères de sélection. Les deux premiers entretiens ont été écoutés par l'ensemble de l'équipe afin de s'assurer de la capacité du guide à obtenir une richesse d'information. Le guide a été revu après deux entretiens pour des fins de simplification (voir l'annexe A.I).

Pour la conduite des entretiens, des questions ouvertes, des relances et des questions d'éclaircissement et de précision du sens des propos ont été ajoutés par la professionnelle de recherche responsable de la conduite de l'entretien (MÉL), ou par une chercheuse, observatrice du processus d'entretien (IN). Les entretiens duraient environ une heure et ont été enregistrés via Microsoft Teams et retranscrits de façon anonyme

pour fins d'analyses. Une compensation financière a été offerte aux participants en guise de dédommagement pour le temps consacré à participer à l'étude, à moins qu'une entente particulière ait été convenue avec l'employeur ou son représentant.

Les informations suivantes sur les participants ont été collectées à travers un questionnaire sur le profil sociodémographique du participant administré à la fin de l'entretien : âge, sexe, titre d'emploi, nombre d'années de scolarité, nombre d'années d'expérience dans la PME et dans la gestion des invalidités et des retours au travail.

### **3.5.2 Groupes de discussion focalisés**

Un canevas a été rédigé en fonction des premiers résultats des entretiens individuels et en continuité de travaux antérieurs (Durand *et al.*, 2014; Durand *et al.*, 2016; Nastasia *et al.*, 2017) (voir annexe A.II). Les thèmes suivants ont été abordés lors de la rencontre : 1) contribution et mandat des intervenants externes dans les PME, 2) caractéristiques des PME et particularités dans le RMDT par rapport aux grandes entreprises, 3) défis et leviers pour favoriser le RMDT, et 4) besoins et solutions envisagés pour améliorer les pratiques des PME. Les données sociodémographiques suivantes ont été recueillies auprès des participants, individuellement, avant la rencontre de groupes : âge, sexe, titre d'emploi, nombre d'années de scolarité, domaine d'études, nombre d'années d'expérience dans leur organisation et avec l'intervention en PME.

Deux groupes de discussion focalisés hétérogènes ont été constitués de façon indépendante, selon les disponibilités des participants. Une certaine diversité de point de vue (secteur privé ou public) et représentativité des différentes parties prenantes (assureur, mutuelle, professionnels en réadaptation) étaient privilégiées. La tenue des groupes de discussion s'est faite en visioconférence (Microsoft Teams), au printemps 2023, à intervalle de deux semaines. La durée de chaque groupe a été de 2 heures avec une pause de 10-15 minutes pour éviter la fatigue des participants conformément à Geoffrion (1997). Une compensation financière a été offerte aux participants en guise de dédommagement pour le temps consacré à la participation à l'étude. Le rôle d'animateur a été tenu lors des deux groupes de discussion par une des chercheuses, possédant une grande expérience en animation de groupe et une bonne connaissance des milieux de travail concernés (MFC). La chercheuse responsable de la coordination (IN) a observé le processus. La professionnelle de recherche responsable du recrutement (MEL) était responsable de la prise de notes, de l'organisation administrative et de la logistique de la tenue des groupes de discussion.

Les groupes de discussion ont été enregistrés et retranscrits de façon anonyme pour fins d'analyse.

## **3.6 Analyses**

Les thèmes des guides d'entretien et de groupe de discussion ont été utilisés comme base pour la grille de codification des transcriptions. Par la suite, deux des chercheuses

(IN et MFC) ont révisé l'arbre thématique de la grille de codification (voir l'annexe A.III). Les désaccords ont tous été discutés et résolus. Ceux-ci ont contribué à améliorer la grille de codification et la définition des codes. Le codage a été réalisé de manière indépendante par deux professionnels de recherche avec expérience en analyse thématique de verbatim (MEL, RR). Les désaccords ont été résolus par recherche de consensus entre les deux professionnels de recherche et avec deux des chercheuses (IN et MFC). Le logiciel NVivo a été utilisé en soutien pour coder les segments de transcription et organiser les données qualitatives, mais la catégorisation et l'interprétation des données ont été entièrement réalisées par l'équipe de recherche. L'utilisation de NVivo a permis d'utiliser une même grille de codification pour les entretiens individuels et les groupes de discussion, tout en permettant de conserver la distinction des données en fonction de leur provenance quand cela était utile.

Des analyses de contenu ont été effectuées sur l'ensemble du matériel encodé. Ces analyses impliquaient tout d'abord la description des principaux éléments de pratiques et de facteurs qui les influencent, en fonction du premier objectif de recherche. Pour ceci, les propos évoqués par les participants ont été regroupés dans des thèmes portant chacun sur un élément de pratique identifié, et une des trois phases du RMDT : absence, reprise du travail (assignation temporaire ou retour progressif) et retour au poste pré lésionnel et maintien durable au travail. Pour chacun des thèmes, les analyses visaient à mettre en évidence les éléments de convergence, de divergence et de complémentarité entre les deux types de participants (parties prenantes internes ou externes aux PME) ainsi qu'entre les participants du même type. Une synthèse par thème a été produite afin de faire ressortir les éléments de pratiques en gestion des invalidités et du RMDT, ainsi que les leviers considérés par les participants comme potentiellement gagnants en contexte de PME. Pour ceci, des grilles d'analyse pour chaque thème prédéterminé ou émergent ont été constituées (Huberman et Miles, 1994; Huberman *et al.*, 1991; Miles *et al.*, 2003). Des analyses subséquentes ont consisté dans l'examen approfondi de l'ensemble des thèmes recueillis dans les analyses susmentionnées pour regrouper les facteurs qui influencent les différentes pratiques et ceci afin de dégager des principaux leviers, en fonction des parties prenantes ou de l'élément contextuel évoqués.

Après les analyses des données récoltées par entretien individuel et de groupe pour chaque thème, une synthèse narrative a été produite, mettant en évidence les points de convergence, divergence et complémentarité entre les participants internes et externes aux PME. Les résultats ont été présentés et discutés au sein de l'équipe de recherche à deux moments durant la collecte, afin de statuer sur la saturation des données, sur les résultats et l'interprétation de ceux-ci.

### **3.7 Considérations éthiques**

Le protocole et les formulaires de consentement ont été évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (Projet #2022-4194).

## 4. RÉSULTATS

La présentation des résultats est structurée en trois parties. Une première partie est dédiée à la description des caractéristiques des participants : les parties prenantes internes (entretiens) et les parties prenantes externes (groupes de discussion) aux PME. La deuxième partie présente un portrait des modalités actuelles d'application de la gestion des invalidités dans des PME du secteur de manufacturier afin de mettre en évidence leurs besoins particuliers et contraintes (objectif 1). Enfin, une troisième partie présente des leviers et des facteurs contextuels permettant de faciliter le processus de RMDT dans les PME (objectif 2). Pour chacune des parties, la présentation des résultats met en exergue les distinctions entre les catégories de participants, soit les parties prenantes internes et les parties prenantes externes.

### 4.1 Caractéristiques des participants

#### 4.1.1 Caractéristiques des parties prenantes internes aux PME

Parmi les 32 personnes contactées, 21 n'ont pas répondu à notre invitation à participer et trois ont été exclues. Parmi les trois exclusions, deux avaient une taille d'entreprise dépassant 300 employés et une n'avait pas enregistré d'absence pour un TMS dans les deux dernières années. Huit participants ont accepté de participer à l'étude (cinq femmes et trois hommes). Tous étaient responsables de la gestion des invalidités et du retour au travail dans leur PME, avec des titres d'emploi variés. Deux participants étaient des chefs d'entreprise (copropriétaire et directrice générale), quatre occupaient des postes en ressources humaines (directeur, conseillère, préventionniste, coordinatrice) et deux avaient d'autres fonctions dans l'entreprise (comptable et commis à la paye).

Les entretiens se sont déroulés entre octobre 2021 et avril 2023. L'âge moyen des participants était de 43 ans (écart-type de 15,13). Ils avaient entre 2 et 17 années d'expérience dans leur entreprise (moyenne = 6,93, écart-type = 5,89) et entre 2 et 40 années d'expérience en gestion des invalidités (moyenne = 16; écart-type = 13,87). Pour des fins de respect de la confidentialité des propos de chaque participant, le terme gestionnaire sera employé pour la suite de la présentation des résultats concernant les parties prenantes internes. Pour plus de détails sur les caractéristiques des participants (annexe A. IV).

Les participants aux entretiens provenaient de huit PME du secteur manufacturier. Ce nombre est inférieur à celui des 12 PME initialement visées pour notre recherche, qui ne pouvait pas prendre en compte les grandes difficultés de recrutement de parties prenantes internes aux PME auxquelles nous avons été confrontés. Néanmoins, la présence d'une certaine redondance dans les idées rapportées nous rend confortable avec le nombre final de participants. Au moment de la collecte de données, les huit PME œuvraient dans le secteur de la fabrication et comptaient entre 20 et 300 employés (la

moitié de ces entreprises comptaient moins de 100 employés et l'autre moitié entre 100 et 300). Les activités variaient d'une entreprise à l'autre, incluant, entre autres, la fabrication de produits métalliques et de produits en bois. Sept de ces PME disposaient d'un comité santé sécurité, trois des 8 avaient un syndicat et une était en cours d'accréditation. Toutes les PME participantes faisaient affaire avec des mutuelles de prévention. Les caractéristiques des entreprises et des éléments de contexte pour chacune des huit PME participantes sont présentées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Caractéristiques et éléments de contexte des PME participantes**

	<b>Nombre d'employés</b>	<b>Nature de l'activité</b>	<b>Syndicat</b>	<b>Comité SST</b>	<b>Caractéristiques et éléments de contexte supplémentaires mentionnés par les participants</b>
1	65	Vente et installation de ponts roulants	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurance collective</li> <li>Pénurie de main d'œuvre</li> <li>Aide de l'ASP pour le volet prévention</li> </ul>
2	135	Fabrication de pièces métalliques	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pénurie de main d'œuvre</li> <li>Sous-contractant</li> <li>Une partie de la main d'œuvre composée de travailleurs étrangers</li> </ul>
3	200	Planchers de bois franc	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>Localisé dans un petit village</li> <li>Assurance collective</li> <li>Pénurie de main d'œuvre</li> <li>Une partie de la main d'œuvre composée de travailleurs étrangers</li> <li>Utilisation de tablettes connectées pour transmettre les informations aux employés (tous les employés ont leur tablette)</li> <li>Service de kinésiologie dans l'entreprise</li> <li>Service de télémédecine</li> <li>Deux générations de travailleurs : les plus vieux ont beaucoup d'ancienneté (un seul travail dans leur vie), les plus jeunes changent plus régulièrement d'entreprise</li> </ul>
4	130	Usinage de pièces d'acier	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aide de l'ASP pour le volet prévention</li> </ul>
5	300	Imprimerie	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurance collective</li> <li>Programme d'aide aux employés</li> <li>Pénurie de main d'œuvre</li> <li>Deux générations de travailleurs : les anciens sont toujours volontaires pour du temps supplémentaire alors que les nouveaux ne veulent pas en faire</li> </ul>

	Nombre d'employés	Nature de l'activité	Syndicat	Comité SST	Caractéristiques et éléments de contexte supplémentaires mentionnés par les participants
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté pour convaincre la direction d'automatiser certaines tâches</li> </ul>
6	83	Fabrication de gros véhicules utilitaires	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance collective</li> <li>• Main d'œuvre majoritairement masculine</li> <li>• Pénurie de main d'œuvre</li> <li>• En processus pour embaucher des travailleurs étrangers</li> <li>• Mise en place d'un programme d'aide aux employés</li> <li>• Changement de direction récent</li> </ul>
7	40	Usinage de petites pièces complexes	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous-traitant</li> <li>• Assurance collective</li> <li>• Aide de l'ASP pour le volet prévention</li> </ul>
8	20	Structures d'acier et métaux ouvrés	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance collective</li> <li>• Pénurie de main d'œuvre</li> <li>• Une partie de la main d'œuvre composée de travailleurs étrangers</li> <li>• Salaire des employés assez élevé (42-45 \$ de l'heure)</li> <li>• Possibilité de financer des formations de réorientation professionnelle (dans le même secteur d'activité)</li> </ul>

#### 4.1.2 Caractéristiques des parties prenantes externes aux PME

Un total de 41 personnes a été contactées pour participer. De ce nombre, 23 n'ont pas donné suite à nos invitations malgré des relances. Également, deux personnes ont été exclues, puisqu'elles ne travaillaient pas avec les PME. 16 participants admissibles ont accepté de participer à l'étude (14 femmes et deux hommes). Les participants étaient répartis en deux groupes hétérogènes (l'un de 7 participants et l'autre de 9 participants) et correspondaient à différentes parties prenantes externes dans le processus de RMDT, œuvrant dans des organismes publics ou privés. Les participants étaient d'âges variés (sept étaient âgés de 41 à 50 ans) et leur expérience de travail variait considérablement, s'étendant de 2 à 30 ans (13 avaient plus de 10 années d'expérience dans le domaine de la réadaptation au travail en contexte de PME). Pour plus de détails sur les caractéristiques de participants et des entreprises, voir l'annexe A.V.

Les groupes de discussion se sont déroulés en avril et mai 2023. La moitié des participants était composée de professionnels de la réadaptation (ex. ergothérapeute, ergonomes); l'autre moitié était constituée de conseillers ou de courtiers œuvrant pour ou en appui à différents assureurs et mutuelles de prévention. La mission de leur organisation d'appartenance visait, entre autres et au moins en partie, le soutien de PME

dans le processus de RMDT des travailleurs. Dans un souci de préserver la confidentialité sans toutefois perdre de l'information, les catégories « professionnel de la réadaptation », « mutuelle de prévention » et « assureur » sont utilisées pour la suite de la présentation des résultats.

#### **4.2 Portrait des modalités actuelles d'application du processus de RMDT dans des PME du secteur de manufacturier (objectif 1)**

Dans les PME participantes, la gestion des invalidités et du RMDT après une lésion professionnelle, qu'elle soit d'origine professionnelle ou non, était assumée soit par l'employeur lui-même ou par un de ses représentants, responsable de la gestion des invalidités pour les employés. À l'occasion, d'autres acteurs (directeur, supérieur immédiat, collègues) et structures (comité SST, comité de direction, etc.) ont été mentionnés comme agissant en soutien aux différentes décisions ou tout simplement pour des fins de consultation. De façon générale, le syndicat ou ses représentants n'étaient impliqués dans la gestion des invalidités ou du retour au travail que de manière occasionnelle, notamment si le responsable du retour au travail a besoin de clarification sur certaines clauses de la convention syndicale. Dans les quelques cas où le syndicat a été mentionné comme une partie prenante du processus de RMDT, celui-ci était vu comme un levier pour la collaboration entre les parties prenantes internes. Il n'a pas été mentionné de défi relié à la présence d'un syndicat dans l'entreprise en lien avec la gestion des invalidités et du RMDT.

Même si interrogés plus spécifiquement sur les lésions professionnelles de type TMS, aussi bien les gestionnaires que les parties prenantes externes rapportent des différences dans le processus de RMDT en fonction de la nature (physique, mentale, maladie) et de l'origine de la lésion (au travail ou hors travail) ainsi que de l'agent qui l'indemnise : CNESST ou assureur privé.

*« La différence entre la CNESST, puis l'assurance invalidité : l'assurance invalidité, c'est vraiment retour progressif sur un mois, date de début, date de fin, puis la personne revient à son travail. C'est fini. La CNESST, ça peut s'étirer très longtemps, le retour progressif en milieu de travail. »* (Entretien 6, PME de moins de 100 employés)

*« Moi, j'ai l'impression, je pense que c'est plus qu'une impression, que quand c'est des accommodements qui sont demandés par un assureur privé versus la CNESST, ça va être plus compliqué. Disons que les travailleurs CNESST, on va dire, vont passer avant ceux de l'assureur privé ! »* (Participant 14, Professionnel de la réadaptation, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

La plupart des propos recueillis auprès des gestionnaires portaient sur des arrêts de travail occasionnés par des lésions musculosquelettiques reliées au travail, aussi bien d'origine traumatique que non-traumatique. Les lésions non traumatiques mentionnées

par les participants incluait des tendinites de l'épaule, des épicondylites (tendinites du poignet) et des syndromes du canal carpien. Les gestionnaires ont aussi mentionné des lésions traumatiques consécutives à un accident du travail comme une entorse lombaire suivant le soulèvement d'une charge lourde, une déchirure partielle des rotateurs de l'épaule lors du dépôt d'une charge lourde ou une fracture de la rotule en tombant au travail.

Des arrêts de travail consécutifs à des lésions non liées au travail, comme une fracture du tibia en pratiquant du sport, ou des arrêts de travail pour cause de santé mentale ont également été évoqués par les gestionnaires, mettant en évidence des différences entre les procédures de différents assureurs comme la possibilité d'un retour en assignation temporaire avant la consolidation de la lésion, qui est une exclusivité d'une indemnisation prise en charge par la CNESST.

#### **4.2.1 Politiques et procédures liées à la gestion des invalidités du travail**

La plupart des gestionnaires indiquent que leur PME ne possède pas de politique écrite concernant la gestion des invalidités et le retour au travail propre à leur entreprise.

*« On n'a pas vraiment de procédures, non. C'est-à-dire, une procédure écrite "OK, il faut aller collecter le bon du médecin, il faut faire ci, il faut faire ça? " Non. Je ne l'ai pas. »* (Entretien 8, PME de moins de 100 employés)

Ils précisent se référer aux documents produits par la CNESST à titre informatif en ce qui concerne la prévention, ou à des directives qui détaillent la procédure à suivre après une lésion au travail et jusqu'à la fin de l'indemnisation du travailleur. Dans certaines entreprises, les gestionnaires évoquent l'utilisation de documents rédigés à l'interne concernant le processus d'indemnisation, la période d'absence et le futur retour au travail. Ces documents peuvent être remis au travailleur et au supérieur immédiat en tant que document d'information au début de l'absence.

*« On a fait deux procédures pour vraiment distinguer chacune des deux [responsabilités du travailleur et du gestionnaire] parce que des fois, c'est ambigu : "Là, c'est tu moi qui envoie les documents de la CNESST ou c'est vous?" On s'assure de simplifier le travail du travailleur pour éviter qu'il ait un oubli ou que ça ne soit tout simplement pas fait. »* (Entretien 3, PME de plus de 100 employés)

*« Bien, dans notre politique santé sécurité au travail, c'est vraiment informer immédiatement un supérieur immédiat d'un accident de travail. Ça fait que ça vient avec l'information. Les superviseurs, les chefs d'équipe savent qu'on a des formulaires d'assignation temporaire. Tous mes secouristes sont au courant aussi de cette enveloppe-là... Ça fait que si je ne suis pas là, il y a quelqu'un d'autre qui peut prendre le relais de ce côté-là. »* (Entretien 6, PME de moins de 100 employés)

Un des deux groupes de discussion a abordé l'absence de procédures formalisées dans les PME concernant la gestion des invalidités et du RMDT, particulièrement pour souligner le fait que les différentes responsabilités associées au processus n'étaient généralement pas clairement attribuées à travers l'entreprise. D'une manière plus générale, les participants de ce groupe de discussion ont souligné le manque de connaissance au sujet de la gestion des invalidités et du retour au travail qui pouvait se retrouver dans certaines plus petites entreprises.

*« Ce que je remarque, effectivement, surtout dans les petites entreprises, c'est que le gestionnaire est aussi le propriétaire souvent, l'actionnaire de la petite entreprise ! Moi, j'ai l'image dernièrement de l'agriculteur dans une serre, premier accident de travail, on est dans la grosse saison, il est aussi un travailleur actif, n'a aucune idée du processus CNESST. »* (Participant 16. Professionnel de la réadaptation, 2e groupe de discussion)

#### **4.2.2 Pratiques de gestion des invalidités et du RMDT**

Pour la prochaine section, les pratiques seront présentées selon les trois phases du processus de RMDT évoquées par les participants : absence du travail, reprise du travail, retour et maintien au travail régulier. La posture de notre recherche étant qualitative, les résultats présentés s'attachent à mettre en évidence la pertinence des idées évoquées par les participants plutôt que leur fréquence d'apparition. Néanmoins, le détail des pratiques évoquées pour chaque entreprise participante est présenté dans l'annexe VI.

##### **4.2.2.1 Phase 1 : Absence du travail**

De manière générale, dans les PME participantes, l'absence du travail consécutive à une lésion professionnelle donne lieu à un processus d'enquête. L'objectif premier est d'apporter des correctifs et de faire une collecte des informations qui seront nécessaires lors de la réclamation à la CNESST.

*« S'il y a vraiment un arrêt de travail, [...] il y a une enquête qui se fait. Donc, l'employé est rencontré, le superviseur est rencontré. S'il y a des témoins, ils sont rencontrés. Il y a des photos qui sont prises, il y a des vidéos qui sont prises. »* (Entretien 2, PME de plus de 100 employés)

En ce qui concerne la gestion médico-administrative, des documents (avis de l'employeur et demande de remboursement) sont rigoureusement complétés et soumis à l'assureur. Dans certaines entreprises où il n'y a pas de syndicat, les gestionnaires rapportent s'assurer que le travailleur est en effet indemnisé pendant son absence.

*« C'est aussi de s'assurer que le travailleur, il est payé en arrêt de travail. Parfois, il y a des petits bogues avec la CNESST, donc on s'assure que le travailleur ait un revenu. »* (Entretien 3, PME de plus que 100 employés)

Au-delà de la gestion médico-administrative, plusieurs gestionnaires rapportent l'importance de maintenir le contact avec le travailleur pendant son absence du travail. Cette responsabilité revient la plupart du temps au gestionnaire lui-même. Ceux-ci mentionnent que les suivis médicaux du travailleur constituent une bonne occasion pour ces échanges. Outre le contact direct entre le gestionnaire et le travailleur, certains gestionnaires mentionnent la possibilité de contacts informels entre le supérieur immédiat et le travailleur en absence, en fonction de leur proximité. Également, certains mentionnent se tenir informés de l'état de santé du travailleur par l'intermédiaire des collègues de celui-ci avec qui il garde contact. Enfin, un des gestionnaires mentionne que, lorsque possible, il tient les rencontres de suivi avec le travailleur dans les locaux de l'entreprise afin que celui-ci puisse rencontrer ses collègues, ce qu'il juge faciliter la conservation du lien entre le travailleur et son milieu de travail.

*« On fixe des rendez-vous. S'ils sont capables de venir, il faut qu'ils viennent, puis à ce moment-là, ça lui permet de venir voir les collègues de travail, puis d'avoir une jasette avec eux autres. [...] Dans le fond, moi, j'en profite pour savoir comment il va. Puis quand tu as le visuel, c'est beaucoup plus facile. »* (Entretien 7, PME de moins de 100 employés)

Un représentant de mutuelle de prévention souligne que la problématique du harcèlement prend de plus en plus de place dans les entreprises, et la crainte que peuvent avoir certains gestionnaires d'être perçus comme « harcelant » peut complexifier la relation avec l'employé en incitant le gestionnaire à limiter ses contacts et les suivis pendant la période d'absence.

*« Une des choses que les entreprises en général, peu importe la grosseur, elles ont énormément de difficulté avec le harcèlement. [...] Il y a beaucoup de plaintes, puis un moment donné les gestionnaires ou les propriétaires, ils se disent “ Si je fais ça, je vais avoir une plainte, aussi bien de ne pas toucher à ça”. [...] Tout le principe de présence au travail, le grand principe de tenir un contact avec le travailleur et tout ça, aujourd'hui, ça s'est transformé en se disant “Ah, il me harcèle”, là ils font une plainte, là on se retrouve avec les normes du travail, avec le dossier CSST. L'employeur, qu'est-ce qu'il dit ? “Mets ça de côté, je ne veux rien savoir”. »* (Participant 21, mutuelle de prévention, 2<sup>e</sup> groupe de discussion)

#### 4.2.2.2 Phase 2 : Reprise du travail

Deux modalités spécifiques pour faciliter le processus de retour au travail pour le travailleur sont rapportées durant les entretiens : 1) l'assignation temporaire, qui consiste à faire revenir le travailleur sur un autre poste, avec des tâches respectant ses capacités;

2) le « retour progressif »<sup>1</sup>, qui consiste à faire revenir le travailleur sur le poste pré lésionnel avec certains accommodements, tels un horaire de travail allégés ou des tâches aménagées.

### **Modalité de reprise du travail : assignation temporaire**

L'assignation temporaire est unanimement reconnue par l'ensemble des parties prenantes interrogées comme une pratique centrale dans le processus de RMDT. L'assignation temporaire est perçue par les parties prenantes (internes et externes) comme une pratique efficace, tant du point de vue économique que thérapeutique, en facilitant le maintien de l'employé dans un environnement de travail familier, ce qui peut être bénéfique pour son moral et son processus de guérison.

*« Nous, on est très pro-assignations temporaires... Veut, ne veut pas, ça nous impute moins... l'employé aussi, ça l'amène beaucoup au niveau de la guérison de sa blessure, puis ça lui permet de rester dans le même minding. »* (Entretien 3, PME de plus que 100 employés)

Plusieurs gestionnaires insistent sur l'importance de remettre le formulaire d'assignation temporaire au travailleur le plus tôt possible, afin de permettre une continuité dans l'emploi, ainsi qu'une adaptation des tâches aux capacités résiduelles.

*« Quand il arrive un accident de travail, [...] quand l'employé part, si je suis capable de lui parler, dépendamment de la gravité de l'accident, il a une assignation temporaire entre les mains. Donc, il part avec l'assignation temporaire directement en allant voir son médecin traitant. »* (Entretien 6, PME de moins de 100 employés)

Ce formulaire est le plus souvent celui qui se trouve sur le site internet de la CNESST avec, dans certains cas, plus ou moins d'adaptations apportées par les gestionnaires en fonction des activités de travail disponibles. Cette méthode permet de personnaliser l'assignation en fonction des limitations spécifiques du travailleur, tout en s'appuyant sur un cadre réglementé et reconnu, facilitant ainsi la gestion médico-administrative et la reprise du travail.

*« C'est [le formulaire d'assignation temporaire] de la CNESST, là. Je coche les cases. Dans ça, il y a comme un rectangle, là, puis tu écris qu'est-ce qui se réfère à ton employé. »* (Entretien 1, PME de moins de 100 employés)

---

<sup>1</sup> Le terme retour progressif est utilisé dans cette section selon l'utilisation qui a été faite par les participants et ne reflète pas les distinctions faites dans le cadre de la nouvelle loi. Selon cette loi, le retour progressif est une modalité appliquée après consolidation. Avant consolidation, c'est la modalité de reprise graduelle des tâches qui est suggérée.

Deux types d'assignation temporaire se dégagent : l'assignation temporaire sur des tâches cléricales et l'assignation temporaire sur un poste similaire au poste pré-lésionnel ou sur le poste pré-lésionnel et avec des tâches allégées.

*« Des fois, assignation temporaire, c'est carrément dans les bureaux. D'autres fois, ça va être plus travaux légers. [...] Ça dépend vraiment de l'employé. »* (Entretien 6, PME de moins de 100 employés)

Lorsque le travailleur est assigné à des tâches cléricales, les gestionnaires mentionnent la difficulté de trouver des tâches en adéquation avec les compétences du travailleur, ainsi qu'avec ses intérêts et semblent préoccupés par le peu de productivité des travailleurs dans ces situations.

*« Il faut faire preuve d'imagination pour dire : on s'en tient à un travail de bureau, mais le travail de bureau, souvent ces employés-là sont moins habiles à l'ordinateur. Il s'endort devant l'ordinateur! »* (Entretien 4, PME de plus de 100 employés)

À ce sujet, plusieurs parties prenantes externes précisent que le fait de faire revenir un travailleur sur des tâches cléricales pour lesquelles il n'a pas les compétences ou les intérêts, peut diminuer l'impact positif de l'assignation temporaire sur le processus de réadaptation et sur la motivation du travailleur de retourner au travail.

*« Les bonnes pratiques d'assignation temporaire, c'est qu'il faut que ça soit productif et quand même en lien avec les intérêts, les capacités, les compétences du travailleur. Donc, je reprends encore mon exemple de quelqu'un qui s'en va trier du papier et qu'au contraire, ça pourrait être un boucher de formation dans un abattoir, c'est assez loin et souvent, ils n'ont pas d'intérêt à faire ça. Donc, ça pourrait, selon moi, diminuer l'impact positif de l'assignation temporaire. »* (Participant 15, assureur, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

Lorsque l'assignation temporaire est faite sur un poste similaire au poste habituel du travailleur et avec des tâches allégées, les gestionnaires précisent que le choix des tâches se fait la plupart du temps de manière informelle dans les petites organisations. Plusieurs mentionnent qu'au moment de la mise en place de la mesure ou un peu avant, le supérieur immédiat est rencontré pour établir les tâches que le travailleur fera pendant son assignation temporaire en prenant en compte les limitations de celui-ci et les tâches disponibles. Dans certaines entreprises, le travailleur peut même participer à cette rencontre, lorsque possible, et son avis peut être pris en compte jusqu'à un certain point.

*« Mettons que j'y vais avec des assignations temporaires, nous, on va s'assurer que les limites que le médecin a mentionnées sont respectées. Donc, pas de la main gauche, pas de la main droite ou autre, on s'assure que tout ça, c'est respecté. Puis, on va choisir... On va voir le superviseur, comment ça fonctionne. Est-ce que*

*l'employé est d'accord avec ça? Est-ce que ça lui convient? » (Entretien 3, PME de plus de 100 employés)*

Les parties prenantes externes s'accordent sur le fait que la taille des PME peut aussi bien apporter des avantages que des contraintes lors de la mise en place de l'assignation temporaire. En effet, si la proximité entre le travailleur et le gestionnaire peut augmenter la motivation du travailleur à revenir au travail, la mise en place de l'assignation temporaire peut se heurter à la faible variabilité des postes disponibles dans l'entreprise.

*« Dans une PME, le travailleur est assez hiérarchiquement proche du décideur, fait que là, ça facilite la discussion pour dire "Est-ce qu'on peut aménager telle chose ?" On a une moins grande structure avec laquelle travailler. Fait que ça, ça facilite. Par contre, on a souvent une variété de postes moindre, fait que ramener la personne à être productive, à ce que ça vaille la peine financièrement de le payer, bien, des fois, on a moins de marge de manœuvre et les gens disent " Bon, bien, je n'ai rien à y faire". » (Participant 12, professionnel de la réadaptation, 1er groupe de discussion)*

En ce qui concerne l'informalité lors de la sélection des tâches en assignation temporaire dans les PME de petite taille, les parties prenantes externes mentionnent que selon elles, celle-ci répond à un besoin d'agilité en permettant d'ajuster et d'alterner des tâches en fonction des besoins de la production du moment et du peu de ressources disponibles.

*« Les grandes entreprises, c'est beaucoup plus encadré et on a des postes, souvent même, qui sont dédiés à l'assignation temporaire où on connaît exactement les tâches. Dans les PME, on retrouve moins ça. Et je dirais "Plus c'est petit, familial, moins bien c'est défini". C'est sûr qu'aussi, des fois, ça amène beaucoup plus de flexibilité dans l'assignation temporaire. Ça n'a pas juste des côtés négatifs, ça peut avoir aussi des côtés positifs. » (Participant 10, professionnel de la réadaptation, 1er groupe de discussion)*

Deux gestionnaires mentionnent la possibilité de jumeler le travailleur à un de ses collègues pendant son assignation temporaire. Selon eux, cela permet de conserver l'expertise du travailleur tout en le déchargeant des tâches plus physiques. Le jumelage est abordé également lors d'un groupe de discussion.

*« Ça se peut des fois qu'on accommode la personne en lui donnant une autre personne de plus pour travailler parce que cette personne-là est tellement essentielle, elle a les connaissances, on va lui mettre quelqu'un, qui est beaucoup moins bon qu'elle, mettons, mais qui va l'accompagner pour faire des choses qu'elle, elle ne peut pas faire. Si elle est blessée ou quelque chose de même, ou mal de dos. On va la mettre en équipe, la jumeler avec une autre personne. Ça fait que ça permet d'avoir l'expérience et la qualité de cette personne-là sur le plancher sans qu'elle se fasse mal, en prenant soin d'elle, puis elle a une autre personne qui*

*va faire les tâches physiques à sa place. »* (Entretien 5, PME de plus de 100 employés)

À une exception près, les gestionnaires ne mentionnent pas le recours à des intervenants externes spécialistes du retour au travail en cas d'assignation temporaire. Selon les parties prenantes externes, l'absence de spécialiste lors de la planification des tâches d'assignation temporaire pourrait mettre à risque d'une aggravation de la lésion si les tâches demandées dépassent les capacités du travailleur. À ce sujet, un professionnel de la réadaptation a présenté l'exemple d'un travailleur ayant une lésion au poignet et assigné à un poste perçu comme de travail léger, car la tâche peut être réalisée en restant assis mais qui cependant sollicitait beaucoup les poignets.

*« J'ai un cas en tête : un travailleur qui avait des blessures au poignet. On l'a mis sur un poste de travaux légers. C'était un poste où il était assis, mais où il devait faire, finalement, beaucoup de manipulations de cartons. Ça fait que oui, c'était léger, mais finalement, quand on a calculé toute la répétitivité des tâches et les amplitudes de mouvements au poignet, ce n'était vraiment pas convenable comme poste! »* (Participant 9, professionnel de la réadaptation, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

### **Modalité de reprise du travail : « Retour progressif »**

Le « retour progressif » apparaît comme une modalité de reprise utilisée moins fréquemment que l'assignation temporaire. Cette pratique est principalement évoquée par les gestionnaires et les parties prenantes externes dans des cas de lésions non professionnelles et qui ne sont donc pas indemnisées par la CNESST. Lorsqu'ils parlent de « retour progressif », les gestionnaires font référence à un travailleur qui occupe son poste pré lésionnel, avec certains aménagements temporaires qui facilitent la reprise graduelle des activités.

*« Parce que souvent, l'employé, au lieu de le continuer en assignation temporaire, [le médecin] va dire : "OK. Tu peux revenir à ton travail régulier, mais j'aimerais ça que tu retournes progressivement." Surtout quand ça fait longtemps que l'employé est en arrêt de travail, là. Ça fait que nous, on n'a aucun problème. Il retourne sur sa job, mais il y va progressivement. »* (Entretien 2, PME de plus de 100 employés)

Le principal aménagement évoqué par les gestionnaires, lors d'un « retour progressif », consiste à un retour sur le poste de travail avec des horaires allégés. Cette modalité semble généralement être mise en place sur base d'un avis du médecin traitant. Malgré une acceptation apparente de cette pratique par les gestionnaires interrogés, un représentant de mutuelle de prévention souligne une problématique non abordée par les parties prenantes internes : la difficulté de mise en œuvre dans les petites entreprises. Il mentionne que des horaires allégés peuvent s'avérer difficiles à mettre en place dans les plus petites organisations, car le travailleur peut être difficile à remplacer lors de ses absences au poste.

*« Puis ensuite, on regarde pour le retour. On se fie toujours sur ce que le médecin va nous dire pour les retours. Ça peut être, mettons, quatre demi-journées par semaine pendant deux semaines, ensuite de ça on augmente. »* (Entretien 5, PME de plus de 100 employés)

*« Si le retour progressif est sur des horaires qui ne peuvent pas du tout "fitter" avec l'entreprise ou avec la production. Prenez une entreprise qui aurait des horaires de 10 heures par jour, 4 jours/semaine et on leur dit qu'ils peuvent faire 3 jours, mais 3 jours non consécutifs à raison de 3 heures par jour, bien, on ne peut pas mettre deux personnes sur une machine ou quelque chose comme ça. »* (Participant 11, mutuelle de prévention, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

Les gestionnaires mentionnent également d'autres accommodements possibles lors d'un « retour progressif » comme la possibilité pour le travailleur de s'asseoir s'il en ressent le besoin ou à l'inverse de se lever pour se dégourdir les jambes en fonction du poste, l'allègement de certaines tâches ou encore un aménagement par l'intégration de périodes de télétravail.

*« Bien, un retour progressif peut être aussi le nombre d'heures, le nombre de journées. Ça peut être aussi : tu as besoin de t'asseoir, tu peux t'asseoir. Tu as besoin de marcher un peu pour te dégourdir, tu peux le faire. »* (Entretien 2, PME de plus de 100 employés)

La pénurie de main d'œuvre que connaît le Québec ces dernières années semble influencer le recours aux « retours progressifs » dans certaines entreprises. Ce changement de pratique montre une adaptation pragmatique des PME aux réalités économiques, favorisant des retours même très partiels pour pallier le manque de main-d'œuvre. À ce sujet, un gestionnaire précise que le « retour progressif » est une modalité introduite il y a trois ou quatre ans dans son entreprise et que, actuellement, un travailleur à son poste avec un très petit nombre d'heure est préférable à une absence du travail ou à une perte d'employé.

*« Normalement, moi, les invalidités, dans le temps que... il y a trois, quatre ans, quand on avait plus de monde ou moins de manque d'employés, je demandais toujours que la personne soit rétablie à 100 % pour ne pas que ça devienne, justement, un dossier de CNESST. [...] Maintenant, ce n'est plus du tout pareil. [...] La personne, même si elle fait juste 8 heures par semaine dans notre usine, comme mettons préposée au nettoyage, à l'entretien ménager, bien, c'est déjà 8 heures de plus que zéro, puis on en a besoin! »* (Entretien 5, PME de plus de 100 employés).

La notion de la valeur ajoutée du travailleur pour l'entreprise, considérée en évaluant sa fiabilité, ses compétences et son impact sur la production, peut influencer la décision de mettre en place un processus de « retour progressif ». Un gestionnaire mentionne que

l'ancienneté du travailleur et son âge peuvent également être pris en compte, un peu comme une compensation pour les services rendus à l'entreprise.

*« Donc, je ne sais pas s'il a négocié avec son docteur ou pas, il a eu un retour au travail deux jours en présentiel et trois jours en télétravail et ça se passe plutôt bien, au point où on pense maintenir ce rythme probablement jusqu'à sa retraite ou jusqu'au moment où il souhaite arrêter. C'est quelqu'un qui a passé plus de 30, quasiment 35 ans, je crois, de sa vie dans [entreprise], donc bien avant que nous ne soyons propriétaires. Donc, moi, personnellement, c'est comme ça que je vois les choses et que je pense, j'ai un profond respect pour ce genre de personnes qui ont donné toute leur vie et puis, bien, c'est une "bad luck", là, ce qui leur arrive... »*  
(Entretien 8, moins de 100 employés)

Il est à noter que les parties prenantes externes évaluent le bénéfice thérapeutique du « retour progressif » comme étant moins grand que celui de l'assignation temporaire. À ce sujet, plusieurs participants des groupes de discussion insistent sur l'importance de baisser les exigences de productivité pour le travailleur en « retour progressif » de sorte que la mesure est un réel bénéfice thérapeutique.

*« S'il y a des modalités, par exemple, de jumelage, [...] qui est une modalité vraiment importante, ou des modalités de baisse de la demande de productivité [...], bien, c'est la tranche superviseurs, ce sont les gens autour, les collègues, l'équipe, qui sont vraiment là pour s'assurer que ça, c'est vraiment mis de l'avant et respecté pour que ça se fasse bien. »* (Participant 18, professionnel de la réadaptation, 2<sup>e</sup> groupe de discussion)

#### 4.2.2.3 Phase 3 : Retour et maintien au travail

Quand les gestionnaires abordent le retour au travail régulier, ceux-ci mentionnent peu de pratiques spécifiques. De façon générale, ils rapportent simplement le fait de s'assurer que le travailleur se sent prêt à reprendre son poste et lui conseille de faire attention.

*« Bien, d'habitude, c'est le travailleur qui va m'appeler ou qui va m'envoyer le papier. Ça fait que là, c'est : "Félicitations! On est content!" Moi, je lui demande : "Es-tu prêt? Ça va tu bien?" Parce qu'il peut rester une certaine séquelle sans le voir. Mais d'habitude, les personnes me disent : "Non, non, tout va bien." Puis ils sont prêts à reprendre le travail. »* (Entretien 1, PME de moins de 100 employés)

Si certains gestionnaires mentionnaient que les travailleurs pouvaient prendre des courtes pauses au besoin lors de la reprise du travail avec aménagements, lorsqu'il est question du retour au travail au poste régulier, plusieurs gestionnaires précisent que les objectifs de performance sont les mêmes que ceux attendus avant la lésion. Ils semblent présumer qu'un retour au poste régulier signifie un rétablissement total et donc une capacité de performer comme avant la lésion.

« [Le travailleur] doit produire comme il produisait avant à moins qu'il y ait des séquelles, mais habituellement, quand il retourne à son travail régulier, c'est parce qu'il est correct, puis qu'il n'y a pas de problème. Sinon, s'il y a encore des séquelles, il demeure en assignation temporaire. » (Entretien 2, PME de plus de 100 employés)

Dans certaines situations, un de ces gestionnaires peut impliquer le travailleur lors d'une rencontre du comité santé-sécurité ou une rencontre d'équipe pour que celui-ci partage son expérience quant à sa lésion professionnelle.

« Puis aussi, on essaie de les impliquer quand on fait notre "meeting" avec le comité. [...] On essaie d'impliquer les travailleurs sur ce qu'on aurait pu faire différemment parce que souvent, c'est plate à dire, mais c'est une erreur d'inattention. Puis d'entendre les autres, le dire devant tout le monde, bien, des fois ça fait réaliser des choses aux autres alentour, puis de faire plus attention. » (Entretien 1, PME de moins de 100 employés)

Plusieurs gestionnaires mentionnent la difficulté d'obtenir un rapport final du médecin traitant avant le retour au travail sur le poste pré lésionnel et évoquent le manque de disponibilité des médecins comme source de découragement des travailleurs pour attendre ce type de suivi.

« Puis à la fin, c'est un retour au travail, de voir comment ça va. Est-ce que la consolidation du dossier est faite? Si elle n'est pas faite, d'avoir un suivi avec [le travailleur] : "Est-ce que ça serait peut-être intéressant d'aller retourner voir ton médecin pour avoir une consolidation?" Je dirais que c'est beaucoup ça qui... que je pourrais dire un défi, là : les médecins ne sont pas très disponibles! Donc, avoir des rendez-vous pour une consolidation, ou autre, j'ai beaucoup de travailleurs, là, ça ne leur tente plus d'y aller parce qu'ils savent qu'ils vont attendre une éternité, que le médecin, peut-être qu'ils ne le verront même pas ou qu'ils vont leur dire d'aller ailleurs. Sincèrement, là, ça, on a beaucoup de difficulté. » (Entretien 3, PME de plus de 100 employés)

Les gestionnaires mentionnent peu de pratiques spécifiques pour le maintien au travail du travailleur suivant son retour au travail et aucune approche structurée ou systématique. Quelques gestionnaires rapportent qu'un suivi informel du travailleur peut être fait les premières semaines suivant le retour pour s'assurer que l'employé va bien, mais mentionnent se contenter de validations superficielles. La plupart s'attendent à ce que le travailleur avertisse lui-même son gestionnaire s'il a des douleurs ou des difficultés.

[Concernant la fréquence des suivis] « Je dirais, peut-être la première semaine, la deuxième semaine, puis après ça, on le laisse aller. Puis l'employé est avisé que dès qu'il a une douleur, il faut qu'il nous avise. » (Entretien 2, PME de plus de 100 employés)

Le besoin d'adoption de pratiques du suivi a été souligné lors des groupes de discussion avec les parties prenantes externes. Certains intervenants mentionnent toutefois que lorsque le dossier d'indemnisation du travailleur est clos, le suivi qui est fait au sein de l'entreprise s'arrête également.

*« Le suivi après le retour au travail, moi, je trouve que c'est une excellente idée, mais si je prends le régime de la CNESST, c'est un dossier, puis on ouvre et on ferme le dossier, puis après que ça soit fait, c'est fini. »* (Participant 21, mutuelle de prévention, 2<sup>e</sup> groupe de discussion)

#### **4.2.3 Synthèse des modalités actuelles d'application du processus de RMDT en contexte de PME du secteur de manufacturier**

Dans les PME participantes, la gestion des invalidités apparaît principalement orientée vers la gestion médico-administrative, reflétant une forte observation du cadre réglementaire. Certaines pratiques de RMDT, particulièrement celles évoquées par des gestionnaires qui semblent avoir des connaissances sur les principes recommandés pour le RMDT ou encore qui ont une appréciation particulière de la contribution des travailleurs à leur entreprise, s'apparentent aux bonnes pratiques identifiées dans la littérature. Ces pratiques sont évoquées essentiellement pour les phases d'absence et de reprise du travail. Elles semblent facilitées par l'implication du travailleur et du supérieur immédiat dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'assignation temporaire, ainsi que par la sollicitation de la mutuelle de prévention pour l'obtention de certaines informations ou pour la facilitation des communications avec l'assureur ou le médecin traitant. Toutefois, certains éléments de contexte organisationnel semblent limiter l'adoption de certaines pratiques de RMDT dans d'autres organisations, comme le peu de postes disponibles en général dans l'entreprise ou le manque d'habiletés des travailleurs pour exercer d'autres tâches. Les parties prenantes externes s'accordent sur des contraintes en termes de manque de ressources et sur des besoins en termes d'accès à de structures dédiées à soutenir notamment les organisations de taille réduite, avec un manque d'expertise en ressources humaines.

### **4.3 Leviers potentiels et éléments stratégiques pour le RMDT en contexte de PME (objectif 2)**

La prochaine section présente les leviers potentiels, ainsi que les éléments stratégiques favorisant les bonnes pratiques pour le RMDT dans le contexte de PME. La section est divisée en plusieurs sous-sections consacrées aux différentes parties prenantes évoquées par les participants.

#### **4.3.1 Leviers et éléments stratégiques en lien avec le travailleur**

La plupart des gestionnaires interrogés mentionnent l'importance que le travailleur déclare sa lésion professionnelle, dès la survenue de celle-ci ou le plus tôt possible. Cela facilite

l'enquête de circonstances de la lésion professionnelle, la mise en place rapide de correctifs le cas échéant, la récolte des informations nécessaires au dossier d'indemnisation et les premières démarches du processus de retour au travail.

[À propos des choses qui facilitent le travail de la partie prenante interne] « *Que l'employé déclare... que l'employé déclare l'événement au moment où ça arrive! Et non pas deux semaines plus tard. Ça, là, c'est infernal. [...] Pourtant, on leur explique. "C'est pour votre santé. C'est pour pas que tu aies de trouble si jamais tu tombes en arrêt de travail, puis que tu l'as déclaré deux semaines plus tard. Voyons, ça ne marche pas! Tu risques d'être refusé par la CNESST. Puis c'est sûr que la mutuelle va s'en mêler, puis ça va être refusé, là!"* » (Entretien 2, PME de plus de 100 employés)

Également, les gestionnaires mentionnent l'impact de la motivation du travailleur à revenir au travail. Les gestionnaires mentionnent que lorsque le travailleur est motivé à revenir au travail et à participer à son processus de RMDT, le contact avec lui est facilité et que ce dernier aura davantage tendance à respecter ses suivis médicaux.

« *C'est sûr que là, l'employé motivé, comme la première situation, ça, oui ça aide vraiment parce qu'on en a, justement, qui se blessent, mais ils font tout pour revenir le plus rapidement possible.* » (Entretien 5, PME de plus de 100 employés)

Parmi les éléments qui pourraient affecter la motivation du travailleur, les gestionnaires mentionnent l'importance de s'assurer de la prise en charge médicale rapide du travailleur, ainsi que du traitement de son dossier d'indemnisation. Également, les gestionnaires mentionnent l'importance de la culture de l'entreprise qui permet d'éviter la perception négative des travailleurs accidentés qui pourrait se retrouver dans certaines organisations.

Dans le deuxième groupe de discussion, un participant a mentionné explicitement l'importance d'une bonne communication entre le travailleur et son gestionnaire comme un levier au processus de RMDT. La notion de communication entre le travailleur et le gestionnaire revient d'ailleurs plusieurs fois dans le discours des parties prenantes externes.

« *Tu sais, travaux légers, quand on voit juste ça "travaux légers", ça ne veut pas dire grand-chose, donc ils font ce qu'ils peuvent, mais le succès va beaucoup dépendre de la communication entre le travailleur et son gestionnaire, et la capacité de s'adapter. Donc, si on est dans un climat un petit peu plus tendu, ça risque d'être un peu plus complexe.* » (Participant 17, mutuelle de prévention, 2<sup>e</sup> groupe de discussion)

#### 4.3.2 Leviers et éléments stratégiques en lien avec le gestionnaire

Bien que l'approche informelle du RMDT est appréciée et privilégiée par les gestionnaires de PME, les parties prenantes externes mentionnent tout de même l'importance pour les PME de prendre le temps de formaliser certaines procédures claires, afin de faire connaître à chacun son rôle et ses responsabilités lors du processus de RMDT.

*« Moi, ce que j'observe peut-être dans les PME, [...] c'est le manque de clarté au niveau des rôles et responsabilités par rapport à l'absence. Souvent, ce n'est pas défini. Là, on se retrouve dans les PME avec des gens de la fonction RH qui font un peu de tout, qui sont généralistes. Ce n'est pas clair ce que le gestionnaire doit faire. »* (Participant 20, assureur, 2<sup>e</sup> groupe de discussion)

Les parties prenantes externes ainsi que certains gestionnaires mentionnent l'intérêt de développer des possibilités de collaboration pour les gestionnaires de PME qui ne sont généralement pas spécialistes de la gestion des invalidités et du RMDT. Les mutuelles de prévention reviennent régulièrement lorsqu'il est question de collaboration avec les gestionnaires de PME, mais le réseau professionnel peut également jouer ce rôle. Faciliter le développement de réseaux professionnels pour les gestionnaires de PME permettrait un partage de connaissances et de pratiques afin de bonifier l'ensemble du processus de RMDT.

*« Ces PME-là qui te disent "Ben, regardez, parlez avec ma mutuelle, moi, je ne connais rien, j'ai eue d'autres, c'est à eux qu'il faut que tu parles de ça. Moi, je ne connais rien". Donc, il y a des PME qui auraient peut-être avantage à plus discuter et vouloir travailler en collaboration avec leur mutuelle »* (Participant 13, assureur, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

Les parties prenantes externes insistent sur l'importance de sensibiliser les gestionnaires de PME sur l'importance du processus de RMDT. À plusieurs reprises, les parties prenantes externes mentionnent que l'allégement financier relié au coût des primes de CNESST n'est pas suffisant pour les plus petites entreprises. Pour que les gestionnaires de PME s'engagent dans le processus de RMDT, il est important qu'ils perçoivent le processus de RMDT dans l'ensemble du processus de production afin de voir des intérêts plus indirects, comme l'amélioration de la productivité de l'ensemble de l'équipe.

*« C'est sûr que les grandes entreprises savent très bien l'économie qu'elles vont faire en ramenant la personne en assignation temporaire [...] Les PME, bien, en fait, ça n'a pas d'incidence si elles ramènent la personne plus rapidement ou moins rapidement. Ça fait que ce n'est pas l'impact financier qui va amener une différence. »* (Participant 12, professionnel de la réadaptation, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

### 4.3.3 Leviers et éléments stratégiques en lien avec le supérieur immédiat

Les gestionnaires interrogés ainsi que les parties prenantes externes abordent à plusieurs reprises la possibilité d'impliquer le supérieur immédiat dans le processus de RMDT. Entre autres, le supérieur immédiat est la personne la mieux placée dans l'entreprise pour s'assurer que les tâches assignées au travailleur respectent ses limitations fonctionnelles. Cela inclut la mise en place et le maintien de l'environnement adapté prévu pour le travailleur. À ce sujet, les parties prenantes externes mentionnent l'avantage des entreprises de plus petite taille qui leur permettent un contact direct avec le supérieur immédiat.

Les parties prenantes externes mentionnent l'importance que le supérieur immédiat puisse trouver un équilibre entre les impératifs de production et les besoins de santé des employés dans le processus de RMDT, afin d'éviter des conflits de rôle pour les supérieurs immédiats.

*« J'essaie d'intervenir beaucoup auprès de la tranche de superviseurs, qui est la tranche souvent oubliée... Souvent des gens qui arrivent du terrain, qui sont assez clé dans le retour, notamment pour le respect des limitations, pour s'assurer de l'environnement qui avait été prévu pour le retour progressif. Ça vient souvent en contrainte avec la notion de productivité. Ça fait que si le travailleur lui-même, est mal de faire respecter ses choses ou si il veut demander de l'aide, ça, le superviseur, il est comme un acteur clé. »* (Participant 18, professionnel de la réadaptation, 2<sup>e</sup> groupe de discussion)

Afin de pouvoir jouer son rôle dans le processus de RMDT, les parties prenantes externes insistent sur l'importance de former le supérieur immédiat. Les objectifs de ces formations peuvent être multiples : développer les compétences du supérieur immédiat pour la planification et le suivi des aménagements, le former afin qu'il puisse préparer le retour du travailleur auprès de son équipe de travail, et même simplement le sensibiliser à la réalité des lésions professionnelles et à ses conséquences. L'extrait ci-dessous illustre bien, par exemple, la sensibilisation nécessaire dans les milieux de travail, particulièrement dans les PME manufacturières où prédominent des cultures de travail masculines et où les préjugés contre les maladies, qu'elles soient mentales ou physiques, sont forts. Ces préjugés peuvent augmenter la peur et l'anxiété chez les travailleurs qui envisagent un retour au travail, craignant la stigmatisation et le harcèlement de la part de leurs collègues. Dans ce contexte, les supérieurs immédiats en PME peuvent jouer un rôle essentiel en préparant le milieu de travail à accueillir de nouveau le travailleur de manière respectueuse.

*« On sait que dans les PME aussi, manufacturières, il y a beaucoup d'hommes et beaucoup de préjugés. Encore plus pour un trouble de santé mentale, mais même musculosquelettique, des fois, les gens, les hommes ont peur de retourner travailler parce qu'ils se font picosser par leurs collègues. Donc, des fois, il y a une*

*sensibilisation même à faire au niveau du milieu avant que la personne rentre, soit par le gestionnaire immédiat ou le RH, mais c'est plus rare, comme on disait. C'est pour ça que le coaching à ce moment-là est important auprès des gestionnaires. »*  
(Participant 14, professionnel de la réadaptation, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

#### **4.3.4 Leviers et éléments stratégiques en lien avec la mutuelle de prévention**

La plupart des gestionnaires mentionnent l'apport de la mutuelle de prévention comme un levier pour la gestion des dossiers d'invalidité au travail. La majorité des gestionnaires interrogés, n'étant pas des spécialistes de la gestion SST et exerçant de multiples responsabilités dans l'entreprise, apprécie d'avoir accès à une ressource dédiée en cas de lésion professionnelle dans leur entreprise. Plus spécifiquement, ils mentionnent l'apport des mutuelles de prévention lors du suivi administratif du dossier, notamment par des relances au responsable au sein de l'entreprise lorsque le travailleur devait revoir son médecin. Également, la mutuelle de prévention peut répondre directement à certaines demandes de la CNESST ou communiquer avec le médecin traitant, ce qui décharge le gestionnaire de certaines responsabilités. Ce rôle est perçu comme facilitant le processus en s'assurant de la conformité et en accélérant les procédures administratives nécessaires.

*« La mutuelle, quand moi, je n'ai pas le formulaire d'assignation temporaire qui me dit qu'il peut travailler de telle date à telle date, telle limitations, bien, la mutuelle est en droit de demander au médecin : "Peux-tu remplir le formulaire d'assignation? Tu as rencontré tel patient telle journée, tu devais remplir le formulaire." [...] Moi, je ne suis pas en droit de demander au médecin directement. [...] Donc, la mutuelle aide beaucoup pour l'employeur. »* (Entretien 4, PME de plus de 100 employés)

Certains gestionnaires apprécieraient que les mutuelles de prévention fournissent des ressources pour la planification du RMDT afin que le rétablissement des travailleurs soit priorisé, ce qui n'est pas forcément le cas actuellement selon la vision des participants.

*« Ils [la mutuelle de prévention] vont plus me pousser à faire le suivi pour ramener le travailleur le plus rapidement possible. Mais de là à s'impliquer dans ce que le travailleur a eu, puis comment on peut l'aider : ça, non. Pas bien, bien. Eux autres, leur motivation est plus monétaire. »* (Entretien 1, entreprise moins de 100 employés, non RH)

Pour certains gestionnaires, la mutuelle apporte une aide appréciée en cas de contestation de l'indemnisation. À ce sujet, un gestionnaire mentionne que la mutuelle de prévention peut contacter directement le travailleur en cas de contestation, ce qui permet, selon lui, de s'assurer que l'indemnisation du travailleur coûte le moins cher possible à l'entreprise, sans affaiblir le lien de confiance avec le travailleur.

*« Je dirais que le rôle de la mutuelle, c'est beaucoup de jouer l'avocat du diable de son côté. Nous, on garde le lien de confiance avec le travailleur et tout ça tandis que la mutuelle nous aide beaucoup au niveau de [...] que ça nous revienne le moins cher possible. »* (Entretien 3, entreprise de plus de 100 employés, RH)

Selon leur expérience, les parties prenantes externes mentionnent le besoin d'un certain équilibre où l'implication de la mutuelle de prévention va aider le gestionnaire dans le processus de RMDT sans pour autant que celui-ci ne s'en sente déresponsabilisé et ne délègue entièrement la gestion des cas de réadaptation aux mutuelles. Pour ce faire, les mutuelles de prévention ne doivent pas chercher à centraliser la prise en charge des dossiers. Les mutuelles de prévention doivent apporter leurs connaissances, ainsi que leurs ressources aux gestionnaires de PME, sans pour autant prendre leur place dans le processus, afin de conserver les bénéfices du lien de confiance et de la proximité entre le gestionnaire et le travailleur, inhérente aux PME.

*« Il y a ce type d'employeur qui travaille avec des mutuelles, et tout ça, et qui essaie beaucoup de travailler avec la mutuelle, mais il y a aussi les employeurs qui laissent le tout à la mutuelle et qu'après, on n'est plus capable de parler avec l'employeur de la PME tel quel. »* (Participant 13, assureur, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

Un représentant de mutuelle de prévention a mentionné cette façon de travailler en collaboration avec les gestionnaires de PME, notamment dans le cadre d'une procédure de contestation.

*« La façon qu'on fonctionne, nous, c'est toujours de travailler en collaboration avec l'employeur et de leur donner des trucs pour s'asseoir avec le travailleur avant même qu'il reçoive la contestation, au moment de l'événement, de lui dire "Vous faites partie d'une mutuelle, ton dossier va être contesté, mais je te crois, je le sais que tu es blessé, je sais ça, et mon objectif, ce n'est pas, et ce n'est pas l'objectif de la mutuelle de t'enlever des soins ou de l'argent, mais c'est plutôt de protéger les droits financiers et administratifs entre la CNESST et l'employeur. Et nous, notre objectif, c'est de faire en sorte que tous tes soins soient faits, que tu reviennes au travail le plus vite possible. Si tu as besoin d'équipement ou d'adaptation, on va s'arranger pour que tu l'aies, et même, la mutuelle va travailler en ce sens-là". »* (Participant 11, mutuelle de prévention, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

#### **4.3.5 Leviers et éléments stratégiques en lien avec professionnels en réadaptation**

Pour la plupart des gestionnaires interrogés, l'apport de spécialistes dans le processus de RMDT se limite à la réadaptation physique du travailleur. Bien que plusieurs gestionnaires mentionnent collaborer avec des professionnels externes dans le cadre d'actions de prévention, l'intervention systématique de ce type de professionnel pour évaluer l'adéquation entre le poste et les limitations fonctionnelles du travailleur lors d'une assignation temporaire semble être une exception plutôt que la norme.

*« J'ai un de mes peintres qui a des douleurs musculosquelettiques à une épaule. [...] Quand il est tombé malade, d'autres ont commencé aussi à dire : "Moi aussi j'ai mal à l'épaule!" Ça fait que là, on a fait venir un ergonome avec santé au travail, qui est venu analyser les outils, les méthodes de travail et tout. Puis qui a amené comme un plan de recommandations, de son côté. On a commencé à regarder pour, justement, changer les produits, qu'il y ait moins de sablage, qu'il y ait moins de scie. » (Entretien 6, PME de moins de 100 employés)*

Pourtant, selon les parties prenantes externes, l'implication d'un spécialiste en réadaptation lors du processus de RMDT a plusieurs bénéfices. Tout d'abord, au moment de la mise en place de l'assignation temporaire, la présence d'un spécialiste permet de s'assurer que le travailleur et son supérieur immédiat comprennent bien les limitations fonctionnelles indiquées par le médecin et les conséquences de celles-ci pour le travailleur dans sa tâche.

*« On a des travailleurs qui vont revenir avec une assignation temporaire, disons autorisée, puis au prochain rendez-vous médical, on a une assignation temporaire non respectée, un arrêt de travail. On va voir ça parce que le gestionnaire va tenter de lui trouver des tâches à faire, de combler l'horaire. Le travailleur aussi n'est pas trop au fait à savoir "L'inconfort, est-ce que c'est normal ?" L'inconfort versus douleur, hein ? C'est possible qu'il y ait de l'inconfort dans le retour au travail, puis ça fait partie de la réadaptation aussi. Donc, ça, la compréhension, tant du travailleur, l'employeur, de ces capacités résiduelles, ce n'est pas toujours bien compris. » (Participant 17, mutuelle de prévention, 2<sup>e</sup> groupe de discussion)*

Également, un professionnel de la réadaptation peut être impliqué en amont de la mise en place de l'assignation temporaire. Il peut proposer des postes d'assignation temporaire ou des modifications de tâches au médecin traitant. Celles-ci auraient plus de chance d'être acceptées que les tâches indiquées sur les formulaires généraux de la CNESST.

*« Les professionnels impliqués dans la réadaptation, particulièrement les ergothérapeutes, on est en mesure de faire l'analyse des exigences de la tâche, on travaille déjà pour les ramener au travail. On sait ce qu'ils font, et on est en mesure de savoir ce qu'ils sont en mesure de faire rendus où ils sont. Ça fait que là, on peut alimenter le médecin pour qu'il fasse une bonne recommandation d'assignation temporaire qui à ce moment-là sera acceptable par l'employeur. » (Participant 12, professionnel de la réadaptation, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)*

Enfin, plusieurs parties prenantes externes mentionnent qu'idéalement, le professionnel de la réadaptation devrait être impliqué tout au long du processus, afin d'adapter les tâches assignées au travailleur avec l'évolution de ses capacités par une recherche constante du juste milieu entre des tâches trop sécuritaires, qui ne permettent pas au travailleur de progresser, et des tâches qui dépassent ses capacités et qui créent un risque d'aggravation de la lésion.

*« Les meilleurs retours au travail que j'ai eu en assignation temporaire, c'est quand on a une collaboration avec le physio ou l'ergo et qu'on arrive avec un plan de travail. [...] Pas juste pour la semaine ou le mois, mais un plan qui va nous permettre de penser, de récupérer 100 % de ses capacités, si c'est possible de le faire. »* (Participant 11, mutuelle de prévention, 1<sup>er</sup> groupe de discussion)

#### **4.3.6 Synthèse des leviers potentiels et éléments stratégiques pour le RMDT en contexte de PME du secteur manufacturier**

Des leviers potentiels à l'adoption des bonnes pratiques en matière de RMDT ont émergé de l'analyse, suggérant, d'une part, une sensibilisation accrue des PME à l'importance du RMDT, notamment en ce qui concerne le respect des limitations fonctionnelles lors de l'application de modalités d'assignation temporaire et de reprise de retour progressif, et d'autre part, un renforcement de la collaboration entre les PME et les parties prenantes externes, notamment les professionnels de la réadaptation et les mutuelles de prévention. En effet, les propos de participants suggèrent que les lacunes en termes de ressources internes pourraient être compensées par le développement de structures permettant une collaboration accrue et un soutien supplémentaire de la part des parties prenantes externes. Pour sensibiliser les PME, il s'agirait essentiellement d'informer et former les milieux de travail (gestionnaires, superviseurs, travailleurs) sur l'importance du processus de RMDT. Pour la collaboration accrue avec les professionnels de la réadaptation et les mutuelles de prévention, il s'agirait d'offrir un accès et un support constant aux PME afin de les guider vers des choix d'action favorables au rétablissement et au maintien au travail du travailleur. Le soutien offert par la mutuelle de prévention est fréquemment mentionné par les gestionnaires et apprécié en ce qui concerne l'aide dans la gestion médico-administrative des absences. Toutefois, il est essentiel de noter la mise en garde de certains professionnels de la réadaptation sur des pratiques de certaines mutuelles qui pourraient nuire à la relation employeur-employé, en particulier en encourageant les PME à aller de façon quasi systématique vers des processus de contestation de la lésion ou à externaliser entièrement la gestion des invalidités et du RMDT vers la mutuelle.

## 5. DISCUSSION

L'objectif général de cette étude a été de préciser les modalités d'application de la gestion des invalidités et du RMDT consécutif à un TMS, en mettant en lumière les particularités propres au contexte des PME du secteur manufacturier. Globalement, les résultats ont permis d'observer dans les PME participantes, des modalités de gestion des invalidités peu formalisées et centrées sur la gestion médico-administrative des absences. La documentation des pratiques de gestion des invalidités et du RMDT a permis de constater une application inégale entre les PME, en ce qui concerne les principes recommandés dans la littérature pour prévenir l'incapacité prolongée et favoriser le RMDT. Des besoins en termes de connaissances et d'accès à des ressources et structures collaboratives se dégagent plus particulièrement pour les PME de petite taille ou celles avec une culture d'entreprise qui ne favorise pas le retour en milieu de travail. De plus, les analyses sur les défis et les leviers ont permis d'identifier des éléments stratégiques et contextuels, spécifiques aux interactions entre les parties prenantes et qui, mises en œuvre, favoriseraient le processus de RMDT dans les PME.

### 5.1 Modalités spécifiques de gestion des invalidités et du RMDT dans les PME

Les modalités de la gestion des invalidités et du RMDT, telles que décrites par les gestionnaires, sont centrées sur la gestion médico-administrative des invalidités avec une priorité accordée au respect du cadre réglementaire de l'assureur. À cette approche incontournable, la littérature suggère cependant d'y greffer une approche centrée sur l'évaluation individuelle des besoins de réadaptation du travailleur (Durand *et al.*, 2014; Kearns *et al.*, 1997; Liukko et Kuuva, 2017; Nastasia *et al.*, 2017). Selon les professionnels de la réadaptation rencontrés, des approches proactives permettant la mise en œuvre d'ajustements de poste personnalisés et du soutien psychosocial sont nécessaires pour que les travailleurs reprennent leur travail. La prise en compte des capacités actuelles des travailleurs permet d'adapter le processus de retour au travail de façon à éviter des récives ou des blessures secondaires (Chowdhury *et al.*, 2019). Si le soutien offert par la mutuelle de prévention pour la gestion médico-administrative est particulièrement apprécié des gestionnaires ayant participé à la présente étude, les professionnels de la réadaptation apportent une mise en garde par rapport à certaines pratiques qui sont perçues comme pouvant nuire à la relation employeur-employé. Parmi ces pratiques, les professionnels de la réadaptation mettent en avant le processus de contestation de la lésion qui, selon leur expérience, est plus fréquent chez les employeurs cédant la gestion des invalidités vers la mutuelle. Dans la littérature, Charbonneau et Hébert (2020) ont observé que certaines mutuelles de prévention encourageaient la judiciarisation de l'indemnisation, tendant à concentrer les efforts sur la réduction des coûts et la contestation plutôt que sur la réadaptation du travailleur. De plus, la contestation est connue comme étant une source de stress et de perception d'injustice, des facteurs qui compromettent la capacité de retour au travail (Lippel et Sabourin, 2020).

La priorisation de la gestion médico-administrative dans les PME participantes s'accompagne d'une absence de formalisation pour les modalités de gestion plus spécifiques au processus de RMDT. Cette absence de procédures formalisées peut mener à une prise de décision ad hoc. Ainsi, les actions ne seraient pas nécessairement guidées par des principes favorisant le RMDT. À cause de la raison première de leur existence, les PME guideraient les décisions par des impératifs de production. Or, la formalisation des procédures pour la gestion des invalidités constitue un élément de pratique organisationnelle favorisant le RMDT (Durand *et al.*, 2014; Main *et al.*, 2016; Nastasia *et al.*, 2017; Shaw *et al.*, 2016). Comme le suggèrent Cusimano-Reaston et Carney (2011), la clarté des politiques et des procédures est importante. Elle peut contribuer à garantir la conformité légale et à assurer une gestion équitable et efficace des retours au travail. Si plusieurs parties prenantes ont souligné l'utilisation de la documentation fournie par la CNESST pour encadrer la gestion du RMDT dans certaines PME, celle-ci reste standardisée. Bien qu'utile en ce qui concerne des directions d'action, elle ne prend pas en compte les spécificités de chaque PME, notamment les différences en termes de disponibilité de ressources financières et humaines, ainsi que des tâches de travail.

## 5.2 Application des principes de RMDT

Les principes pour un retour au travail durable (IWH, 2007), largement appuyés par la littérature en intervention en réadaptation (Durand *et al.*, 2014; Kristman *et al.*, 2016; Main *et al.*, 2016), se reflètent de façon variable dans les pratiques de gestion décrites par les gestionnaires de PME. L'implication des supérieurs immédiats dans la planification et le suivi des modifications aux postes de travail (Durand *et al.*, 2014; Jeffrey *et al.*, 2010; Nastasia *et al.*, 2021; Shaw *et al.*, 2006), la coordination des activités de RMDT (Durand *et al.*, 2017; Pransky *et al.*, 2010; Shaw *et al.*, 2008), ou les activités de communication entre les employeurs et les prestataires de soins de santé (Durand *et al.*, 2014; Nastasia *et al.*, 2017), même si parfois évoqués par les gestionnaires de PME rencontrés, semblent appliqués de manière inégale, d'un travailleur à un autre, et variable, d'une PME à une autre. Une telle application pourrait s'expliquer par des connaissances insuffisantes des milieux de travail sur les enjeux et les conséquences du RMDT, autant à court qu'à long terme (Nastasia *et al.*, 2017). En effet, certains gestionnaires participants dans la présente étude semblaient considérer le RMDT comme étant hors des responsabilités de l'entreprise et relevant avant tout du domaine d'action du travailleur lui-même, de son médecin ou encore du spécialiste en réadaptation intervenant avant le retour en milieu de travail. Cela s'ajouterait à un cumul des rôles et des responsabilités des dirigeants de PME dans leur organisation qui ne facilitent pas la recherche et l'apprentissage de connaissances spécialisées sur le RMDT ou en termes de communication avec les autres acteurs ou de coordination d'activités en milieu de travail. Or, l'engagement de l'employeur ainsi que le soutien du travailleur constituent des pratiques essentielles du RMDT (Kristman *et al.*, 2017; Nastasia *et al.*, 2021; Shaw *et al.*, 2006; Williams-Whitt *et al.*, 2016). Le développement de formations à destination des gestionnaires de PME

portant sur les principes et les pratiques recommandées pour la gestion de l'invalidité et le RMDT pourrait diminuer ce manque de connaissance au sein des PME. Également, le développement de réseaux de PME ayant pour but l'échange de connaissances et de pratiques concernant la gestion de l'invalidité et le RMDT serait une option à envisager. Cependant, ces deux suggestions se heurtent à la disponibilité des ressources ainsi qu'au temps limité que les gestionnaires de PME peuvent accorder à cette problématique.

Certaines pratiques de RMDT présentées par les participants s'apparentent néanmoins aux principes pour un retour au travail durable décrit dans la littérature. Ces pratiques sont généralement évoquées par des gestionnaires avec une expérience en ressources humaines et en SST, ou qui ont une appréciation particulière de la contribution des travailleurs à leur entreprise, ce qui se traduit par une grande variabilité entre les différentes PME. Ces pratiques réfèrent, pour la grande majorité, à l'offre d'accommodement de travail pour un retour précoce du travailleur, au contact avec le travailleur pendant son arrêt et à la consultation du supérieur immédiat dans la planification de l'assignation temporaire. La fréquence plus faible d'absence du travail rencontrée par les gestionnaires de PME comparé à leurs homologues des grandes entreprises peut contribuer à ce que les pratiques restent principalement des actions réalisées de manière ponctuelle et informelle.

Les propos recueillis au cours de cette étude font apparaître l'importance de la relation employeur-employé ainsi que de la valeur perçue du travailleur pour la mise en place de pratiques qui s'apparentent aux principes pour un retour au travail durable. À ce sujet, Andersen *et al.* (2007) ont montré que la proximité entre l'employeur et le travailleur ayant subi un accident du travail facilitait la mise en place d'accommodement lors du retour au travail même si, initialement, les employeurs jugeaient la mise en place de tels accommodements comme impossible dans leur entreprise. Les éléments de bonnes pratiques de ces PME recueillis dans la présente étude semblent le résultat d'efforts de PME pour adopter des stratégies de gestion organisationnelle plus globales, visant notamment l'attraction de la main-d'œuvre (intégration de travailleurs étrangers et rétention de la main-d'œuvre spécialisée proche ou en âge de la retraite) plutôt qu'une préoccupation particulière pour la santé des travailleurs de l'organisation.

### **5.3 Besoins, défis et leviers à l'adoption des bonnes pratiques de RMDT dans les PME**

Des besoins en termes d'échange de connaissances entre les PME et les parties prenantes, ainsi que d'accès des PME à des ressources et structures collaboratives se dégagent, particulièrement pour les organisations de petite taille ou celles avec une culture qui ne favorise pas le retour en milieu de travail. Plusieurs études montrent l'impact du peu de ressources humaines, financières et technologiques sur la santé et la sécurité des travailleurs en milieux de travail qui touche l'ensemble des PME (Beaver, 2003; Cagno *et al.*, 2016; Micheli et Cagno, 2010) et tout particulièrement les PME de plus petites taille (Champoux et Brun, 2003; Hasle et Limborg, 2006).

De façon générale, on peut noter que le principal défi mentionné concerne l'assignation temporaire lorsque le gestionnaire est peu accommodant avec le retour du travailleur avant le rétablissement complet. Ce défi est soulevé en lien avec la taille de la PME, de la culture SST de l'organisation ou du climat social du travail.

Les leviers mentionnés par les participants à cette étude concernent des éléments stratégiques et de contexte, interne et externe aux PME. La motivation des gestionnaires, des supérieurs immédiats et des travailleurs à s'impliquer dans le choix de solutions de RMDT ressort comme un levier important à l'adoption de bonnes pratiques dans les PME. Cependant, le manque d'implication du travailleur pour ces mêmes modalités de reprise du travail est perçu comme un obstacle important au RMDT dans les entreprises où les gestionnaires, préoccupés essentiellement par la performance, laissent transparaître des préjugés et privilégient une culture de contestation. À ce propos, plusieurs auteurs observent un lien entre la perception du climat de travail par les travailleurs en absence et leur motivation (Megawaty *et al.*, 2022; Vanthournout *et al.*, 2014). Ils estiment que lorsque les dirigeants et les collègues soutiennent les employés de retour au travail, il est probable que cela augmente la productivité et stimule la motivation du travailleur de reprendre et de rester au travail (Megawaty *et al.*, 2022; Vanthournout *et al.*, 2014). Par ailleurs, du fait de l'absence de procédure formelle, un contexte de travail où la personne en absence est perçue négativement pourrait nuire à la réussite de processus de RMDT. En plus du climat de travail, la motivation des acteurs de revenir au travail pourrait être liée à la culture de retour au travail de l'organisation (Vanovenberghe *et al.*, 2022) et aux perceptions du dirigeant/propriétaire de la PME lui-même (ex. absence de préjugés) (Hassard *et al.*, 2012; Vanovenberghe *et al.*, 2022).

Parmi les éléments externes à la PME, l'accès à des professionnels en réadaptation et le soutien perçu par les PME de petite taille de la part des mutuelles de prévention et de l'assureur sont des leviers importants pour le RMDT. Dans la présente étude, les résultats suggèrent que les lacunes en termes de ressources internes pourraient être compensées par le développement de structures permettant une collaboration accrue et un soutien supplémentaire de la part des parties prenantes externes et permettant même en retour de renforcer les actions de collaboration au sein des PME (Audretsch *et al.*, 2023; Cagno *et al.*, 2014; Svärd *et al.*, 2024).

Plusieurs caractéristiques des PME influencent directement l'adoption des bonnes pratiques de RMDT. Dans la présente étude, la taille de la PME a été largement discutée par les parties prenantes externes lors des groupes de discussion. Il semble y avoir consensus sur le fait qu'une taille d'entreprise plus petite, généralement moins de 100 travailleurs, nécessite plus de soutien de la part des différentes parties prenantes. Ce type d'organisation, qui manque souvent de ressources financières et humaines, n'ont pas de structure permettant de guider le processus de RMDT (politique, procédure, outil) et ne possèdent que peu d'expérience avec les absences en lien avec une lésion professionnelle et le retour au travail (Ekberg *et al.*, 2016; MacEachen, Kosny, Scott-Dixon, *et al.*, 2010). De plus, il semblerait que ces organisations font rarement appel à des

ressources et des structures externes pour recevoir de l'appui de la part de différents intervenants (professionnels de la santé, ergonomes, etc.) que ce soit par manque de moyen financier ou manque de connaissance. Cela étant dit, il semblerait que la mise en place des bonnes pratiques ne dépende pas seulement d'une taille de PME établie a priori, mais aussi d'autres éléments liés au contexte organisationnel. Selon les parties prenantes participant à notre étude, dans les PME manufacturières prédominent encore des cultures de travail masculines où les préjugés contre les incapacités de travail, qu'elles soient d'origine mentales ou physiques, restent forts. Or, il est reconnu dans la littérature que la présence de tels préjugés peut augmenter la peur et l'anxiété chez les travailleurs qui envisagent un retour au travail, craignant la stigmatisation, voire le harcèlement, de la part des collègues (Grant *et al.*, 2019; Woods et Matthewson, 2021), ce qui n'est pas un terrain favorisant l'adoption de bonnes pratiques.

#### 5.4 Pistes d'action

Lorsque les participants à la présente étude abordent les défis et les leviers susmentionnés, on constate une association spontanée entre certains éléments stratégiques et contextuels ainsi que des pistes d'action potentielles pour l'amélioration du processus de RMDT dans les PME. Deux principales pistes d'actions se dégagent : 1) la sensibilisation des milieux de travail sur l'importance du respect des limitations fonctionnelles lors de l'application des modalités spécifiques pour faciliter le retour au travail (assignation temporaire et retour progressif); et 2) la mise en place de structures de collaborations, accrues et efficaces, à l'interne, entre les gestionnaires, les supérieurs immédiats et les travailleurs, et à l'externe, d'une part avec les mutuelles de prévention en élargissant leur rôle afin qu'elles puissent assister de façon efficace les PME dans le RMDT et, d'autre part, avec les professionnels en réadaptation en augmentant leur implication auprès des PME.

Les actions de sensibilisation seraient principalement dirigées vers les gestionnaires et les supérieurs immédiats étant les plus à même d'avoir un impact sur les pratiques au sein de leur organisation. Celles-ci permettraient une meilleure compréhension des enjeux et des conséquences, immédiates et à long terme, des modalités visant la facilitation du retour au travail. De plus, les actions de sensibilisation permettraient de développer l'implication des gestionnaires et des supérieurs immédiats dans le processus de RMDT afin d'instaurer une culture favorisant la santé des travailleurs et la gestion des incapacités dans les PME (Bluff, 2019; Legg *et al.*, 2014). Ceci pourrait être justement intégré via les mutuelles. Les PME apprécient le soutien des mutuelles, mais ce soutien apparaît variable d'une mutuelle à l'autre. Officialiser un rôle de soutien auprès des PME en utilisant les bonnes pratiques de RMDT serait une piste intéressante à explorer sur le plan de la faisabilité. Toutefois, il faudrait identifier une stratégie qui permettra réellement de pénétrer les PME. Plusieurs études se sont intéressées au rôle des intermédiaires dans la diffusion des connaissances SST vers les PME (Cunningham et Sinclair, 2015; Hasle et Refslund, 2018; Parker *et al.*, 2012). Nous pourrions donc imaginer une situation similaire où des intermédiaires, pouvant être aussi bien déjà impliqués dans le processus de

RMDT qu'à l'extérieur de celui-ci à l'heure actuelle, pourraient être formés afin de diffuser des actions de sensibilisation à la gestion des absences et au RMDT à destination des PME.

La mise en place des structures de collaboration à l'interne pourrait consister dans l'élaboration et la formalisation de procédures de RMDT générales destinées aux PME. Celles-ci devraient être claires et néanmoins flexibles pour permettre de s'adapter aux cas individuels et aux spécificités des PME (manque de ressources financières et humaines, absence de structures de collaboration avec les parties prenantes externes, informalité des communications). Une telle approche du RMDT plus personnalisée, prenant en compte les caractéristiques et le contexte de l'organisation, pourrait être envisageable avec le soutien de mutuelles de prévention et l'accompagnement de professionnels en réadaptation à cet effet. Une telle approche, bien que plus coûteuse en apparence en termes de ressources, pourrait s'avérer efficace pour surmonter les défis auxquels font face les PME pour l'adoption des bonnes pratiques de RMDT (Masi et Cagno, 2015). Il s'agirait de savoir à quel niveau ce type d'approche pourrait être mise en place. Une approche par secteur d'activité pourrait constituer une piste de solution. Celle-ci prendrait en compte certaines caractéristiques des PME sans toutefois être aussi coûteuse qu'une approche personnalisée. Bien qu'à l'heure actuelle, les associations sectorielles paritaires (ASP) s'occupent exclusivement des aspects de prévention, elles pourraient constituer un protagoniste important pour la mise en place de ce type d'approche si leur rôle était élargi.

L'apport des professionnels de la réadaptation aux PME est vu plus contraignant surtout sur le plan financier. Toutefois, des interventions plus actives impliquant des intermédiaires ont été considérées comme des approches prometteuses de la prévention des blessures, en particulier pour les petits employeurs (Dworsky et Broten, 2018; Nastasia et Rives, 2023; Olsen et Hasle, 2015). Une piste intéressante serait de permettre la gestion des dossiers simples par les mutuelles pour centraliser les connaissances relatives au RMDT. Ceci permettrait de contourner une limite inhérente aux PME, à savoir qu'ils ont moins d'absence en nombre absolu. Cependant, en présence d'un dossier plus complexe, une étude de coûts pourrait être effectuée afin d'évaluer la réduction des indemnités de remplacement de revenu payé en ayant une intervention reconnue pour favoriser un retour sain et durable au travail. En effet, il semble important de balancer les considérations économiques des entreprises avec les aspects légaux, éthiques et de responsabilité sociale de celles-ci (Seing *et al.*, 2015). Tel que mentionné par certains auteurs, les PME représentent clairement un contexte dans lequel les services de santé au travail sont sous-utilisés (Black et Frost, 2011; Harrison et Wicks, 2013; Hasle *et al.*, 2012). Or, l'accompagnement des PME par des professionnels de la réadaptation (ergothérapeutes, ergonomes), notamment pour l'évaluation de l'adéquation entre les limitations fonctionnelles du travailleur et les exigences du poste de travail lors de la reprise du travail, aiderait à assurer que toutes les actions et décisions soient guidées par l'objectif de favoriser la santé et la réadaptation du travailleur. En considérant qu'une minorité des blessures liées au travail génèrent la majorité des coûts, il devrait y avoir des critères pour baliser la prise de décision pour avoir recours à ce type de service.

## 5.5 Avenues de recherche

Compte tenu des enjeux uniques dans les PME et de la complexité de l'application des principes de RMDT, en raison de leurs caractéristiques différentes et contextes organisationnels particuliers, deux avenues de recherche intéressantes se dégagent en continuité naturelle avec les résultats de la présente étude. Une première avenue de recherche serait de continuer à étudier les relations que les PME entretiennent avec les mutuelles de prévention, afin d'explorer le potentiel de mise en œuvre de structures collaboratives basées sur les intérêts de différentes parties prenantes. Plus d'études économiques semblent nécessaires afin de développer et tester des solutions viables pour les PME de petite taille, tout en tenant compte de leur sensibilité particulière comparé aux grandes entreprises vis-à-vis des conditions économiques, sociales et politiques en changement accéléré, telles que la numérisation, la mondialisation, les nouveaux arrangements en matière d'emploi et les modifications de la loi. De telles solutions permettraient de contourner une limite importante du RMDT dans ce type d'entreprise.

Également, pour simplifier la gestion des invalidités et combler les effets de la pénurie de main-d'œuvre dans les PME, il serait intéressant d'explorer le potentiel des approches innovatrices et intégratives en prévention de l'incapacité. Les participants évoquent des actions en prévention primaire et les associent à d'autres en prévention secondaire ou tertiaire. À cet effet, des pratiques de prévention primaire (prévenir l'apparition de blessures), secondaire (réduire leur durée) et tertiaire (prévenir une incapacité prolongée) semblent coexister pour gérer les lésions professionnelles (World Health Organization [WHO], 2007). La littérature rapporte des pratiques mises en œuvre séparément (Yassi *et al.*, 2003) par les milieux de travail (ex. les questionnaires d'absences, les représentants ou les comités de santé et sécurité), par le système de soins de santé et de services sociaux (ex. les ergonomes et les professionnels de la réadaptation) et par les systèmes d'assurance (ex. les inspecteurs en prévention et les conseillers en réadaptation). Peu de liens existeraient dans la pratique entre les différents niveaux de prévention et entre les parties prenantes intervenants (Calvet *et al.*, 2021; Calvet *et al.*, 2014). Un tel modèle de prévention cloisonné rendrait difficiles la communication et la consultation entre les parties prenantes (Calvet *et al.*, 2014; Yassi *et al.*, 2003). Partant de ce constat, les approches intégrées de prévention de l'incapacité suscitent un intérêt croissant de la part de la communauté scientifique dernièrement parce qu'elles pourraient contribuer à soutenir l'accès à l'emploi des travailleurs accidentés, leur retour et leur maintien en bonne santé à long terme (Calvet *et al.*, 2021; Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail [IRSST], 2018; Lecours *et al.*, 2021). Selon cette approche, les actions traditionnellement associées à chacun des trois niveaux de prévention ne s'excluraient pas mutuellement et gagneraient à être intégrées pour accroître les bénéfices sur l'ensemble du continuum de prévention (Vézina *et al.*, 2018). La prévention intégrée permettrait aux parties prenantes de travailler en synergie (Aptel et Vézina, 2008) et de favoriser des impacts financiers positifs, la réduction des accidents du travail et de

l'invalidité, l'amélioration des habitudes de vie des travailleurs, la réduction des facteurs de stress, et l'amélioration des conditions de travail (Lecours *et al.*, 2023). Bien que ces approches de prévention intégrée semblent une voie prometteuse, elles restent encore peu explorées, le concept sous-jacent restant à définir (Lecours *et al.*, 2021; Vézina *et al.*, 2018). En effet, défini principalement en termes d'interventions de prévention sur le lieu de travail (Vézina *et al.*, 2018), le concept serait à explorer dans une perspective qui englobe l'ensemble du continuum SST, de la prévention à la réadaptation, afin que toutes les parties prenantes aient une compréhension commune du concept (Lecours *et al.*, 2021) et aussi du contexte particulier de PME.

De nouvelles recherches pourraient être menées, notamment sur des approches adaptées à la diversité des contextes organisationnels des PME dans le secteur manufacturier et aussi dans d'autres secteurs et industries, enrichissant ainsi la littérature sur les modèles de réadaptation professionnelle adaptés aux réalités des petites et moyennes structures. Toutefois, les difficultés de recrutement rencontrées pour la réalisation de la présente étude pointent le fait que les PME participent peu aux recherches qui les concernent, et ceci pour différentes raisons (manque de ressources humaines pour s'engager dans des projets de recherche, méconnaissance de l'intérêt potentiel des études pour leur organisation, crainte de divulguer des informations sensibles, ou encore priorisation d'autres enjeux opérationnels). Il semblerait donc important de les consulter sur des mécanismes et des modalités simples de participation qui pourraient les inciter à s'engager davantage dans les recherches afin de répondre à leurs besoins, en tenant compte de leur réalité (ressources limitées, peu de spécialisation en SST, peu de capacité à investir dans les modifications de poste, pénurie de main-d'œuvre, etc.).

## **5.6 Portée et retombées de l'étude**

Cette recherche a permis de documenter des modalités d'application de la gestion des invalidités et du RMDT dans les PME, et de brosser un portrait de pratiques de gestion dans des entreprises de taille différente, dans le secteur manufacturier au Québec. L'originalité de cette recherche consistait à explorer la complémentarité des perspectives d'employeurs, de représentants de mutuelle de prévention, d'assureurs ou de professionnels en réadaptation (Tjulin *et al.*, 2010) pour mieux comprendre les besoins, les contraintes ainsi que les leviers potentiels à une meilleure application des principes de RMDT dans les PME. Certaines pistes d'action et de réflexion ont été proposées pour améliorer la gestion des invalidités et du RMDT dans ce contexte particulier.

Les pistes d'action suggérées dans la présente étude se basent sur les meilleures pratiques de RMDT et sur le contexte favorable de leur d'application dans les PME. En promouvant un retour au travail plus flexible et soutenu dans les PME, des pratiques optimisées pourraient améliorer la durabilité du retour au travail pour les employés, réduisant la précarité et les coûts sociaux souvent associés aux absences prolongées. De plus, en soutenant le maintien de l'emploi après une invalidité, les PME peuvent

contribuer à la promotion d'une société plus inclusive, en valorisant et en bénéficiant de la contribution de chaque travailleur et travailleuses.

Les adaptations de bonnes pratiques rapportées par certains employeurs, plus sensibilisés à la SST et plus engagés à garder leurs travailleurs en santé et motivés, devraient servir de cas de figure pour démontrer le réalisme de ces pratiques en contexte de PME. Le développement de politiques claires et personnalisées pour chaque PME, ainsi que le soutien offert par les mutuelles de prévention à l'adoption de pratiques de RMDT, tout particulièrement aux PME de petite taille, pourraient être envisagées comme des mesures proactives favorisant un environnement de travail plus soutenant et moins préjudiciable pour les employés en situation de RMDT.

Sur le plan scientifique, cette étude contribue à la littérature existante sur les pratiques de la gestion des invalidités et RMDT dans les PME, domaine jusqu'à maintenant exploré essentiellement pour de plus grandes organisations. Elle apporte des connaissances spécifiques sur les besoins des PME, notamment en ce qui concernent les entreprises de petite taille dans le secteur manufacturier au Québec.

Des projets subséquents pourraient également s'attacher à développer, implanter et évaluer des approche intégratives et collaboratives, permettant de réduire le fardeau de la gestion des invalidités au travail pour les PME au Québec. La portée à long terme de telles études pourrait être essentielle au développement d'une approche d'amélioration des pratiques de gestion des invalidités et du RMDT dans les PME au Québec. Cette collaboration entre les mutuelles de prévention, les professionnels de la réadaptation et les PME pourrait potentiellement transformer le paysage de la gestion des invalidités et RMDT au Québec, en créant des modèles de soutien plus efficaces et adaptés aux spécificités locales des PME. Cette synergie pourrait non seulement améliorer les pratiques actuelles mais aussi établir de nouvelles normes en matière de santé et sécurité au travail dans la province.

## **5.7 Forces et limites de l'étude**

La principale force de la présente étude réside dans la richesse de la description des modalités d'application de la gestion des invalidités et du RMDT, partagée par les employeurs de PME œuvrant dans des entreprises aux caractéristiques et conditions variables. La méthodologie combinant des entretiens avec des employeurs et des groupes de discussion avec des représentants de parties prenantes intervenant dans le processus de RMDT pour une variété de PME a permis une compréhension plus globale à partir de la complémentarité des informations obtenues et de différentes perspectives (employeur, mutuelle de prévention, professionnel en réadaptation, assureur).

La complexité du contexte dans lequel cette étude a été menée ainsi que le devis de nature exploratoire invite le lecteur à la prudence dans ses conclusions. En effet, l'équipe de recherche a eu à gérer plusieurs éléments de complexité avec un effet potentiel sur les

résultats. Le recrutement de participants internes à l'entreprise a été particulièrement difficile. Malgré les efforts considérables déployés, le nombre de participants recrutés n'a pas atteint les objectifs initiaux de la méthodologie. Il est donc important, par exemple, de considérer que certains représentants de parties prenantes ayant accepté de participer pourraient ne pas représenter l'ensemble des perspectives d'une même partie prenante, par exemple les PME ou les mutuelles de prévention. Il est plausible que ceux ayant choisi de participer soient parmi les plus engagés ou les plus conscients des enjeux liés au RMDT. Les participants à cette étude pourraient introduire une impression de sensibilisation plus élevée que la moyenne aux pratiques de gestion des invalidités et RMDT, et de gestionnaires plus enclins à adopter et à discuter de stratégies efficaces. Cette limite est néanmoins atténuée par l'intégration de la perspective de plusieurs parties prenantes externes (mutuelles de prévention, assureurs et professionnels en réadaptation). Cette intégration a permis d'approfondir grandement la compréhension des pratiques de gestion des invalidités et du RMDT au sein des PME et les moyens de les optimiser, de renforcer la crédibilité et d'élargir la réflexion sur l'application des conclusions de l'étude. Les difficultés de recrutement de participants internes aux PME doivent aussi influencer la lecture des pistes d'action proposées. En effet, le peu d'engagement des PME pour une durée tout de même très limitée (environ une heure) dans une recherche qui les concerne doit nous amener à nous poser la question de leur engagement éventuel dans le développement et l'évaluation de l'implantation de démarches visant l'amélioration du RMDT dans les PME qui est un processus beaucoup plus long.

Enfin, en ce qui concerne la méthodologie, l'adoption de différentes méthodes et sources de collecte de données (entretiens individuels, avec les parties prenantes internes et groupes de discussion focalisés, avec des parties prenantes externes) a permis une triangulation des informations recueillies, renforçant ainsi la crédibilité des résultats. Selon Savoie-Zajc (2009), la triangulation, par le croisement de données issues de sources multiples, permet de compenser les biais inhérents à chaque méthode. Les participants n'étant pas les mêmes dans les entretiens individuels et dans les groupes de discussion, et n'appartenant non plus à une même catégorie d'acteurs, abordaient le sujet du RMDT à partir de leurs différentes perspectives. Si ceci a permis d'extraire des éléments de complémentarité sur certaines thématiques, dans l'analyse des propos issus de groupes de discussion, les points de vue des intervenants pouvaient différer en fonction des intérêts différents des parties prenantes. La limite dans ce contexte est qu'il n'était pas toujours évident de distinguer à l'analyse du verbatim, entre inférer un accord tacite (qui ne dit mot consent) ou la convergence réelle de propos. Afin de pallier cette limite, nous avons rapporté les propos en indiquant des marqueurs de nombre qualitatifs (quelque, certains), afin d'éviter d'insinuer un consensus sur un accord tacite.

Enfin, la modernisation de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP) est entrée en vigueur en octobre 2023, soit pendant la période de collecte de données. Cependant, très peu de participants ont évoqué la nouvelle loi, mis à part sur l'évaluation des risques psychosociaux. Certains changements législatifs

redéfinissent en effet les procédures et les responsabilités en matière de réadaptation. Il est possible que la mise en vigueur progressive de ces modifications législatives ait sensibilisé certains participants à de nouvelles pratiques et responsabilités, affectant ainsi leurs discours vis-à-vis de mesures de reprise du travail actuelles.

La complémentarité disciplinaire des chercheuses a permis d'enrichir la compréhension des pratiques RMDT dans les PME. En effet, la collaboration interdisciplinaire des expertises de chercheurs en psychologie de la santé et réadaptation au travail (MFC et MEL), ergonomie (IN et RR), ergothérapie (AL) et relations industrielles (VL), a permis d'aborder cette problématique avec une diversité de perspectives théoriques et méthodologiques, enrichissant ainsi l'analyse des données et la portée des conclusions. Cette synergie entre différentes disciplines a non seulement permis de cerner plus précisément les défis spécifiques aux PME, mais aussi d'identifier des stratégies de mise en œuvre plus efficaces et adaptées aux réalités variées des petits et moyens environnements de travail.

## CONCLUSION

Cette étude a permis de mieux comprendre un sujet complexe, peu abordé dans la littérature scientifique, soit les modalités d'application de la gestion des invalidités et du retour au travail consécutif à un TMS en contexte de PME du secteur manufacturier. L'originalité de cette étude consiste à explorer ce sujet à partir des perspectives complémentaires des employeurs de PME, et des représentants des parties prenantes externes impliqués dans la réadaptation et le RMDT dans des organisations de taille et contextes variables. Dans les PME participantes, la gestion des invalidités apparaît principalement orientée vers la gestion médico-administrative, reflétant une forte adhésion au cadre réglementaire et un manque de formalisation de procédure de RMDT. Certaines pratiques mentionnées par les participants se rapprochent des bonnes pratiques décrites dans la littérature. Des besoins en termes de connaissances et de structures de collaboration se dégagent, plus particulièrement pour les PME de petite taille.

Les défis et les leviers à l'instauration de bonnes pratiques en matière de RMDT mentionnées par les participants suggèrent que le besoin en termes de ressources et de structure pourrait être comblé par une meilleure sensibilisation des milieux de travail aux réalités du RMDT, et par des actions collaboratives entre les PME, les professionnels de la santé et les mutuelles de prévention. D'une part, la sensibilisation accrue des PME (employeur ou représentant, supérieur immédiat, travailleur) contribuera au transfert de connaissances sur le respect des limitations fonctionnelles lors de l'application de modalités d'assignation temporaire et de reprise de retour progressif vers les milieux de travail. D'autre part, le renforcement des mécanismes et structures de collaboration entre les PME, les professionnels de la réadaptation et les mutuelles de prévention contribuerait à une meilleure prise en charge et suivi des travailleurs ayant subi une lésion professionnelle. Les constats de cette étude invitent les parties prenantes ou gouvernantes à une réflexion systémique sur les possibilités de mettre en place des mécanismes collaboratifs et intégratifs pour mieux soutenir les PME et les inciter à des efforts pour préserver leur main-d'œuvre en santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aas, R. W., Ellingsen, K. L., Lindøe, P. et Möller, A. (2008). Leadership qualities in the return to work process: A content analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(4), 335-346. <https://doi.org/10.1007/s10926-008-9147-y>
- Agence Européenne pour la santé et la sécurité au travail. (2018a). *La sécurité et la santé dans les micro et petites entreprises dans l'UE : rapport final du projet triennal SESAME*. EU-OSHA. <https://osha.europa.eu/fr/publications/safety-and-health-micro-and-small-enterprises-eu-final-report-3-year-sesame-project>
- Agence Européenne pour la santé et la sécurité au travail. (2018b). *Safety and health in micro and small enterprises in the EU: The view from the workplace*. EU-OSHA.
- Agence Européenne pour la santé et la sécurité au travail. (2019). *Programme stratégique pluriannuel (PSP) 2018-2023 de l'EU-OSHA*. EU-OSHA.
- Andersen, L. P., Kines, P. et Hasle, P. (2007). Owner attitudes and self reported behavior towards modified work after occupational injury absence in small enterprises: A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 107-121. <https://doi.org/10.1007/s10926-007-9064-5>
- Aptel, M. et Vézina, N. (18-19 juin 2008). *Quels modèles pour comprendre et prévenir les TMS? Pour une approche holistique et dynamique* [Communication]. 2e Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques : de la recherche à l'action, Montréal, QC.
- Audet, J., Lecours, A. et Nastasia, I. (2023). Experiences in the return-to-work process of workers having suffered occupational injuries in small and medium size enterprises. *Work*, 74(1), 265-281. <https://doi.org/10.3233/wor-210763>
- Audretsch, D. B., Belitski, M., Caiazza, R. et Phan, P. (2023). Collaboration strategies and SME innovation performance. *Journal of Business Research*, 164, article 114018. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2023.114018>
- Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : post-modernisme ou pragmatisme? *Management & Avenir*, 43(3), 372-391. <https://doi.org/10.3917/mav.043.0372>
- Bannock, G. (2005). *The economics and management of small business: An international perspective*. Routledge.
- Baribeau, C. et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49. <https://doi.org/10.7202/1085131ar>
- Beaver, G. (2003). Management and the small firm. *Strategic Change*, 12, 63-68. <https://doi.org/10.1002/jsc.623>

- Bevan, S. (2015). Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(3), 356-373. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.08.002>
- Bilodeau, P.-L. et D'Amours, M. (2020). *Fondements des relations industrielles* (2<sup>e</sup> éd.). Chenelière Éducation.
- Black, C. M. (2012). Sickness absence and musculoskeletal disorders. *Rheumatology*, 51(2), 204-205. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ker323>
- Black, C. M. et Frost, D. (2011). *Health at work: An independent review of sickness absence*. The Stationery Office.
- Bluff, E. (2019). How SMEs respond to legal requirements to provide information, training, instruction and supervision to workers about work health and safety matters. *Safety Science*, 116, 45-57. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.02.036>
- Cagno, E., Masi, D. et Leão, C. P. (2016). Drivers for OSH interventions in small and medium-sized enterprises. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 22(1), 102-115. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1117351>
- Cagno, E., Micheli, G. J. et Perotti, S. (2011). Identification of OHS-related factors and interactions among those and OHS performance in SMEs. *Safety Science*, 49(2), 216-225. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.08.002>
- Cagno, E., Micheli, G. J. L., Jacinto, C. et Masi, D. (2014). An interpretive model of occupational safety performance for small- and medium-sized enterprises. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 44(1), 60-74. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2013.08.005>
- Calvet, B., Vézina, N., Laberge, M., Nastasia, I., Sultan-Taïeb, H., Toulouse, G., . . . Durand, M.-J. (2021). Integrative prevention and coordinated action toward primary, secondary and tertiary prevention in workplaces: A scoping review. *Work*, 70(3), 893-908. <https://doi.org/10.3233/wor-213609>
- Calvet, B., Vézina, N., Nastasia, I., Laberge, M., Rubiano, P., Sultan-Taïeb, H., . . . Durand, M.-J. (2014). *Prévention intégrée : quelle définition et quelle pratique pour les ergonomes?* [Communication] 45e Congrès de l'Association canadienne d'ergonomie, Diversité des interventions, diversités des populations : quels défis, quels enjeux pour l'ergonomie?, Montréal, QC.
- Carlsen, B. et Glenton, C. (2011). What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), article 26. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-26>
- Champoux, D. et Brun, J.-P. (2003). Occupational health and safety management in small size enterprises: An overview of the situation and avenues for intervention and research. *Safety Science*, 41(4), 301-318. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(02\)00043-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(02)00043-7)

- Charbonneau, M. et Hébert, G. (2020). *La judiciarisation du régime d'indemnisation des lésions professionnelles au Québec*. IRIS. [https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/CNESST\\_WEB.pdf](https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/CNESST_WEB.pdf)
- Chowdhury, F., Audretsch, D. B. et Belitski, M. (2019). Institutions and entrepreneurship quality. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 43(1), 51-81. <https://doi.org/10.1177/1042258718780431>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S. et Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10267), 2006-2017. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32340-0)
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. (2017). *Statistiques annuelles 2016*. CNESST.
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. (2021). *Santé et sécurité du travail : ce que vous devez savoir sur les mutuelles de prévention*. CNESST.
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. (2023). *Statistiques sur les lésions attribuables aux troubles musculosquelettiques (TMS) en milieu de travail (2019-2022)*. CNESST.
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M. et Loisel, P. (2013). Work disability models: Past and present. Dans P. Loisel et J. R. Anema (édit.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (p. 71-93). Springer.
- 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>
- Cunningham, T. R. et Sinclair, R. (2015). Application of a model for delivering occupational safety and health to smaller businesses: Case studies from the US. *Safety Science*, 71(Pt C), 213-225. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.06.011>
- Cusimano-Reaston, M. et Carney, B. (2011). Legal changes necessitate proactive management of musculoskeletal disorders: The role of electrodiagnostic functional assessment Soft Tissue Management program. Dans *2011 Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBS), 2011* (p. 7570-7573). IEEE. <https://doi.org/10.1109/iembs.2011.6091866>
- Deslauriers, J.-P. et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (édit.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 85-112). Gaëtan Morin Éditeur.
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with

- musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589.  
<https://doi.org/10.3233/wor-141914>
- Durand, M.-J., Coutu, M.-F. et Nastasia, I. (2016). Pratiques de retour au travail dans de grandes entreprises au Québec. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77(3), 369. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2016.03.011>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9640-7>
- Dworsky, M. et Broten, N. (2018). *How can workers' compensation systems promote occupational safety and health? Stakeholder views on policy and research priorities*. RAND Corporation.
- Dyck, D. E. G. (2017). *Disability management: Theory, strategy & industry practice* (6<sup>e</sup> éd.). LexisNexis.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9671-0>
- Franche, R.-L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M. et Loisel, P. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 525-542. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8032-1>
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. et Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8038-8>
- Frank, J. et Cullen, K. (2006). Preventing injury, illness and disability at work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(2), 160-167. <https://doi.org/10.5271/sjweh.992>
- Fraser, M. et Fraser, A. (2001). Are people with learning disabilities able to contribute to focus groups on health promotion? *Journal of Advance Nursing*, 33(2), 225-233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2001.01657.x>
- Geoffrion, P. (1997). Le groupe de discussion. Dans B. Gauthier (édit.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (p. 311-335). Presses de l'Université du Québec.
- Gosselin, M. (2004). *Analyse des avantages et des coûts de la santé et de la sécurité en entreprise : développement de l'outil d'analyse* (Rapport n° R-375). IRSST. <https://pharesst.irsst.gc.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1595&context=rappports-scientifique>

- Grant, M., Rees, S., Underwood, M. et Froud, R. (2019). Obstacles to returning to work with chronic pain: In-depth interviews with people who are off work due to chronic pain and employers. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), article 486. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2877-5>
- Guest, G., Bunce, A. et Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822x05279903>
- Gunnarsson, K., Larsson, M., Schill, H. P. et Josephson, M. (2014). Research note: Return to work in small enterprises. *Small Enterprise Research*, 21(2), 229-237. <https://doi.org/10.1080/13215906.2014.11082091>
- Harrison, J. S. et Wicks, A. C. (2013). Stakeholder theory, value, and firm performance. *Business Ethics Quarterly*, 23(1), 97-124. <https://doi.org/10.5840/beq20132314>
- Hasle, P., Kvorning, L. V., Rasmussen, C. D., Smith, L. H. et Flyvholm, M. A. (2012). A model for design of tailored working environment intervention programmes for small enterprises. *Safety and Health at Work*, 3(3), 181-191. <https://doi.org/10.5491/shaw.2012.3.3.181>
- Hasle, P. et Limborg, H. J. (2006). A review of the literature on preventive occupational health and safety activities in small enterprises. *Industrial Health*, 44(1), 6-12. <https://doi.org/10.2486/indhealth.44.6>
- Hasle, P. et Refslund, B. (2018). Intermediaries supporting occupational health and safety improvements in small businesses: Development of typology and discussion of consequences for preventive strategies. *Annals of Work Exposures and Health*, 62(Supplement 1), S65-S71. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy046>
- Hassard, J., Muylaert, K., Namysl, A., Kazenas, A. et Flaspöler, E. (2012). *Motivation for employers to carry out workplace health promotion: Literature review*. EU-OSHA.
- Holmgren, K. et Ivanoff, S. D. (2007). Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process: A focus group study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 93-106. <https://doi.org/10.1007/s10926-006-9041-4>
- Huberman, A. M. et Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (édit.), *Handbook of qualitative research* (p. 428-444). Sage Publications.
- Huberman, A. M., Miles, M. B. et De Backer, C. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. De Boeck Université.
- Hunter, D., McCallum, J. et Howes, D. (2019). Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *Journal of Nursing and Health Care*, 4(1).

- Innovation, Sciences et Développement économique Canada. (2023). *Key small business statistics*. ISED-ISDE. <https://ised-isde.canada.ca/site/sme-research-statistics/en/key-small-business-statistics/key-small-business-statistics-2023>
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. (2018). *Plan quinquennal de production scientifique et technique, 2018-2022*. IRSST. <https://www.irsst.gc.ca/Portals/0/upload/5-institut/Plan/plan-quinquennal-2018-2022.pdf>
- Institut national de recherche et de sécurité. (2019). *Évaluation des différentes stratégies et actions de l'INRS vers les TPE/PME sur la période 2007-2017*. INRS. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=PV%2012>
- Institute for Work & Health. (2007). *Seven 'principles' for successful return to work*. IWH. <https://www.iwh.on.ca/tools-and-guides/seven-principles-for-successful-return-to-work>
- International Labour Organization. (2020). *Improving safety and health in micro-, small and medium-sized enterprises: An overview of initiatives and delivery mechanisms*. ILO.
- Jeffrey, L. M., Hide, S. et Legg, S. (2010). Learning characteristics of small business managers: Principles for training. *Journal of Workplace Learning*, 22(3), 146-165. <https://doi.org/10.1108/13665621011028602>
- Kearns, D., McCarthy, P. et Sheehan, M. (1997). Organisational restructuring: Considerations for workplace rehabilitation professionals. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 3(1), 21-29. <https://doi.org/10.1017/S1323892200001587>
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
- Knauf, M. T. et Schultz, I. Z. (2016). Current conceptual models of return to work. Dans I. Z. Schultz et R. J. Gatchel (édit.), *Handbook of return to work: From research to practice* (p. 27-51). Springer US.
- Kristman, V. L., Shaw, W. S., Boot, C. R. L., Delclos, G. L., Sullivan, M. J. et Ehrhart, M. G. (2016). Researching complex and multi-level workplace factors affecting disability and prolonged sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(4), 399-416. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9660-3>
- Kristman, V. L., Shaw, W. S., Reguly, P., Williams-Whitt, K., Soklaridis, S. et Loisel, P. (2017). Supervisor and organizational factors associated with supervisor support of job accommodations for low back injured workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(1), 115-127. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9638-1>
- Le Moigne, J.-L. (2001). *Le constructivisme, tome 1 : les enracinements*. L'Harmattan.
- Le Moigne, J.-L. (2002). *Le constructivisme, tome 2 : épistémologie de l'interdisciplinarité*. L'Harmattan.
- Le Moigne, J.-L. (2012). *Les épistémologies constructivistes*. Presses Universitaires de France.

- Lecours, A., Baril, N. et Drolet, M.-J. (2021). What is professionalism in occupational therapy? A concept analysis [Qu'est-ce que le professionnalisme en ergothérapie? Analyse de ce concept]. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(2), 117-130. <https://doi.org/10.1177/0008417421994377>
- Lecours, A., Major, M.-È., Lederer, V., Vincent, C., Lamontagne, M. et Drolet, A.-A. (2023). Integrative prevention at work: A concept analysis and meta-narrative review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33(2), 301-315. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10073-4>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9459-4>
- Legg, S. J., Laird, I. S., Olsen, K. B. et Hasle, P. (2014). Creating healthy work in small enterprises: From understanding to action: Summary of current knowledge. *Small Enterprise Research: The Journal of SEANZ*, 21(2), 139-147.
- Legg, S. J., Olsen, K. B., Laird, I. S. et Hasle, P. (2015). Managing safety in small and medium enterprises. *Safety Science*, 71(Pt C), 189-196. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.11.007>
- Lippel, K. et Sabourin, V. (2020). Prévention de la chronicité : comment le droit pourrait-il mieux contribuer à diminuer les incapacités au travail? Dans Barreau du Québec (édit.), *Développements récents en droit de la santé et de la sécurité au travail 2020*. Édition Yvon Blais.
- Liukko, J. et Kuuva, N. (2017). Cooperation of return-to-work professionals: The challenges of multi-actor work disability management. *Disability and Rehabilitation*, 39(15), 1466-1473. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1198428>
- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, RLRQ, c. A-3.001, art. 170.3.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van Tulder, M. et Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2>
- Loisel, P. et Côté, P. (2013). The work disability paradigm and its public health implications. Dans P. Loisel et J. R. Anema (édit.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (p. 59-67). Springer.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability prevention: The new paradigm of management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360. <https://doi.org/10.2165/00115677-200109070-00001>
- Lötters, F., Meerding, W. J. et Burdorf, A. (2005). Reduced productivity after sickness absence due to musculoskeletal disorders and its relation to health outcomes. *Scandinavian*

*Journal of Work, Environment & Health*, 31(5), 367-374.  
<https://doi.org/10.5271/sjweh.920>

- 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. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1009>
- MacEachen, E., Kosny, A., Ferrier, S. et Chambers, L. (2010). The "toxic dose" of system problems: Why some injured workers don't return to work as expected. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 349-366. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9229-5>
- MacEachen, E., Kosny, A., Scott-Dixon, K., Facey, M., Chambers, L., Breslin, C., . . . Mahood, Q. (2010). Workplace health understandings and processes in small businesses: A systematic review of the qualitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(2), 180-198. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9227-7>
- Macpherson, R. A., Lane, T. J., Collie, A. et McLeod, C. B. (2018). Age, sex, and the changing disability burden of compensated work-related musculoskeletal disorders in Canada and Australia. *BMC Public Health*, 18(1), article 758. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5590-7>
- Main, C. J., Shaw, W. S. et Mitchell, J. (2016). Towards an approach to return to work interventions in musculoskeletal disorders. Dans I. Z. Schultz et R. J. Gatchel (édit.), *Handbook of return to work* (p. 439-457). Springer.
- Masi, D. et Cagno, E. (2015). Barriers to OHS interventions in small and medium-sized enterprises. *Safety Science*, 71(Pt C), 226-241. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.05.020>
- Megawaty, M., Hamdat, A. et Aida, N. (2022). Examining linkage leadership style, employee commitment, work motivation, work climate on satisfaction and performance. *Golden Ratio of Human Resource Management*, 2, 1-14. <https://doi.org/10.52970/grhrm.v2i1.86>
- Micheli, G. J. et Cagno, E. (2010). Dealing with SMEs as a whole in OHS issues: Warnings from empirical evidence. *Safety Science*, 48(6), 729-733. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.02.010>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., Rispal, M. H. et Bonniol, J. J. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Murphy, J. (2006). Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations*, 9(1), 49-59. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00366.x>
- Murray, C. J. L., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., . . . Lim, S. S. (2020). Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1135-1159. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31404-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31404-5)
- Murray, E., Franche, R.-L., Ibrahim, S., Smith, P., Carnide, N., Côté, P., . . . Mustard, C. (2013). Pain-related work interference is a key factor in a worker/workplace model of work

- absence duration due to musculoskeletal conditions in Canadian nurses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(4), 585-596. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9408-7>
- Nastasia, I., Coutu, M.-F. et Tcaciuc, R. (2014). Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): A systematic, comprehensive literature review. *Disability and Rehabilitation*, 36(22), 1841-1856. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.882418>
- Nastasia, I., Coutu, M.-F., Rives, R., Dubé, J., Gaspard, S. et Quilicot, A. (2021). Role and responsibilities of supervisors in the sustainable return to work of workers following a work-related musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(1), 107-118. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09896-w>
- Nastasia, I., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Collinge, C. et Cibotaru, A. (2017). *Pratiques des milieux de travail pour assurer un retour au travail sain et durable* (Rapport n° R-983). IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1143&context=rappports-scientifique>
- Nastasia, I. et Rives, R. (2023). *Stratégies de gestion de la santé et de la sécurité du travail en contexte de petites et moyennes entreprises favorisant le retour et le maintien durable en emploi des travailleurs après une blessure reliée au travail : une revue de littérature* (Rapport n° R-1177-fr). IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1019&context=expertises-revues>
- Olsen, K. B. et Hasle, P. (2015). The role of intermediaries in delivering an occupational health and safety programme designed for small businesses: A case study of an insurance incentive programme in the agriculture sector. *Safety Science*, 71(Pt C), 242-252. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.02.015>
- Page, K. (2009). Blood on the coal: The effect of organizational size and differentiation on coal mine accidents. *Journal of Safety Research*, 40(2), 85-95. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2008.12.007>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Parker, D. L., Bejan, A. et Brosseau, L. M. (2012). A qualitative evaluation of owner and worker health and safety beliefs in small auto collision repair shops. *American Journal of Industrial Medicine*, 55(5), 474-482. <https://doi.org/10.1002/ajim.22027>
- Pransky, G., Shaw, W. S., Loisel, P., Hong, Q. N. et Désorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 41-48. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9208-x>
- Randrianarivelo, F., Badri, A., Gauthier, F. et Trudel, B. (2022). Prevention of occupational diseases in small and medium-sized manufacturing enterprises in Quebec (Canada): Study of prevention management practices. *International Journal of Safety and Security Engineering*, 12(3), 279-289. <https://doi.org/10.18280/ijisse.120302>

- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (édit.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5<sup>e</sup> éd., p. 337-360). Presses de l'Université du Québec.
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M. et Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(2), 327-352. <https://doi.org/10.1007/s10926-007-9071-6>
- Seing, I., MacEachen, E., Ståhl, C. et Ekberg, K. (2015). Early-return-to-work in the context of an intensification of working life and changing employment relationships. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 74-85. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9526-5>
- Shaw, W. S., Hong, Q. N., Pransky, G. et Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 2-15. <https://doi.org/10.1007/s10926-007-9115-y>
- Shaw, W. S., Main, C. J., Pransky, G., Nicholas, M. K., Anema, J. R. et Linton, S. J. (2016). Employer policies and practices to manage and prevent disability: Foreword to the special issue. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(4), 394-398. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9658-x>
- Shaw, W. S., Robertson, M. M., Pransky, G. et McLellan, R. K. (2006). Training to optimize the response of supervisors to work injuries: Needs assessment, design, and evaluation. *AAOHN Journal*, 54(5), 226-235. <https://doi.org/10.1177/216507990605400506>
- Sørensen, O. H., Hasle, P. et Bach, E. (2007). Working in small enterprises: Is there a special risk? *Safety Science*, 45(10), 1044-1059. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2006.09.005>
- Stock, S. R., Nicolakakis, N., Vézina, N., Vézina, M., Gilbert, L., Turcot, A., . . . Beaucage, C. (2018). Are work organization interventions effective in preventing or reducing work-related musculoskeletal disorders? A systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 44(2), 113-133. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3696>
- Svärd, V., Johansson, Z. A., Holmlund, L., Hellman, T., Kwak, L. et Brämberg, E. B. (2024). Collaboration in the return-to-work process after sick leave due to common mental disorders: A qualitative study of stakeholders' views on goals and roles. *BMC Public Health*, 24(1), article 1567. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19063-y>
- Targoutzidis, A., Koukoulaki, T., Schmitz-Felten, E., Kuhl, K., Hengel, O., Rijken, E., . . . Klüser, R. (2014). *The business case for safety and health at work: Cost-benefit analyses of interventions in small and medium-sized enterprises*. EU-OSHA.
- Tjulin, A. et MacEachen, E. (2016). The importance of workplace social relations in the return to work process: A missing piece in the return to work puzzle? Dans I. Z. Schultz et R. J. Gatchel (édit.), *Handbook of return to work: From research to practice* (p. 81-97). Springer US.

- Tjulin, A., Maceachen, E. et Ekberg, K. (2010). Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 311-321. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9209-9>
- Tremblay, A. et Badri, A. (2018). A novel tool for evaluating occupational health and safety performance in small and medium-sized enterprises: The case of the Quebec forestry/pulp and paper industry. *Safety Science*, 101, 282-294. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.09.017>
- van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C. W., Franche, R.-L., Schonstein, E., Loisel, P., . . . Anema, J. R. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), article CD006955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub2>
- van Vilsteren, M., van Oostrom, S. H., de Vet, H. C. W., 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. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub3>
- Vanovenberghe, C., Van den Broeck, A., Lauwerier, E., Goorts, K. et Du Bois, M. (2022). Motivation in the return to work process: A self-determination cluster approach. *Disability and Rehabilitation*, 44(10), 2053-2062. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1826584>
- Vanthournout, G., Noyens, D., Gijbels, D. et Van den Bossche, P. (2014). The relationship between workplace climate, motivation and learning approaches for knowledge workers. *Vocations and Learning*, 7(2), 191-214. <https://doi.org/10.1007/s12186-014-9112-1>
- Vézina, N., Calvet, B. et Roquelaure, Y. (2018). Vers des programmes de gestion intégrée de la prévention aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Dans M.-J. Durand (édit.), *Incapacité au travail au Québec : éléments de réflexion et d'intervention quant aux nouveaux défis*. CAPRIT.
- Vickers, M. (2005). Business ethics and the HR role: Past, present, and future. *Human Resource Planning*, 28(1), 26.
- Visotzky-Charlebois, M. (2021). Le mode de financement de la CNESST comme vecteur de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : qu'en est-il réellement? *Communitas*, 2(1), 166-193. <https://doi.org/10.7202/1098910ar>
- von Glasersfeld, E. (2001). The radical constructivist view of science. *Foundations of Science*, 6(1), 31-43. <https://doi.org/10.1023/A:1011345023932>
- Williams-Whitt, K., Bültmann, U., Amick, B., Munir, F., Tveito, T. H. et Anema, J. R. (2016). Workplace interventions to prevent disability from both the scientific and practice perspectives: A comparison of scientific literature, grey literature and stakeholder observations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(4), 417-433. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9664-z>

- Woods, M. et Matthewson, M. L. (2021). Managing and mitigating suffering in the return-to-work process. *Frontiers in Psychology*, 12, article 805855. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.805855>
- World Health Organization. (2007). *Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs*. WHO. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA60/A60\\_R26-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-fr.pdf)
- Yassi, A., Ostry, A. et Spiegel, J. (2003). Injury prevention and return to work: Breaking down the solitudes. Dans T. Sullivan et J. Frank (édit.), *Preventing and managing injury and disability at work* (p.75-86). Taylor & Francis.
- Young, A. E. (2010). Return to work following disabling occupational injury: Facilitators of employment continuation. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(6), 473-483. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2986>
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van Poppel, M. N. et Anema, J. R. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 557-568. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8034-z>
- Young, A. E., Viikari-Juntura, E., Boot, C. R., Chan, C., Gimeno Ruiz de Porras, D. et Linton, S. J. (2016). Workplace outcomes in work-disability prevention research: A review with recommendations for future research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(4), 434-447. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9675-9>

# ANNEXE A

## A.I Guide d'entretien individuel

### Préambule :

1. Présentation de la professionnelle de recherche, de la chercheuse principale et du participant.
2. Rappel des objectifs : faire le portrait des moyens existants dans les PME pour la gestion des invalidités et des retours et identifier les contraintes et les besoins.
3. Rappel que l'entrevue sera enregistrée via la plateforme Teams pour limiter la prise de notes et favoriser l'écoute et la transcription.
4. Rappel que les éléments qui seront échangés lors de cet entretien sont confidentiels.

### Section 1 : Caractéristiques de l'entreprise

1. Parlez-nous de votre entreprise.

#### Éléments à couvrir :

- Secteur d'activité, localisation (urbaine, périurbaine ou rurale);
- Type de travail (manutention, travail répétitif, etc.);
- Syndicalisation (présence ou absence);
- Composition de la main-d'œuvre - nombre d'employés? (Moins de 50, entre 50 et 200);
- Type d'activité de transformation (produits métalliques, machines, matériel de transport, meubles, etc.).

### Section 2 : Questions générales sur le participant

1. Parlez-nous de votre travail dans l'entreprise.
2. Titre d'emploi, rôles et responsabilités
3. Tâches, horaire et rythme de votre travail.
4. Parlez-nous de votre rôle dans la gestion des dossiers de lésions professionnelles.
5. Parlez-nous des formations que vous recevez pour la gestion des dossiers de lésions professionnelles.

### Section 3 : Politique et procédures de gestion des invalidités et de retour et maintien au travail

1. Parlez-nous de la façon dont sont gérées les blessures dans votre entreprise.
2. Parlez-nous de la façon dont sont gérés les arrêts de travail dans votre entreprise.
3. Parlez-nous de la façon dont sont gérés les retours au travail dans votre entreprise.

- a) Existe-t-il une procédure de gestion des dossiers de lésions professionnelles dans votre entreprise (politique, formulaire, convention ou règles non écrites)?  
Si oui, pouvez-vous me la décrire?
4. Parlez-nous du processus de retour au travail à partir du moment où le travailleur se blesse. Faisons la chronologie des événements.
5. Parlez-nous des interventions/suivis reçus par les travailleurs de la part des différents professionnels de la santé (médecin, ergothérapeute, ergonomiste, etc.)
6. Parlez-nous des interventions en entreprise (visite de l'ergothérapeute, modifications, adaptation du poste de travail, etc.).
7. Comment les aspects personnels des travailleurs (physiques, connaissance/inquiétudes/humeur/réseaux sociaux) peuvent-ils influencer le processus?
8. Comment les caractéristiques de l'entreprise (reprendre les caractéristiques discutées à la section 1) peuvent-elles influencer le processus?

#### **Section 4 : Pratiques et ressources en gestion des invalidités et du retour et maintien en emploi dans votre entreprise**

1. Si nous partons du moment où l'employé quitte en absence. Qu'est-ce qui se passe avec lui à ce moment?
  - a) Qu'est-ce que vous faites?
  - b) Qu'est-ce que le gestionnaire fait?
2. Au moment du retour, qu'est-ce qui se passe?
  - a) Qu'est-ce que vous faites?
  - b) Qu'est-ce que le gestionnaire fait?
3. Retour progressif : comment le faites-vous?
4. Assignation : comment le faites-vous?

#### **Section 5 : Perceptions du processus**

1. Comment le processus de gestion des invalidités influence-t-il le retour après la période d'invalidité?
2. Parlez-nous du soutien que vous recevez pendant ce processus.
  - a) Parlez-nous du système législatif et d'assurance;
  - b) Parlez-nous du soutien au travail (collègues, supérieur immédiat, etc.).
3. Parlez-nous du soutien que les travailleurs reçoivent pendant ce processus.
4. Parlez-nous de la collaboration entre vous et les travailleurs pendant ce processus.
5. Quels sont les défis que vous vivez en lien avec le processus de retour au travail?

## **Section 6 : Facilitateurs/obstacles**

1. Parlez-nous des éléments qui facilitent le processus de retour au travail dans votre PME.
  - a) Éléments liés au système législatif et d'assurance;
  - b) Éléments liés au système de santé;
  - c) Éléments sur le plan personnel (soutien social, caractéristiques personnelles);
  - d) Éléments liés au travail (collègues, supérieur immédiat, etc.).
2. Parlez-nous des éléments qui nuisent au processus de retour au travail dans votre PME.
  - a) Éléments liés au système législatif et d'assurance;
  - b) Éléments liés au système de santé;
  - c) Éléments sur le plan personnel (soutien social, caractéristiques personnelles);
  - d) Éléments liés au travail (collègues, supérieur immédiat, etc.).
3. Parlez-nous de ce qui permettrait d'améliorer le processus de retour au travail dans votre PME.
  - Est-ce qu'il y aurait d'autres éléments que nous n'avons pas discuté que vous souhaitez nous partager?
  - Avec le contexte de la Covid, est-ce que vous remarquez des différences en comparaison avec ce que vous faites habituellement dans votre entreprise?

## **Collecte des données sociodémographiques**

## **Remerciements, fin de l'entretien**

## **A.II Canevas pour les groupes de discussion**

### **Préambule :**

- Présentation de l'animateur et de l'équipe de recherche;
- Rappel des objectifs de la recherche et des modalités d'interaction dans le groupe de discussion;
- Rappel confidentialité des données;
- Tour de table de participants :
  - Présentations;
  - Affiliation;
  - Rôles et responsabilités en lien la gestion des invalidités, le retour et le maintien en emploi dans les PME.

### **1. Mandats en lien avec la gestion des invalidités et avec le retour et le maintien au travail dans les PME**

### **2. Parlez-nous plus spécifiquement de votre travail avec les PME en lien avec la gestion d'absences pour troubles musculosquelettiques et le retour et maintien au travail.**

- Relance sur les différentes composantes si ceci n'a pas été abordé.

### **3. Caractéristiques des PME et impacts sur le retour et le maintien au travail**

- Parlez-nous des caractéristiques propres aux PME qui influencent le processus de retour et maintien au travail que ce soit au moment de l'absence, du retour ou lors du maintien au travail.
  - Relance sur comment ces caractéristiques de PME influencent les différentes composantes si ceci n'a pas été abordé.

### **4. Défis et facilitateurs**

- Quels sont les défis propres aux PME dans la gestion des invalidités en raison d'un trouble musculosquelettique et pour favoriser le retour et le maintien au travail ?
  - Avec le travailleur/la travailleuse (communication, mobilisation, défis/soutien lié au rôle de proche aidant, conciliation travail et vie personnelle, etc.)
  - Au niveau du milieu de travail (accommodements possibles ou non, flexibilité poste/tâches/horaires, disponibilité de postes, ressources, engagement ou non de la direction, etc.)
  - Avec les assureurs privés et la CNESST (compréhension des aspects administratifs, des règles, des délais, des stratégies possibles comme les assignations temporaires dans une autre entreprise de la même mutuelle de prévention, etc.)

- Avec les cliniciens impliqués (contact avec eux? Comment ça se passe?)
- Quels sont les facilitateurs propres aux PME dans la gestion des invalidités en raison d'un trouble musculosquelettique et pour favoriser le retour et le maintien au travail ?

### **5. Leviers potentiels**

- Comment pourrait-on améliorer la gestion des invalidités dans les PME?
- Selon vous, quels sont les besoins des PME pour favoriser le processus de retour et maintien au travail?
  - Sur le plan des ressources internes;
  - Sur le plan des ressources externes;
  - Sur le plan de la formation;
  - Sur le plan de la coordination/collaboration/communication entre toutes les personnes impliquées;
  - Autres.

### **6. Avec le contexte de la Covid, est-ce que vous remarquez des différences en comparaison avec ce que vous faites habituellement dans votre entreprise ?**

**Remerciements, paiement compensation, fin de la rencontre**

### A.III Liste des codes et catégories d'analyse

Nom	Description
Description participant	Toute référence qui décrit le titre d'emploi, les rôles et responsabilités, etc.
Description PME	Toute référence qui décrit la taille, le type d'activités de transformation, la localisation, le type de travail etc.
Diversité	Toute référence en termes de différences en termes de race, de couleur, de lieu d'origine, de religion, de statut d'immigrant ou de nouvel arrivant, d'origine ethnique, d'aptitudes, de sexe, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'expression de genre et d'âge.
COVID-19	Toute référence à l'impact du coronavirus sur les procédures et les pratiques
Défi (obstacle)	Facteur qui désigne un obstacle à contourner dans la gestion des invalidités et le processus de retour et maintien durable au travail (ex. résistance au changement, absence de ressources, absence de soutien) tel que mentionné par le participant.
Lever (facilitant)	Facteur qui sert à soulever, à mouvoir, à surmonter quelque obstacle ou résistance (ex. motivation du travailleur, soutien par le superviseur)
Pénurie de main-d'œuvre	<p>État de l'économie d'un pays, d'une région ou d'une communauté plus restreinte dans lesquels l'offre d'emploi l'emporte sur le nombre de travailleurs disponibles.</p> <p><b>Note</b></p> <p>La pénurie de main-d'œuvre peut souvent exister dans un secteur déterminé d'activité professionnelle, ou dans quelques-uns, pendant qu'il y a surplus, donc chômage, dans d'autres secteurs ou dans l'ensemble. Une telle situation se présente lorsqu'il y a mobilité insuffisante de la main-d'œuvre ou un manque de coordination entre l'industrie et les organismes chargés de la formation professionnelle.</p> <p>Source : Grand dictionnaire terminologique.</p>

Nom	Description
Politiques et procédures (formelles)	Toute référence à un document ou marche à suivre, concernant la gestion des invalidités et le processus de RT dans la PME.
Politique	Document ou vision de l'organisation sur le processus de RT.
Procédure	Marche à suivre (formalisée ou non), ensemble de formalités, de démarches à accomplir pour réussir la gestion des invalidités et le RMDT. Règles non écrites résultant ou non des précédents
Pratiques de gestion d'absence et de RAT (informelle)	Ensemble des actions afin d'assurer le suivi d'une période d'absence du travail ou durant le retour pour motif d'invalidité
Absence	Description types d'absences, durée, nombre.
Accommodement, aménagement	Mise en place des mesures permettant à une personne de réaliser un travail en éliminant les motifs de discrimination sous réserve de contraintes excessives et l'obligation des parties concernées d'y participer conformément aux chartes des droits et libertés.
Assignation temporaire	Mesure qui consiste à retourner le travailleur à un autre poste qui correspond à ses limitations fonctionnelles et permet la réadaptation du travailleur.
Collaboration	Participation de plusieurs acteurs à l'atteinte de la mise en œuvre des actions visant la gestion des invalidités et le RT.
Communication	Transmission et circulation de l'information entre les acteurs dans le cadre de la gestion des invalidités et du processus de RT d'un travailleur. Autant avec le travailleur qu'avec les autres acteurs.
Contact avec le travailleur	Toute communication visant à informer ou à mobiliser le travailleur (en absence et pendant tout le processus de RT) pour maintenir le lien entre le travailleur et le milieu de travail.
Contestation	Demande de reconsidération d'une décision permettant à la CNESST ou au Tribunal administratif de se prononcer une

Nom	Description
	seconde fois pour corriger une erreur ou si un fait essentiel n'était pas connu au moment de rendre la décision.
Évaluation	Évaluation du travail et du travailleur par un professionnel tel un ergonomiste, un ergothérapeute ou un autre spécialiste du travail.
Implication du superviseur	Participation du superviseur à la réalisation des étapes de l'absence et du RT : contact avec le travailleur, planification de la distribution de tâche au travailleur et aux autres membres de l'équipe, mise en place de la solution de RT, suivi lors de la reprise, etc.
Implication du travailleur	Participation du travailleur dans les différentes étapes de son absence et de son processus de RT.
Indemnisation	Somme versée au travailleur pendant son absence ou pendant le processus de RT. Inclue les références à la CNESST et autres assureurs.
Prévention	Démarche qui vise à éviter, limiter ou composer avec l'étendue et la gravité des conséquences de l'exposition à un risque ou un danger.
Reprise du travail	Pratique entourant la reprise du travail suivant l'absence.
Retour progressif	Mesure qui consiste au retour du travailleur à son poste de travail avec des modifications, allègements de tâches ou d'horaires.
Soutien	Action de soutenir quelqu'un, de lui apporter appui, protection, secours
Ressources et structures	Les différents acteurs internes ou externes à la PME et les organisations qui agissent à titre d'intermédiaire ou de partie prenante dans la gestion des invalidités et le processus de RT.
Acteurs externes	
Professionnels de la santé	

Nom	Description
Ergonome	
Médecin	
Préventionniste	
Assureur	Toute autre référence à un assureur, incluant la CNESST.
Acteurs internes	
Comité santé sécurité	
Direction	
Syndicat	
Travailleur	
Collègues	
Autres acteurs internes	
ASP	Association sectorielle paritaire : regroupement volontaire d'associations d'employeurs et de travailleurs d'un même secteur d'activité. C'est un organisme autonome et sans but lucratif réglementé par la <i>Loi sur la santé et la sécurité du travail</i> (LSST).
Mutuelle de prévention	Regroupement d'employeurs qui choisissent de s'engager dans une démarche visant à favoriser la prévention des lésions professionnelles, la réadaptation et le retour en emploi des travailleurs accidentés, en vue de bénéficier d'une tarification relative à la santé et à la sécurité du travail qui reflète leurs efforts.
Parties prenantes	Toute référence systémique à un ensemble ou à des organismes impliqués dans la gestion des invalidités et du processus de retour au travail des travailleurs.
Employeur	Propriétaires ou dirigeants de PME en général.

<b>Nom</b>	<b>Description</b>
Système de santé	Tout référence au fonctionnement du système de santé en général (ex. délais dans le traitement ou diagnostic).
Système personnel	Toute référence au fonctionnement du travailleur en dehors de la sphère de travail (ex. problématiques familiales).
Tribunal administratif du travail	Instance qui régit les contestations de décision de la CNESST.
Solutions	Toute solution avec un impact positif sur les pratiques de RMDT (ex. formation du superviseur, formalisation de procédures etc.).

#### A.IV Caractéristiques des participants aux entretiens et des PME

Participants aux entretiens					
	Titre d'emploi du participant	Âge (ans)	Sexe	Année(s) d'expérience en gestion des invalidités	Année(s) d'expérience en entreprise
1	Contrôleur financier	40-45	Femme	10	15-20
2	Commis paye et avantages sociaux	65-67	Femme	40	5-10
3	Conseillère RH	20-25	Femme	2	2-5
4	Directrice RH	30-35	Homme	4	2-5
5	Conseiller en prévention/SST	45-50	Homme	7	2-5
6	Coordonnatrice RH	30-35	Femme	10	2-5
7	Directrice générale	60-65	Femme	25	15-20
8	Directeur, copropriétaire	50-55	Homme	30	5-10

## A.V Caractéristiques des participants aux groupes de discussion

#	Titre d'emploi	Partie prenante	Catégorie d'âge	Sexe	Dernier niveau de scolarité complété	Domaine d'études	Années d'expérience à l'emploi	Années d'expérience en réadaptation	Code analyse
1	Propriétaire	Services de réadaptation	41-50	Femme	Maîtrise	Génie industriel, ergonomie	+ 10 ans	+ 10 ans	Professionnel de la réadaptation
2	Propriétaire	Services de réadaptation	51-60	Femme	Maîtrise	Ergothérapie, sciences de la santé	+ 10 ans	+ 10 ans	Professionnel de la réadaptation
3	Vice-présidente	Mutuelle de prévention	61-70	Femme	Secondaire	Secrétariat	4 à 10 ans	4 à 10 ans	Mutuelle de prévention
4	Consultante	Services de réadaptation	41-50	Femme	Maîtrise	Ergothérapie	+ 10 ans	+ 10 ans	Professionnel de la réadaptation
5	Conseillère RH	Assureur (CNESST)	18-30	Femme	Maîtrise	Relations industrielles	1 à 3 ans	1 à 3 ans	Assureur
6	Consultante réadaptation	Services de réadaptation	51-60	Femme	Baccalauréat	Relations industrielles	+ 10 ans	+ 10 ans	Professionnel de la réadaptation

#	Titre d'emploi	Partie prenante	Catégorie d'âge	Sexe	Dernier niveau de scolarité complété	Domaine d'études	Années d'expérience à l'emploi	Années d'expérience en réadaptation	Code analyse
7	Conseillère réadaptation	Assureur	31-40	Femme	Collégial	Techniques en réadaptation	1 à 3 ans	4 à 10 ans	Assureur
8	Conseillère prévention	Services de réadaptation	41-50	Femme	Maîtrise	SST, ergonomie	Moins d'un an	+ 10 ans	Professionnel de la réadaptation
9	Conseillère prévention	Mutuelle de prévention	41-50	Femme	Maîtrise	Ergothérapie, ergonomie	+ 10 ans	+ 10 ans	Mutuelle de prévention
10	Propriétaire	Service de réadaptation	41-50	Femme	Maîtrise	Ergothérapie, ergonomie	+ 10 ans	+ 10 ans	Professionnel de la réadaptation
11	Consultante	Service de réadaptation	41-50	Femme	Maîtrise	Développement de carrière, RH, réadaptation	+ 10 ans	+ 10 ans	Professionnel de la réadaptation
12	Conseillère réadaptation	Assureur	41-50	Femme	Baccalauréat	Kinésiologie, RH	+ 10 ans	+ 10 ans	Assureur
13	Président	Mutuelle de prévention	61-70	Homme	Baccalauréat	Administration	+ 10 ans	+ 10 ans	Mutuelle de prévention

#	Titre d'emploi	Partie prenante	Catégorie d'âge	Sexe	Dernier niveau de scolarité complété	Domaine d'études	Années d'expérience à l'emploi	Années d'expérience en réadaptation	Code analyse
14	Conseillère réadaptation	Assureur	61-70	Femme	Baccalauréat	Relations industrielle, administration	+ 10 ans	+ 10 ans	Assureur
15	Consultante santé et productivité	Assureur	31-40	Femme	Maîtrise	Kinésiologie, administration	1 à 3 ans	+ 10 ans	Assureur
16	Propriétaire	Service de réadaptation	51-60	Homme	Maîtrise	Kinésiologie, ergonomie, administration	+ 10 ans	+ 10 ans	Professionnel de la réadaptation

## A.VI Détail des pratiques mentionnées pour chaque entreprise

Pratiques/Phase	Entreprise 1	Entreprise 2	Entreprise 3	Entreprise 4	Entreprise 5	Entreprise 6	Entreprise 7	Entreprise 8
<b>Absence</b>								
Politique ou procédure écrite pour la gestion des absences et le RT			√			√	√	
Encourage la déclaration du travailleur au moment même de la lésion		√				√		
Enquête sur l'accident		√	√	√		√	√	
Remise de la documentation utile au travailleur concernant son absence et le processus de RMDT		√	√	√		√		
Contact avec le travailleur en absence par le responsable de gestion des absences	√	√	√	√	√	√	√	√

Pratiques/Phase	Entreprise 1	Entreprise 2	Entreprise 3	Entreprise 4	Entreprise 5	Entreprise 6	Entreprise 7	Entreprise 8
Contact avec le travailleur en absence par le supérieur immédiat	√			√				
Rencontre avec le travailleur en entreprise pendant l'arrêt de travail							√	
Aide au travailleur pour remplir les formulaires de CNESST et lors de son absence de manière plus générale			√		√			
Mention de travailleurs motivés à revenir	√		√		√			√
Mention de travailleurs manquant de volonté pour revenir			√		√			
Mention d'une aide apportée par la mutuelle de prévention pendant l'absence du travailleur	√	√	√	√	√	√		√

Pratiques/Phase	Entreprise 1	Entreprise 2	Entreprise 3	Entreprise 4	Entreprise 5	Entreprise 6	Entreprise 7	Entreprise 8
Mention de contestation auprès de la CNESST par l'entreprise		√	√					
<b>Assignment temporaire (AT)</b>								
Assignment temporaire sur un poste administratif	√	√		√		√		
Assignment temporaire sur le poste pré lésionnel ou sur un poste similaire, avec des tâches allégées		√	√	√	√	√	√	√
Implication du superviseur dans le choix des tâches d'AT		√	√					
Implication du travailleur dans le choix des tâches d'AT			√	√		√		√
Possibilité de jumeler le travailleur en AT avec un travailleur en bonne santé					√			

Pratiques/Phase	Entreprise 1	Entreprise 2	Entreprise 3	Entreprise 4	Entreprise 5	Entreprise 6	Entreprise 7	Entreprise 8
Suivi régulier du travailleur lors de l'AT			√	√				
Implication du superviseur dans le suivi de l'AT			√				√	
Implication d'un spécialiste externe dans le choix des tâches d'AT			√					
<b><i>Retour progressif au poste</i></b>								
Retour au poste avec un horaire allégé	√	√			√		√	
Aménagements (télétravail, changement de quart de travail)				√		√		√

**Reprise du travail  
(pré lésionnel)**

Mention de difficulté pour  
obtenir la certification de la  
consolidation de la lésion  
par un médecin

√

√

√

√

Souplesse dans les  
premiers temps après le  
retour au poste (possibilité  
de s'asseoir, de prendre un  
peu plus de pause, etc.)

√

√

√

√

**Suivi et maintien au travail**

Suivi du travailleur par le  
responsable de la gestion  
des absences

√

√

Suivi du travailleur par le  
supérieur immédiat\*

Formation du supérieur  
immédiat sur les éléments à  
observer lors du suivi du  
travailleur\*

Responsabilité donnée au travailleur d'aviser en cas de douleur/problème	√	√		√
--	---	---	--	---

**Autres pratiques SST**

Rencontre du travailleur accidenté avec le comité SST	√			
---	---	--	--	--

Participation à un réseau d'échange SST interentreprise			√	√
---	--	--	---	---

Modification des postes de travail après un accident		√	√	
--	--	---	---	--

Recours à un spécialiste pour évaluation des postes de travail	√	√	√	√
--	---	---	---	---

\* Mentionné uniquement par les parties prenantes externes