



Les dimensions des interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles

*Dimensions of worksite interventions designed to facilitate the return to work
after occupational injuries*

*Las dimensiones de las intervenciones organizacionales de mantenimiento del
vínculo con el empleo de los trabajadores víctimas de lesiones laborales*

Diane Berthelette et Raymond Baril



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/532>

DOI : 10.4000/pistes.532

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2002

Référence électronique

Diane Berthelette et Raymond Baril, « Les dimensions des interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 4-2 | 2002, mis en ligne le 23 septembre 2012, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/532> ; DOI : 10.4000/pistes.532

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.



Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Les dimensions des interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles

Dimensions of worksite interventions designed to facilitate the return to work after occupational injuries

Las dimensiones de las intervenciones organizacionales de mantenimiento del vínculo con el empleo de los trabajadores víctimas de lesiones laborales

Diane Berthelette et Raymond Baril

1. Introduction

- 1 Les lésions professionnelles peuvent entraver la capacité des travailleurs d'exercer tout type d'activité et, plus spécifiquement, de maintenir leur lien d'emploi avec leur entreprise. Les conséquences humaines et économiques de telles incapacités sont extrêmement importantes. Ainsi, la diminution des capacités physiques peut être accompagnée de conséquences psychologiques, incluant la diminution de l'estime de soi, des sentiments de vulnérabilité, d'isolement, d'insécurité financière et d'agressivité, la perturbation des relations de couple, la colère et le ressentiment à l'égard de l'employeur ainsi que la dépression (Baril et coll., 1994 ; Brain et Conlon, 1996).
- 2 Lundell (1985) estime que les coûts économiques des incapacités de travail représentent en moyenne de 2 % à 5 % de la masse salariale. Au Québec, en 2000, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), qui est responsable de l'application de la législation en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire des lésions professionnelles dans l'ensemble des entreprises relevant de la compétence du Québec, lesquelles regroupent 2 823 366 travailleurs, a consacré 1 298 500 000 dollars canadiens, soit environ 68 % de ses dépenses, à la réadaptation et à l'indemnisation des travailleurs

(CSST, 2001). Ces chiffres ne correspondent qu'à une fraction des coûts des incapacités puisqu'ils concernent uniquement des montants déboursés par les entreprises. Or, de tels coûts sont également payés par les travailleurs et leur famille, les compagnies d'assurances privées ou publiques et le réseau des soins de santé et de services sociaux.

- 3 Au cours des années 1980, des auteurs ont conçu des interventions de réadaptation au travail à l'intention des entreprises. Leur objectif ultime était d'éviter que les travailleurs qui souffraient d'incapacités se retrouvent dans une situation de non-emploi (Tate et coll., 1986) et, par conséquent, de réduire les coûts des incapacités pour les travailleurs et pour les employeurs (Akabas et coll., 1992 ; Shrey et Lacerte, 1995 ; Tate et coll., 1986). Cette approche a fait l'objet d'un nombre important de publications, essentiellement normatives. Les auteurs recommandent généralement un retour précoce et graduel du travailleur dans son entreprise, ce qui doit être encadré par un processus de gestion de cas centré sur l'apport rapide de modifications par sur les résultats d'études évaluatives d'interventions de retour précoce au travail ayant démontré une réduction à la fois de l'incidence et de la durée des incapacités qui entraînent des absences du lieu de travail par des travailleurs souffrant de lésions musculo-squelettiques, souvent de lombalgie (Frank et coll., 1998). Malgré le peu de connaissances scientifiques sur l'efficacité de telles interventions chez les travailleurs souffrant d'autres lésions que celles qui ont fait l'objet des études évaluatives, les auteurs de textes normatifs recommandent leur implantation auprès de l'ensemble des travailleurs souffrant de lésions professionnelles. Leur principal argument est que la durée d'absence suivant le diagnostic d'une incapacité est un facteur déterminant du maintien du travailleur dans la population active (Levitan et Taggart, 1982, cités par Tate et coll., 1986).
- 4 En 1993, la Commission de la santé et de la sécurité du travail a mis de l'avant une politique de maintien du lien d'emploi (MLE) des travailleurs victimes de lésions professionnelles qui s'appuie sur les principes identifiés précédemment. La CSST définit les interventions de maintien du lien d'emploi comme suit :

« Toute action par laquelle le travailleur ayant subi une lésion professionnelle garde contact avec son milieu de travail et demeure actif professionnellement, grâce à une solution provisoire ou permanente de retour au travail, en attendant son prompt et durable retour au travail » (CSST, 1993).
- 5 En 1997, la CSST nous a demandé de mener une étude visant à identifier les caractéristiques des entreprises qui parvenaient à implanter un tel type d'intervention.
- 6 Un premier bilan des publications scientifiques nous a permis de constater, tout comme Shrey et Olsheski (1992), que les données scientifiques concernant l'implantation d'interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi étaient rares puisque la majorité des études pertinentes n'avait porté que sur l'un de ses aspects, soit le retour au travail des travailleurs souffrant d'incapacités, et que celles qui avaient tenté d'en identifier les déterminants avaient mis l'accent sur les caractéristiques des travailleurs plutôt que sur celles de leur environnement de travail. Seulement trois enquêtes de perceptions (Johnson et Baldwin, 1993 ; Kenny, 1999 ; Lévesque 1993) et un bilan de connaissances (Drury, 1991) s'étaient intéressés aux déterminants organisationnels du retour au travail de travailleurs victimes de lésions professionnelles. Les auteurs de ces publications se limitaient à énumérer des caractéristiques des entreprises susceptibles d'expliquer l'implantation d'interventions de retour précoce, sans vérifier la présence de relations entre ces variables.

- 7 Une seule étude (Shoemaker, 1989) a tenté de répondre à une question similaire à celle qui nous avait été posée. Bien que ses résultats nous aient fourni des pistes pertinentes, ils nous paraissaient insuffisants pour cerner les déterminants de l'implantation réelle de l'intervention que nous souhaitions examiner, car l'étude tentait uniquement d'expliquer la résistance d'entreprises américaines à l'implantation d'une politique de retour précoce au travail.
- 8 La composante de l'analyse d'implantation (Champagne et Denis, 1992), ayant pour objectif d'analyser les déterminants contextuels du degré de mise en œuvre d'une intervention, est le type de recherche évaluative qui permet de répondre à la question posée par la CSST. Toutefois, puisque la description de la théorie sous-jacente à une intervention est une étape qui devrait être préalable à toute évaluation (Rossi et coll., 1999), nous avons amorcé notre étude par une telle description. Précisons que la théorie sous-jacente est définie comme étant un ensemble de postulats à l'égard des relations entre les composantes des interventions (leurs objectifs, leur structure, leur processus et leur contexte) qui sont censés leur permettre de produire les effets qu'elles cherchent à produire (Bickman, 1987).
- 9 Chen (1990) distingue deux catégories de théories, l'une étant prescriptive, l'autre, causale. La première est censée guider l'action puisqu'elle précise la nature des objectifs à atteindre et la façon dont l'intervention devrait être élaborée et implantée. La seconde théorie est basée sur l'examen empirique des relations entre les composantes de l'intervention. Chen précise avec raison que la théorie prescriptive, élaborée par les concepteurs d'une intervention, ne repose pas nécessairement sur des connaissances scientifiques et qu'elle est rarement formulée explicitement par les membres des groupes d'intérêt concernés.
- 10 La description d'une théorie nécessite au préalable d'identifier les dimensions des composantes de l'intervention. Puisque le contenu des documents produits par la CSST à l'égard de la politique de MLE ne permettait pas de cerner ces dimensions et qu'il n'existait aucune étude descriptive de l'implantation de cette politique ou d'interventions similaires, nous avons conceptualisé ses dimensions suivant un bilan et une analyse exhaustive du contenu des publications normatives et scientifiques sur le sujet et une collecte de données en entreprise sur les caractéristiques des interventions de MLE implantées. Notre objectif n'était aucunement de porter un jugement sur la valeur de la théorie prescriptive de l'intervention, mais plutôt d'en décrire les composantes.
- 11 Dans la section qui suit, nous présentons les méthodes que nous avons utilisées pour conceptualiser les dimensions des composantes de la théorie prescriptive sous-jacente des interventions de maintien du lien d'emploi. Puis, nous présentons nos résultats, lesquels seront suivis d'une discussion sur leur portée et leurs limites. Nous concluons en proposant de nouvelles avenues de recherche.

2. Méthodes

- 12 Nous avons identifié les documents publiés en français et en anglais avant 1998 qui décrivaient des composantes d'interventions apparentées à celle du maintien du lien d'emploi. Pour ce faire, nous avons consulté les bases de données bibliographiques suivantes : CISDOC, HSELINE, ISIS, FRANCIS, NIOSH et Medline. Nous avons complété notre liste à l'aide des références paraissant dans les documents identifiés. Nous avons

retenu trois types de publications concernant spécifiquement le MLE et des interventions similaires, soit des documents normatifs rédigés par la CSST et par des experts qui décrivent les interventions dont ils recommandent l'adoption, des bilans de connaissances et des résultats d'études scientifiques empiriques descriptives et évaluatives. Nous avons procédé à l'analyse thématique transversale du contenu de ces textes jusqu'à saturation théorique, afin d'extraire les composantes des interventions et leurs caractéristiques. Pour ce faire, nous avons utilisé le cadre conceptuel élaboré par Contandriopoulos et coll. (1992) selon lequel toute intervention regroupe les composantes suivantes : les objectifs, la structure, le processus et le contexte. Ces auteurs les définissent comme suit : 1) les objectifs généraux et spécifiques correspondent aux effets ultimes et intermédiaires que l'intervention vise à produire, 2) le processus regroupe les activités ou les services grâce auxquels on tente d'atteindre les objectifs fixés, alors que 3) la structure réunit l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières qui sont censées assurer la mise en œuvre des activités et 4) le contexte de l'intervention correspond aux caractéristiques de l'organisation dans laquelle les services sont dispensés. Nous avons également effectué une synthèse des postulats des auteurs des publications recensées afin de dégager une théorie prescriptive sous-jacente aux interventions de MLE.

- 13 Pour la partie empirique de notre étude, la population à l'étude était composée d'établissements qui avaient déclaré des lésions professionnelles aux bureaux régionaux de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec et dont les lésions avaient été inscrites dans un fichier administratif de la CSST, le RMLE.DRS, entre janvier 1994 et mars 1997. Ce fichier avait été créé afin de permettre au personnel de la CSST d'assurer le suivi des travailleurs indemnisés. Les quatre régions suivantes l'avaient utilisé : Montréal 3, 4 et 5 ainsi qu'Estrie. Tous les travailleurs inscrits dans ce fichier étaient retournés chez leur employeur après une durée d'absence de 45 jours ou plus. Ce fichier constituait la seule source d'information disponible permettant à la fois d'identifier des travailleurs qui avaient bénéficié de mesures de maintien du lien d'emploi ($n = 2\,933$) et des travailleurs qui n'avaient pas eu accès à de telles mesures ($n = 10\,795$), ainsi que d'obtenir un code d'identification des entreprises dans lesquelles ils travaillaient. Puis, nous avons calculé, pour chacun des établissements identifiés dans ce fichier, le nombre de cas de lésions qui avaient fait l'objet de mesures de retour précoce et ceux qui n'en avaient pas bénéficié, de manière à distinguer les entreprises qui n'avaient pas fait appel à de telles mesures de celles qui y avaient eu recours.
- 14 Nous avons utilisé un devis de cas multiple (Yin, 1984) et un échantillonnage raisonné. Les établissements devaient être répartis également dans les quatre secteurs d'activité suivants, présents dans les quatre régions administratives de la CSST qui avaient utilisé le fichier RMLE.DRS : hébergement, imprimerie, meuble et scieries. Afin d'optimiser leur variation, nous avons sélectionné des cas qui semblaient contrastés (Eisenhardt, 1989) dans chacun des secteurs, soit : deux cas de taille différente (petite, moyenne ou grande entreprise) qui n'avaient pas utilisé des mesures de retour précoce au travail et deux qui l'avaient fait. Nous avons eu recours aux données de la CSST sur le pourcentage de personnalisation du taux de cotisation des établissements pour estimer leur taille. Conformément aux pratiques de la CSST, nous avons classé les établissements dans les trois catégories de taille suivantes : petite $\leq 10\%$, moyenne $\geq 11\%$ et $\leq 99\%$, et grande = 100% de personnalisation.

- 15 Dans chacune des entreprises, nous avons tenté de recueillir des données auprès de deux informateurs, l'un représentant l'employeur et l'autre, les travailleurs impliqués dans des activités de santé et de sécurité du travail, de préférence dans le processus d'interventions visant le retour précoce au travail. Nous avons recueilli les données par des entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne d'une heure. Pour la portion qui visait à documenter les dimensions des composantes des interventions de MLE, nous demandions à nos informateurs de décrire chacune des étapes suivies dans l'établissement lorsqu'un travailleur se blessait et, plus spécifiquement, les événements qui se produisaient dans les deux cas suivants : lorsque le médecin du travailleur était d'avis qu'il devait s'absenter, et lors du retour d'un travailleur incapable de remplir les exigences de son poste en raison de sa lésion. Nous souhaitions documenter la nature des actions entreprises dans de tels cas. Nous demandions également à nos informateurs d'identifier les personnes impliquées à chacune des étapes et la fonction qu'elles occupaient dans l'organisation ou dans le réseau de la santé et de la sécurité du travail (SST).
- 16 Les données enregistrées sur bande sonore ont été retranscrites et saisies à l'ordinateur. Nous avons eu recours au logiciel Atlas/ti pour effectuer l'analyse qualitative thématique transversale du *verbatim* des entrevues. La première étape des analyses qui ont servi à produire les résultats présentés dans cet article a consisté à identifier les caractéristiques du processus et de la structure des interventions de retour précoce de chacun des cas. Les services ont été découpés en fonction de leur nature et des autres attributs mentionnés par nos répondants, puis ordonnés de manière séquentielle entre le fait accidentel et le retour du travailleur dans son milieu de travail. Nous avons utilisé le cadre conceptuel qui avait émergé de l'analyse du contenu des publications pour ce faire. En ce qui concerne la structure, nous avons découpé le discours en fonction des caractéristiques des personnes impliquées dans l'intervention nommées par nos répondants. La troisième étape a consisté à mener une analyse comparative des résultats de l'analyse du contenu des publications et des entrevues que nous avons effectuées dans les entreprises afin de produire un cadre conceptuel qui englobe l'ensemble des dimensions répertoriées à l'aide de ces deux sources d'information.
- 17 Enfin, nous avons soumis nos objectifs de recherche, notre démarche méthodologique et nos résultats à un comité consultatif composé de neuf membres des principaux groupes d'intérêt concernés par le MLE au Québec et identifiés par ceux-ci, soit des représentants de la Direction de la réinsertion professionnelle et des directions régionales Île-de-Montréal 3, 4, 5 de même qu'Estrie de la CSST, des employeurs des secteurs de l'hébergement, de l'imprimerie et des scieries, ainsi que des représentants d'une centrale syndicale. Nous avons organisé deux rencontres collectives, soit au début de l'étude et à la fin de l'analyse de données.

3. Résultats

3.1 Les composantes des interventions recommandées dans les publications normatives

- 18 La majorité des publications qui contiennent des informations sur des composantes des interventions de maintien du lien d'emploi s'inscrivent dans le courant de la gestion des incapacités (*disability management*) qui s'est développé aux États-Unis au cours des années

1980. Elles concernent des interventions relatives à la santé et à la sécurité du travail dont les auteurs recommandent l'implantation en entreprise. Une partie des composantes de ces interventions, généralement qualifiées de retour précoce au travail (*early return to work*), vise le maintien du lien d'emploi des travailleurs souffrant d'incapacités suivant une lésion professionnelle, alors que les autres composantes portent principalement sur leur prévention primaire (Beaudway, 1986 ; Chelius et coll., 1992 ; Galvin, 1986 ; Juliff et Polakoff, 1994 ; Rachinsky, 1996 ; Shrey et Olsheski, 1992).
- 19 Les objectifs ultimes des interventions de maintien du lien d'emploi que nous avons répertoriés dans les publications sont les suivants : 1) accroître la santé et la productivité de la main-d'œuvre en réduisant la prévalence et l'effet des incapacités (Tate et coll., 1986), 2) éviter que les travailleurs souffrant d'une incapacité se retrouvent dans une situation de non-emploi (Tate et coll., 1986), 3) minimiser les conséquences et les coûts des incapacités pour les employés et les employeurs (Akabas et coll., 1992 ; Shrey, 1995) et 4) améliorer la compétitivité des entreprises (Akabas et coll., 1992). Plusieurs auteurs formulent également des sous-objectifs, soit : 1) encourager les employés souffrant d'incapacités à retourner au travail (CSST, 1993 ; Shrey, 1995), dans un environnement sécuritaire (Shrey et Olsheski, 1992), 2) réduire la durée des absences causées par l'incidence d'incapacités (Akabas et coll., 1992), 3) accommoder les travailleurs dont les capacités de travail ne leur permettent pas d'assumer une pleine tâche (Shrey et Olsheski, 1992), 4) maintenir une performance de travail optimale qui prenne en compte les limitations fonctionnelles des travailleurs (Tate et coll., 1986), 5) veiller à assurer un maximum d'indépendance aux individus incapables de travailler en raison d'une maladie chronique, d'une blessure ou d'une incapacité (Tate et coll., 1986), 6) améliorer le moral des employés en valorisant la diversité (Akabas et coll., 1992) et 7) accroître la continuité et la coordination des services de réadaptation présents dans la communauté (Tate et coll., 1986).
- 20 En ce qui concerne le processus des interventions, plusieurs auteurs insistent sur l'importance d'évaluer objectivement les capacités des travailleurs (Galvin, 1986 ; Shrey et Olsheski, 1992) et de maintenir des contacts réguliers avec eux lorsqu'ils sont absents du travail. Ils sont d'avis que ces contacts permettraient d'établir un programme de retour graduel au travail (Masengarb, 1994), d'accroître l'estime de soi du travailleur et de rassurer l'employeur sur les progrès réalisés (Guynes, 1989). Ils devraient être caractérisés par l'expression d'empathie et par une attitude positive à l'égard de l'importance que l'entreprise accorde au travailleur et à son retour au travail (Akabas et coll., 1992 ; Beaudway, 1986).
- 21 On recommande aux entreprises de communiquer avec le médecin traitant de l'employé afin de 1) connaître les capacités de travail de celui-ci, 2) fournir une description fonctionnelle des exigences des tâches qu'on souhaite lui confier, et 3) informer le médecin des modifications qui peuvent être apportées au poste de travail et des tâches allégées disponibles (Beaudway, 1986). Les entreprises doivent comparer les exigences des postes de travail, sur les plans physique et professionnel, avec les capacités des travailleurs (Galvin, 1986 ; Shrey et Olsheski, 1992) et prendre en compte les problèmes psychologiques (Daujard, 1996) et émotionnels (Guynes, 1989) qui accompagnent fréquemment l'incapacité.
- 22 La planification d'un retour au travail doit se faire conjointement par les ressources internes et externes des entreprises en cause (Masengarb, 1994 ; Brain et Conlon, 1996) et elle doit être systématique (Tate et coll., 1986). Le retour au travail peut être graduel et

échelonné sur plusieurs jours ou semaines, selon les besoins du travailleur (Brain et Conlon, 1996), de manière à accroître ses capacités à assumer une tâche complète (Tate et coll., 1986). Des rencontres régulières entre le superviseur, le travailleur et son gestionnaire de cas sont également recommandées, suite au retour précoce au travail, afin de vérifier la progression du travailleur et d'adapter l'intervention à ses besoins (Brain et Conlon, 1996).

- 23 On doit offrir un travail significatif au travailleur. Toute condition de travail dont les caractéristiques ne respecteraient pas ces principes serait dégradante pour lui et entraînerait probablement des relations de travail difficiles (Shrey et Olsheski, 1992). Selon Brain et Conlon (1996), le retour à un poste improductif et ennuyeux entraîne souvent du ressentiment de la part des employés.
- 24 Les auteurs recommandent l'attribution d'un salaire équitable, sans préciser la nature des critères sur lesquels s'appuyer pour en juger (Shrey et Olsheski, 1992). Ils préconisent également de traiter rapidement les demandes d'indemnités afin d'éviter les conflits et les préoccupations financières des employés (Cornally, 1986).
- 25 En ce qui concerne la dotation et l'organisation du travail, on conseille d'apporter une ou plusieurs des modifications suivantes, selon les besoins des travailleurs concernés (Akabas et coll., 1992 ; Daujard, 1996 ; Beaudway, 1986 ; Masengarb, 1994 ; Galvin et Roessler, 1986) : 1) assigner temporairement un nouveau poste au travailleur jusqu'à ce qu'il soit en mesure de réintégrer son poste, 2) lui assigner un nouveau poste, et ce, de manière permanente, 3) modifier temporairement ou de manière permanente les tâches usuelles que le travailleur effectue à son poste et confier les tâches qui posent problème à des collègues, 4) modifier l'horaire de travail et, plus spécifiquement, allouer du travail à temps partiel ou des congés, 5) aménager le poste de travail de manière ergonomique et 6) favoriser l'acquisition de nouvelles compétences par la formation des travailleurs. Selon les résultats de l'étude de perception de Hester et coll. (1992), en l'absence de postes adéquats disponibles dans l'entreprise, les gestionnaires devraient aider les travailleurs concernés à trouver un autre emploi.
- 26 Il importe de coordonner les efforts de toutes les unités de l'organisation et d'assurer l'interface de leurs activités avec celles qui sont reliées à la santé et aux incapacités du travailleur. De plus, l'organisation doit tenter de développer des liens avec les ressources externes qui dispensent des soins appropriés aux travailleurs (Galvin, 1986). Masengarb (1994) est d'avis que la communication entre les personnes impliquées dans le processus de retour au travail doit être ouverte et unifiée. Enfin, Cornally (1986) précise que les employés doivent connaître les ressources mises à leur disposition et les moyens par lesquels ils peuvent y avoir accès.
- 27 En somme, les services devraient être globaux (Contandriopoulos et coll., 1992) et dispensés de manière systématique (Tate et al., 1986) et continue (Contandriopoulos et al., 1992). De plus, un système d'évaluation régulière devrait être instauré afin de porter un jugement de valeur sur les interventions et y apporter, au besoin, les améliorations nécessaires (Akabas et coll., 1992 ; Tate et coll., 1986 ; Tortarolo et Polakoff, 1995).
- 28 Nous résumons, dans le tableau 1, les dimensions du processus des interventions de MLE que nous avons répertoriées dans les publications recensées.

Tableau 1. Dimensions du processus prescrit issues des publications recensées

Nature des activités au sein des entreprises	Attributs
Coordination Des ressources internes et externes concernées	Communication unifiée et ouverte
Information des travailleurs Ressources mises à leur disposition et moyens pour en favoriser l'accessibilité	
Communication avec le médecin traitant Obtenir de l'information sur les capacités de travail du travailleur Fournir une description fonctionnelle des exigences des tâches prévues L'informer des modifications possibles au poste	
Dotation Comparer les exigences des postes avec les capacités des travailleurs Prendre en compte les problèmes psychologiques et émotionnels Attribuer le poste initial ou un autre poste	Travail productif et adapté aux capacités
Organisation du travail Restructurer les tâches afin d'en réduire les exigences Modifier l'horaire de travail Aménager le poste de manière ergonomique Former le travailleur	Flexible
Relations entreprises-travailleur Contacts durant la période d'absence Vérifier la progression et adapter l'intervention	Continues Expression d'empathie Attitude positive p/r retour au travail
Rémunération Salaire Demande d'indemnités	Équitable Traitées rapidement
Aide à la recherche d'emploi	
Évaluation du programme	Régulière

29 En ce qui concerne la structure des interventions, le succès de la réadaptation professionnelle dépendrait largement du travail d'équipe mené conjointement par le travailleur concerné, son employeur et le spécialiste de la réadaptation. La participation du gestionnaire est essentielle (Cornally, 1986). Cet auteur est également d'avis que le programme doit être confié à un coordonnateur dont les responsabilités seraient identifiées, qui serait imputable des services dispensés et des

actions entreprises, et pour lequel on aurait établi les canaux de communication nécessaires à l'accomplissement de ses tâches.

- 30 L'équipe responsable de la coordination du programme doit être composée de représentants des unités de l'entreprise concernées par les différentes dimensions du processus de maintien du lien d'emploi, tels que : affaires juridiques, avantages sociaux, ergonomie, formation, gestion du risque, ingénierie, médecine, ressources humaines, production, programmes d'aide aux employés, sécurité et système d'information. Des représentants du syndicat doivent être mis à contribution (Akabas, 1986 ; Akabas et coll., 1992 ; Galvin, 1986 ; Hester et coll., 1992), leur participation pouvant se faire au moyen de comités de relations du travail (Tate et coll., 1986). Par ailleurs, on est d'avis que le salarié doit être impliqué dans le processus de maintien du lien d'emploi (Daujard, 1996 ; Brain et Conlon, 1996).
- 31 Certains auteurs insistent sur le caractère multidisciplinaire de l'équipe, qui doit être composée de personnes possédant des compétences dans les domaines suivants : éducation et formation, développement organisationnel, ergonomie, génie industriel, médecine, psychologie, réadaptation professionnelle, relations du travail, rémunération et sécurité. De plus, elle doit être formée de cadres supérieurs et intermédiaires ainsi que de gestionnaires opérationnels (Galvin, 1986 ; Guynes, 1989 ; Tate et coll., 1986).
- 32 Brain et Conlon (1996) soutiennent que le gestionnaire de cas du travailleur est un acteur clé du processus de MLE puisqu'il lui appartiendrait de vérifier si les tâches qui lui sont assignées à son retour en emploi correspondent à ses capacités, telles que définies par son médecin traitant. Ces auteurs définissent la gestion de cas comme étant
- « un processus de collaboration qui permet d'évaluer, de planifier, d'implanter, de coordonner, d'assurer la surveillance et d'évaluer les options et les services pour répondre aux besoins de santé d'un individu par la communication et les ressources disponibles pour promouvoir l'atteinte de résultats de qualité et efficaces en matière de coûts . »
- 33 Aux États-Unis, les gestionnaires de cas sont des professionnels de la santé qui peuvent faire l'objet d'une accréditation. Ils sont à l'emploi d'établissements de santé, de compagnies d'assurances ou encore, d'entreprises spécialisées dans ce type de service. On assigne généralement un gestionnaire de cas aux travailleurs qui subissent de graves blessures, qui présentent d'importants problèmes psychosociaux ou encore, qui s'absentent pendant quatre à six semaines ou plus suivant le diagnostic de la lésion.
- 34 En somme, on recommande que l'intervention soit confiée à une équipe composée de représentants de l'ensemble des acteurs concernés par le retour au travail, qu'ils appartiennent ou non à l'entreprise. Cette équipe devrait être en partie composée de personnes possédant les compétences nécessaires pour aborder la problématique du retour au travail de manière globale.
- 35 Sur le plan contextuel et plus spécifiquement sur celui de la culture organisationnelle, on recommande aux employeurs, aux collègues et aux délégués syndicaux d'adopter des attitudes positives à l'égard de la santé et du bien-être de la main-d'œuvre (Akabas et coll., 1992 ; Daujard, 1996 ; Galvin, 1986 ; Tate et coll., 1986). On souligne que les superviseurs et les gestionnaires peuvent être enclins à résister au retour au travail d'un employé présentant une incapacité lorsqu'ils sont uniquement récompensés en fonction de la productivité de leur service et des coûts de production. Le mode de rémunération devrait être modifié en conséquence (Chelius et coll., 1992). Pour ce qui est des relations de travail, on invite les représentants des employeurs et des syndicats à veiller à omettre

des conventions collectives des clauses en vertu desquelles l'accès des travailleurs victimes d'incapacités de travail à des postes dont les exigences seraient adaptées à leurs capacités, serait soumis aux règles de l'ancienneté ou à toute autre mesure de protection de l'emploi (Akabas et coll., 1992 ; Daujard, 1996). Enfin, on est d'avis que le soutien des collègues durant le processus de retour au travail est important (Brain et Conlon, 1996).

4. Principales hypothèses d'action

- 36 Les auteurs recommandent l'implantation d'interventions précoces afin de réduire les conséquences d'incapacités permanentes : on doit s'assurer que peu de temps s'écoule entre l'occurrence d'un accident ou l'apparition des symptômes d'une maladie et l'accès à des services de réadaptation (Akabas et coll., 1992 ; Tate et coll., 1986). Le travailleur privé de l'accès à son lieu de travail et, par conséquent, des interactions avec ses collègues, souffrirait d'une perte d'estime de soi. Il ressentirait une détresse psychologique et émotionnelle. Par ailleurs, plusieurs auteurs sont d'avis que le retour du travailleur à l'emploi qu'il occupait avant le diagnostic d'incapacité est le facteur déterminant de son maintien dans la population active (Levitan et Taggart, 1982, cités par Tate). Ainsi, le temps écoulé entre l'accident ou le diagnostic de la maladie du travail et le retour au travail serait une période critique pour les travailleurs menacés de souffrir d'une incapacité. Celle-ci pourrait réduire leur capacité de retrouver un emploi productif et significatif leur permettant d'être autonomes sur le plan financier.
- 37 Selon une auteure (Akabas, 1986), les programmes de retour au travail précoce peuvent s'appuyer sur la théorie de la gestion de crises selon laquelle les périodes critiques peuvent être utilisées pour effectuer des changements. De plus, selon Shrey et Olsheski (1992), la lésion professionnelle et l'incapacité peuvent menacer la relation professionnelle qui existe entre le travailleur et l'employeur et qui leur est mutuellement bénéfique. Cette menace est particulièrement importante lorsque l'équilibre entre les attentes du travailleur et les intentions de l'employeur est flou. En l'absence d'un système permettant d'évaluer objectivement les capacités des travailleurs et d'adapter les conditions de travail à leurs capacités, une méfiance mutuelle s'installe entre eux et les employeurs. Cela peut entraîner des relations conflictuelles qui favorisent les litiges et l'incapacité aux dépens de la productivité.
- 38 La théorie prescriptive sous-jacente des auteurs qui proposent des interventions de MLE peut être résumée comme suit : l'évaluation objective des capacités des travailleurs par des professionnels de la santé et l'identification par les entreprises des exigences physiques et des compétences requises pour exercer les tâches sont des étapes préalables au retour précoce puisque les exigences des tâches doivent correspondre aux capacités du travailleur (Galvin, 1986 ; Shrey et Olsheski, 1992). L'entreprise doit maintenir des contacts réguliers avec les travailleurs (Masengarb, 1994) et leur fournir un travail significatif afin d'accroître leur estime de soi (Shrey et Olsheski, 1992 ; Brain et Conlon, 1996). Ces contacts doivent être caractérisés par l'expression d'empathie et de l'importance que le travailleur et son retour au travail représentent pour l'entreprise (Akabas et al, 1992 ; Beaudway, 1986).

4.1 Résultats de l'étude empirique

- 39 Nous avons sollicité 32 établissements afin d'obtenir les 16 cas souhaités. Selon les données de la CSST sur le pourcentage de personnalisation du taux de cotisation de ces établissements, six étaient de petite taille, sept de taille moyenne et trois de grande taille. Sept des organisations étaient le siège social de l'entreprise, alors que cinq établissements, principalement dans le secteur de l'hébergement, étaient des filiales. Quatre organisations n'ont pas fourni d'information à ce sujet. Des travailleurs étaient représentés par des syndicats dans neuf des établissements (tableau 2). Dans quatre cas, les syndicats étaient affiliés à la Fédération des travailleurs et des travailleuses du Québec (FTQ), dans trois autres, ils relevaient de la Confédération des syndicats nationaux (CSN), alors que dans deux cas, des syndicats affiliés à ces deux centrales syndicales étaient présents dans les établissements. Toutes les organisations du secteur de l'hébergement et la moitié de celles du meuble et de l'imprimerie étaient syndiquées. Enfin, 11 établissements avaient implanté un comité de santé et de sécurité du travail.
- 40 Nous avons interrogé 20 personnes, soit 16 représentants d'employeurs et 4 représentants de travailleurs. La majorité des représentants des employeurs ont refusé que nous interrogeons des employés. Leur méconnaissance des interventions de maintien du lien d'emploi et le fait que l'entrevue nécessitait trop de temps étaient les principaux arguments invoqués pour justifier un tel refus.

Tableau 2. Répartition des établissements en fonction du secteur et de la taille des établissements et des répondants

Secteurs	Nombre et taille des établissements			Nombre et catégorie des répondants	
	Petite	Moyenne	Grande	Employeur	Travailleur
Hébergement	1	2	1	4	1
Imprimerie	1	1	2	4	2
Meuble	2	2	0	4	1
Scieries	2	2	0	4	0

- 41 Nos résultats indiquent que 15 des 16 établissements avaient déjà offert des services de maintien du lien d'emploi à au moins un travailleur victime d'une lésion professionnelle. Celui qui ne l'avait pas fait était une filiale d'une entreprise du secteur des scieries. Elle était de petite taille et le directeur de l'usine était le responsable des dossiers de santé et de sécurité du travail.
- 42 Il importe de préciser que nos répondants faisaient référence à des accidents du travail lorsqu'ils mentionnaient des événements ayant donné lieu à des interventions de maintien du lien d'emploi. De plus, la fréquence avec laquelle ils offraient des services de MLE semble varier. À une question qui tentait de vérifier si un établissement avait déjà procédé à une assignation temporaire, le représentant de l'employeur répondit :

« Yah, quand... Y a eu une fois j'pense que y a trois ans passés, y a eu une chose... On fait une job léger pour quelqu'un... » (P 16)

- 43 Le premier des services dispensés suivant un accident de travail, selon nos nos répondants, concerne à la fois la communication avec le médecin traitant et l'information donnée au travailleur de la possibilité que l'entreprise lui offre des mesures de retour précoce au travailleur. Cette information est parfois consignée dans un formulaire (tableau 3) remis au travailleur afin qu'il le transmette à son médecin traitant. On espère ainsi que le médecin autorisera le travailleur à effectuer un retour précoce au travail.
- 44 Dans certains établissements, le formulaire contient de l'information sur la nature des tâches qui seraient confiées au travailleur. Le représentant de l'employeur souhaite que le médecin choisisse la ou les tâches que ce dernier pourrait effectuer. Dans un cas, le formulaire sert également à contrôler la décision du médecin puisqu'on lui demande de justifier un éventuel refus de permettre l'assignation temporaire.
- 45 Comme on peut le constater, la nature de l'information contenue dans les formulaires varie. Certains d'entre eux incluent des listes de tâches ou de postes, d'autres, une description du travail proposé. Nous avons en effet constaté que des établissements avaient repéré des postes ou des tâches qu'ils qualifiaient de « travail léger ». Puis, ils en avaient dressé une liste afin de privilégier ces postes ou tâches lors d'un retour précoce au travail. Cependant, une telle standardisation du choix des postes ou des tâches à cet effet semble poser problème à certains, qui constatent que la productivité s'en voit ralentie :

« Mais ça devient bien problématique à certains moments parce qu'un moment donné, quand tu as toutes des malades à l'entour d'une table, ' Ben moi je ne peux pas lever ça., bien... » (P 3).

Tableau 3. Contenu des formulaires d'assignation temporaire

N° du cas	Extraits du <i>verbatim</i>
11	Sans choix « Quand l'employé va voir son médecin suite à une blessure ou un événement là, un accident... l'employé doit présenter ce document-là à son médecin qui le complète et l'employé revient à la propriété pour nous faire part si elle peut ou il peut faire du travail en assignation temporaire. »
15	Avec choix « On vient tout juste de commencer ça (l'assignation temporaire). Hélène X nous a dit que on pouvait peut-être envoyer les gens voir leur médecin avec une liste de postes... Comme quoi ils pourraient faire certains postes avec leurs blessures. »
4	Avec choix « Le médecin remplit oui, y est capable faire l'assignation temporaire, pis y a le choix de 4 items. »
23	Avec choix « ... À chaque employé qui fait un accident de travail, on leur donne une feuille de travaux légers , comme on demande au médecin si il y a possibilité de faire des travaux légers. »
12	Avec choix « ... L'employé vient me voir, je lui remets tout de suite l'assignation temporaire. C'est un papier dans lequel je décris qu'est-ce qu'il pourra faire comme travail léger immédiatement après la visite du médecin. »

14	Avec choix « Si le travailleur montre l'intention que peut-être y va aller à l'hôpital... on lui remet un formulaire d'assignation temporaire... On a des tâches . »
9	Avec choix et motif de refus « Nous... le feuillet d'assignation temporaire qu'on fait entrer par le médecin, on a adjoint un autre document - parce que c'est facile de cocher » non « par un médecin -, on a mis un autre document à savoir... en quoi le travail suggéré ne peut pas, la personne ne peut pas faire l'assignation temporaire. »

- 46 La communication avec le médecin traitant, après qu'il ait rencontré le travailleur, semble servir à obtenir de l'information sur les capacités du travailleur (tableau 4), et ce, surtout lorsque le médecin s'est objecté à l'assignation temporaire. Certains souhaitent également suivre l'évolution des capacités des travailleurs afin de vérifier s'ils peuvent modifier leur assignation temporaire.

Tableau 4. Appels au médecin traitant

N° du cas	Extraits du <i>verbatim</i>
9	« ... Mettons la personne, elle a un rendez-vous... Il est en assignation, à tous les rendez-vous, je leur donne un autre document d'assignation, OK, parce que si la dernière fois c'était de l'information qu'il ne pouvait pas forcer des bras, peut-être que cette semaine il peut forcer des bras, mais il ne peut pas prendre son travail régulier... fait que le suivi se fait à tous les rendez-vous. »
11	« ... Quand c'est pas clair ou si l'employé revient et pis que ça a été refusé, ou si l'employé a oublié de faire signer le formulaire d'assignation temporaire... je conseille à la directrice ou le directeur d'appeler le médecin traitant... »
12	« Même parfois que j'appelle le médecin directement de l'employé, si j'ai pas de réponse satisfaisante ou si je vois que le papier qui m'envoie... n'est pas assez complet... qu'on ne comprend pas. »
18	« Pis si le médecin veut pas (de travaux légers), je rencontre l'employé pis j'appelle le médecin en présence de l'employé pour savoir pourquoi qui peut pas... Pis j'explique un peu comme quoi consiste en détail les travaux légers. »
23	« Ben souvent, je lui demande des explications quand que l'employé ramène la feuille non remplie, des choses comme ça... Je fais demander des explications. »

- 47 Dans un cas, on a mentionné que la communication avec le médecin était difficile :
- « Y (les médecins traitants) savent pas qui on est quand on les appelle, donc c'est de plus en plus difficile. » (P 14)
- 48 Certaines entreprises recourent à des cliniques médicales privées afin d'avoir accès à de plus amples informations sur les capacités des travailleurs (tableau 5). Un représentant de l'employeur demande alors au travailleur de se soumettre à des examens. Il semble qu'on utilise de tels services surtout pour vérifier le diagnostic d'un médecin traitant ou encore, la durée de l'absence qu'il a accordée. Dans certains cas, les entreprises utilisent

également les résultats des examens pour déterminer si elles contesteront les décisions de la CSST à l'égard d'un travailleur. Dans d'autres cas, les employeurs laissent les demandes d'expertise supplémentaires à l'entière discrétion de la CSST :

« Nous autres, y suivent la CSST... C'est à eux autres à évaluer. » (P 16)

Tableau 5. Évaluation par une clinique médicale privée

N° du cas	Extraits du <i>verbatim</i>
4	« Tu te fais mal, y'a une enquête, y'a le médecin de la compagnie après 10 jours si ça continue, pis le médecin traitant, son rapport. »
6	« ... Mais mon médecin traitant dit déjà que est pas fonctionnelle... mon médecin à moi, donc y'arrive avec la même conclusion que l'autre médecin. »
9	« Dès qu'on a un doute, dès que c'est « dos », dès que ce n'est pas quelque chose de visible ou de palpable, on fait [re] faire des examens. »
11	« On a un médecin. On demande soit de faire une évaluation médicale ou une expertise médicale, et suite à ce rapport-là, là on décide la façon dont on va agir. Est-ce qu'on va contester la demande ou non. »
12	« On a même un médecin de la compagnie... Si on a des doutes sur un employé... on peut toujours le référer pour avoir une autre opinion. »
17	« Si y a contestation, on avise l'employé que ça va se passer et souvent, on demande une expertise médicale. Si y a pas contestation, ben on ne fait que se conformer aux directives du médecin de l'employé. »
23	« C'est au bout d'un mois... Ben souvent, on va faire faire une évaluation du patient par une clinique privée pour essayer de ramener l'individu au travail le plus rapidement possible. »

49 Dans le tableau 6, nous présentons les modalités de retour précoce offertes aux travailleurs par les entreprises.

Tableau 6. Organisation du travail

N° du cas	Extraits du <i>verbatim</i>
4	Attribution de tâches moins exigeantes « J'avais envoyé quelqu'un faire un inventaire... »
7	Attribution de tâches moins exigeantes « On inventera pas un poste, mais, plus souvent qu'autrement, on réussit à trouver un poste quelconque là, de travail plus léger... prendre des boîtes, les inspecter, vérifier la couleur, les remettre dans le carton... Dans d'autres cas... y peut être guide ou... instructeur. »

16	Attribution de tâches moins exigeantes « Lui... emballer des petites pièces dans des packages, quelque chose comme ça. »
17	Attribution de tâches moins exigeantes « ... On l'a affecté occasionnellement à des tâches qu'il pouvait faire, mais qui existaient à cause d'une rénovation dans l'hôtel... Puis essentiellement, c'était de la sécurité, parce qu'en rénovation, la porte ouverte toute grande, ça rentre pis ça sort pendant des jours, les meubles et ainsi de suite. Pis on avait besoin de lui, et on l'a placé là. Mais c'était pas permanent. »
19	Modification de poste « ... C'est nous autres qui a appelé l'électricien... On avait regardé avec des freins... ça marchait pas... Fait que on a rechangé ça pour bloquer, pour que ça arrête. »
12	Attribution de tâches moins exigeantes « Y fait pu qu'est-ce qui faisait avant mais y peut travailler assis, y peut se déplacer quand y veut ... y peut pas travailler à la machine, ben... on le met à l'assemblage, on le met à la finition, on le met juste à coller les étiquettes sur les meubles, disons, quelque chose qu'y peut faire...Y travaille à son rythme en fait... » Modification de poste « On a adapté quelques postes oui... suite aux suggestions de la CSST... Tout ce qu'il fallait faire c'était lever un peu sa base de travail. »
18	Attribution de tâches moins exigeantes « Pis quand qui revient, dépendamment de l'absence qui doit avoir par rapport au médecin, il fait des travaux légers. Soit y va prendre l'inventaire... » Création de poste « ... ou on va créer un poste qui va remplir le besoin pis en même temps qui va s'assurer que l'employé... »
11	Attribution de tâches moins exigeantes « ... C'est quoi là, les petites tâches, faire un peu de ménage, un petit peu de travail de bureau ? » Modification de l'horaire « ... On va lui donner moins d'heures, moins de jours. »
21	Attribution de tâches moins exigeantes « ... Il est sur l'ouvrage léger. Il était contremaître puis il a eu le burn-out et là il est revenu... » Modification de l'horaire « ... Tu viens quand... viens faire qu'est-ce que tu peux. Et tu pars quand t'es pas capable d'endurer nous autres... »
15	Attribution de tâches moins exigeantes « ... Il peut être assis dans le bureau pis faire une liste... » Aide de collègues « ... Quand il y a des choses pesantes à lever, ben, on lui a dit qu'on veut pas le voir lever des choses pesantes, on va prendre six gars s'il le faut, pis on va le faire avec les six. »
4	Attribution de tâches moins exigeantes « ... Un gars avec un problème discal...Y avait de la misère à rester assis, mais par contre, l'employeur y demandait : 'Tu vas plier des couverts.'« Modification de l'horaire « Quelqu'un qui est de nuit... ? ... On essaye de le faire revenir... de jour ou de soir. » Formation « Je me suis servi de son assignation temporaire pour y montrer comment faire des plaques. »

3	<p>Attribution de tâches moins exigeantes « ... C'était supposé être un travail léger, elle pouvait pas faire autre chose, c'était coller un <i>label</i>. »</p> <p>Modification de poste « ... Y ont changé le travail qu'elle fait en ce moment avec un plan incliné. »</p> <p>Modification de l'horaire « Les gens commencent tranquillement, des fois des avant-midi ou bien il y en a qui sont revenus deux ou trois jours par semaine tranquillement, puis c'est quand même bon, la personne elle a réintégré le travail tranquillement... »</p>
23	<p>Attribution de tâches moins exigeantes « ... J'ai à peu près... une trentaine de pièces qui peuvent être faites en travaux légers. Ça veut dire des pièces qui ont en bas d'une livre et qui nécessitent des mouvements soit limités ou des mouvements soit que c'est une position assise ou un mouvement juste avec le bras droit ou le bras gauche qui va faire fonctionner la machine. Des choses limitées. »</p> <p>Modification de poste « ... On adapte le poste de travail à la hauteur de l'employé avec une chaise ben souvent ou avec un tabouret... »</p> <p>Modification de l'horaire « ... J'établis qu'on devrait pas faire du travail léger plus qu'une demi-journée... »</p>
14	<p>Attribution de tâches moins exigeantes « L'autre monsieur, c'est un plongeur... Donc y a fait le même poste, OK, sauf que y a des choses qu'y faisait pas. ... De remettre à jour les menus dans les chambres... de plier des serviettes... remplir les salières, les poivrières... »</p> <p>Création d'un poste « Dans un cas, on a créé un nouveau poste : le monsieur, y avait des bonnes capacités en informatique... On a pu utiliser ce monsieur-là pour ce projet spécial-là. »</p> <p>Modification de poste « ... On a un travailleur à la buanderie qui s'est blessé... On a adapté son poste de travail... pour pas qu'il ait à lever ses bras et ses épaules. »</p>
9	<p>Attribution de tâches moins exigeantes « Dans plusieurs postes, alors on a toujours de la matière qui est rebut à trier, on s'en garde toujours un peu de côté, puis pour les gens en assignation... »</p> <p>Aide de collègues « ... Ou ce que l'on va faire aussi, on fait beaucoup d'assignation genre... les gens opèrent leur machine avec de l'aide, toutes les tâches qui vont être manuelles, qui vont nécessiter un effort, on va fournir de l'aide. »</p> <p>Formation « ... Si la personne ne peut pas forcer des deux bras, bon, on va faire faire de la formation au travail. »</p>

50 Comme on peut le constater, l'attribution de tâches jugées moins exigeantes que les tâches initiales des travailleurs est la mesure dont nos répondants nous ont le plus parlé et dans certains établissements, il s'agit de la seule intervention de la part des représentants de l'employeur. Nos répondants qualifient généralement l'assignation de « travail léger » ou « allégé ». Dans la majorité des cas, les travailleurs sont affectés à un poste différent de celui qu'ils occupaient avant leur accident du travail et on leur confie généralement des tâches manuelles qui existaient déjà auparavant. Nous n'avons pas tenté de vérifier si les exigences des tâches étaient véritablement moins importantes que celles que les travailleurs exécutaient avant leur accident du travail, ni de porter un jugement sur le degré de concordance entre ces exigences et leurs capacités puisque notre étude ne visait pas à apprécier l'écart entre les caractéristiques prescrites et empiriques des interventions.

- 51 La majorité des établissements offrent les autres solutions suivantes :
- modifier le poste initial du travailleur ou celui qu'on lui confie durant une assignation temporaire ; il s'agirait surtout de changements apportés à des dimensions de l'ameublement de travail ;
 - créer un poste pour remplir des tâches existantes ou encore intégrer le travailleur dans un nouveau projet ;
 - modifier l'horaire, c'est-à-dire réduire le nombre d'heures ou de jours de travail, ou encore modifier le quart de travail ;
 - encourager le travailleur à faire appel à des collègues au besoin, lorsque les tâches requièrent un effort physique que lui-même ou le représentant de l'employeur juge trop important ;
 - former le travailleur, afin qu'il puisse ultérieurement assumer d'autres tâches.
- 52 Des représentants d'employeurs ont précisé que les tâches confiées aux travailleurs n'étaient pas productives ou encore, qu'elles n'étaient pas stimulantes :
- « Y réagissent pas tout le temps bien. J'dirais pas tout le temps, parce que c'est pas des jobs, tu sais là...Y trouvent pas ça très productif, faque tu sais. » (P 4)
- 53 L'un d'entre eux s'est montré préoccupé par le caractère peu stimulant de certaines tâches. Il semblait craindre que l'attribution temporaire de telles tâches n'altère la qualité des relations qu'il maintient avec les employés de production :
- « ... J'parlais de mettre quelqu'un plier des serviettes à côté d'Alice toute la journée, euh... Elle-même, elle s'ennuie. Mettre deux personnes pour s'ennuyer ensemble... J'peux pas. ... Chu pas d'accord moi, de faire des assignations temporaires pour... Ça va briser un peu le climat de travail, quand les gens vont croire que j'fais ça juste pour me venger parc'qu'y'est sur le CSST. J'veux pas que ça soit perçu comme ça. J'vas le faire quand ça va être utile. » (P 6)
- 54 Dans certains établissements on tente de maintenir une relation avec le travailleur, durant sa période d'absence du travail, en lui téléphonant à la maison. Ces appels peuvent servir à lui exprimer de l'empathie ou à vérifier l'évolution de ses capacités de travail. Dans d'autres établissements, on s'attend à ce que ce soit le travailleur qui communique avec un représentant de l'employeur :
- « Est-ce que vous l'appellez de temps en temps cet employé-là ? »
« Non. Y vient ou y m'appelle des fois qui a d'autres changements. » (P 19)

Tableau 7. Relations maintenues avec le travailleur absent

N° du cas	Extraits du <i>verbatim</i>
9	« ... Les gens quand ils sont à la maison, on appelle régulièrement... »
12	« S'il peut pas... y reste à la maison. À ce moment-là, je l'appelle à la maison pour savoir comment ça va, s'il est allé voir le médecin. »
16	« Y a un frère qui travaille ici... Chaque deux, trois jours, le contremaître demande au frère comment lui est et nous autres appellent aussi de temps en temps... »
18	« Pis si le médecin veut pas (de travaux légers), je rencontre l'employé pis j'appelle le médecin en présence de l'employé pour savoir pourquoi qui peut pas... Pis j'explique un peu comme quoi consiste en détail les travaux légers. »

- 55 En général, la mise en œuvre du processus de retour précoce est assumée par un individu qui occupe un poste cadre, soit un vice-président, un directeur, un coordonnateur ou un responsable des ressources humaines, un directeur des opérations ou un assistant directeur de la production. Dans les établissements de moins de 100 employés, le directeur d'usine, le propriétaire gérant ou un contremaître assurent le suivi des dossiers. Dans quelques entreprises, d'autres ressources sont impliquées dans le processus de MLE (tableau 8) et, plus spécifiquement, dans le choix des postes ou des tâches attribués aux travailleurs : le travailleur accidenté, les directeurs des filiales dont le travailleur est accidenté, le comité de santé et de sécurité du travail de l'établissement et des intervenants de la CSST. Dans ce dernier cas, il s'agit d'ergonomes et de conseillers en réadaptation.

Tableau 8. Ressources humaines impliquées dans l'intervention

N° du cas	Extraits du <i>verbatim</i>
6	Directeur des ressources humaines et travailleur « Qui prend les décisions (concernant les allègements de postes) ? » « Habituellement, ça se fait assez conjointement. Si y (les travailleurs victimes de lésions) nous sortent une idée de génie, j'vas l'écouter là. »
9	Assistant directeur à la production et travailleur « ... S'il me dit : 'Je suis capable de travailler avec mes deux bras, mais il faut que je sois assis.', ça, c'est la personne, moi je me fie au, je fais comme le médecin, je me fie au <i>feeling</i> de la personne. »
11	Coordonnateur des ressources humaines et directeurs des établissements « Ça va être chaque directrice et directeur (responsable de l'établissement) qui va regarder qu'est qu'y a à faire dans la propriété à ce moment-là, et qui va regarder les restrictions physiques de l'employé... Quand les propriétés y savent pas vraiment quoi faire... y m'appellent pis y disent : 'Bon ben, qu'est-ce que j'fais faire à l'employé ?' ... Je discute avec eux : 'Ben là, qu'est-ce que t'as à faire faire chez vous ?'... »
15	Directeur d'usine et CSST « Le CSST... il est venu avec sa caméra, il a pris ses photos, il a vu ce qu'il faisait avant... Il a décidé que..., il pouvait retourner mais avec certaines... restrictions. »
4	Comité de santé et de sécurité du travail « ... Les quatre postes d'assignation temporaire ? ... On a fait ça en comité... »
3	Directeur des ressources humaines et CSST « ... On a eu des ergonomes qui sont venus, on, les conseillers en réadaptation sont venus, euh mais au niveau des médecins traitant, non... C'est la CSST qui... qui vont envoyer, les conseillers en réadaptation vont arriver avec l'ergonome. »
12	Responsables des ressources humaines, contremaîtres et CSST « ... J'ai eu beaucoup d'aide de la CSST... Et c'est vrai maintenant que maximum trois semaines après, on reçoit l'appel de la CSST pour savoir si l'agent de réadaptation vient ici... Ils (la CSST) parlent avec madame Y après nous autres en bas, ou un, ou les contremaîtres dans, dépendant du département, on essaie de trouver quelque chose. »

14	<p>Directeur des ressources humaines, chefs de service, contremaîtres, CSST, travailleur et représentant syndical « J'me suis assis avec le chef des départements... Là on a ciblé des postes. Pis à partir de là, on a rencontré le conseiller en réadaptation avec le travailleur, avec le représentant syndical... On s'est tous réunis ensemble, pis on a pu reprendre le travailleur à un autre poste. »</p>
----	--

- 56 Dans un établissement, le travailleur et plusieurs ressources internes et externes étaient impliquées. La personne responsable de l'intervention a précisé qu'elle assurait la coordination entre des ressources externes et internes à son établissement :
- « J'suis le lien entre la CSST - disons, toutes les suggestions qu'y veulent nous donner - et les contremaîtres, parce qu'y sont bien occupés. Y travaillent à plein rythme ; alors, on peut pas souvent les empêcher de travailler pour prendre de l'information ou quoi que ce soit. » (P 12)
- 57 Le processus de collaboration entre des représentants patronaux et syndicaux soulève parfois des difficultés :
- « ... Y a eu des frustrations sur les deux côtés, autant au niveau syndical que patronal. » (P 4)

5. Comparaison des résultats des analyses et discussion

- 58 La comparaison des résultats qui ont émergé de l'analyse du contenu des publications et des entrevues nous amène à constater la présence d'un écart entre les dimensions des composantes de l'intervention de MLE que nous avons identifiées par ces deux méthodes.
- 59 En ce qui concerne la structure des interventions, les experts recommandent qu'une personne coordonne les ressources consacrées au MLE. L'équipe devrait être composée des unités de l'entreprise concernées par le processus de MLE, certains précisant que des cadres supérieurs et intermédiaires devraient être impliqués, ainsi que de représentants syndicaux, du travailleur victime de la lésion et du gestionnaire de cas, généralement issu d'une organisation externe à l'entreprise, dont le rôle pourrait être apparenté à celui du conseiller en réadaptation de la CSST. On insiste sur l'importance de constituer une équipe multidisciplinaire possédant des compétences dans les domaines suivants : développement organisationnel, éducation et formation, ergonomie, génie industriel, médecine, psychologie, réadaptation professionnelle, rémunération, sécurité et relations du travail.
- 60 Dans les entreprises, nous avons observé cinq types de structures, soit : 1) la présence d'une seule personne impliquée dans le processus de MLE, occupant un poste de contremaître ou de cadre intermédiaire ou supérieur, 2) un cadre intermédiaire et le travailleur, 3) un cadre intermédiaire et un représentant de la CSST, 4) une équipe composée de représentants des employeurs et des travailleurs, et 5) une équipe intégrant différents niveaux hiérarchiques, le travailleur et un représentant de la CSST, ce dernier type de structure s'apparentant à celui que recommandent les publications dont nous avons analysé le contenu. En somme, la globalité des interventions, soit leur caractère multiprofessionnel et interorganisationnel (Contandriopoulos et coll., 1992), semble être plus limitée que ce que recommandent les experts. Les domaines de compétence des membres de l'équipe n'ont toutefois pas été abordés dans nos entrevues.

- 61 Nos données nous permettent d'identifier les dimensions suivantes de la structure du MLE et, plus spécifiquement, de la composition de l'équipe : degré de représentativité des acteurs concernés par le MLE dans l'entreprise, importance du caractère multiprofessionnel et type intra ou interorganisationnel.
- 62 Sur le plan du processus de l'intervention, l'étendue de la couverture des services offerts dans les entreprises de notre échantillon, c'est-à-dire la diversité des services offerts (Contandriopoulos et coll., 1992), semble être plus faible que celle que préconisent les experts. Ainsi, on recommande la coordination unifiée et ouverte des ressources internes et externes de l'entreprise. Nos informateurs n'ont pas abordé ce type d'activité. Ils ont plutôt parlé de collaboration entre différents acteurs impliqués dans le processus de MLE, généralement au sein de l'entreprise. La collaboration interorganisationnelle pouvait concerner, selon les cas, la personne responsable de l'intervention de MLE, les directeurs de filiales, lorsque notre répondant occupait un poste de gestion au siège social de l'entreprise, et des ergonomes ou des conseillers en réadaptation de la CSST. Nous retenons les trois dimensions suivantes de l'activité de coordination des acteurs : l'importance du pouvoir de coordination des acteurs concernés, détenu par la personne responsable de l'intervention de MLE, et le degré d'ouverture et d'unification de la coordination.
- 63 En ce qui concerne l'information donnée aux travailleurs sur les ressources mises à leur disposition et les moyens mis en œuvre pour en favoriser l'accès, peu de répondants y ont fait référence, sauf lorsqu'il s'agissait d'aborder le contenu du formulaire d'assignation temporaire qui est remis, par certaines entreprises, aux travailleurs lorsque ceux-ci doivent consulter leur médecin traitant. Nous proposons les dimensions suivantes du service d'information des travailleurs : la nature des objets de l'information transmise, la nature du contenu diffusé et le médium utilisé.
- 64 La communication avec le médecin traitant est un sujet abordé par nos répondants, qui vise à atteindre l'un sinon deux des objectifs mentionnés dans les publications. Ainsi, les représentants des employeurs tentent, au moyen d'un formulaire d'assignation temporaire ou d'un appel téléphonique, d'obtenir de l'information sur les capacités de travail du travailleur. L'appel téléphonique est généralement effectué lorsqu'ils sont insatisfaits de l'information transmise par le médecin. Le formulaire sert également à fournir une description des exigences des tâches prévues lors du retour du travailleur. Nous n'avons pas porté de jugement sur le caractère fonctionnel des descriptions puisque cela aurait demandé une analyse comparative des tâches réelles et de l'information contenue dans le formulaire à leur sujet. Aucun de nos répondants n'a mentionné qu'il communiquait avec le médecin traitant pour l'aviser des modifications qui pourraient être apportées au poste du travailleur. Nous proposons les dimensions suivantes de l'activité de communication avec le médecin traitant : la nature des objets de l'information transmise, la nature du contenu diffusé et les médiums utilisés par le représentant de l'employeur et par le médecin.
- 65 La validation de l'information transmise par le médecin traitant auprès de ressources médicales privées est l'une des activités du processus de MLE, non identifiée dans les publications, qui a émergé des analyses des entrevues. Elle semble surtout porter sur la nature du diagnostic et sur la durée d'absence octroyée par le médecin traitant. Elle serait utilisée par des entreprises pour juger de la pertinence de contester des décisions de la CSST. Les dimensions de cette activité de validation médicale sont les suivantes : l'objet de

la validation (diagnostic, durée d'absence) et son utilisation à des fins de contestation des décisions de la CSST.

- 66 En ce qui concerne la dotation, les répondants ont mis l'accent sur le fait qu'un retour précoce au travail s'effectuait généralement à un poste autre que celui que le travailleur occupait au moment de son accident du travail. Dans certains cas, ce poste était créé pour lui, dans d'autres, il faisait partie d'une liste préalablement et spécifiquement définie pour les travailleurs effectuant un retour précoce suivant un accident du travail, ce qui traduirait une certaine standardisation des procédures d'assignation d'un poste. Aucun répondant n'a exposé de démarche formelle utilisée pour comparer les exigences des postes avec les capacités des travailleurs, ni pour prendre en compte les problèmes psychologiques et émotionnels de ces derniers. Cependant, des répondants ont exprimé de l'empathie à l'égard des difficultés que pouvaient ressentir des travailleurs victimes de lésions professionnelles qu'ils jugeaient graves. De même, aucun répondant n'a mentionné qu'il veillait à fournir un travail productif et significatif au travailleur. Un d'eux a toutefois indiqué qu'il refusait d'assigner des tâches improductives et ennuyeuses, car il craignait qu'un tel comportement n'altère la qualité de ses relations de travail avec les employés de la production, ce que des résultats de recherche tendent à confirmer par ailleurs (Brain et Conlon, 1996). Nous proposons les dimensions suivantes de l'activité de dotation : degré de standardisation des postes attribués lors d'un retour précoce, niveau de productivité et de sens, pour le travailleur, des tâches assignées, degré de prise en compte de a) la concordance entre ses capacités et les exigences du poste, et b) de ses problèmes psychologiques et émotionnels lors de l'attribution des tâches.
- 67 Les auteurs des documents normatifs insistent généralement sur l'importance de la flexibilité de l'organisation du travail, c'est-à-dire qu'ils encouragent les entreprises à adapter les modalités du retour au travail aux capacités du travailleur plutôt qu'à imposer, de manière rigide, un nombre limité de possibilités et un rythme uniforme de retour au travail. Nous avons regroupé ces possibilités dans les quatre catégories suivantes : 1) restructurer les tâches afin d'en réduire les exigences, 2) modifier l'horaire de travail, 3) aménager le poste de manière ergonomique, 4) et former le travailleur. Les données empiriques que nous avons recueillies s'inscrivent dans ces catégories. Cependant, il importe de spécifier que la restructuration des tâches peut prendre deux formes, soit : 1) l'attribution de tâches moins exigeantes à un poste différent de celui que le travailleur occupait lors de son accident et 2) le maintien des tâches initiales avec la consigne de demander l'aide de collègues, au besoin, lorsque leurs exigences dépassent les capacités du travailleur.
- 68 Nous retenons une dimension de l'organisation du travail, soit son degré de flexibilité. Celle-ci pourrait être mesurée en fonction du nombre de possibilités offertes aux travailleurs parmi celles que nous avons énoncées précédemment.
- 69 Cleveland et coll. (1997) rapportent que Hiernan et Schalock (1989) ont regroupé, dans les cinq catégories suivantes, les modifications que des spécialistes des incapacités recommandent d'apporter aux milieux de travail pour aider un individu qui présente une incapacité à accomplir un travail pour lequel il possède les compétences : 1) des changements aux espaces communs (rampes, portes, salle de toilette, etc.), 2) aux postes de travail (chaises et tables ajustables, éclairage, etc.), et 3) à l'environnement de travail (contrôle du bruit, des conditions thermiques, des contaminants chimiques, etc.), 4) une restructuration des tâches (partage, réassignation, etc.) et 5) des modifications des activités de travail (flexibilité des horaires et des périodes de pauses, etc.). Cette

taxinomie présente l'avantage d'inclure une plus grande étendue de changements que celle que nous avons élaborée puisqu'elle prend en compte les modifications apportées aux espaces de travail communs. Cependant, elle présente une limite importante : les catégories ne sont pas mutuellement exclusives, les regroupements un et trois présentant des similitudes. Il en est de même pour les catégories quatre et cinq. De plus, cette classification a été élaborée pour des individus qui possèdent les compétences pour effectuer les tâches, ce qui n'est pas nécessairement le cas des travailleurs qui effectuent un retour au travail suivant une lésion professionnelle. C'est pourquoi il importe d'inclure une catégorie de mesures relatives à la formation du travailleur.

- 70 Selon les données extraites de nos entrevues, les relations entre le représentant de l'employeur et le travailleur accidenté peuvent prendre les formes recommandées dans les publications. Les entreprises qui communiquent avec les travailleurs le font à fréquence variable durant leur période d'absence, afin d'exprimer leur empathie et de vérifier la progression de leurs capacités. Certains répondants mettent davantage l'accent sur le contrôle de la durée d'absence que sur des relations interpersonnelles chaleureuses. Enfin, on indique également assurer un suivi du travailleur, dans certains cas, pendant la période de retour précoce au travail. Nous proposons les dimensions suivantes des relations entre l'entreprise et le travailleur, avant et pendant la période de retour précoce au travail : la raison d'être des contacts (contrôle vs expression d'empathie), le médium utilisé (téléphone, rencontre, etc.) et le degré de continuité temporelle (Contandriopoulos et coll., 1992).
- 71 Finalement, aucun commentaire n'a été formulé par nos répondants sur les trois dernières activités recommandées par les experts, soit la rémunération, l'aide à la recherche d'emploi en l'absence d'un poste convenable dans l'entreprise et l'évaluation de l'intervention. L'absence de commentaire sur la rémunération peut tenir au fait que cet aspect est réglementé au Québec, l'entreprise étant tenue de verser au travailleur le même salaire que celui qu'il recevait au moment de l'accident du travail ou encore, de demander à la CSST de verser un montant correspondant à l'écart entre le salaire d'origine et celui qui est versé durant la période de retour précoce. Pour des fins d'exhaustivité, nous retenons les dimensions suivantes relatives à ces trois activités :
- la rémunération : l'écart entre le salaire initial et celui de la période de retour précoce au travail, et la présence (ou l'absence) de contestation de la décision de l'organisme responsable de l'indemnisation du travailleur ;
 - l'aide à la recherche d'emploi : présence ou absence d'aide lorsque l'entreprise ne peut attribuer de nouvelles tâches au travailleur. Au Québec, cette dimension ne serait utile qu'à la fin de la période du droit de retour au travail, qui est de deux ans après la déclaration de la lésion, dans les entreprises de 20 travailleurs et plus. Elle est d'un an lorsque le nombre d'employés est inférieur à 20.
 - l'évaluation de l'intervention : la continuité temporelle, qui pourrait s'exprimer par la fréquence à laquelle l'intervention est évaluée, et le degré d'utilisation des résultats, c'est-à-dire la nature des changements apportés à l'intervention qui soient conformes aux recommandations des évaluateurs.
- 72 Le tableau suivant regroupe l'ensemble des dimensions des composantes des interventions de MLE qui ont émergé de notre bilan de connaissances et de notre étude empirique.

Tableau 9. Dimensions des composantes des interventions de MLE

Structure
Degré de représentativité des acteurs concernés par le MLE dans l'entreprise
Importance du caractère multiprofessionnel de l'équipe responsable
Type intra ou interorganisationnel de l'équipe
PROCESSUS
Étendue de la couverture des services
Activité de coordination
<ul style="list-style-type: none"> • Importance du pouvoir de coordination des acteurs concernés, détenu par la personne responsable de l'intervention de MLE
<ul style="list-style-type: none"> • Degré d'ouverture et d'unification de la coordination
Activité d'information des travailleurs
<ul style="list-style-type: none"> • Nature des objets de l'information transmise
<ul style="list-style-type: none"> • Nature du contenu diffusé
<ul style="list-style-type: none"> • Moyens utilisés
Activité de communication avec le médecin traitant
<ul style="list-style-type: none"> • Nature des objets de l'information transmise
<ul style="list-style-type: none"> • Nature du contenu diffusé
<ul style="list-style-type: none"> • Moyens utilisés par le représentant de l'employeur et par le médecin
Activité de validation médicale
<ul style="list-style-type: none"> • Objet de la validation (diagnostic, durée d'absence)
<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation (ou non) des décisions de la CSST à des fins de contestation
Activité de dotation
<ul style="list-style-type: none"> • Degré de standardisation des postes attribués lors d'un retour précoce
<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de productivité et de sens, pour le travailleur, des tâches assignées
<ul style="list-style-type: none"> • Degré de prise en compte formelle de a) la concordance entre les capacités du travailleur et les exigences du poste, et b) des problèmes psychologiques et émotionnels du travailleur lors de l'attribution des tâches
Degré de flexibilité de l'organisation du travail
Relations entre l'entreprise et le travailleur, avant et pendant la période de retour précoce au travail
<ul style="list-style-type: none"> • Raison d'être des contacts (contrôle vs expression d'empathie)

• Moyens utilisés (téléphone, rencontre, etc.)
• Degré de continuité temporelle
Rémunération
• Écart entre le salaire initial et celui de la période de retour précoce au travail
• Présence (ou absence) de contestation de la décision de l'organisme responsable de l'indemnisation du travailleur
Aide à la recherche d'emploi
• Présence (ou absence) d'aide lorsque l'entreprise ne peut pas attribuer de tâches convenables au travailleur
Évaluation de l'intervention
• Continuité temporelle
• Degré d'utilisation des résultats
• Degré de systématisation de l'approche utilisée

73 Notre étude présente deux principales limites. La méthode d'échantillonnage que nous avons utilisée devait nous permettre d'obtenir des cas contrastés. Nous avons effectivement observé des variations. Toutefois, nos entrevues n'ont été menées que dans quatre secteurs d'activité économique. Qui plus est, ceux-ci n'appartiennent qu'aux industries manufacturière et tertiaire. Le fichier de la CSST que nous avons utilisé pour créer notre échantillon nous imposait cette limite. Il n'en demeure pas moins qu'il aurait été préférable de recueillir nos données dans des secteurs variés des industries primaire, secondaire et tertiaire afin de maximiser la diversité potentielle des dimensions des interventions. Par ailleurs, la majorité de nos répondants étaient des représentants d'employeurs. Il aurait été préférable de rencontrer un nombre équivalent de représentants de travailleurs. Pour des raisons d'éthique, nous devions soit respecter les contraintes imposées par certains représentants patronaux ayant refusé que nous interroguions ceux-ci ou encore, les informer que nous ferions des démarches pour rencontrer les représentants des travailleurs. Dans ce second cas de figure, nous risquions que les représentants des employeurs se retirent de l'étude, un risque que nous ne souhaitions pas courir en raison de la difficulté à recruter des organisations pour participer à notre étude.

74 Cependant, les commentaires que nous avons obtenus des sept membres du comité consultatif ayant participé à la présentation et à la discussion de nos résultats indiquent que ces derniers sont cohérents avec leurs représentations de la théorie normative du MLE, ce qui permet de pallier en partie les limites identifiées précédemment.

6. Conclusion

75 Notre étude n'avait aucunement pour objectif de porter un jugement sur la valeur de la théorie prescriptive sous-jacente de l'intervention de MLE, ni d'apprécier l'écart entre cette intervention telle que prescrite par des experts et celles que les entreprises ont implantées. Une appréciation de la valeur de la théorie aurait nécessité une analyse

comparative de ses caractéristiques avec les connaissances scientifiques disponibles sur les facteurs déterminants des effets recherchés. Des telles connaissances peuvent provenir de la psychologie et de la sociologie du travail ainsi que des organisations, par exemple. Quant à l'appréciation de l'écart, elle aurait nécessité une collecte de données auprès d'un échantillon représentatif de la population cible de l'intervention. Nous souhaitons uniquement, pour les fins de cet article, présenter un cadre conceptuel des interventions de MLE qui soit le plus exhaustif possible, ce qui est censé être une étape préalable utile aux chercheurs qui souhaitent porter un jugement sur la valeur de la théorie, ou décrire l'implantation d'une intervention, ou apprécier l'écart entre les interventions prescrites et implantées ou encore, expliquer les variations de leur implantation. Un tel développement conceptuel est également nécessaire à toute recherche évaluative qui tente d'expliquer la variation des effets des interventions.

- 76 Nous avons dressé un bilan des composantes des interventions décrites dans les publications disponibles et recueilli des données empiriques auprès d'entreprises sur les caractéristiques de celles qu'elles avaient implantées. Nos résultats ont été soumis à un comité consultatif composé de représentants des principaux groupes d'intérêt concernés par le MLE. Nous espérons que notre cadre conceptuel sera utilisé pour définir les variables qui serviront à décrire les interventions de MLE et, par conséquent, qu'il permettra d'optimiser la validité du contenu des instruments qui seront élaborés ultérieurement pour mesurer les caractéristiques des interventions implantées.
- 77 Par ailleurs, la comparaison des résultats de l'analyse du contenu des publications et des entrevues révèle que les interventions de MLE implantées par des entreprises risquent non seulement de varier, mais aussi de s'écarter du modèle prescrit par les auteurs de textes normatifs. Aucune autre étude à ce jour n'avait permis d'observer ce phénomène. Toutefois, ce résultat doit être utilisé avec prudence puisqu'il a été produit dans le contexte d'une étude exploratoire, notre objectif n'étant pas de dresser un portrait empirique des interventions de MLE représentatif de la population ciblée. De telles études devraient être menées.
- 78 Nos résultats peuvent être utiles aux chercheurs qui souhaiteront évaluer l'efficacité du MLE. En effet, l'évaluation de l'efficacité d'une intervention requiert au préalable un portrait représentatif de son implantation, car l'absence d'un tel portrait risque d'entraver sérieusement l'interprétation des résultats des évaluations lorsque celles-ci semblent indiquer qu'un programme ne produit pas les effets attendus (Bickman, 1987). L'absence d'effet peut être attribuable à une théorie sous-jacente inadéquate et, par conséquent, à une intervention inefficace, à la présence d'écarts entre les caractéristiques du programme prescrit et celles de celui qui est implanté par les intervenants pouvant en altérer l'efficacité ou encore, aux limites méthodologiques de l'évaluation. L'absence de données sur la théorie sous-jacente du programme et sur son implantation ne permet donc pas d'interpréter les résultats d'une étude, basée sur le modèle de la boîte noire, qui indiquent qu'un programme ne produit pas d'effet. Ces problèmes réduisent considérablement la portée et l'utilité des résultats de telles recherches évaluatives.
- 79 Notre prochaine publication portera sur la présentation du modèle que nous avons élaboré pour tenter d'expliquer les variations de l'implantation des interventions de maintien du lien d'emploi au Québec. Nous avons induit des hypothèses à ce sujet, découlant des observations que nous avons effectuées dans le contexte de nos études de cas menées dans des entreprises. Ces hypothèses concernent principalement les relations susceptibles d'exister entre les caractéristiques du contexte d'implantation et celles du

processus des interventions de MLE, les éléments du contexte faisant référence à des attributs des entreprises et de leur environnement.

BIBLIOGRAPHIE

- Akabas, S.H. (1992). Transitional employment encourages earlier return to work. *HRfocus*, July, 21.
- Akabas, S.H., Gates, L.B., Galvin, D.E. (1992). *Disability management, a complete system to reduce costs, increase productivity, meet employee needs, and ensure legal compliance*. Amacom.
- Baril, R., Martin, J.-C., Lapointe, C., Massicotte P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. IRSSST, R-082, 413 p.
- Beadway, D.L. (1986). 3M : A disability management approach. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17, 3, 20-22.
- Bickman, L. (1987). *Using program theory in evaluation*. New directions for program evaluation. Jossey-Bass, San Francisco.
- Brain, G.F., Conlon, M.F. (1996). The case management approach to work-related injuries. *Orthopedic Clinics of North America*, 27, 4, 831-840.
- Champagne, F., Denis, J.L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service social : L'avenir des services ou services d'avenir*, 41, 1, 143-163.
- Chelius, J., Galvin, D., Owens, P. (1992). Disability : It's more expensive than you think. *Business & Health*, 10, 4, 78-84.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) (1993). *Le maintien du lien d'emploi. Pour un prompt et durable retour au travail*. Québec.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) (2001). *Rapport annuel d'activité 2000*. Québec.
- Chen, H-T (1990). Issues in constructing program theory. *New Directions for Program Evaluation*, 47, 7-18.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., Pineault, R. (1992). *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, 27p.
- Cornally, S. (1986). Management's participation in rehabilitation : success vs. failure. *Journal of Occupational Health and Safety, Australia and New-Zealand*, 3, 4, 382-387.
- Daujard, E. (1996). Maintien dans l'emploi des personnes handicapées 1 et 2. *Préventique-Sécurité*, 27/28, 61-64, 102-105.
- Drury, D. (1991). Disability management in small firms. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 34, 3, 243-256.
- Eisenhardt, K.M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14, 4, 532-560.

- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., Cole, D. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. *Canadian medical Association Journal*, 158, 12, 1625-1631.
- Galvin, D.E. (1986). Health promotion, disability management, and rehabilitation in the workplace. *Rehabilitation Literature*, 47, 9-10, 218-223.
- Galvin, D.E., Roessler, R.T. (1986). Employee Support Services : A Sound Investment. *Personnel*, 63, 7, 54-58.
- Guynes, D. (1989). Work Hardening can cut costs. *Safety & Health*, 40-43.
- Hester, E.J., Kenagy, M.L., Decelles, P.G. (1992). Ideal disability management practices : a survey of disability management advocates and practitioners. *American Rehabilitation*, 18, 4, 11-16.
- Johnson, W.G., Baldwin, M. (1993). *Returns to work by Ontario workers with permanent partial disabilities*. Ontario Workers' Compensation Board, 73 p.
- Juliff, R.J., Polakoff, P.L. (1994). An integrated approach to disability management. *Risk Management*, 41, 4, 91-98.
- Kenny, D.T. (1999). Employers' Perspective on the provision of Suitable. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 9, 4, 267-276.
- Lévesque, M. (1993). L'assignation temporaire dans les établissements affiliés à la CSN : état de la situation. Enquête réalisée pour la *Confédération des syndicats nationaux*, Centre de recherche et d'évaluation sociales et appliquées, Montréal.
- Lundell, P.M. (1985). Disability : A manageable risk. *Health Cost Management*, 2, 2, 5-12.
- Masengarb, L. (1994). Formulating an in-house disability management program. *Employment Relations Today*, 21, 3, 307-317.
- Rachinsky, J.W. (1996). Disability management key to today's LTD. *Ins. National Underwriter*, 100, 8, 14.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E., Lipsey, M.W. (1999). Expressing and assessing program theory. In *Evaluation : a systematic approach*, 155-188. Sage Publications, Beverly Hill.
- Shoemaker, R.J. (1989). *Corporate resistance to early return to work policy*. Western Michigan University, Thesis, 187 p.
- Shrey, D.E., Lacerte, M. (Eds.) (1995). *Principles and practices of disability management in industry*. GR Press Inc.
- Shrey, D.E., Olsheski, J.A. (1992). Disability management and industry-based work return transition programs. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 6, 2, 7.
- Tate, D.G., Habeck, R.V., Galvin, D.E. (1986). Disability Management : Origins, concepts and principles for practice. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17, 3, 5-12.
- Tate, D.G. (1992). Workers' disability and return to work. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71, 2, 92-96.
- Tortarolo J.S., Polakoff, P.L. (1995). The future of disability management is... Integration. *Benefits Quarterly*, 11, 3, 49-55.
- Yin, R.-K. (1984). *Case study research : design and methods*. Applied social research methods series, Beverly Hills, California, 5.

RÉSUMÉS

Nous avons élaboré le cadre conceptuel d'une intervention destinée à des travailleurs victimes de lésions professionnelles. Il s'agit de la politique de maintien du lien d'emploi (MLE), instaurée par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à l'intention des entreprises québécoises. Nous avons effectué l'analyse du contenu de deux types de documents, soit des textes normatifs et des articles scientifiques publiés sur le MLE et des interventions similaires. Puis, nous avons analysé le contenu du verbatim d'entrevues menées avec des représentants d'employeurs et de travailleurs de 16 entreprises privées.

Nos données nous permettent de décrire la théorie normative de l'intervention, plus spécifiquement d'identifier des dimensions de la structure et du processus du MLE, de même que les hypothèses d'action de cette intervention. La structure concerne la composition de l'équipe impliquée dans le MLE, alors que le processus met l'accent sur les services et les activités suivants : la coordination des acteurs engagés dans le MLE, l'information transmise au travailleur, la communication avec le médecin traitant, la validation médicale, la dotation, l'organisation du travail, les relations entreprise-travailleur, la rémunération, l'aide à la recherche d'emploi et l'évaluation de l'intervention. Nous avons précisé les dimensions prescrites de chacun de ces aspects.

Nos résultats peuvent servir à optimiser la validité du contenu des instruments qui pourraient être créés afin de mesurer l'implantation d'interventions telles que le MLE. Ils pourraient également être utiles aux intervenants et aux chercheurs qui souhaiteraient procéder à l'analyse logique de telles interventions.

In this paper, we present the conceptual framework of an intervention designed to facilitate the return to work of workers suffering from occupational injuries. The intervention in question is in fact a policy designed by the Quebec workplace health and safety commission. The first phase of the research consisted in a content analysis of prescriptive and scientific publications on early return to work interventions. It was followed by case studies involving interviews with employer and worker representatives in 16 private firms.

The paper describes the normative theory of the early RTW intervention, more specifically the aspects of its structure and process and the mechanisms by which interventions of this nature are expected to produce their outcomes. The structure includes the composition of the RTW team along with the following services and activities : team co-ordination, information given to workers, communication between the firm and the worker's physician, medical validation, job assignment, work organization, firm/worker relations, remuneration, support in finding employment outside the firm, and program evaluation.

Our results are useful in optimizing the content validity of instruments that may be developed to measure the implementation of early RTW interventions. In addition, they will be useful for staff members or researchers wishing to produce a logical analysis of such interventions.

Hemos elaborado el marco conceptual de una intervención destinada a trabajadores víctimas de lesiones profesionales. Se trata de la política de mantenimiento del vínculo con el empleo (MVE), instaurado por la Comisión de la Salud y Seguridad en el Trabajo (CSST) para las empresas quebequenses. Hemos analizado el contenido de dos tipos de documentos, o sea textos normativos y artículos científicos publicados sobre el MVE e intervenciones similares. Luego hemos analizado el contenido de la transcripción de entrevistas llevadas a cabo con representantes de empleadores y de trabajadores de 16 empresas privadas.

Nuestros datos nos permiten describir la teoría normativa de la intervención, más específicamente identificar las dimensiones de la estructura y del proceso del MVE, así como las

hipótesis de acción de esta intervención. La estructura se refiere a la composición del equipo implicado en el MVE, mientras que el proceso pone de relieve los procesos y las actividades siguientes : la coordinación de los actores comprometidos en el MVE, la información transmitida al trabajador, la comunicación con el médico de cabecera, la validación médica, la dotación, la organización del trabajo, las relaciones empresa-trabajador, la remuneración, la ayuda para encontrar empleo y la evaluación de la intervención. Hemos precisado las dimensiones prescritas en cada uno de estos aspectos.

Nuestros resultados pueden servir para optimizar la validez del contenido de los instrumentos que podrían ser creados para medir la implantación de intervenciones tales como el MVE. También podrían ser útiles para los participantes y para los investigadores que desearían proceder al análisis lógico de tales intervenciones.

INDEX

Keywords : evaluation, intervention, conceptual framework, occupational diseases

Mots-clés : évaluation, intervention, cadre conceptuel, lésions professionnelles

Palabras claves : evaluación, intervención, marco conceptual, lesiones profesionales

AUTEURS

DIANE BERTHELETTE

Département Organisation et ressources humaines, Université du Québec à Montréal et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, C.P.6192, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 4R2, berthelette.diane@uqam.ca

RAYMOND BARIL

Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST), 505, boul. de Maisonneuve Ouest, Montréal (Québec), Canada H3A 3C2, baril.raymond@irsst.qc.ca