

**Réadaptation au travail
chez les 45 ans et plus
dans le secteur de la santé
et des services sociaux**

Carl-Ardy Dubois
Kathleen Bentein
Alain Marchand

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1060

NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

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

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2019

ISBN : 978-2-89797-094-9

ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2

Téléphone : 514 288-1551

publications@irsst.qc.ca

www.irsst.qc.ca

© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
décembre 2019

Réadaptation au travail chez les 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux

Carl-Ardy Dubois¹, Kathleen Bentein², Alain Marchand¹

¹ Université de Montréal

² Université du Québec à Montréal

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1060



Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document.

En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Cette publication est disponible en version PDF sur le site Web de l'IRSST.



ÉVALUATION PAR DES PAIRS

Conformément aux politiques de l'IRSST, les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes et organisations qui ont permis la réalisation de cette étude grâce à leurs contributions et leur soutien :

- les directions des ressources humaines de 10 organisations participantes qui ont été parties prenantes tout au long de la réalisation de cette étude;
- les équipes de santé et de sécurité du travail de ces organisations qui ont joué un rôle de premier plan dans tout le processus de recrutement des répondants et ont maintenu une liaison constante avec l'équipe de recherche;
- tous les travailleurs qui ont consenti à participer à cette étude et ont été disponibles pour répondre aux questionnaires ou se prêter à des entrevues;
- les informateurs clés qui nous ont accordé des entrevues pour le volet qualitatif de l'étude;
- les professionnels de recherche, Hermès Karemere et Marie-Lou Béchu, qui ont été au cœur des diverses activités de collecte, de traitement et d'analyse des données et ont assuré une liaison constante entre l'équipe de recherche et les milieux participants;
- le professionnel de recherche et analyste, Alexandre Prud'Homme, qui a apporté une contribution significative à la constitution de la base de données quantitatives et à l'analyse de ces données;
- Michel Fournier, consultant en statistique, qui a fourni de précieux conseils pour guider la réalisation du volet quantitatif de l'étude.

SOMMAIRE

Au Québec, les 45 ans et plus représentent une part croissante de la main-d'œuvre du secteur de la santé et des services sociaux. Pour assurer l'équilibre nécessaire entre la demande croissante de services de santé et l'offre de main-d'œuvre dans ce contexte de changement sociodémographique, les organisations du secteur font face au défi d'optimiser la participation au travail des plus âgés. Cela exige non seulement la prise en charge efficace des situations incapacitantes au travail chez les 45 ans et plus, mais aussi la prévention de ce type de lésions et le maintien ou la réinsertion en emploi de ceux qui en sont victimes. Cette étude visait trois principaux objectifs :

1. Cartographier les trajectoires de retour au travail des 45 ans et plus ayant expérimenté une lésion professionnelle, dans le secteur de la santé et des services sociaux, en tenant compte de différences éventuelles suivant le sexe;
2. Examiner les facteurs associés aux diverses trajectoires;
3. Cartographier les pratiques en matière de réadaptation des travailleurs les plus âgés et identifier celles qui soutiennent ou entravent le retour en emploi des travailleurs plus âgés ayant expérimenté une lésion professionnelle.

Combinant une approche longitudinale et un devis mixte, l'étude est organisée en deux composantes:

- **Une composante quantitative : trajectoires de retour au travail des 45 ans et plus et analyse des facteurs qui y sont associés** (*objectifs 1, 2*). Le devis est une étude prospective longitudinale d'une cohorte de travailleurs de 45 ans et plus œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux. Deux techniques de collecte de données ont été utilisées : un questionnaire administré à trois reprises et le recueil de données administratives (heures travaillées). La modélisation est basée sur la technique d'analyse de classes latentes pour courbes de croissance (*Latent Class Growth Analysis*).
- **Une composante qualitative : cartographie des pratiques organisationnelles en matière de réadaptation au travail** (*objectif 3*). Le devis est une étude de cas multiples (3 cas) avec niveaux d'analyse imbriqués. Les principales sources de données étaient issues des entretiens et de la documentation pertinente.

Résultats : Composante quantitative. L'exercice de classification a permis de distinguer quatre trajectoires que suivent les répondants âgés de 45 ans et plus à la suite d'un accident de travail : 1) diminution progressive des heures travaillées; 2) retour progressif lent; 3) retour d'emblée à la situation normale; 4) retour progressif rapide. Pour les deux dernières trajectoires, qui regroupent les trois quarts des répondants, ces derniers vont retrouver le niveau des heures travaillées avant la survenue de la lésion, soit d'emblée au retour au travail, soit graduellement durant les six périodes de 15 jours qui suivent ce retour. Cependant, pour les deux premières trajectoires, qui regroupent le quart des répondants, ces derniers étaient encore loin du niveau des heures travaillées, à leur sixième période après le retour au travail et l'une des deux trajectoires accuse même une courbe descendante. Les analyses multivariées n'auront fait

ressortir que deux principaux facteurs associés aux trajectoires les plus défavorables : les exigences psychologiques plus élevées de l'emploi et une durée d'absence plus longue.

Ces accidents se soldant par de longues périodes d'absence (moyenne de 94 jours) touchaient particulièrement deux catégories d'emploi : le personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires et le personnel paratechnique. En ce qui concerne le sexe, les résultats montrent que ces accidents se soldant par une longue période d'absence touchent en particulier des femmes (75,7 %), reflétant leur plus forte proportion dans les secteurs d'emploi touchés. Les résultats montrent également une durée moyenne d'absence significativement plus élevée chez les femmes (104 jours) que chez les hommes (67 jours). En ce qui concerne les deux groupes d'âge ciblés dans cette étude, une vulnérabilité plus grande a été observée chez les 45-55 ans en comparaison aux 56 ans et plus, avec une durée d'absence plus longue à la suite d'un accident et une intention de quitter leur vie professionnelle plus élevée.

Composante qualitative. Les analyses ont permis de faire ressortir trois principaux constats :

- Des systèmes et procédures organisationnels qui n'ont pas encore atteint leur plein niveau de maturité, avec comme corollaires : un monitoring parfois incomplet des problèmes de santé et de sécurité du travail (SST), des procédures d'analyses des événements pas suffisamment approfondies, une communication déficiente et un manque de coordination.
- Un engagement limité de certains acteurs organisationnels dans la résolution des problèmes de SST avec comme corollaires : un engagement affiché au sommet des organisations qui ne trouve pas toujours écho aux autres paliers, des équipes de SST confinées dans des rôles administratifs et une faible sensibilité des employés aux risques potentiels de leur environnement de travail.
- Des lacunes qui touchent à la fois l'étendue et la profondeur des interventions organisationnelles : une vision qui ne couvre pas le continuum d'interventions et une attention portée davantage aux interventions centrées sur les individus par rapport aux mesures consistant à agir sur l'environnement de travail.

Cette étude suggère cinq pistes qui peuvent être suivies par les organisations pour optimiser leurs systèmes de surveillance, de prévention et de prise en charge des lésions professionnelles chez leurs travailleurs plus âgés : 1) porter une attention prioritaire à deux sous-groupes particulièrement vulnérables; 2) miser sur l'organisation du travail comme levier d'intervention; 3) investir dans des mécanismes visant à assurer l'engagement de l'ensemble des acteurs organisationnels; 4) renforcer les systèmes organisationnels de prévention et de prise en charge des situations de lésions professionnelles; 5) miser sur des actions qui visent concomitamment les travailleurs et leur environnement de travail.

Implications pour la recherche. Sur le plan de la recherche, cette étude indique l'urgence de trouver des interventions empiriquement validées devant permettre d'optimiser la présence au travail et les trajectoires de travail des 45 ans et plus, notamment pour les travailleurs œuvrant dans les catégories d'emploi les plus vulnérables. En rupture avec les interventions actuelles, les résultats suggèrent de miser sur des interventions multidimensionnelles, s'opérationnalisant sur les plans individuel et organisationnel, centrées sur les besoins des parties prenantes et

coconstruites avec elles. D'autres recherches qualitatives, longitudinales, centrées sur les travailleurs ayant expérimenté une lésion professionnelle, sont aussi nécessaires pour approfondir l'expérience de ces derniers et mieux comprendre les mécanismes par lesquels les interventions et processus dans diverses sphères (institutionnelle, organisationnelle et individuelle) affectent leurs trajectoires et leur présence au travail.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE	III
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES FIGURES	XI
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	XIII
1. INTRODUCTION	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE	7
4. MÉTHODOLOGIE	9
4.1 Approche	9
4.2 Composante 1 : trajectoires de retour au travail des 45 ans et plus et analyse des facteurs qui y sont associés	9
4.2.1 Devis	9
4.2.2 Population et échantillon	9
4.2.3 Collecte de données	10
4.2.4 Variables	10
4.2.5 Analyses des données	11
4.3 Composante 2 : cartographie des pratiques qui facilitent ou entravent le maintien et le retour en emploi des travailleurs âgés ayant expérimenté une lésion professionnelle	13
4.3.1 Devis	13
4.3.2 Population et échantillon	13
4.3.3 Collecte de données	13
4.3.4 Instruments	14
4.3.5 Analyse des données	14
5. RÉSULTATS	15
5.1 Composante 1 : trajectoires de retour au travail des 45 ans et plus et analyse des facteurs qui y sont associés	15
5.1.1 Statistiques descriptives : caractéristiques sociodémographiques et d'emploi	15
5.1.2 Statistiques descriptives : profil des répondants par rapport à l'accident de travail	17

5.1.3	Statistiques descriptives : ressources des répondants et demandes liées à leur emploi	20
5.1.4	Statistiques descriptives : résultats liés au travail	23
5.1.5	Classification des trajectoires de retour au travail	25
5.1.6	Portrait des classes issues de la classification des trajectoires de retour au travail.....	27
5.1.7	Facteurs associés aux diverses trajectoires de retour au travail	31
5.1.8	Évolution dans le temps de la situation des répondants : comparaison des résultats obtenus par les sondages.....	34
5.2	Composante 2 : cartographie des pratiques organisationnelles en matière de réadaptation au travail des 45 ans et plus ayant expérimenté une lésion professionnelle.....	37
5.2.1	Contexte général des trois organisations sélectionnées	37
5.2.2	Les systèmes et procédures organisationnels	44
5.2.3	Interventions pour réduire les accidents de travail et les risques	51
5.2.4	Vision et engagement des acteurs organisationnels	53
6.	DISCUSSION	57
6.1	Profils et trajectoires des travailleurs.....	57
6.2	Pratiques organisationnelles	59
6.3	Recommandations et pistes pour interventions et recherches futures.....	61
6.4	Limites	63
7.	CONCLUSION.....	65
	BIBLIOGRAPHIE	67
	ANNEXE A : CONSTRUCTION DES VARIABLES	73
A.I	Construction des variables dépendantes	73
A.II	Écart d'heures travaillées.....	73
A.II.I	Trajectoires de retour au travail	73
A.III	Construction des variables indépendantes.....	74
	ANNEXE B : GRILLE D'ENTRETIEN.....	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Distribution des répondants selon le sexe et le groupe d'âge (n = 148 ^T)	15
Tableau 2.	Distribution des répondants selon certaines caractéristiques d'emploi (n = 148 ^T).....	16
Tableau 3.	Distribution des répondants selon certaines caractéristiques de l'accident de travail (n = 123 ^T)	18
Tableau 4.	Nombre moyen de jours d'absence à la suite de l'accident de travail selon certaines caractéristiques individuelles (n = 123 ^T).....	19
Tableau 5.	Scores moyens des ressources disponibles selon certaines caractéristiques individuelles (n=148 ^T).....	21
Tableau 6.	Scores moyens des ressources disponibles selon certaines caractéristiques individuelles (n=148 ^T).....	22
Tableau 8.	Classes de trajectoire de retour au travail (n = 120 ^T).....	26
Tableau 9.	Distribution des répondants selon leurs caractéristiques individuelles par classe de trajectoire de retour au travail (n = 120 ^T)	28
Tableau 10.	Distribution des répondants selon les caractéristiques de la blessure occasionnée par l'accident de travail par classe de trajectoire de retour au travail (n = 120 ^T)	29
Tableau 11.	Scores moyens de ressources disponibles et de demandes selon les classes de trajectoire de retour au travail (au temps 1) (n = 120 ^T)	30
Tableau 12.	Facteurs associés (régression multinomiale) à l'appartenance à chacune des classes de trajectoire de retour au travail (n = 120 ^T)	32
Tableau 13.	Facteurs associés (régression linéaire multiniveau) à l'écart (en %) des heures travaillées au retour au travail par rapport aux heures travaillées avant l'accident (n = 120 ^T)	33
Tableau 14.	Scores moyens des ressources disponibles selon le temps de l'étude (n = 79 ^T).....	35
Tableau 15.	Scores moyens des demandes selon le temps de l'étude (n = 79 ^T)	36
Tableau 16.	Scores moyens des résultats au travail selon le temps de l'étude (n = 79 ^T)	36
Tableau 17.	Synthèse des facteurs identifiés par les répondants comme étant favorables ou non au maintien ou retour à l'emploi à la suite d'un accident de travail	55
Tableau 18.	Construction des variables relatives aux caractéristiques de l'emploi.....	74
Tableau 19.	Construction des variables relatives aux ressources disponibles	75
Tableau 20.	Construction des variables relatives aux demandes.....	79
Tableau 21.	Construction des variables relatives aux résultats de travail	81
Tableau 22.	Construction des variables relatives à l'accident de travail et à l'utilisation de services	83

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Représentation graphique des classes de trajectoire de retour au travail.....	26
-----------	---	----

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ASSTSAS :	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
CHSLD :	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLSC :	Centre local de services communautaires
CNESST :	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSST :	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
EQCOTESST :	Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail
AIEA :	Agence internationale de l'énergie atomique
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
PAB :	Préposé aux bénéficiaires
PDSB :	Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires
SAPA :	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SST :	Santé et sécurité du travail
TMS :	Troubles musculosquelettiques

1. INTRODUCTION

Cette étude visait à générer des connaissances qui permettent de mieux comprendre et d'optimiser les trajectoires de réadaptation au travail à la suite d'une lésion professionnelle chez les travailleurs de 45 ans et plus œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec, tout en tenant compte de différences éventuelles entre les sexes.

Dans tous les pays industrialisés, le vieillissement des populations a émergé comme un enjeu majeur de politique publique avec des effets importants tant sur la demande de soins de santé que sur la main-d'œuvre qui prodigue ces soins (Dubois, McKee et Nolte, 2006). Au Québec, de manière globale, la proportion de travailleurs âgés de 45 ans et plus est passée de 34 % de l'ensemble des travailleurs en 2001 à 42 % en 2018 (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2012, 2019). De manière plus spécifique, dans le secteur de la santé, les 45 ans et plus constituent, à titre d'exemple, 46 % de la main-d'œuvre infirmière règlementée (infirmières et infirmières auxiliaires) (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2013). En dépit de ces chiffres, plusieurs données indiquent toutefois que les effets du vieillissement sur les effectifs pourraient être tempérés par une proportion de travailleurs âgés qui prolongerait leur vie professionnelle (Hasselhorn et Apt, 2015; Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE], 2015; Statistique Canada, 2015). Pour assurer l'équilibre nécessaire entre la demande croissante de services de santé et l'offre de main-d'œuvre dans ce contexte de changements sociodémographiques, les établissements de santé font face aux défis d'optimiser la participation au travail des plus âgés. Cela nécessite non seulement une prise en charge efficace sur le plan clinique des situations incapacitantes au travail, mais aussi la prévention de ces situations ou encore le maintien et la réinsertion en emploi de ceux qui en sont victimes.

Les travailleurs âgés de 45 ans et plus, qui constituent une part croissante de la main-d'œuvre, ont en commun qu'ils sont dans la deuxième moitié de leur vie active et à une étape de leur existence à laquelle une proportion significative d'entre eux doivent expérimenter graduellement un ensemble de changements physiologiques, psychologiques et cognitifs associés au vieillissement (McDonald et Harder, 2004). En ce qui concerne les lésions professionnelles, leur incidence n'est pas nécessairement plus élevée chez ces travailleurs. Globalement, les 45 ans et plus affichent même des taux de lésions professionnelles moins élevés que les 25-44 ans (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST], 2018). Ce qui distingue ces travailleurs, c'est la plus grande sévérité de leurs lésions professionnelles qui s'accompagne plus fréquemment d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (15,6 % contre 11,6 % pour l'ensemble des travailleurs) et se traduit par une durée moyenne d'indemnisation plus longue, excédant de plus de trois semaines celle de l'ensemble des travailleurs (Duguay, Boucher, Busque, Prud'homme et Vergara, 2012). Certaines données confirment que la perte de production et les coûts par épisode de lésion professionnelle tendent ainsi à augmenter avec l'âge (Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec¹ [CSST], 2014a).

Les travailleurs plus âgés ne constituent pas un groupe homogène. Bien que le processus de vieillissement de la main-d'œuvre, pris dans sa globalité, se traduise par un ensemble défini de

¹ La CSST a été abolie le 1^{er} janvier 2016 et remplacée par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

contraintes, ces dernières sont vécues diversement par les travailleurs âgés qui diffèrent sur les plans de leurs besoins, préférences, histoires de vie et de travail, compétences et expériences (Smeaton, Vegeris et Shain-Dikmen, 2009). L'âge chronologique ne peut ainsi expliquer que de manière limitée les besoins différentiels des travailleurs plus âgés, car les individus suivent des cheminements variables dictés par leur rythme propre du vieillissement et par divers facteurs organiques, psychologiques, comportementaux et sociaux (Smith et Baltes, 1997). L'âge fonctionnel, qui couvre les aspects mentaux, sociaux et physiologiques du vieillissement, peut différer pour des individus dans le même groupe d'âge (Erber, 2010). Cela signifie que la réadaptation au travail des plus âgés à la suite d'une lésion professionnelle, leurs attitudes et leurs décisions peuvent emprunter des configurations diverses.

Dans une optique d'amélioration et d'adaptation des milieux de travail pour mieux répondre aux besoins de la population plus âgée, cette étude offre la possibilité de modéliser et de mieux comprendre les trajectoires de réadaptation des travailleurs plus âgés. Le secteur de la santé fournit à cet égard un contexte idéal d'observation pour diverses raisons. Premièrement, les travailleurs en santé tendent à être plus âgés que dans divers autres secteurs (Gupta, Diallo, Zurn et Dal Poz, 2003) et comptent pour une proportion significative des cas de lésions professionnelles. Au Québec, les établissements de santé et de services sociaux, qui emploient environ 13 % de travailleurs rémunérés, ont enregistré 18 % des accidents et maladies professionnelles en 2013 (CSST, 2014b). Un portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) dressé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail a montré que le secteur des soins de santé et assistance sociale regroupait à lui seul 27,7 % de l'ensemble des lésions de type TMS (CNESST, 2018). Deuxièmement, en raison de l'acuité des menaces posées par le vieillissement dans le secteur de la santé, les employeurs sont particulièrement interpellés pour adapter leurs stratégies afin de répondre aux besoins des travailleurs plus âgés (Mion *et al.*, 2006). Cette étude offre l'occasion de mieux comprendre l'évolution des pratiques et comment ces dernières facilitent ou entravent la réadaptation au travail des plus âgés à la suite d'une lésion professionnelle.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

La recherche sur la réadaptation au travail, à la suite d'une lésion professionnelle, a été marquée par trois développements majeurs au cours des trois dernières décennies. Le premier est que l'attention qui était initialement portée de manière presque exclusive sur un dommage ou une condition médicoclinique a été recentrée sur les incapacités qui en découlent (Nocon et Baldwin, 1998). Les recherches ont permis, en effet, de montrer que les facteurs qui compromettent le maintien ou le retour au travail sont souvent moins associés à la condition médicoclinique elle-même qu'aux incapacités que cette condition entraîne (Waddell et Burton, 2005). Le deuxième développement a été une reconnaissance plus affirmée de la complexité des processus associés à l'incapacité au travail, avec l'élaboration de modèles conceptuels reflétant à la fois la nature développementale de l'incapacité et la diversité des facteurs sociaux, psychologiques et économiques qui l'influencent (Krause et Ragland, 1994; World Health Organisation [WHO], 2001; Waddell, 1987; Feuerstein, 1991). Les recherches ont permis d'identifier un large faisceau de facteurs qui augmentent les risques d'incapacité au travail ou permettent de distinguer les personnes qui reprennent leur emploi de celles qui demeurent invalides à la suite d'une intervention (Ngan *et al.*, 2010; Pincus, Burton, Vogel et Field, 2002; Waddell, Burton et Main, 2003; Du Bois, Szpalski et Donceel, 2009). Ces travaux montrent que l'incapacité et la participation au travail résultent de phénomènes d'interactions entre un large ensemble de facteurs individuels (ex. : biomédicaux, psychologiques, comportementaux), organisationnels (ex. : soutien du supérieur immédiat et des pairs, climat de travail) et environnementaux (ex. : marché du travail, contexte familial, dispositifs publics d'aide à la réinsertion au travail). Par les droits et les prestations qu'elles accordent, les politiques façonnent l'éventail des alternatives ouvertes aux travailleurs victimes d'un accident de travail, influencent leurs décisions et modèlent les trajectoires possibles. Ces trajectoires sont aussi sujettes à l'influence des pratiques organisationnelles dans une variété de domaines (ex. : stratégies de dotation et de maintien au travail, formation, organisation du travail). Par ailleurs, la réadaptation au travail repose sur un large ensemble d'acteurs qui relèvent du système de soins et de services sociaux, des institutions impliquées dans les relations de travail (employeurs, syndicats), des agences de compensation financières (assureurs), de divers organismes gouvernementaux de protection sociale, des organismes communautaires de proximité et du tissu familial. Cela soulève un ensemble d'enjeux qui touchent l'accessibilité aux diverses ressources, la nature des interventions de réadaptation, leur justesse et leur continuité. Le troisième développement concerne l'expérimentation et l'évaluation de nouvelles formes d'intervention. Ces dernières visent désormais, non seulement la restauration totale ou partielle de l'intégrité physique ou psychique de la personne, mais aussi la réduction des incapacités de diverses natures qui découlent de l'atteinte à cette intégrité (Briand, Durand, St-Arnaud et Corbière, 2008). L'éventail des interventions s'est aussi élargi à divers points du continuum de services : prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire (Field et Jette, 2007).

Cependant, bien que le vieillissement de la main-d'œuvre ait soulevé un intérêt considérable au cours des dernières années auprès des milieux scientifiques, peu d'études se sont spécifiquement intéressées aux travailleurs les plus âgés dans une perspective de réadaptation. En dépit des développements significatifs dans les recherches sur l'incapacité au travail, l'état actuel des connaissances montre plusieurs lacunes qui doivent être comblées afin de mieux

comprendre les processus de réadaptation au travail des travailleurs plus âgés et guider les interventions les concernant.

Premièrement, il est largement reconnu qu'une combinaison de facteurs de diverses natures peut influencer tant le processus de vieillissement que la participation au travail et l'incapacité, mais la plupart des études tendent à mettre l'accent sur des aspects isolés de ces processus, occultant non seulement de nombreux facteurs d'intérêt, mais aussi les interactions entre les facteurs recensés (Fadyl, McPherson, Schluter et Turner-Stokes, 2010). Deuxièmement, en dépit d'un vaste courant de recherche portant sur les processus de maintien et de retour au travail, les perspectives privilégiées jusqu'ici dans la recherche sur les travailleurs les plus âgés, tant dans le domaine des ressources humaines que de la santé au travail, s'inscrivent souvent dans des modèles qui mettent plutôt l'accent sur la détérioration des capacités, les limitations de diverses natures, l'incapacité au travail et diverses autres variables essentiellement négatives comme l'épuisement, la perte de motivation et l'insatisfaction au travail (Ng et Law, 2014; Brooke et Taylor, 2005). L'approche d'habilitation au travail (*Work Ability*) adoptée dans un nombre croissant de travaux reflète une rupture avec le modèle d'incapacité privilégié dans la plupart des études sur le vieillissement (Ilmarinen, 2009). D'autres travaux théoriques comme ceux de Hobfoll ont été à l'avant-garde d'une perspective basée sur la préservation ou même le développement des ressources aux âges avancés, mais cette perspective reste encore peu utilisée dans l'analyse des processus de travail (Hobfoll, 1989). Troisièmement, bien que les processus de maintien en emploi, d'incapacité au travail et de réinsertion en emploi soient considérés comme des éléments d'un même continuum, les recherches tendent souvent à se centrer sur des composantes isolées de ce continuum, reflétant des intérêts disciplinaires cloisonnés (épidémiologie, réadaptation, relations industrielles, santé publique) et allant ainsi à l'encontre d'une vision holistique des enjeux reliés à l'incapacité au travail (Field et Jette, 2007; Hayward, 2004; Rimmer, 1999).

Pour corriger ces lacunes, cette étude s'appuiera sur le modèle des demandes-ressources (Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2001). Ce modèle fournit un outil théorique permettant d'examiner les dynamiques de réadaptation au travail des plus âgés dans une perspective holistique et systémique, prenant ainsi en compte la complexité des liens entre la participation au travail et un ensemble de facteurs. Le modèle des demandes-ressources est un modèle heuristique qui cherche à expliquer les aspects négatifs et positifs du bien-être au travail, à travers les processus de stress et de désengagement (Demerouti *et al.*, 2001). Chaque situation de travail, quel que soit le poste occupé, peut être caractérisée par deux types de facteurs : les demandes et les ressources. Les demandes renvoient aux aspects du travail qui requièrent des efforts physiques et/ou psychologiques et nécessitent, par conséquent, des capacités d'adaptation (ex. : la charge de travail, les exigences physiques, les exigences émotionnelles, la gestion du temps, le contact avec les clients). Les ressources, quant à elles, renvoient aux aspects du travail qui permettent aux individus de réaliser leurs tâches et de se développer (ex. : l'autonomie, le soutien du supérieur). Ces deux types de caractéristiques du travail renvoient à deux processus psychologiques distincts : l'augmentation des demandes conduit au stress (physique ou psychologique) alors que la diminution des ressources entraîne un désengagement ou une démotivation pouvant aller jusqu'à un retrait physique ou psychologique du travail. Dans le contexte de la présente étude, le processus de réadaptation au travail peut être vu comme un épisode critique durant lequel les personnes font face à un déséquilibre de leurs ressources. Les travailleurs âgés ayant subi une lésion professionnelle peuvent avoir perdu des ressources clés (ex. : capacités physiques ou psychologiques) ou

peuvent avoir des difficultés à protéger certaines ressources existantes (ex. : ressources personnelles en matière d'estime de soi, de sentiment d'autoefficacité).

Le modèle des demandes-ressources sera utilisé de manière à traiter l'enjeu de réadaptation au travail des travailleurs vieillissants à différents niveaux. Au niveau micro, l'analyse portera sur les ressources de diverses natures dont disposent les individus, les demandes auxquelles ils doivent faire face et l'évaluation de l'effet de ces facteurs sur leurs trajectoires de travail à la suite d'une lésion. Aux niveaux méso et macro, l'analyse cherchera à montrer comment les pratiques organisationnelles et les facteurs institutionnels (politiques, lois, règlements) influencent non seulement les ressources et demandes des travailleurs, mais aussi les processus de réadaptation au travail et la prévention des lésions professionnelles.

L'analyse, aux niveaux méso et macro, s'appuiera également sur plusieurs travaux complémentaires qui ont cherché à distinguer les divers degrés de maturité organisationnelle en matière de développement d'une culture de santé et de sécurité du travail. L'une de ces typologies distingue trois stades de maturité : le stade 1 lors duquel la sécurité est traitée comme une réponse aux exigences externes et à la réglementation; le stade 2 lors duquel la sécurité devient un but pour l'organisation, mais avec une attention surtout centrée sur les interventions techniques et les procédures; le stade 3 lors duquel la sécurité s'inscrit dans un processus d'amélioration continue avec une plus grande attention portée à des aspects qui touchent la communication, l'habilitation et l'engagement des acteurs organisationnels à différents niveaux (Agence internationale de l'énergie atomique [AIEA], 2002). Une autre typologie proposée par Fleming fait une distinction entre cinq phases (émergence, gestion, implication, coopération, amélioration continue) basées entre autres sur : l'engagement organisationnel, les croyances, les comportements, les attitudes et l'engagement des acteurs concernés, les mécanismes de communication de l'information et d'analyse des événements (Fleming, 2001). Parker, Lawrie et Hudson ont, eux aussi, identifié cinq stades qualifiés de pathologique, réactif, bureaucratique, proactif et créatif (Parker, Lawrie et Hudson, 2006). Ces cinq stades se distinguent par des variations sur un ensemble de dimensions qui touchent essentiellement : le système d'information et de monitoring, les mécanismes de communication de l'information, le système d'analyse permettant d'apprendre des événements, l'engagement organisationnel et les mécanismes de mobilisation des acteurs organisationnels à différents paliers. D'autres travaux ont surtout cherché à différencier la nature des interventions selon qu'elles portent sur les environnements techniques et physiques (installations, équipements), les systèmes et procédures organisationnels, les comportements et attitudes des acteurs organisationnels (Institute of Medicine, 2005; Palassis, Schulte et Geraci, 2006; *World Health Organisation* [WHO], 2010). Allant dans le même sens, le *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) propose une hiérarchie de ces interventions : aux deux premiers niveaux, des interventions qui ciblent les individus et qui visent à les sensibiliser simplement aux risques ou plus fondamentalement à favoriser des changements de comportements en misant, par exemple, sur la formation; au troisième niveau, des interventions qui visent à créer des conditions organisationnelles (ex. : horaire, charge de travail) permettant de promouvoir la santé et la sécurité des travailleurs; aux 4^e et 5^e niveaux, des pratiques, politiques, programmes qui permettent de mettre les travailleurs à l'abri de certains risques présents dans leur environnement ou, au mieux, d'éliminer complètement ces risques (Lee *et al.*, 2016). En s'appuyant sur ces différents cadres de référence et typologies, l'analyse cherchera à approfondir les pratiques organisationnelles sur trois principaux aspects :

- le niveau de maturité des systèmes et procédures organisationnels. L'attention sera portée sur le monitoring, englobant le système de déclaration ainsi que les différents mécanismes de collecte, le traitement et la communication de l'information sur les accidents de travail, l'analyse des événements et des risques, la prise en charge des cas d'accidents de travail et l'organisation du retour au travail;
- la nature des interventions privilégiées pour répondre aux enjeux de santé et de sécurité du travail (SST) pour les 45 ans et plus;
- la vision sous-jacente aux comportements des acteurs organisationnels et l'engagement de ces derniers par rapport aux enjeux de SST.

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

En mettant l'accent sur les travailleurs les plus âgés ayant expérimenté une lésion professionnelle, cette étude vise à apporter de nouveaux éclairages sur le vieillissement dans un contexte de travail, à permettre de mieux saisir la portée des défis posés par le maintien et la réinsertion en emploi aux dernières étapes de la vie active et à approfondir la compréhension des trajectoires de réadaptation au travail durant cette période. De manière spécifique, les objectifs visés sont :

- 1) cartographier les trajectoires de retour au travail des 45 ans et plus ayant expérimenté une lésion professionnelle, dans le secteur de la santé et des services sociaux, en tenant compte de différences éventuelles suivant le sexe;
- 2) examiner les facteurs associés aux diverses trajectoires;
- 3) cartographier les pratiques en matière de réadaptation des travailleurs les plus âgés et identifier celles qui soutiennent ou entravent le retour en emploi des travailleurs plus âgés ayant expérimenté une lésion professionnelle

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Approche

Pour atteindre les objectifs visés par cette étude, une approche longitudinale combinant des méthodes quantitatives et qualitatives a été utilisée. L'étude est organisée en deux principales composantes.

4.2 Composante 1 : trajectoires de retour au travail des 45 ans et plus et analyse des facteurs qui y sont associés

4.2.1 Devis

Le devis est une étude prospective longitudinale d'une cohorte de travailleurs âgés de 45 ans et plus œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux.

4.2.2 Population et échantillon

La population est composée de l'ensemble des salariés du secteur de la santé et des services sociaux, âgés de 45 ans ou plus au moment de l'étude. Cinq catégories d'emploi étaient visées : le personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires; le personnel paratechnique des services auxiliaires et métiers; les techniciens et professionnels de l'administration; les techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux; le personnel d'encadrement. Neuf organisations de santé de six régions sociosanitaires (Montréal, Montérégie, Laval, Laurentides, Lanaudière et Québec) ont participé à l'étude. Ces neuf organisations employaient 35 % des salariés du réseau de la santé et des services sociaux (n = 152 858) en 2015 et reflétaient une grande diversité sur les plans de la localisation (urbain, semi-urbain, rural), du type d'organisations (cinq centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), deux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), deux centres hospitaliers universitaires (CHU)), de la taille, des conditions et pratiques organisationnelles. Ces établissements qui correspondent à des entités fusionnées pour la plupart présentent eux-mêmes une variété de contextes de travail (soins de courte durée, soins de longue durée, services à domicile, services communautaires, etc.).

Le recrutement des participants s'est fait en concertation avec les directions des ressources humaines (DRH) des établissements. Les personnes recrutées devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : être âgé de 45 ans et plus, avoir déclaré une lésion professionnelle avec absentéisme confirmé par un certificat médical et une demande d'indemnisation à la CNESST. Les personnes répondant à ces critères étaient contactées par un membre de l'équipe de la DRH pour leur faire part de l'étude en cours et solliciter leur approbation avant que leurs coordonnées soient communiquées à un membre de l'équipe de recherche. Deux cent quatre-vingt-deux (282) participants potentiels ont été référés par les établissements. De ce nombre, 148 participants ont effectivement participé à l'étude (réponse à au moins un temps du questionnaire et consentement à recueillir des données administratives les concernant). Les 134 personnes qui ont été exclues sont des individus qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion, qui ont refusé d'emblée de participer après avoir pris contact avec l'équipe de recherche ou qui sont revenues sur leur décision avant même d'avoir rempli le premier

questionnaire. Le recrutement s'est étendu sur une période allant de février 2017 à juin 2018, soit un total de 16 mois.

4.2.3 Collecte de données

Deux principales techniques ont été utilisées :

- 1) Sondage. Un questionnaire autoadministré qui pouvait être rempli en ligne ou sous une forme papier, suivant les préférences du répondant. Ce questionnaire a été administré à trois reprises : au moment du recrutement, soit dans les jours qui ont suivi l'accident de travail (temps 1), au moment du retour au travail (temps 2), deux mois après le retour au travail (temps 3). Cent quarante-huit (148) personnes ont répondu au temps 1, 101 au temps 2 et 79 au temps 3.
- 2) Collecte de données administratives concernant les heures travaillées et les absences du travail. Cette collecte couvrait six quinzaines avant l'accident et six quinzaines après le retour au travail. Pour la période avant l'accident, les données ont été collectées pour 145 répondants et n'ont pu être recueillies pour 3 personnes. Pour la période après l'accident, les données administratives n'ont pu être recueillies que pour 120 répondants. Dix-neuf (19) personnes n'étaient pas encore de retour au travail au moment de la clôture de la collecte et les informations administratives étaient manquantes pour six autres.

4.2.4 Variables

Cinq catégories de variables ont été mesurées :

1. les caractéristiques de l'emploi. Un ensemble de 20 items tirés du questionnaire de [*l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail*](#) (EQCOTESST, Vézina et al., 2011) et du Survey of Working Life Questionnaire (Statistiques Nouvelle-Zélande, 2008) couvrait les variables suivantes : les caractéristiques de l'emploi (profession ou métier, poste, type de contrat de travail), le profil de temps de travail (heures de travail habituelles, travail à temps non standard) et la flexibilité de l'emploi;
2. les heures travaillées. Une grille de collecte des données administratives couvrait spécifiquement pour chaque répondant : les heures travaillées (jour/soir/nuit, temps régulier/temps supplémentaire, semaine/fin de semaine) et les journées d'absence.
3. les ressources dont dispose le travailleur et les demandes auxquelles il doit répondre. Ces variables incluaient :
 - les ressources associées aux conditions physique, mentale et psychologique de l'individu, mesurées par l'indice de capacité au travail (Work ability index) (Ilmarinen, 2007);
 - les ressources économiques, mesurées par une échelle à trois items (Randall, Martin, Bishop, Poon et Johnson, 2011);

- les ressources sociales mesurées par l'échelle de soutien émotionnel et instrumental à partir du réseau social de l'individu (Stevens et Westerhof, 2006a, 2006b);
 - les ressources accessibles sur le plan organisationnel, mesurées par une combinaison de deux échelles tirées du Job Content Questionnaire qui couvrent deux dimensions du soutien social au travail : le soutien des pairs et le soutien des supérieurs immédiats (Karasek *et al.*, 1998);
 - les demandes associées au travail, mesurées par une combinaison de trois échelles : l'échelle de demande psychologique et l'échelle de latitude décisionnelle, tirées dans les deux cas du Job Content Questionnaire (Karasek *et al.*, 1998), l'indice général du cumul de contraintes physiques du travail, utilisé antérieurement dans l'Enquête sociale et de santé 1998 (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2001);
4. le profil sociodémographique du travailleur et les caractéristiques de sa lésion. Ces variables ont inclus : les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, état civil, scolarité), les caractéristiques de la lésion professionnelle (nature et site de la lésion) et l'utilisation de services de réadaptation (types de professionnels rencontrés, services utilisés);
 5. les résultats liés au travail. Ces variables ont inclus : la santé et le bien-être au travail, mesurés par l'Échelle d'épuisement émotionnel (Maslach et Jackson, 1986), validée dans le contexte québécois (Dion et Tessier, 1994); la satisfaction au travail (Cammann, Fichman, Jenkins et Klesh, 1983); et l'intention de quitter l'emploi.

Les détails de construction de ces différentes variables sont présentés à l'annexe A (Tableaux 18 à 22).

4.2.5 Analyses des données

Le processus d'analyse des données s'est effectué en quatre étapes :

- 1) *Statistiques descriptives*. Ces statistiques ont été élaborées à partir de données recueillies au temps 1 pour 148 répondants. Elles ont permis de dresser le profil sociodémographique et d'emploi des répondants. D'autres statistiques plus spécifiques, portant entre autres sur les caractéristiques de l'accident de travail et du retour au travail ont été élaborées pour 123 répondants qui sont retournés au travail avant la fin de la collecte de données (19 répondants n'étaient pas encore retournés au travail au moment de la fin de la collecte des données et les informations administratives étaient manquantes pour 6 autres). Pour les différents types de variables examinées et pour les différentes analyses, un examen fut mené afin de déterminer s'il y avait des différences statistiquement significatives entre : les hommes et les femmes; les 45-55 ans et les 56 ans ou plus; et les 5 catégories d'emploi mentionnées précédemment. Pour comparer les moyennes de chacun des groupes, des analyses de variance, accompagnées de comparaisons multiples (Benferroni), ont été réalisées (Pedhazur et Pedhazur

Schmelkin, 1991). Lorsque des proportions sont comparées, le test exact de Fisher a été utilisé (Sheskin, 1984).

- 2) *Construction des trajectoires de retour au travail.* La construction des trajectoires a été essentiellement basée sur les données administratives (données sur les présences au travail, six mesures correspondant à six quinzaines ayant précédé l'accident de travail et six autres mesures correspondant à six quinzaines après le retour au travail) recueillies pour 120 répondants.

Un nombre moyen d'heures travaillées par période, avant la survenue de l'accident de travail, a d'abord été calculé. La période pendant laquelle s'est produit l'accident de travail a été exclue du calcul. Le résultat de ce calcul sert de valeur de référence, soit le nombre moyen d'heures travaillées par période avant l'accident de travail. Pour chacune des six périodes suivant le retour au travail, un pourcentage d'heures travaillées par rapport à la valeur de référence (avant l'accident) a finalement été calculé (annexe A.I.I).

La diversité des trajectoires individuelles a été réduite par un regroupement en classes de trajectoire similaires en utilisant le *Latent Class Growth Analysis* (Jung et Wickrama, 2008). Le nombre final de classes a été déterminé grâce à l'indice AIC (Akaike Information Criteria). Ces analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Mplus 6.1 (Muthén et Muthén, 2010).

- 3) *Détermination des facteurs associés aux trajectoires.* Afin de déterminer l'influence de divers facteurs considérés dans cette étude sur les trajectoires de retour au travail, des régressions multinomiales (Hosmer, Lemeshow et Sturdivant, 2013) ont été utilisées pour estimer le risque relatif (RR) d'appartenance aux trajectoires identifiées lors de l'exercice de regroupement (*Latent Class Growth Analysis*).

D'autres analyses se sont intéressées à la progression des heures travaillées au cours des six périodes suivant le retour au travail. La variable dépendante a été définie par le pourcentage d'heures travaillées à chacune des six périodes par rapport aux heures travaillées avant la survenue de la lésion professionnelle. Des analyses de régression multiniveaux à mesures répétées ont été effectuées (Goldstein, 1995) pour déterminer l'association entre divers facteurs considérés dans cette étude et la progression d'heures travaillées à la suite du retour au travail.

- 4) *Évolution de la cohorte.* Des données longitudinales recueillies par questionnaires pour 79 travailleurs qui ont répondu aux trois temps de mesures ont été utilisées, de même que des statistiques descriptives pour examiner l'évolution des changements dans le temps (au moment de l'accident, après le retour au travail) en ce qui concerne les variables de ressources, demandes et résultats au travail. Pour apprécier les différences de moyennes entre les trois temps de l'étude, des analyses de variance (ANOVA) et de comparaisons multiples (Benferroni) ont été effectuées (Sheskin, 1984).

4.3 Composante 2 : cartographie des pratiques qui facilitent ou entravent le maintien et le retour en emploi des travailleurs âgés ayant expérimenté une lésion professionnelle

Cette deuxième composante visait à répondre à l'objectif 3 de l'étude. Elle a été conçue de manière à compléter la première composante. Elle devait permettre de développer une meilleure compréhension des facteurs qui opèrent sur les plans institutionnel et organisationnel pour soutenir la réadaptation au travail des travailleurs âgés de 45 ans et plus et faciliter leur maintien et réinsertion en emploi.

4.3.1 Devis

Le devis est une étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués. Les cas sont les organisations de santé (CHU, CIUSSS, CISSS).

4.3.2 Population et échantillon

Trois cas ont été sélectionnés parmi les organisations déjà ciblées pour la composante 1 en fonction de paramètres devant maximiser la diversité : localisation, types d'organisations, taille, pratiques en matière de gestion des ressources humaines. L'échantillon inclut un CISSS, un CIUSSS et un CHU. Au regard de la configuration actuelle du réseau de la santé et des services sociaux, chacun des trois cas fournit un contexte d'observations hautement riche et diversifié en matière de situations de travail (soins de courte durée, soins de longue durée, centres communautaires, services à domicile, etc.). 41 informateurs clés ont été sélectionnés de manière à couvrir les niveaux institutionnel, organisationnel et individuel et à combiner une variété de points de vue et de perspectives. Le groupe d'informateurs clés comprenait ainsi : des travailleurs âgés de 45 ans et plus engagés dans un processus de réadaptation à la suite d'un accident, des cadres intermédiaires et supérieurs (directeurs de ressources humaines, agents de gestion, agents de prévention, chefs de service), des représentants syndicaux, des représentants de divers acteurs à l'extérieur des organisations (associations professionnelles, assureurs, décideurs gouvernementaux). Les 41 informateurs clés sont ainsi répartis : 12 pour le cas 1 (CHU), 14 pour le cas 2 (CIUSSS), neuf pour le cas 3 (CISSS) et six représentants d'instances nationales diverses (CNESST, MSSS², ASSTSAS³, syndicats nationaux). Le choix de ces informateurs a été surtout guidé par la nature des fonctions (directeur, agent de gestion ou de prévention, représentant syndical). Les contacts ont été facilités par la direction des ressources humaines et le bureau de santé et de sécurité du travail.

4.3.3 Collecte de données

La collecte a mis à contribution deux principales techniques. Premièrement, des entretiens avec des informateurs clés ont été utilisés comme source principale de données. La durée moyenne de chaque entretien était de 60 minutes. Deuxièmement, les auteurs ont recensé l'ensemble de la documentation pertinente pouvant éclairer sur les pratiques de gestion, de maintien et de retour au travail des 45 ans et plus : plans stratégiques, rapports, formulaires et politiques organisationnelles relatives à la santé et à la sécurité du travail.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

³ Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

4.3.4 Instruments

Pour optimiser le processus de collecte de données lors des entretiens individuels, les enquêteurs ont utilisé un guide d'entrevue semi-structurée avec des questions ouvertes. La grille couvrait les aspects suivants : la situation de l'organisation en matière de lésions professionnelles et de sécurité du travail, les processus de gestion des situations de lésions professionnelles, l'organisation du retour au travail, les interventions et pratiques organisationnelles en matière de prévention et de prise en charge des situations de lésions professionnelles.

4.3.5 Analyse des données

Une combinaison de méthodes déductives et inductives a été utilisée pour coder et analyser les données. De manière déductive, une première liste de codes a été élaborée à partir des cadres de référence utilisés. Cette liste de codes couvrait ainsi trois principales dimensions :

- le niveau de maturité des systèmes et procédures organisationnels, en portant attention aux aspects suivants : le monitoring, englobant le système de déclaration et les différents mécanismes de collecte, le traitement et la communication de l'information sur les accidents de travail; l'analyse des événements et des risques; la prise en charge des cas d'accidents de travail; l'organisation du retour au travail;
- la nature des interventions privilégiées pour répondre aux enjeux de SST pour les 45 ans et plus;
- la vision sous-jacente aux comportements des acteurs organisationnels et l'engagement de ces derniers par rapport aux enjeux de SST.

Cependant, de nouveaux codes pouvaient aussi émerger de manière plus inductive, sur la base de nouveaux renseignements issus des données et des analyses itératives de ces dernières.

Le logiciel d'analyse des données qualitatives QD Miner a été utilisé pour soutenir le processus de codage et organiser la base de données. Une fois que les transcriptions ont été codées, les membres de l'équipe de recherche ont entrepris l'étape d'identification des principaux thèmes et tendances qui s'y dégagent au regard des pratiques de réadaptation au travail pour les 45 ans et plus. Cette étape de l'analyse a mis à contribution la méthode comparative constante (comparaison au sein d'une seule entrevue, entre les entrevues d'un même cas et entre les différents cas). Une synthèse a été effectuée pour chacun des trois cas avant de procéder à la rédaction d'une synthèse globale faisant ressortir les éléments issus des trois cas. Le traitement et l'analyse des données documentaires ont été effectués en utilisant les principes d'une revue intégrative (Whittemore et Knafl, 2005) et l'information a surtout été utilisée pour valider et approfondir les résultats provenant des entrevues.

5. RÉSULTATS

5.1 Composante 1 : trajectoires de retour au travail des 45 ans et plus et analyse des facteurs qui y sont associés

5.1.1 Statistiques descriptives : caractéristiques sociodémographiques et d'emploi

L'échantillon est composé de 148 personnes âgées de 45 ans et plus et ayant déclaré une lésion professionnelle avec absentéisme, confirmée par un certificat médical et une demande d'indemnisation à la CNESST. Comme l'indique le tableau 1, l'échantillon est constitué majoritairement de femmes (75,7 %), reflétant la proportion largement majoritaire des femmes dans la main-d'œuvre du secteur de la santé et des services sociaux. Au premier questionnaire, 65,5 % des répondants avaient entre 45 et 55 ans, tandis que 34,5 % avaient 56 ans et plus.

Le tableau 2 montre que la majorité des répondants (73 %) appartient à la catégorie d'emploi #2 *Paratechnique, services auxiliaires et de métiers*, et 14,9 % à la catégorie #1 *Soins infirmiers et cardiorespiratoires*. Plus du tiers des répondants sont des employés des deux centres hospitaliers universitaires (CHU) participant à l'étude (36,4 %). Un autre tiers des répondants est constitué d'employés de l'un des cinq centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de l'étude (35,3 %), alors que 28,3 % des répondants sont employés par l'un des deux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Au moment de l'accident, les répondants occupaient, en majorité, un poste permanent à temps complet (62,8 %), avec un horaire de jour (60,1 %).

Tableau 1. Distribution des répondants selon le sexe et le groupe d'âge (n = 148^T)

^T Tous les répondants du premier questionnaire (T1)

Sexe	%	IC 95 %
Homme	24,3	18,0 – 32,0
Femme	75,7	68,0 – 82,0
Groupe d'âge	%	IC 95 %
45 à 55 ans	65,5	57,4 – 72,8
56 ans et plus	34,5	27,2 – 42,6

**Tableau 2. Distribution des répondants selon certaines caractéristiques d'emploi
(n = 148^T)**^T Tous les répondants du premier questionnaire (T1)

Catégorie d'emploi	%	IC 95 %
(#1) Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	14,9	9,9 – 21,6
(#2) Personnel paratechnique, services auxiliaires et de métiers	73,0	65,2 – 79,6
(#3) Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	4,7	2,3 – 9,7
(#4) Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	6,8	3,6 – 12,2
(#5) Personnel d'encadrement	0,7	0,1 – 4,7
Lieu d'emploi (établissement)	%	IC 95 %
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	8,8	5,1 – 14,6
Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (CHUQ)	27,6	21,0 – 35,5
CISSS de Lanaudière	14,9	9,9 – 21,6
CISSS des Laurentides	6,1	3,2 – 11,4
CISSS de Laval	4,1	1,8 – 8,8
CISSS de la Montérégie-Centre	4,1	1,8 – 8,8
CISSS de la Montérégie-Ouest	6,1	3,2 – 11,4
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	11,5	7,2 – 17,8
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	16,8	11,6 – 23,9
Statut d'emploi	%	IC 95 %
Poste permanent à temps complet	62,8	54,7 – 70,3
Poste permanent à temps partiel	31,1	24,1 – 39,1
Statut temporaire ou occasionnel	6,1	3,2 – 11,4
Quart de travail le plus fréquent	%	IC 95 %
Jour	60,1	52,0 – 67,8
Soir	29,1	22,2 – 37,0
Nuit	10,8	6,7 – 17,0

5.1.2 Statistiques descriptives : profil des répondants par rapport à l'accident de travail

Les participants (n = 123) se sont absentés du travail pour une durée moyenne de 94,7 jours, soit environ trois mois, à la suite d'un accident de travail. Ces chiffres excluent les participants qui n'étaient pas encore de retour au travail à la fin de l'étude (n = 19) et ceux pour lesquels aucune donnée administrative n'a été obtenue (n = 6). Comme l'indique le tableau 3, 34,1 % des 123 répondants ont notifié 30 jours d'absence ou moins, 25,2 % ont eu de 31 à 90 jours d'absence, et 40,7 % se sont absentés plus de 90 jours. La majorité des lésions rapportées sont de nature ligamentaire, articulaire, ou musculaire (69,9 %) alors que le site de la lésion était variable : le tronc pour 31,7 % d'entre eux, les membres supérieurs pour 27,6 %, les membres inférieurs pour 19,5 %, la tête ou le cou pour 3,3 %, et de multiples localisations pour 17,9 %. La majorité des répondants ont eu recours à un spécialiste en réadaptation (64,2 %).

Dans le tableau 4, il est possible de constater que : a) les femmes sont absentes plus longtemps que les hommes ($\bar{x}_f = 104,1$ jours c. $\bar{x}_h = 66,9$ jours); b) les 45 à 55 ans sont absents plus longtemps que les 56 ans et plus ($\bar{x}_{45-55} = 109,7$ jours c. $\bar{x}_{56+} = 64,8$ jours); c) les répondants de la catégorie #1 *Soins infirmiers et cardiorespiratoires* sont absents plus longtemps que ceux des catégories #3 à 5 ($\bar{x}_{\#1} = 138,1$ jours c. $\bar{x}_{\#3-5} = 60,4$ jours). Toutes ces différences sont statistiquement significatives.

Tableau 3. Distribution des répondants selon certaines caractéristiques de l'accident de travail (n = 123^T)

^T Excluant les répondants qui ne sont pas de retour au travail (n = 19) et ceux pour lesquels aucune fiche administrative (n = 6) n'a été transmise.

Nombre de jours d'absence	%	IC 95 %
30 jours ou moins	34,1	26,2 – 43,1
De 31 à 90 jours	25,2	18,2 – 33,7
Plus de 90 jours	40,7	32,2 – 49,7
Nature de la blessure	%	IC 95 %
Ligamentaire, articulaire ou musculaire	69,9	61,1 – 77,5
Fracture	7,3	3,8 – 13,6
Contusion	7,3	3,8 – 13,6
Brûlure	4,1	1,7 – 9,5
Lacération ou coupure	4,1	1,7 – 9,5
Autre type de blessure ou blessure multiple	7,3	3,8 – 13,6
Localisation de la blessure	%	IC 95 %
Tronc (incluant le dos)	31,7	24,0 – 40,6
Membres supérieurs	27,6	20,4 – 36,3
Membres inférieurs	19,5	13,4 – 27,6
Tête ou cou	3,3	1,2 – 8,5
Multiples endroits	17,9	12,0 – 25,8
A eu recours à un spécialiste en réadaptation	%	IC 95 %
Non	35,8	27,7 – 44,7
Oui	64,2	55,3 – 72,3

Tableau 4. Nombre moyen de jours d'absence à la suite de l'accident de travail selon certaines caractéristiques individuelles (n = 123)^T⁴

^T Excluant les répondants qui ne sont pas de retour au travail (n=19) et ceux pour lesquels aucune fiche administrative (n = 6) n'a été transmise.

Ensemble de l'échantillon	Moyenne	IC 95 %
Total (n=123)	94,7	78,5 – 111,0
Sexe	Moyenne	IC 95 %
Homme (n=31)	66,9	42,3 – 91,5
Femme (n=92)	104,1^a	84,3 – 123,9
Groupe d'âge	Moyenne	IC 95 %
45 à 55 ans (n=82)	109,7	88,5 – 130,9
56 ans et plus (n=41)	64,8 ^b	42,9 – 86,8
Catégorie d'emploi	Moyenne	IC 95 %
(#1) Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires (n=18)	138,1^e	94,7 – 181,5
(#2) Personnel paratechnique, services auxiliaires et de métiers (n=92)	91,1	72,1 – 110,2
Cat. #3 à 5 (n=13)	60,4 ^c	28,3 – 92,5

^a \bar{x} significativement différente de la \bar{x} des hommes ($p \leq 0,05$)

^b \bar{x} significativement différente de la \bar{x} des 45-55 ans ($p \leq 0,05$)

^c \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel de la catégorie d'emploi #1 « Soins infirmiers et cardiorespiratoires » ($p \leq 0,05$)

^e \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel des catégories #3 à 5

⁴ Lorsque c'est approprié, les mêmes notes suivantes, allant de a à e, seront utilisées en bas des **tableaux 4 à 7** pour indiquer les différences qui sont significatives : entre les sexes, entre les 2 groupes d'âge ciblés, entre les catégories d'emploi (#1; #2; # 3 à 5)

^a \bar{x} significativement différente de la \bar{x} des hommes ($p \leq 0,05$)

^b \bar{x} significativement différente de la \bar{x} des 45-55 ans ($p \leq 0,05$)

^c \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel de la catégorie d'emploi #1 « Soins infirmiers et cardiorespiratoires » ($p \leq 0,05$)

^d \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel de la catégorie d'emploi #2 « Paratechnique, services auxiliaires et de métiers » ($p \leq 0,05$)

^e \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel des catégories #3 à 5

5.1.3 Statistiques descriptives : ressources des répondants et demandes liées à leur emploi

Les données présentées dans le tableau 5 montrent, que pour l'ensemble des répondants, le niveau global moyen des ressources des répondants peut être qualifié de satisfaisant pour le *Soutien du réseau social* et le *Soutien des collègues* ($\bar{x}_{\text{SRS}} = 3,56/5$; $\bar{x}_{\text{SColl}} = 3,11/4$). Il est plutôt modéré pour la *Capacité à travailler (Work ability index)*, la *Situation économique* et le *Soutien du supérieur immédiat* ($\bar{x}_{\text{WAI}} = 33,87/49$; $\bar{x}_{\text{SÉ}} = 3,94/6$; $\bar{x}_{\text{SSUP}} = 2,72/4$). Des différences significatives ont été observées en ce qui concerne la situation économique :

- entre les deux groupes d'âge : les 56 ans et plus évaluent leur situation financière comme étant meilleure que celle de leurs homologues plus jeunes ($\bar{x}_{45-55} = 3,82/6$ c. $\bar{x}_{56-+} = 4,16/6$);
- entre les catégories d'emploi : les travailleurs dans les catégories #3 à 5 évaluent leur situation financière comme étant meilleure que celle des personnes de la catégorie #2 *Paratechnique, les services auxiliaires et de métiers* ($\bar{x}_{\#2} = 3,84/6$ c. $\bar{x}_{\#3-5} = 4,44/6$).

Les données présentées dans le tableau 6 montrent que, pour l'ensemble des répondants, les exigences psychologiques peuvent être qualifiées d'élevées ($\bar{x}_{\text{ExpSy}} = 2,83/4$), alors que les exigences physiques le sont moins ($\bar{x}_{\text{ExpPhy}} = 2,11/4$). La latitude décisionnelle peut, quant à elle, être qualifiée de modérée ($\bar{x}_{\text{LatDéc}} = 2,57/4$). Plusieurs différences statistiquement significatives ont été observées entre les différentes catégories d'emploi quant aux trois variables de demandes liées à l'emploi :

- Exigences psychologiques : les travailleurs de la catégorie #1 *Soins infirmiers et cardiorespiratoires* rapportent un score moyen d'exigences psychologiques ($\bar{x}_{\text{ExpSy}} = 3,16/4$) plus élevé que celui des personnes de la catégorie #2 *Paratechnique, services auxiliaires et de métiers* ($\bar{x}_{\text{ExpSy}} = 2,78/4$) et celui des personnes des catégories #3 à 5 ($\bar{x}_{\text{ExpSy}} = 2,70/4$).
- Exigences physiques : les répondants des catégories #3 à 5 sont ceux qui rapportent le score moyen d'exigences physiques le moins élevé ($\bar{x}_{\text{ExpPhy}} = 1,71/4$) par rapport à ceux de la catégorie #1 ($\bar{x}_{\text{ExpPhy}} = 2,25/4$) et de la catégorie #2 ($\bar{x}_{\text{ExpPhy}} = 2,15/4$).
- Latitude décisionnelle : le plus faible score de latitude décisionnelle est rapporté par les travailleurs de la catégorie #2 ($\bar{x}_{\text{LatDéc}} = 2,47/4$), comparativement à celui des personnes de la catégorie #1 ($\bar{x}_{\text{LatDéc}} = 2,88/4$) et celui des catégories #3 à 5 ($\bar{x}_{\text{LatDéc}} = 2,75/4$).

Tableau 5. Scores moyens des ressources disponibles selon certaines caractéristiques individuelles (n=148^T)

^T Tous les répondants du premier questionnaire (T1)

	Ensemble de l'échantillon (n=148)	Sexe		Groupe d'âge		Catégorie d'emploi		
		Homme (n=36)	Femme (n=112)	45 à 55 ans (n=97)	56 ans et plus (n=51)	Cat. #1 (n=22)	Cat. #2 (n=108)	Cat. #3 à 5 (n=18)
Indice de capacité à travailler (<i>Work ability index</i>) (sur 49)	33,87	34,33	33,72	34,04	33,55	33,32	34,16	32,83
Situation économique (sur 6)	3,94	3,83	3,97	3,82	4,16 ^b	4,00	3,84 ^e	4,44 ^d
Soutien du réseau social (sur 5)	3,56	3,44	3,60	3,49	3,69	3,55	3,53	3,78
Soutien du supérieur immédiat (sur 4)	2,72	2,67	2,73	2,70	2,75	2,58	2,74	2,76
Soutien des collègues (sur 4)	3,11	3,04	3,13	3,08	3,15	3,18	3,09	3,10

^b \bar{x} significativement différente de la \bar{x} des 45-55 ans ($p \leq 0,05$)

^d \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel de la catégorie d'emploi #2 « Paratechnique, services auxiliaires et de métiers » ($p \leq 0,05$)

^e \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel des catégories #3 à 5

Tableau 6. Scores moyens des ressources disponibles selon certaines caractéristiques individuelles (n=148^T)^T Tous les répondants du premier questionnaire (T1)

	Ensemble de l'échantillon (n=148)	Sexe		Groupe d'âge		Catégorie d'emploi		
		Homme (n=36)	Femme (n=112)	45 à 55 ans (n=97)	56 ans et plus (n=51)	Cat. #1 (n=22)	Cat. #2 (n=108)	Cat. #3 à 5 (n=18)
Exigences psychologiques de l'emploi (score sur 4)	2,83	2,74	2,86	2,86	2,77	3,16 ^{d,e}	2,78 ^c	2,70 ^c
Exigences physiques de l'emploi (score sur 4)	2,11	2,11	2,11	2,11	2,10	2,25 ^e	2,15 ^e	1,71 ^{c,d}
Latitude décisionnelle (score sur 4)	2,57	2,51	2,59	2,56	2,58	2,88 ^d	2,47 ^{c,e}	2,75 ^d

^c \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel de la catégorie d'emploi #1 « Soins infirmiers et cardiorespiratoires » ($p \leq 0,05$)^d \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel de la catégorie d'emploi #2 « Paratechnique, services auxiliaires et de métiers » ($p \leq 0,05$)^e \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du personnel des catégories #3 à 5

5.1.4 Statistiques descriptives : résultats liés au travail

Les données présentées dans le tableau 7 montrent que les participants présentent, en moyenne, un niveau élevé de satisfaction à l'emploi ($\bar{x}_{SAT} = 4,05/5$) et une faible intention de quitter leur établissement ($\bar{x}_{INT} = 1,96/5$). Le taux d'épuisement professionnel rapporté est plutôt faible ($\bar{x}_{EPU} = 3,01/7$). Plusieurs différences significatives sont observées :

- entre les hommes et les femmes : les femmes témoignent d'un niveau de satisfaction plus élevé que les hommes ($\bar{x}_f = 4,13/5$ c. $\bar{x}_h = 3,77/5$).
- entre les deux groupes d'âge : les 45-55 ans témoignent d'une intention de quitter ($\bar{x}_{45-55} = 2,12/5$ c. $\bar{x}_{56+} = 1,67/5$) et d'un niveau d'épuisement professionnel ($\bar{x}_{45-55} = 3,17/5$ c. $\bar{x}_{56+} = 2,69/5$) plus élevés que les 56 ans et plus.

Tableau 7. Scores moyens des résultats liés au travail selon certaines caractéristiques individuelles (n = 148^T)^T Tous les répondants du premier questionnaire (T1)

	Ensemble de l'échantillon (n = 148)	Sexe		Groupe d'âge		Catégorie d'emploi		
		Homme (n = 36)	Femme (n = 112)	45 à 55 ans (n = 97)	56 ans et plus (n = 51)	Cat. #1 (n = 22)	Cat. #2 (n = 108)	Cat. #3 à 5 (n = 18)
Satisfaction à l'emploi (score sur 5)	4,05	3,77	4,13 ^a	3,98	4,18	4,11	4,06	3,85
Intention de quitter l'organisation (score sur 5)	1,96	1,92	1,98	2,12	1,67 ^b	2,18	1,87	2,25
Épuisement professionnel (score sur 7)	3,01	2,96	3,02	3,17	2,69 ^b	3,58	2,86	3,17

^a \bar{x} significativement différente de la \bar{x} des hommes ($p \leq 0,05$)^b \bar{x} significativement différente de la \bar{x} des 45-55 ans ($p \leq 0,05$)

5.1.5 Classification des trajectoires de retour au travail

L'analyse a fait ressortir 4 classes de trajectoire qui sont schématisées dans la figure 1 (voir aussi le tableau 8).

La classe #1 regroupe 11 participants, soit 9,2 % de l'échantillon et montre un profil de retour au travail caractérisé par **une diminution progressive des heures travaillées** au cours des six périodes de paie suivant le retour au travail. Durant la première quinzaine qui marque le retour au travail, les membres de cette classe atteignent, en moyenne, 36,2 % des heures travaillées avant l'accident. Ce pourcentage diminue progressivement de 10,2 % par quinzaine et le nombre d'heures travaillées est finalement nul pour les périodes 5 et 6 qui suivent le retour.

La classe #2 regroupe 17 participants, soit 14,2 % de l'échantillon, et montre un profil de retour au travail caractérisé par **un retour progressif lent**. Durant la première quinzaine qui marque le retour au travail, les membres de cette classe atteignent, en moyenne, 33,6 % des heures travaillées avant l'accident. Ce pourcentage augmente lentement, de 3,4 % par quinzaine, pour atteindre 50,6 % à la période 6.

La classe #3 regroupe 56 participants, soit 46,7 % de l'échantillon, et montre un profil de retour au travail caractérisé par **un retour qui se fait d'emblée à la situation normale (ou la situation d'avant l'accident)**. Durant la première quinzaine qui marque le retour au travail, les membres de cette classe atteignent, en moyenne, 89,4 % des heures travaillées avant l'accident. Ce pourcentage augmente de 1,3 % par quinzaine pour atteindre 95,9 % à la période 6.

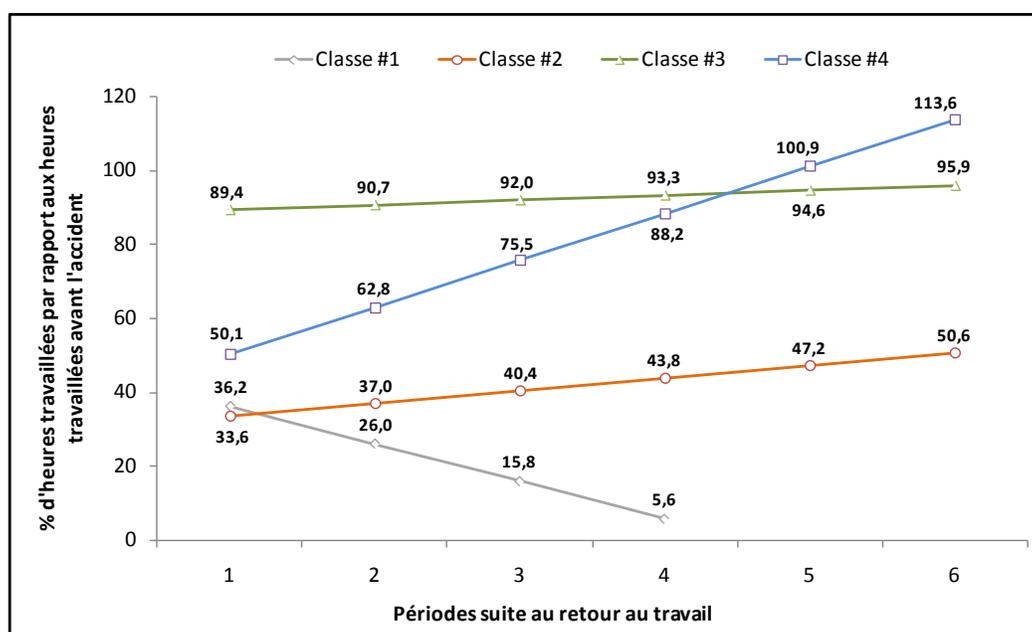
La classe #4 regroupe 36 participants, soit 30 % de l'échantillon, et montre un profil de retour au travail caractérisé par **un retour progressif rapide**. Durant la première quinzaine qui marque le retour au travail, les membres de cette classe atteignent, en moyenne, 50,1 % des heures travaillées avant l'accident. Ce pourcentage augmente de 12,7 % par quinzaine pour atteindre 113,6 % à la période 6.

À la période 6, soit trois mois après le retour au travail, seuls les membres des classes #3 et #4 ont donc recouvré presque à 100 % les heures travaillées avant l'accident. Ces deux classes rassemblent les trois quarts des répondants (76,7 %). La classe #1 traduit une diminution graduelle des heures travaillées et un nouvel arrêt des activités à partir de la période 5. Les membres de la classe #2 n'ont recouvré que 50 % des heures travaillées avant l'accident, trois mois après le retour au travail.

Tableau 7. Classes de trajectoire de retour au travail (n = 120^T)

	n	%
CL. #1. Diminution progressive des heures travaillées	11	9,2
CL. #2. Retour progressif lent	17	14,2
CL. #3. Retour à la situation normale	56	46,7
CL. #4. Retour progressif rapide	36	30,0
Total	120	100,0

^T Excluant les répondants qui ne sont pas de retour au travail (n = 19), ceux pour lesquels aucune fiche administrative (n = 6) n'a été transmise et ceux pour lesquels aucune information sur les heures travaillées avant l'accident (n = 3) n'a été communiquée.

**Figure 1. Représentation graphique des classes de trajectoire de retour au travail.**

5.1.6 Portrait des classes issues de la classification des trajectoires de retour au travail

Le tableau 9 montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les quatre classes de trajectoire de retour au travail identifiées en ce qui concerne le sexe, le groupe d'âge, ou la catégorie d'emploi de ses membres. Plusieurs différences significatives observées sont plutôt liées directement ou indirectement à la nature de l'accident (voir tableau 10) et concernent :

- *Le nombre de jours d'absence après l'accident, qui peut donner une indication du niveau de gravité de la blessure.* Les membres de la classe #1 *Diminution progressive des heures travaillées* présentent une moyenne de 152,1 jours d'absence, se distinguant significativement des membres de la classe #4 *Retour progressif rapide* ($\bar{x} = 69,8$ jours). Les membres de la classe #2 *Retour progressif lent* et de la classe #3 *Retour à la situation normale* se sont respectivement absentés, en moyenne, 90,7 et 88,2 jours, mais ces dernières ne se différencient pas significativement des autres classes.
- *La nature de la blessure.* Les membres de la classe #3 *Retour à la situation normale* se distinguent par la nature de leur blessure qui est moins souvent d'ordre ligamentaire, articulaire ou musculaire (51,8 %) en comparaison avec ceux des trois autres classes (Cl. #1 = 90,9; Cl. #2 = 82,4 %; Cl. #4 = 83,3 %).
- *La localisation de la blessure.* Les membres de la classe #3 *Retour à la situation normale* se distinguent par des blessures moins souvent localisées au niveau du tronc (23,2 %) par rapport aux membres de la classe #1 *Diminution progressive des heures travaillées* (63,6 %). Les individus de la classe #3 présentent significativement plus de blessures aux membres supérieurs (37,5 %) que ceux de la classe #4 *Retour progressif rapide* (19,4 %).
- *Le recours à un spécialiste de réadaptation.* Les membres de la classe #2 *Retour progressif lent* ont eu davantage recours à un spécialiste en réadaptation (82,4 %) que les membres de la classe #3 *Retour à la situation normale* (51,8 %).

Le tableau 11 présente les scores moyens des différents indicateurs de ressources et de demandes, en comparant les individus de chacune des classes de trajectoire de retour au travail. Aucune différence statistiquement significative entre les classes ($p \leq 0,05$) n'est observée, et ce, pour chacun des indicateurs de ressources et de demandes.

Tableau 89. Distribution des répondants selon leurs caractéristiques individuelles par classe de trajectoire de retour au travail (n = 120^T)⁵

^T Excluant les répondants qui ne sont pas de retour au travail (n = 19), ceux pour lesquels aucune fiche administrative (n = 6) n'a été transmise et ceux pour lesquels aucune information sur les heures travaillées avant l'accident (n = 3) n'a été communiquée.

	Ensemble de l'échantillon (n = 120)	Classe de trajectoire de retour au travail			
		#1 (n = 11)	#2 (n = 17)	#3 (n = 56)	#4 (n = 36)
Sexe (%)					
Homme	25,8	27,3	23,5	23,2	30,6
Femme	74,2	72,7	76,5	76,8	69,4
Groupe d'âge (%)					
45 à 55 ans	66,7	63,6	70,6	66,1	66,7
56 ans et plus	33,3	36,4	29,4	33,9	33,3
Catégorie d'emploi (%)					
Cat. #1	14,2	18,2	11,8	14,3	13,9
Cat. #2	75,0	81,8	82,4	71,4	75,0
Cat. #3 à #5	10,8	0,0	5,9	14,3	11,1

⁵ Lorsque c'est approprié, les mêmes notes suivantes, allant de a à d, seront utilisées en bas des **tableaux 9 à 11** pour indiquer les différences significatives entre les 4 classes de trajectoires

^a Proportion significativement différente de la classe de trajectoire #1 ($p \leq 0,05$)

^b Proportion significativement différente de la classe de trajectoire #2 ($p \leq 0,05$)

^c Proportion significativement différente de la classe de trajectoire #3 ($p \leq 0,05$)

^d Proportion significativement différente de la classe de trajectoire #4 ($p \leq 0,05$)

Tableau 10. Distribution des répondants selon les caractéristiques de la blessure occasionnée par l'accident de travail par classe de trajectoire de retour au travail (n = 120^T)

^T Excluant les répondants qui ne sont pas de retour au travail (n = 19), ceux pour lesquels aucune fiche administrative (n = 6) n'a été transmise et ceux pour lesquels aucune information sur les heures travaillées avant l'accident (n = 3) n'a été communiquée.

	Ensemble de l'échantillon (n = 120)	Classe de trajectoire de retour au travail			
		#1 (n = 11)	#2 (n = 17)	#3 (n = 56)	#4 (n = 36)
Nombre de jours d'absence à la suite d'un accident					
Moyenne	88,9	152,1 ^d	90,7	88,2	69,8 ^a
Nature de la blessure (%)					
Ligamentaire, articulaire ou musculaire	69,2	90,9 ^c	82,4 ^c	51,8 ^{a,b,d}	83,3 ^c
Fracture	7,5	0,0	5,9	12,5	2,8
Contusion	7,5	9,1	5,9	10,7	2,8
Brûlure	4,2	0,0	0,0	7,1	2,8
Lacération ou coupure	4,2	0,0	0,0	7,1	2,8
Autre type de blessure ou blessure multiple	7,5	0,0	5,9	10,7	5,6
Localisation de la blessure (%)					
Tronc (incluant le dos)	31,7	63,6 ^c	29,4	23,2 ^a	36,1
Membres supérieurs	27,5	9,1	23,5	37,5 ^d	19,4 ^c
Membres inférieurs	20,0	27,3	17,6	17,9	22,2
Tête ou cou	3,3	0,0	0,0	1,8	8,3
Multiplés endroits	17,5	0,0	29,4	19,6	13,9
A eu recours à un spécialiste en réadaptation (%)					
Non	35,8	18,2	17,6	48,2	30,6
Oui	64,2	81,8	82,4 ^c	51,8 ^b	69,4

^a Proportion significativement différente de la classe de trajectoire #1 ($p \leq 0,05$)

^b Proportion significativement différente de la classe de trajectoire #2 ($p \leq 0,05$)

^c Proportion significativement différente de la classe de trajectoire #3 ($p \leq 0,05$)

^d Proportion significativement différente de la classe de trajectoire #4 ($p \leq 0,05$)

Tableau 11. Scores moyens de ressources disponibles et de demandes selon les classes de trajectoire de retour au travail (au temps 1) (n = 120^T)

^T Excluant les répondants qui ne sont pas de retour au travail (n = 19), ceux pour lesquels aucune fiche administrative (n = 6) n'a été transmise et ceux pour lesquels aucune information sur les heures travaillées avant l'accident (n = 3) n'a été communiquée.

		Ensemble de l'échantillon (n = 120)	Classe de trajectoire de retour au travail			
			#1 (n = 11)	#2 (n = 17)	#3 (n = 56)	#4 (n = 36)
Ressources disponibles	Indice de capacité à travailler (<i>Work ability index</i>) (sur 49)	34,95	34,55	31,94	35,84	34,64
	Ressources économiques (score sur 6)	3,96	3,64	3,94	4,04	3,94
	Soutien du réseau social (score sur 5)	3,58	3,73	3,76	3,64	3,33
	Soutien du supérieur immédiat (score sur 5)	2,70	2,69	2,81	2,71	2,63
	Soutien des collègues (score sur 5)	3,10	3,22	3,02	3,07	3,13
Demandes	Exigences psychologiques de l'emploi (score sur 4)	2,81	3,05	3,03	2,66	2,87
	Exigences physiques de l'emploi (score sur 4)	2,11	2,06	2,28	2,08	2,11
	Latitude décisionnelle (score sur 4)	2,57	2,67	2,61	2,58	2,51

5.1.7 Facteurs associés aux diverses trajectoires de retour au travail

Les Tableaux 12 et 13 présentent les résultats des analyses de régression multinomiale et multiniveaux. En prenant comme catégorie de référence la classe de trajectoire #3 *Retour à la situation normale* (tableau 12) :

- Plus le nombre d'années d'expérience dans le poste occupé est élevé moins la personne a la probabilité de se retrouver dans la trajectoire #4 *Retour progressif rapide* (RR = 0,89; IC 95 % : 0,82-0,96).
- Les exigences psychologiques sont associées à une probabilité plus élevée d'appartenance à l'une des trois autres trajectoires : #1 *Diminution progressive des heures travaillées* (RRR = 8,78; IC 95 % : 1,64-47,08); #2 *Retour progressif lent* (RR = 5,75; IC 95 % : 1,38-23,94); #4 *Retour progressif rapide* (RR = 3,16; IC 95 % : 1,07-9,28).
- Les travailleurs ayant eu recours à un spécialiste en réadaptation ont 6,23 fois plus de probabilité (IC 95 % : 1,29-30,17) de se retrouver dans la trajectoire (#2) caractérisée par un *Retour progressif lent*.
- Enfin, plus le nombre de jours d'absence est élevé, ce qui peut être un indicateur de la gravité de la blessure, plus la probabilité d'appartenir à une trajectoire (#1) dans laquelle on observe une *Diminution progressive des heures travaillées* (RRR = 1,01; IC 95 % : 1,00-1,02) s'accroît.

D'autres analyses portant sur la progression des heures travaillées au fil du temps (tableau 13) sont basées sur le pourcentage des heures travaillées dans chacune des six périodes suivant le retour au travail par rapport aux heures travaillées avant l'accident. Au fil des six périodes, ce pourcentage progresse et se stabilise autour de la 5^e période. Les facteurs qui expliquent la progression des heures travaillées sont sensiblement les mêmes que ceux qui expliquent l'appartenance aux trajectoires. Ainsi, les exigences psychologiques ($\beta = -26,63; p \leq 0,01$), le recours à un spécialiste en réadaptation ($\beta = -27,10; p \leq 0,05$) et le nombre de jours d'absence ($\beta = -0,21$ à $-0,16; p \leq 0,01$) contribuent à faire en sorte que le nombre d'heures travaillées est significativement moins élevé que le nombre d'heures travaillées avant l'accident.

Tableau 12. Facteurs associés (régression multinomiale) à l'appartenance à chacune des classes de trajectoire de retour au travail (n = 120^T)

^T Excluant les répondants qui ne sont pas de retour au travail (n = 19), ceux pour lesquels aucune fiche administrative (n = 6) n'a été transmise et ceux pour lesquels aucune information sur les heures travaillées avant l'accident (n = 3) n'a été communiquée.

	Catégorie de référence : Cl. #3					
	Cl. #1		Cl. #2		Cl. #4	
	RRR	IC 95 %	RRR	IC 95 %	RRR	IC 95 %
Nombre d'années d'expérience dans le poste occupé	0,92	0,82 – 1,03	0,95	0,86 – 1,04	0,89**	0,82 – 0,96
Indice de capacité à travailler (<i>Work ability index</i>) (sur 49)	1,01	0,87 – 1,16	0,89	0,78 – 1,02	0,93	0,85 – 1,02
Ressources économiques (score sur 6)	0,73	0,31 – 1,71	1,36	0,66 – 2,80	0,96	0,56 – 1,67
Soutien du réseau social (score sur 5)	0,74	0,31 – 1,79	1,08	0,52 – 2,24	0,69	0,40 – 1,21
Soutien du supérieur immédiat (score sur 4)	1,40	0,37 – 5,24	4,15	0,91 – 18,85	1,03	0,42 – 2,53
Soutien des collègues (score sur 4)	3,21	0,54 – 19,16	0,60	0,10 – 3,49	3,07	0,89 – 10,60
Exigences psychologiques de l'emploi (score sur 4)	8,78*	1,64 – 47,08	5,75*	1,38 – 23,94	3,16*	1,07 – 9,28
Exigences physiques de l'emploi (score sur 4)	1,09	0,20 – 6,06	3,33	0,81 – 13,70	1,03	0,36 – 2,94
Latitude décisionnelle (score sur 4)	1,51	0,26 – 8,88	1,23	0,25 – 6,19	0,71	0,22 – 2,30
A eu recours au moins une fois à un spécialiste en réadaptation : Oui (réf. : Non)	4,25	0,65 – 27,58	6,23*	1,29 – 30,17	2,71	0,94 – 7,85
Nombre de jours d'absence à la suite d'un accident de travail	1,01*	1,00 – 1,02	1,00	0,99 – 1,01	1,00	0,99 – 1,00
Sexe : femme (réf. : homme)	0,21	0,03 – 1,29	0,48	0,10 – 2,32	0,44	0,14 – 1,40
Groupe d'âge : 56 ans et plus (réf. : 45-55 ans)	3,03	0,48 – 19,28	0,76	0,17 – 3,36	0,92	0,31 – 2,71
Constante	0,00	0,00 – 0,36	0,00	0,00 – 1,41	0,37	0,00 – 402,8

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Tableau 13. Facteurs associés (régression linéaire multiniveau) à l'écart (en %) des heures travaillées au retour au travail par rapport aux heures travaillées avant l'accident (n = 120^T)

^T Excluant les répondants qui ne sont pas de retour au travail (n = 19), ceux pour lesquels aucune fiche administrative (n = 6) n'a été transmise et ceux pour lesquels aucune information sur les heures travaillées avant l'accident (n = 3) n'a été communiquée.

	β	IC 95 %
Période de travail au retour (réf. : 1^{re})		
2 ^e	22,44**	9,10 – 35,78
3 ^e	37,12**	23,77 – 50,46
4 ^e	43,42**	30,08 – 56,76
5 ^e	48,38**	35,04 – 61,72
6 ^e	46,49**	33,14 – 59,83
Nombre d'année d'expérience dans le poste occupé	0,28	-1,11 – 1,56
Indice de capacité à travailler (Work ability index) (sur 49)	0,47	-1,42 – 2,35
Ressources économiques (score sur 6)	2,55	-9,04 – 14,13
Soutien du réseau social (score sur 5)	6,59	-4,77 – 17,96
Soutien du supérieur immédiat (score sur 4)	-5,24	-24,02 – 13,54
Soutien des collègues (score sur 4)	-7,52	-32,34 – 17,29
Exigences psychologiques de l'emploi (score sur 4)	-26,63**	-46,93 – -6,33
Exigences physiques de l'emploi (score sur 4)	-0,39	-21,61 – 20,83
Latitude décisionnelle (score sur 4)	-10,57	-34,97 – 13,82
A eu recours au moins une fois à un spécialiste en réadaptation : Oui (réf. : Non)	-27,10*	-49,00 – -5,19
Nombre de jours d'absence à la suite d'un accident de travail	0,09	-0,07 – 0,25
Sexe : femme (réf. : homme)	-3,68	-26,75 – 19,38
Groupe d'âge : 56 ans et plus (réf. : 45-55 ans)	19,97	-2,46 – 42,40
Période de travail au retour X nombre de jours d'absence à la suite d'un accident de travail (réf. : 1^{re})		
2 ^e	-0,06	-0,17 – 0,05
3 ^e	-0,16**	-0,26 – -0,05
4 ^e	-0,21**	-0,32 – -0,10
5 ^e	-0,19**	-0,30 – -0,08
6 ^e	-0,17**	-0,28 – -0,06
Constante	161,01	17,18 – 304,84
Partie aléatoire	Estimé	
Variance-travailleurs	2761,53**	
Variance-temps	1306,38**	

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

5.1.8 Évolution dans le temps de la situation des répondants : comparaison des résultats obtenus par les sondages

Sur base des données longitudinales recueillies auprès des 79 travailleurs qui ont répondu aux trois questionnaires (Temps 1 = au moment du recrutement, soit dans les jours qui ont suivi la lésion, Temps 2 = au moment du retour au travail et Temps 3 = deux mois après le retour au travail), il est possible d'examiner les changements potentiels survenus dans le temps.

Le tableau 14 montre que l'évaluation de la capacité à travailler (*Work ability index*) augmente significativement entre le Temps 1 et les temps de mesure effectués à la suite du retour au travail ($\bar{x}_{T1} = 34,66/49$ c. $\bar{x}_{T2} = 39,56/49$; $\bar{x}_{T3} = 40,95/49$). Cette augmentation de l'indice de capacité à travailler (*Work ability index*) entre le Temps 1 et les Temps 2 et 3 s'explique par une hausse des scores associés aux trois dimensions suivantes : capacité de travail actuelle comparée à la meilleure jamais atteinte ($\bar{x}_{T1} = 4,78/10$ c. $\bar{x}_{T2} = 8,08/10$; $\bar{x}_{T3} = 8,61/10$); capacité de travail par rapport aux exigences du poste ($\bar{x}_{T1}=6,51/10$ c. $\bar{x}_{T2}=8,10/10$; $\bar{x}_{T3}=8,30/10$); nombre de jours d'arrêt de travail durant l'année écoulée ($\bar{x}_{T1} = 3,97/5$ c. $\bar{x}_{T2} = 4,49/5$; $\bar{x}_{T3} = 4,48/5$). À l'opposé, seul le score Ressources psychiques de l'employé dans son travail et sa vie de tous les jours, une autre des dimensions de l'indice de capacité à travailler, a significativement diminué entre le Temps 1 et les Temps 2 et 3 ($\bar{x}_{T1} = 3,76/4$ c. $\bar{x}_{T2} = 3,25 /4$; $\bar{x}_{T3} = 3,38/4$).

Les Tableaux 15 et 16 montrent qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les trois temps de mesure ni en ce qui concerne l'évaluation des demandes au travail ni en ce qui concerne les résultats au travail.

**Tableau 14. Scores moyens des ressources disponibles selon le temps de l'étude
(n = 79^T)⁶**

^T Répondants aux trois temps de l'étude (T₁, T₂, T₃)

	Temps de l'étude		
	T ₁	T ₂	T ₃
Indice de capacité à travailler (<i>Work ability index</i>) (sur 49)	34,66 ^{b,c}	39,56 ^a	40,95 ^a
<i>Capacité de travail actuelle comparée à la meilleure jamais atteinte par l'employé (sur 10)</i>	4,78 ^{b,c}	8,08 ^a	8,61 ^a
<i>Capacité de travail par rapport aux exigences du poste (sur 10)</i>	6,51 ^{b,c}	8,10 ^a	8,30 ^a
<i>Nombre de maladies actuelles diagnostiquées par un médecin (sur 7)</i>	4,00	4,28	4,41
<i>Estimation des répercussions des problèmes de santé sur la capacité à accomplir les tâches liées à l'emploi (sur 6)</i>	4,90	4,77	5,00
<i>Nombre de jours d'arrêt de travail durant l'année écoulée (sur 5)</i>	3,97 ^{b,c}	4,49 ^a	4,48 ^a
<i>Pronostic sur sa capacité de travail dans les deux ans (sur 7)</i>	6,73	6,58	6,77
<i>Ressources psychiques de l'employé dans son travail et sa vie de tous les jours (sur 4)</i>	3,76 ^{b,c}	3,25 ^a	3,38 ^a
Situation économique (sur 6)	4,00	3,70	3,65
Soutien du réseau social (sur 4)	3,58	ND	ND
Soutien du supérieur immédiat (sur 4)	2,65	2,71	2,66
Soutien des collègues (sur 4)	3,17	3,19	3,10

^a \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du Temps 1 ($p \leq 0,05$)

^b \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du Temps 2 ($p \leq 0,05$)

^c \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du Temps 3 ($p \leq 0,05$)

⁶ Lorsque c'est approprié, les mêmes notes suivantes, allant de a à c, seront utilisées en bas des **tableaux 14 à 16** pour indiquer les différences significatives entre les trois temps de mesure

^a \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du Temps 1 ($p \leq 0,05$)

^b \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du Temps 2 ($p \leq 0,05$)

^c \bar{x} significativement différente de la \bar{x} du Temps 3 ($p \leq 0,05$)

Tableau 15. Scores moyens des demandes selon le temps de l'étude (n = 79^T)^T Répondants aux trois temps de l'étude (T₁, T₂, T₃)

	Temps de l'étude		
	T ₁	T ₂	T ₃
Exigences psychologiques de l'emploi (sur 4)	2,81	2,71	2,81
Exigences physiques de l'emploi (sur 4)	2,05	1,93	1,99
Latitude décisionnelle (sur 4)	2,56	2,57	2,60

Tableau 16. Scores moyens des résultats au travail selon le temps de l'étude (n = 79^T)^T Répondants aux trois temps de l'étude (T₁, T₂, T₃)

	Temps de l'étude		
	T ₁	T ₂	T ₃
Satisfaction à l'emploi (score sur 5)	4,05	4,06	4,00
Intention de quitter l'organisation (score sur 5)	1,96	1,94	1,96
Épuisement professionnel (score sur 7)	2,93	2,97	3,13

5.2 Composante 2 : cartographie des pratiques organisationnelles en matière de réadaptation au travail des 45 ans et plus ayant expérimenté une lésion professionnelle

Cette deuxième composante consiste essentiellement en une analyse des expériences actuelles des organisations de santé sur le plan des réponses aux enjeux posés par la réadaptation au travail des 45 ans et plus ayant expérimenté une lésion professionnelle. La présentation des résultats de cette analyse est divisée en quatre sections :

- La première section est utilisée pour présenter brièvement le contexte général des trois organisations sélectionnées, les manifestations de la problématique des accidents de travail, les particularités associées aux 45 ans et plus et, en dernier lieu, les possibilités et contraintes associées au contexte structurel dans lequel s'inscrivent les interventions en SST.
- La deuxième section présente les systèmes et procédures organisationnels. L'analyse est organisée de manière à couvrir tout le continuum d'interventions, allant de la prévention des accidents à l'accompagnement au retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle. L'attention est portée aux aspects suivants :
 - le monitoring, englobant le système de déclaration ainsi que les différents mécanismes de collecte, de traitement et de communication de l'information sur les accidents de travail;
 - l'analyse des événements et des risques;
 - la prise en charge des cas d'accidents de travail;
 - l'organisation du retour au travail.
- La troisième section porte sur les interventions privilégiées pour répondre aux enjeux de SST, avec une attention particulière aux interventions ayant une incidence sur les 45 ans et plus.
- La dernière section cherche à reconstituer la vision sous-jacente aux comportements des acteurs organisationnels et à décrire l'engagement de ces derniers par rapport aux enjeux de SST.

5.2.1 Contexte général des trois organisations sélectionnées

Les cas

Trois cas ont été utilisés : un centre hospitalier universitaire (CHU), un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) et un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS).

Le CHU est une organisation qui, dans sa configuration actuelle, résulte de deux vagues successives de fusions réalisées respectivement en 1995 et en 2012. Il regroupe cinq

établissements hospitaliers offrant des services généraux, spécialisés et surspécialisés. Il figure parmi les plus importants centres universitaires au Canada. Au-delà de sa desserte immédiate, il couvre un bassin de quelque deux millions de personnes sur un vaste territoire et doit répondre à des mandats régionaux et nationaux qui touchent des services de pointe dans diverses spécialités. Il emploie 13 000 travailleurs auxquels s'ajoutent 1 500 médecins.

Le CIUSSS est une organisation déployée dans 26 établissements étendus sur 88 km². Il regroupe trois hôpitaux de soins généraux et spécialisés, deux hôpitaux psychiatriques, 12 centres d'hébergement, six centres locaux de santé communautaire (CLSC) et trois centres ambulatoires. Il est situé en région métropolitaine et dessert directement une population de 430 000 habitants. Le CIUSSS doit remplir des mandats suprarégionaux qui touchent près de 1,8 million d'habitants dans divers domaines (traumatologie, santé mentale, santé respiratoire). Le territoire du CIUSSS se distingue par des caractéristiques socioéconomiques propres, liées à sa grande multiethnicité : 38 % des habitants du territoire sont nés à l'étranger. Le CIUSSS emploie plus de 12 000 travailleurs auxquels s'ajoutent 750 médecins.

Le CISSS est une organisation déployée dans plus de 80 établissements. Il regroupe six hôpitaux de soins généraux et spécialisés, 12 CLSC, 18 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), quatre centres de réadaptation et les services de protection de la jeunesse. Il dessert une population de près de 600 000 habitants et s'étend sur un vaste territoire de 26 500 km² dont l'occupation (densité de la population) et la vocation varient d'un point à l'autre. Alors que le sud-est densément peuplé et urbanisé, le nord est davantage rural avec de petites agglomérations. Le territoire du CISSS se démarque par une croissance géographique parmi les plus fortes au Québec, un vieillissement marqué de la population et des disparités socioéconomiques importantes. Le CISSS emploie 14 000 travailleurs auxquels s'ajoutent 1 000 médecins.

La problématique des accidents de travail

Cette étude aura d'abord montré des déficiences en matière de système d'information sur les accidents de travail, avec des variations à cet égard, entre les trois organisations sélectionnées. Alors qu'au CHU, ces accidents font l'objet d'un monitoring systématique qui permet à l'organisation d'avoir un portrait réaliste, ces données ne font pas l'objet d'une compilation et d'un traitement systématisé dans les deux autres organisations. Dans le CIUSSS et le CISSS, les données sont, à ce jour, encore très parcellaires. Cependant, dans les trois cas, les acteurs organisationnels s'accordent à reconnaître que les accidents de travail constituent un enjeu majeur qui a des répercussions entre autres sur la disponibilité de la main-d'œuvre.

Types d'accidents

Les accidents les plus souvent répertoriés sont :

- *les accidents liés à la mobilisation des usagers (changement de position, déplacement) et à la manutention.* Il s'agit essentiellement de lésions de l'appareil musculosquelettique (entorses, tendinites, elongations musculaires, douleurs aiguës ou chroniques à divers points de la colonne vertébrale), résultant d'efforts excessifs, de mouvements brusques ou répétitifs, de faux mouvements ou de mouvements mal coordonnés, de problèmes de postures, de la mobilisation des usagers avec des caractéristiques particulières (perte

d'autonomie, obésité, mobilité réduite, agitation, troubles du comportement) ou encore de la manutention de charges importantes.

- *les accidents reliés aux chutes*. Ces accidents sont souvent liés à l'encombrement des lieux, aux planchers glissants, aux marches et sols inégaux, aux surfaces glacées à l'extérieur des bâtiments ou aux terrains de stationnement durant l'hiver.
- *les agressions*. Ces dernières peuvent être de nature physique ou psychologique (agression verbale, intimidation, harcèlement). Elles sont davantage fréquentes dans certains secteurs de soins, comme la psychiatrie et l'urgence et peuvent être initiées par des patients agités, des patients avec des troubles du comportement ou encore des membres de leur famille.
- *les expositions aux produits dangereux et liquides biologiques*. On inclut ici : les piqûres par des aiguilles contaminées, les contacts avec des patients contagieux et les expositions à divers produits (ex. : produits radioactifs comme ceux utilisés pour la chimiothérapie, produits d'entretien, etc.).

Catégories d'emplois

Selon les témoignages recueillis, certaines catégories de travailleurs montrent une vulnérabilité accrue aux accidents de travail, en fonction de leur type de profession ou de métier et de leur secteur d'activités. Deux catégories d'emploi sont particulièrement touchées par les accidents de travail :

- Catégorie #1 : le personnel de soins infirmiers qui inclut notamment les infirmières et les infirmières auxiliaires;
- Catégorie #2 : le personnel paratechnique qui inclut notamment les préposés aux bénéficiaires (PAB), les auxiliaires familiales et sociales, les préposés aux services alimentaires, à l'entretien ménager et à la salubrité.

Les PAB et les auxiliaires familiales et sociales qui font partie de la catégorie #2 et les infirmières auxiliaires qui font partie de la catégorie #1 sont souvent amenés à effectuer diverses tâches comme la mobilisation des usagers qui posent des exigences physiques importantes et les exposent à des lésions musculosquelettiques s'ils n'appliquent pas les principes de déplacement sécuritaire. Les préposés à l'entretien, aux services alimentaires et à d'autres tâches techniques accomplissent, de leur côté, des tâches diverses de manutention qui ont été associées à une prévalence plus forte d'accidents. Le statut d'emploi de certains travailleurs a été aussi évoqué comme un élément de vulnérabilité. Les travailleurs regroupés dans des équipes volantes (infirmières, infirmières auxiliaires, PAB, agents administratifs) effectuent leurs tâches dans des conditions qui sont susceptibles de les exposer à une plus grande vulnérabilité : une expérience plus faible du secteur de services dans lequel ils sont déployés, des déplacements fréquents d'un secteur à l'autre ou d'un site à l'autre, une maîtrise moins forte de leurs environnements de travail multiples ainsi que des méthodes et routines de travail.

Facteurs de risque

Quatre ordres de facteurs ont été évoqués pour expliquer la survenue des accidents de travail :

- *les caractéristiques de la clientèle.* Une proportion croissante des usagers de services est constituée de patients âgés avec une autonomie réduite. Leur prise en charge impose donc souvent des demandes physiques au personnel de soins. Les services de soutien à l'autonomie des personnes âgées (services d'hébergement et de soins de longue durée, soins à domicile, réadaptation fonctionnelle) ont en commun de prendre en charge des usagers qui peuvent poser des risques liés à l'aide à la mobilisation ou à d'autres caractéristiques (troubles du comportement, agressivité). Les services de médecine et de chirurgie et les unités de gériatrie sont aussi des secteurs dans lesquels les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires accomplissent souvent des tâches de mobilisation et de positionnement des patients. Dans le contexte des services d'urgence et des services psychiatriques, les travailleurs sont souvent amenés à faire face à des clientèles instables, avec des troubles du comportement, ce qui les expose à des situations d'agressions physiques ou verbales. Les services psychiatriques ont été les plus souvent cités pour les situations d'agressions.
- *L'environnement physique et matériel de travail.* La qualité des installations et de l'environnement physique est un autre facteur qui a été souvent évoqué par les répondants sur le plan des facteurs de risque. Plusieurs installations correspondent à des bâtiments vétustes qui peuvent difficilement respecter les normes de sécurité optimale et restent ainsi caractérisées par des espaces restreints, une aération insuffisante et une distribution des pièces inadaptée aux flux des usagers et du personnel. Dans plusieurs services, les travailleurs doivent aussi composer avec divers problèmes liés aux équipements : équipements manquants ou désuets, non fonctionnels, non entretenus ou disposés de manière inadéquate. Les urgences ont été identifiées comme un secteur de fragilité liée, entre autres, à l'encombrement de l'espace physique par le matériel et les équipements, aux flux importants de circulation des usagers et membres du personnel, au stress majeur créé par un ensemble de facteurs.
- *La nature du travail pour certains groupes professionnels.* Les services techniques (ex. : alimentation, buanderie, entretien, salubrité) se caractérisent par l'exécution de diverses tâches qui donnent lieu à des gestes répétitifs, nécessitent la manutention de charges importantes; ils imposent des exigences physiques élevées et peuvent nécessiter des postures contraignantes (ex. : flexion, torsion). Les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires œuvrant dans certains services (médecine, chirurgie, gériatrie) accomplissent quotidiennement des tâches de positionnement d'usagers lourds avec une mobilité réduite. Il a été souligné que les accidents sont, dans beaucoup de cas, liés à l'utilisation de techniques de travail non sécuritaires, soit par manque de formation, soit par souci d'exécution rapide amenant à contourner les principes de bonnes pratiques, ou encore simplement par négligence.
- *L'organisation du travail.* Les accidents de travail ont été aussi associés par les répondants à de lourdes charges de travail et des cadences élevées qui peuvent être imposées, notamment dans certaines unités qui font face à un manque de personnel.

Plusieurs répondants ont porté attention à l'instabilité des postes dans certaines unités, au roulement du personnel et aux pratiques consistant à déplacer le personnel d'une unité à l'autre pour en rationaliser l'utilisation. Ils ont ainsi jugé que ce sont des facteurs défavorables en matière de sécurité du travail parce qu'ils compromettent la mise en place de routines stables et forcent le personnel à se réadapter constamment à des environnements nouveaux et peu maîtrisés.

Les particularités des 45 ans et plus

Sur le plan de l'âge, les statistiques consultées pour les trois cas, quoique parcellaires, ne suggèrent pas une incidence accrue d'accidents de travail chez les plus âgés. Les témoignages des répondants vont dans le même sens. Dans le cas du CHU pour lequel l'information était la plus complète, les taux d'absentéisme par rapport aux heures travaillées sont plus élevés chez les 45-59 ans. Cette situation n'est pas forcément attribuable à des taux plus élevés d'accidents, mais par une gravité souvent plus élevée des lésions. Dans les trois organisations, les répondants ont relevé divers facteurs qui peuvent créer une vulnérabilité plus grande des 45 ans et plus aux accidents de travail :

- *Histoires d'expositions plus longues.* Les 45 ans et plus, ayant travaillé longtemps dans certains secteurs d'activité avec d'importantes exigences physiques et psychologiques, ont une longue histoire d'expositions à des conditions de travail dont les effets cumulatifs peuvent constituer un facteur aggravant lors des accidents de travail.
- *Concentration dans des catégories d'emploi et des secteurs vulnérables.* Les 45 ans et plus forment une proportion importante des travailleurs dans certains groupes d'emplois qui se distinguent par les exigences physiques qui y sont associées (ex. : PAB, préposés à l'entretien ou à l'alimentation). Ces emplois sont souvent attrayants et facilement accessibles pour des travailleurs âgés en situation de réorientation de carrière (ex. : nouveaux immigrants, personnes ayant perdu son emploi à un âge avancé). Ils se caractérisent généralement par leur précarité (ex. : les services à domicile où les travailleurs sont amenés à mobiliser des patients dans des espaces restreints, peu adaptés et sans tous les équipements nécessaires; services d'hébergement où ils doivent souvent prendre en charge des clientèles lourdes dans des conditions qui ne sont pas toujours optimales). Les conditions de ces emplois font en sorte que les 45 ans et plus doivent faire face à des exigences qui ne sont pas toujours compatibles avec l'avancée en âge.
- *Conditions de santé aggravantes.* Les 45 ans et plus victimes d'un accident de travail doivent, dans une proportion significative, composer parallèlement avec des conditions de santé et des lésions dégénératives du système musculosquelettique (ex. : obésité, dégénérescence discale, arthrose) qui prédisposent à des accidents de travail ou créent des conditions aggravantes, prolongeant ainsi la période de réadaptation.
- *Difficultés d'adaptation aux transitions.* Les risques pour les travailleurs plus âgés ont été aussi associés aux difficultés d'adaptation aux transitions dans l'environnement et les conditions du travail : nouvelles formes d'organisation du travail, adoption de nouvelles pratiques, appropriation de nouvelles technologies. Le virage technologique entrepris dans certains services avec l'acquisition d'équipements de pointe et la mise en

place de nouveaux modes d'organisation du travail ont été identifiés comme des changements posant un défi particulièrement important pour les travailleurs plus âgés qui doivent ainsi renoncer à des routines et pratiques de travail assimilées de longue date.

Contrairement aux observations concernant l'âge, les répondants n'ont pas fait état de différences significatives en ce qui concerne le sexe des personnes. Plusieurs secteurs d'activité sont très largement caractérisés par la présence de l'un des sexes, rendant difficilement perceptible des différences potentielles de vulnérabilité aux risques en fonction du sexe. Il a été également souligné que, dans certains secteurs critiques (ex. : services techniques) où la division du travail homme-femme était traditionnellement définie suivant la lourdeur des tâches (travaux lourds et légers), les développements technologiques et l'acquisition de nouveaux équipements rendent aujourd'hui obsolète cette démarcation et permettent aux travailleurs des deux sexes d'assumer des tâches similaires.

Possibilités et contraintes associées au contexte structurel des organisations

Dans les trois cas retenus, l'environnement organisationnel actuel porte encore fortement l'empreinte des changements structurels associés à la dernière réforme du réseau de la santé et des services sociaux. Cette réforme structurelle a été marquée par la fusion de plusieurs établissements qui sont souvent répartis sur un territoire étendu. Les témoignages des répondants ont fait état d'effets secondaires associés à cette fusion, créant des contraintes pour la mise en place d'un système optimal de SST tant pour les 45 ans et plus que pour les autres groupes de travailleurs. Ces effets secondaires ont été rapportés sur trois plans :

- *Sur le plan des systèmes organisationnels.* Les nouvelles organisations constituent un assemblage d'établissements qui se distinguent par leurs cultures, leurs systèmes de gestion, la quantité de ressources disponibles et leurs pratiques. Les constats effectués incluent : une fragilisation de divers systèmes organisationnels (ex. : systèmes d'information en SST) devenus obsolètes et ne répondant plus aux besoins de la nouvelle organisation unifiée, des variations importantes d'un établissement à l'autre dans les pratiques et méthodes d'intervention en SST, une suspension de pratiques auparavant implantées localement, en attente de nouvelles orientations. Les nouvelles organisations doivent ainsi relever le défi de revoir et d'harmoniser leurs processus tout en corrigeant ceux qui sont déficients, tout en tenant compte des problématiques spécifiques associées à chacun des établissements et installations qui les composent.
- *Sur le plan des équipes mobilisées en SST.* Cette réforme structurelle a été associée à des initiatives de rationalisation budgétaire qui se sont traduites par des coupures dans la structure de gestion et d'encadrement et des départs hâtifs à la retraite de nombreux cadres. Les conséquences rapportées pour les équipes de santé et de sécurité du travail sont : des effectifs réduits, une perception de charge de travail accrue et une certaine instabilité. L'étendue du territoire et la dispersion des installations ont été soulevées de manière récurrente comme un enjeu majeur qui complique le travail des équipes. À une gestion de proximité qui était possible auparavant doit se substituer la gestion à distance de sites multiples, créant ainsi plus de difficultés tant pour obtenir dans les meilleurs délais des informations sur les conditions de survenue des accidents de travail que pour valider ces informations et effectuer les analyses approfondies

nécessaires. Les agents de gestion et de prévention doivent régulièrement parcourir de longues distances pour se rendre dans certains sites de leur organisation.

- *Sur le plan institutionnel.* L'une des instances centrales en matière d'organisation des interventions en SST demeure les comités de santé et de sécurité (CSS). Chaque organisation se dote d'un CSS paritaire, ce qui lui assure une représentation patronale et syndicale. Une conséquence directe des fusions est la diminution du nombre de ces CSS. Plusieurs répondants, associés notamment aux syndicats, y voient une menace d'affaiblissement du poids politique de ces instances et de la représentativité des travailleurs. Durant cette étude, alors que la réforme était lancée depuis plus d'un an, la période de transition se prolongeait pour ces instances. Plusieurs des anciens comités avaient cessé de fonctionner alors que les nouveaux n'étaient pas encore mis en place.

Plusieurs actions sont déjà à l'œuvre, à des degrés variables, ou sont tout au moins envisagées, dans chacun des trois établissements, pour créer un environnement plus favorable à la SST, tant pour les 45 ans et plus que pour les plus jeunes.

Sur un premier plan, les trois organisations ont commencé à investir dans la mise en place de nouveaux systèmes qui doivent transcender les différentes entités et permettre une harmonisation des processus et pratiques. Cependant, par rapport au CHU, les deux autres établissements accusent un certain retard, notamment en ce qui concerne le développement d'un système d'information unifié permettant de répertorier les problèmes de SST dans les diverses installations.

Sur un deuxième plan, les trois organisations ont mis en œuvre diverses mesures visant à renforcer l'équipe qui se consacre à la SST. Dans le cas du CHU, l'ensemble des 21 membres de l'équipe a été regroupé sur un même site dans la perspective d'assurer une meilleure coordination, de promouvoir le travail en équipe et d'harmoniser les pratiques. Dans le cas du CIUSSS, le personnel dédié à la SST a été subdivisé en deux entités distinctes qui se partagent les tâches respectives de prévention et de gestion des accidents de travail. L'objectif est de rendre plus visibles les activités de prévention et y réorienter une juste part des ressources. Plusieurs répondants ont toutefois soulevé un enjeu de coordination entre les deux entités qui sont d'ailleurs établies actuellement sur des sites distincts. Dans le cas du CISSS, les activités liées à la SST ont été placées sous la responsabilité d'une coordinatrice qui pilote à la fois les volets prévention et gestion avec le soutien de deux chefs de service couvrant chacun une partie du territoire. En matière de dotation, des mesures ont été prises, dans les trois cas, pour assurer, de manière continue, la disponibilité d'expertises spécialisées (médecins-conseils, avocats-conseils, hygiénistes du travail). Dans deux des trois cas, les organisations ont investi dans le développement d'un plan de formation à l'intention des gestionnaires au regard de leurs rôles et responsabilités en matière de SST.

Sur le plan institutionnel, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a piloté l'élaboration d'une politique-cadre de gestion intégrée de la prévention, de la présence au travail et de la qualité de vie au travail (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Chacune des organisations a entrepris de développer sa propre politique en s'appuyant sur les orientations ministérielles. Ces orientations prévoient la mise en place d'un plan d'action organisationnel dans lequel les rôles et responsabilités sont distribués à tous les niveaux hiérarchiques. Chaque direction de l'organisation est appelée à développer un plan d'action

spécifique pour son secteur d'activité. Dans les trois cas, les directions des ressources humaines avaient déjà pris les dispositions pour appliquer cette politique provinciale.

5.2.2 Les systèmes et procédures organisationnels

Cette analyse aura démontré que les procédures et les systèmes organisationnels actuels en matière de SST accusent certaines déficiences qui compromettent des interventions optimales en matière de prévention des accidents de travail chez les 45 ans et plus, de gestion des cas d'accidents et de réadaptation des travailleurs. Ces déficiences, décrites ci-après, touchent : le système de monitoring, le système d'analyse, les mécanismes de prise en charge des travailleurs victimes d'un accident, la préparation et l'organisation du retour au travail (voir tableau 17 pour une présentation synoptique).

Monitoring : déclaration des événements, collecte, compilation et communication de l'information sur les accidents de travail

Au point de départ, les systèmes actuels de monitoring au sein des différentes organisations présentent, à divers degrés, des défaillances sur les plans des mécanismes de déclaration des événements et de la prévention des risques. Le régime des accidents de travail mise sur un protocole, en théorie, bien codifié, pour la déclaration des situations avérées d'accidents de travail et des situations potentiellement dangereuses. À l'instar des autres travailleurs, les 45 ans et plus ont, à leur disposition, deux formulaires distincts qui permettent de déclarer respectivement ces deux types de situations. Deux types de problèmes ont été soulignés quant à l'utilisation de ces outils tant par les 45 ans et plus que les autres groupes de travailleurs.

- *Une sous-déclaration.* Le système actuel de déclaration couvre tant les événements majeurs qui conduisent à une absence et au versement d'indemnités que les événements sans arrêt de travail. Cependant, dans les trois organisations, il a été souligné qu'une proportion non définie d'événements échappe encore au système de déclaration. Si les accidents graves se traduisant par une perte de temps font en général l'objet de déclarations systématiques, une proportion importante de quasi-accidents, d'incidents sans perte de temps et de situations potentiellement dangereuses ne sont pas déclarés ni consignés dans un registre. Ces événements non déclarés ne donnent pas lieu non plus aux démarches nécessaires pour mettre en place des mesures de remédiation. Il a été souligné que le régime, dans sa forme actuelle, tend aussi à décourager la déclaration des problèmes résultant de facteurs d'ordre psychosocial (ex. : harcèlement psychologique, conflits) pour lesquels la responsabilité attribuable au travail est plus difficile à établir.
- *Une connaissance et maîtrise insuffisante de la procédure de déclaration.* L'analyse indiquait que la procédure actuelle de déclaration reste insuffisamment maîtrisée tant par les 45 ans et plus que par les autres groupes de travailleurs. Ces déficiences dans le processus de déclaration faussent le portrait quant à la prévalence réelle des accidents de travail et des situations potentiellement dangereuses. Elles alimentent même, dans certains cas, une forme de suspicion au regard de la validité de certains dossiers soumis aux fins d'indemnisation et peuvent être source de litiges entre le travailleur et l'organisation. Les éléments symptomatiques de cette faible maîtrise de la procédure de déclaration sont multiples :

- des déclarations tardives qui rendent plus difficile la confirmation des circonstances réelles de survenue de l'accident;
- des formulaires transmis avec retard au service de SST, compromettant le processus d'analyse approfondie qui devrait s'ensuivre;
- des déclarations imprécises ou incomplètes, dont il manque, par exemple, la description par le superviseur immédiat des circonstances de l'accident, notamment pour ceux qui surviennent durant les quarts de nuit ou de fin de semaine.

Au-delà de la déclaration, l'analyse a aussi mis en lumière des failles dans le système de collecte, de traitement et de communication de l'information sur les accidents de travail. Des trois organisations, le CHU est celle qui s'est dotée à ce jour du système le plus avancé en matière d'information sur les accidents de travail. Il dispose ainsi actuellement de données parmi les plus exhaustives qui couvrent l'ensemble de l'organisation et qui permettent de documenter l'incidence des accidents de travail, leur nature, leur distribution (âge, sexe, profession ou métier et secteurs d'activité) et les coûts qui y sont reliés. Ce système d'information est assorti d'un tableau de bord qui permet de rendre accessibles les données sur les accidents de travail à l'équipe de SST et aux membres de la direction. Un portrait de l'évolution des accidents de travail est aussi fourni sur une base régulière aux représentants locaux des syndicats qui reçoivent un bilan mensuel ainsi qu'aux membres de l'équipe de direction. Ce système d'information et de monitoring est utilisé par l'équipe de SST pour lancer l'alerte auprès des directions et des unités lorsqu'une incidence accrue d'accidents de travail est constatée. Ces données auront également permis à l'équipe de SST d'identifier les travailleurs qui se distinguent par les absences les plus fréquentes au travail en vue d'analyser leurs situations et de développer des interventions mieux adaptées à leurs besoins. Tout en témoignant de ces aspects positifs, les répondants auront aussi fait état d'éléments à renforcer dans le dispositif actuel, notamment sur le plan de la communication et de l'exploitation de l'information. Il a été souligné, par exemple, que les pratiques actuelles ne permettent pas d'assurer que l'information est transmise sur une base régulière à tous les échelons de l'organisation. L'information disponible reste encore sous-utilisée à des fins de rétroaction, pour sensibiliser l'ensemble des cadres supérieurs et intermédiaires et les travailleurs eux-mêmes à la mise en œuvre de solutions.

Dans les deux autres cas, les organisations ne disposaient pas à proprement parler d'un système de monitoring des accidents de travail lors de cette étude. Elles n'avaient pas établi de cibles claires et connues en matière de réduction des accidents de travail. Des répondants ont fait état d'un processus de réorganisation encore inachevé qui se reflète dans des orientations peu définies en matière de SST. Les systèmes d'information sont caractérisés par des procédures de collecte et de compilation qui sont peu systématisées et varient d'une installation à l'autre. Les données disponibles sont peu organisées, peu codifiées et ne permettent pas de dessiner un portrait complet en matière de types d'accidents, de distribution par catégorie professionnelle et secteurs d'activité, de l'âge et du sexe, des causes et des coûts. La communication de l'information sur les accidents de travail est elle aussi perfectible. L'information parcellaire disponible au bureau SST n'est pas communiquée à tous les paliers de l'organisation et n'est donc pas utilisée pour sensibiliser l'ensemble des acteurs organisationnels à la problématique des accidents de travail. Souvent, les agents de prévention eux-mêmes ne reçoivent que tardivement l'information sur des accidents déclarés ou des situations posant un risque, créant ainsi des délais dans les interventions. Ces constats généraux ne doivent pas toutefois projeter une image monolithique de ces organisations. Il a

été souligné que des efforts sont déployés dans certains secteurs clés pour obtenir une information plus précise sur les accidents de travail et y sensibiliser les acteurs organisationnels. Dans l'une des organisations (le CISSS), le directeur adjoint à la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) a demandé à être informé directement de chaque nouveau cas d'accidents de travail. Dans la même organisation, les agents du bureau SST organisent des rencontres périodiques (une fois par trimestre) avec les gestionnaires de certaines unités ciblées pour partager avec eux le bilan des accidents de travail et des absences.

Ces mêmes difficultés sont reproduites à une échelle provinciale. Des données sont transmises sur une base régulière par la CNESST au MSSS pour faire état de l'évolution des accidents dans le réseau. Mais, de l'avis des utilisateurs, cette information présente des limites importantes : temps de latence entre la collecte et la transmission ne permettant pas de disposer d'un portrait actuel; format agrégé, avec une insuffisance de détails, ne permettant de dresser un portrait précis et d'identifier tous les points de vulnérabilité (ex. : établissements, groupes d'âge, types de postes). Des acteurs clés concernés par les enjeux de SST au niveau provincial (ex. : syndicats, ASSTSAS) n'ont pas accès à une information détaillée, mise à jour sur une base régulière du portrait des accidents de travail.

Au total, l'analyse met en lumière que les pratiques actuelles de monitoring ne permettent généralement pas de dresser un portrait clair et exhaustif des accidents de travail chez les 45 ans et plus tant au niveau organisationnel qu'à l'échelle provinciale. Sauf exception, l'information disponible ne fait pas l'objet d'un traitement poussé et n'est pas communiquée aux différents échelons à des fins de rétroaction et d'amélioration continue. Ces constats qui pourraient s'étendre à l'ensemble des travailleurs posent des enjeux particuliers pour les 45 ans et plus. Les défaillances observées compromettent la capacité à dresser un portrait clair de la situation de ces travailleurs et à mobiliser les acteurs organisationnels dans la mise en œuvre de solutions.

Analyse des évènements et des risques

Différents mécanismes sont actuellement mobilisés dans les trois organisations pour analyser les accidents de travail et les risques. Ils sont associés à divers processus qui circonscrivent le travail des agents de prévention et la prise en charge des accidents de travail.

- *Déclaration in situ des accidents.* L'outil actuellement utilisé est le formulaire de déclaration des accidents de travail. Une section de ce formulaire est réservée à une analyse préliminaire, par le superviseur immédiat, des circonstances de la survenue de l'accident. Il a été souligné que cette analyse est souvent escamotée à divers égards. Dans certains cas, elle n'est simplement pas effectuée, obligeant l'équipe de SST à réacheminer le formulaire au responsable. Cette analyse préliminaire est particulièrement négligée pour les accidents sans perte de temps. Dans d'autres cas, elle est effectuée tardivement, occultant des éléments importants relatifs aux circonstances de l'accident. Elle est aussi, dans beaucoup de cas, effectuée de manière rapide et sommaire et manque ainsi de substance, parce que beaucoup de gestionnaires sont peu intéressés par l'exercice ou peu outillés pour le faire. Dans l'une des organisations, une formation est d'ailleurs envisagée à l'intention des gestionnaires pour optimiser leurs capacités à cet égard.

- *Analyse des dossiers d'accidents par l'équipe de SST.* Tous les accidents rapportés doivent normalement faire l'objet d'une analyse approfondie par l'équipe de SST. Cette analyse est souvent effectuée dans le contexte d'une rencontre entre le travailleur et un agent de gestion. Cependant, cette étape d'analyse est, elle aussi, souvent escamotée. Il a été souligné que l'accent est davantage mis sur la conformité administrative du dossier plutôt que sur un examen approfondi des circonstances et causes de l'accident. La charge de travail des agents de gestion, dans un contexte d'effectifs réduits, a été évoquée comme un facteur qui limite le temps pouvant être consacré à chaque cas. Pour les accidents qui ne se soldent pas par un arrêt de travail, cette analyse approfondie est dévolue aux agents de prévention, mais elle est souvent compromise parce que les accidents ne sont pas déclarés ou parce que l'établissement manque d'effectifs.
- *Signalement des situations potentiellement dangereuses.* Le formulaire conçu à cet effet permet de rapporter toute anomalie qui pourrait entraîner un accident aux fins d'apporter, dans les meilleurs délais, les correctifs nécessaires. Les répondants ont fait état d'un double constat témoignant d'une sous-optimisation de ce mécanisme d'analyse et de prévention des risques : 1) sous-déclaration des situations posant un danger imminent, suggérant une faible participation tant des gestionnaires au niveau local que des travailleurs eux-mêmes à l'identification des risques dans leur environnement et réduisant ainsi les occasions d'effectuer les analyses de risques; 2) réactivité souvent lente aux cas signalés, avec des délais indus dans l'analyse et la mise en place des mesures de remédiation.
- *Exercices d'analyses préventives.* Les agents de prévention doivent, entre autres responsabilités, évaluer de manière routinière les risques dans les divers secteurs d'activité et soutenir les gestionnaires dans la mise en place de mesures correctrices. Les témoignages des répondants auront toutefois mis en lumière des variations dans l'exercice de cette responsabilité.

Le CHU est l'organisation qui aura misé le plus sur le déploiement de ces exercices d'analyses préventives avec le développement d'un système de gestion des risques en santé et en sécurité du travail. Dans divers secteurs (ex. : services techniques, urgences, chirurgie, orthopédie), des matrices de risques ont été élaborées pour quatre problématiques prioritaires correspondant aux accidents de travail les plus fréquents : les accidents liés à la mobilisation des usagers, les chutes, les agressions, les expositions aux produits dangereux. La démarche aura consisté à identifier les risques, à les évaluer, à identifier les moyens de prévention en place, à établir des objectifs et un plan d'action. Les agents de prévention doivent aussi s'assurer que des enquêtes approfondies sont effectuées lors de la survenue d'un événement correspondant aux quatre problématiques ciblées et que des mesures de remédiation soient prises. Un tel développement aura conféré un positionnement national au CHU qui s'est ainsi vu confier le mandat de piloter l'élaboration d'une politique provinciale de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail. Le facteur limitant aura été le nombre réduit d'agents de prévention qui a été considéré comme une contrainte tant pour étendre l'élaboration des matrices de risques à de plus larges secteurs que pour assurer cet examen approfondi des cas d'accidents pour les problématiques ciblées.

Les exercices d'analyses préventives ont eu une portée plus limitée dans les deux autres cas. Dans le cas du CISSS, il a été souligné que le déploiement de tels exercices a été contraint par les effectifs réduits d'agents de prévention. Ils sont ainsi réservés à des situations ciblées ou à des secteurs présentant une plus grande vulnérabilité. Les accidents de travail liés à la mobilisation, considérés parmi les plus fréquents, donnent ainsi lieu de manière plus systématique à une démarche d'enquête, d'évaluation des causes et des risques ainsi que de mise en place de mesures de remédiation. Dans le cas du CIUSSS, il a été rapporté que ce système de vérifications préventives, effectuées auparavant dans certains secteurs présentant des risques plus élevés, a été discontinué dans le contexte des réformes, les ressources disponibles ayant été allouées à d'autres activités.

Au total, les données recueillies indiquent que les processus d'analyse des risques et des accidents avérés sont souvent escamotés alors qu'ils pourraient potentiellement offrir la possibilité de mieux approfondir, les facteurs explicatifs des accidents qui surviennent chez les différents groupes d'âges et de manière spécifique chez les 45 ans et plus. Par rapport aux deux autres organisations, le CHU est à un niveau de développement plus avancé sur ce plan en misant sur un système intégré de gestion des risques. Mais, il reste que les 45 ans et plus n'ont pas fait l'objet d'une attention spécifique dans la mise en œuvre de ce système. Les contraintes de ressources ont aussi limité l'échelle de déploiement de ce système.

Prise en charge des cas d'accidents de travail

La coordination de la prise en charge des travailleurs victimes d'un accident est essentiellement dévolue aux agents de gestion en SST, notamment pour ce qui concerne les accidents conduisant à un arrêt de travail. Les syndicats apportent aussi un soutien quand ils sont interpellés, par exemple pour aider leurs membres à naviguer au travers des diverses démarches administratives ou faire face à des situations de litiges avec l'employeur. Ce soutien syndical est, en réalité, peu systématisé et peut varier d'un syndicat à l'autre. Dans le cas des accidents sans absence, ce sont surtout les agents de prévention qui sont mobilisés pour effectuer une analyse du contexte de survenue de l'évènement. Des protocoles spécifiques de prise en charge sont prévus pour certains types d'accidents comme les piqûres d'aiguilles ou les expositions à des produits dangereux qui, dans beaucoup de cas, n'entraînent pas nécessairement de perte de temps mais requièrent une intervention urgente.

En ce qui concerne les accidents conduisant à un arrêt de travail, les répondants s'accordent à mettre en exergue que la prise en charge s'inscrit actuellement dans un modèle de gestion médicoadministrative qui met l'accent sur les activités suivantes : vérification des formulaires à remplir et de la conformité du dossier; suivi auprès du médecin traitant; demande de contre-expertises médicales dans les cas ambigus; liaison avec les syndicats dans les situations litigieuses; suivi de l'évolution de la condition de santé du travailleur par le bureau santé; aiguillage du travailleur vers des ressources pertinentes susceptibles d'accélérer l'amélioration de sa condition.

Trois principales lacunes au processus actuel de prise en charge ont été soulignées de manière récurrente :

- *La faible implication du supérieur immédiat dans le processus de réadaptation.* Les travailleurs accidentés sont encouragés à garder un contact avec leur gestionnaire durant leur période d'absence sans devoir pour autant leur fournir des renseignements confidentiels sur leur état de santé, ces renseignements sont plutôt transmis à l'équipe de SST. En réalité, le gestionnaire est peu impliqué durant la période d'absence et aucun mécanisme formel ne permet actuellement de l'informer sur une base régulière. Les superviseurs immédiats ne disposent pas ainsi de l'information de base concernant leurs employés. Si une telle pratique met le travailleur à l'abri de toute pression indue du gestionnaire, elle est toutefois perçue par certains travailleurs comme un manque d'empathie de leur part. Ces travailleurs se disent laissés à eux-mêmes durant une période particulièrement critique et souhaiteraient avoir une démonstration du soutien de leur superviseur. Cette faible implication du superviseur immédiat signifie aussi que la préparation au retour au travail n'est amorcée que très tardivement et est tout à fait absente durant les premières phases du processus de réadaptation.
- *Les délais d'accès aux services.* Faute d'avoir un médecin de famille, certains travailleurs doivent recourir à divers professionnels pour obtenir les services requis, ce qui peut compliquer le travail de suivi de l'équipe de SST. Il a été souligné que les services non médicaux (ergothérapie, physiothérapie) sont en général facilement accessibles et soulèvent même dans certains cas des enjeux d'utilisation non appropriée. Par contre, les travailleurs nécessitant certains services médicaux (chirurgie, orthopédie) peuvent être assujettis aux longues listes d'attente qui caractérisent l'accès à ces services et devoir composer ainsi avec des retards dans leur processus de réadaptation.
- *Le conflit d'allégeance des agents de gestion et la perception de pressions indues du service de SST sur les travailleurs.* Les agents de l'équipe de SST sont les principaux interlocuteurs des employés en arrêt de travail et sont chargés à la fois d'assurer le suivi de leur dossier et de leur apporter le soutien nécessaire. Plusieurs répondants ont fait état d'une situation fréquente de conflit entre ces deux rôles. Les agents de gestion doivent souvent composer avec les contradictions entre les exigences de l'employeur (accélération du retour au travail) et les besoins du travailleur. Pour répondre aux cibles de réduction des absences, les agents de l'équipe de SST seraient ainsi amenés, dans certains cas, à accorder préséance au contrôle administratif et aux mesures visant à accélérer le retour au travail plutôt qu'au soutien nécessaire aux travailleurs.

Sur ce plan, les données recueillies indiquent donc que les 45 ans et plus ne bénéficient pas de tout le soutien organisationnel souhaité à la suite d'un accident se soldant par un arrêt de travail. L'accent mis sur la gestion médicoadministrative et l'accélération du retour au travail porte à occulter le large éventail de besoins de ces travailleurs durant la période critique. La faible implication du superviseur immédiat est perçue comme une lacune majeure du processus actuel.

Retour au travail

Deux principales modalités sont offertes aux travailleurs dans les trois organisations pour faciliter le retour au travail et réduire la période d'absence : le retour progressif, avec un horaire allégé par rapport à la période prélésionnelle; l'assignation temporaire à des travaux légers ou

des fonctions qui accommodent les conditions du travailleur. Les répondants s'accordent à reconnaître que le retour progressif est la norme, d'autant plus s'il s'agit de travailleurs plus âgés ou d'une longue absence. Une norme fréquemment utilisée dans l'une des organisations est celle d'une semaine de retour progressif pour chaque mois d'invalidité. Le réaménagement des postes est aussi la règle pour les travailleurs qui doivent composer avec une limitation fonctionnelle.

Les témoignages recueillis ont fait état d'une préparation en général limitée qui ne donne pas lieu à un ensemble structuré d'interventions permettant d'inscrire le retour au travail dans une démarche réelle de réadaptation. Les répondants ont fait état de deux principaux processus qui méritent d'être optimisés dans la perspective d'une meilleure prise en charge des travailleurs :

- *La coordination des acteurs.* Le retour au travail est considéré comme un processus nécessitant la contribution d'un ensemble d'intervenants incluant : le travailleur et son médecin traitant qui, en général, initient le processus; l'équipe de SST qui doit orchestrer ce retour au travail; le gestionnaire qui doit accueillir le travailleur; les équipes de travail qui doivent réintégrer l'employé. Les lacunes relevées à cet égard incluent : un manque de coordination entre les différents acteurs; une circulation déficiente de l'information; une faible implication du superviseur immédiat; et le moment souvent tardif de mise en route des activités d'organisation du retour au travail. Diverses situations de litiges ont été rapportées et pourraient être évitées en assurant une plus grande concertation entre les acteurs (ex. : retour au travail jugé trop rapide par l'employé; assignation temporaire ou autres conditions de retour ne répondant pas aux besoins de l'employé).
- *L'évaluation des besoins du travailleur et des accommodements.* Le retour au travail nécessite, dans beaucoup de cas, des accommodements qui peuvent toucher la nature du poste auquel le travailleur est assigné, les tâches qu'il doit effectuer et l'horaire auquel il sera soumis. Pour répondre à certaines limitations, il peut être nécessaire d'évaluer l'ergonomie du poste, de l'adapter et, le cas échéant, d'assurer que d'éventuels équipements requis puissent être fournis. Ces accommodements suivent actuellement les indications du médecin traitant. Cependant, plusieurs répondants soulignent qu'en l'absence de protocoles définis et dans un contexte de ressources humaines limitées, les travailleurs n'obtiennent pas toujours tout l'accompagnement nécessaire durant cette période de retour au travail.

Sur ce plan, l'analyse montre que le retour au travail des travailleurs plus âgés qui peuvent requérir des besoins spécifiques (ex. : formation, accommodements du poste de travail, organisation du travail) ne fait actuellement pas l'objet de protocoles spécifiques dans aucun des trois cas et est traité comme une activité ponctuelle, déclenchée tardivement, sans toute la préparation requise. Les conséquences négatives consistent souvent en une faible mobilisation de la plupart des acteurs et en un accompagnement déficient des travailleurs durant cette période critique de leur réadaptation.

5.2.3 Interventions pour réduire les accidents de travail et les risques

Les organisations ont, dans chaque cas, investi dans diverses interventions visant à réduire l'incidence des accidents de travail. Les témoignages ont ainsi fait état d'un large éventail d'activités qui peuvent être regroupées en trois catégories et ne sont pas exclusives aux 45 ans et plus :

- *Des mesures visant à renforcer les capacités du personnel et à modifier la manière dont ils travaillent.* Les organisations ont déployé diverses activités de formation en portant une attention particulière aux principes pour le déplacement sécuritaire des patients (formation PDSB), à la gestion des patients agressifs (formation Oméga) et à la manipulation des produits dangereux. Une approche innovante axée sur l'accompagnement professionnel plutôt que sur la tenue de séances formelles de formation a été introduite pour la formation PDSB. Dans l'une des organisations, une formation a été déployée pour habiliter les gestionnaires à mieux dépister des situations à risque et à promouvoir des pratiques de travail sécuritaires auprès de leur équipe. Dans ce même domaine d'activités, diverses interventions sont conduites pour amener les employés à modifier leurs méthodes de travail : formation sur mesure à la suite d'un accident, activités d'accompagnement professionnel auprès des groupes à risque dans des services cibles lors du retour au travail, intervention personnalisée auprès de travailleurs ayant subi des accidents à répétition. Cependant, faute de ressources suffisantes, ces différentes interventions sont souvent conduites à une échelle réduite. L'accès aux formations et aux activités d'accompagnement est en général limité et priorité est accordée à des secteurs ou groupes jugés plus vulnérables (ex. : nouveaux employés, PAB, infirmières auxiliaires). Toutefois, les 45 ans et plus ne sont pas nécessairement considérés comme une cible prioritaire et leurs besoins spécifiques ne font pas l'objet d'une attention particulière dans la conception de ces formations. Sur le plan national, deux autres instances investissent aussi considérablement dans ces activités de renforcement des capacités des individus, en profitant entre autres de subventions versées par la CNESST. La première est l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) qui intervient, dans un contexte paritaire, à la demande des organisations, sur deux fronts : 1) des activités de formation qui touchent notamment la prévention générale, les agressions, le déplacement des bénéficiaires et la manutention; 2) des activités d'information et de sensibilisation en utilisant des canaux divers (revues, infolettres, lignes directrices et autres documents transmis aux employeurs et aux travailleurs du secteur; participation à des événements divers, incluant des colloques, des congrès, des forums). L'autre instance est constituée par les syndicats nationaux qui, en plus des cotisations de leurs membres, reçoivent aussi des subventions de la CNESST qui sont utilisées pour investir, à des degrés divers, dans des activités similaires de formation, d'information et de communication ciblées sur leurs membres. Ces subventions peuvent aussi être versées à des associations patronales en vertu de la LSST.
- *Des mesures visant à réduire l'exposition des travailleurs à certains risques présents.* On réfère ici essentiellement à différentes mesures de protection visant à protéger les individus contre les agents pathogènes, les produits dangereux ou autres situations posant un risque (ex. clientèles avec troubles du comportement). Une attention est ainsi apportée à l'immunisation des travailleurs. Dans des secteurs critiques comme les

laboratoires, des protocoles stricts sont mis en œuvre et des équipements de protection sont fournis pour prévenir les expositions aux liquides biologiques et autres produits dangereux. Des protocoles établis sont suivis de manière systématique pour les piqûres d'aiguilles potentiellement contaminées par des agents infectieux. Au CHU, diverses mesures ont été intégrées dans un système de gestion des risques avec identification systématique des risques dans plusieurs secteurs, gradation des risques et initiation de mesures de remédiation. Dans le contexte d'une intervention pilote à l'urgence, l'organisation a procédé à une analyse de tous les accidents et à l'observation des lieux de travail en vue d'identifier leurs causes et guider l'élaboration subséquente d'un plan d'action. Peu d'interventions ciblent de manière spécifique les 45 ans et plus. Dans l'une des organisations, des tests PDSB ont été proposés aux candidats à certains emplois à risque, âgés de 45 ans et plus, en vue de s'assurer de leur maîtrise de méthodes de travail sécuritaires. Il est aussi envisagé de réassigner des employés de 55 ans et plus, œuvrant dans des secteurs à risque, à d'autres postes. Sur le plan national, les organisations peuvent profiter du soutien de l'ASSTSAS qui offre des services-conseils pour diagnostiquer un problème, identifier un risque, développer et mettre en œuvre des solutions appropriées.

- *Des mesures visant à réaménager l'environnement et les conditions de travail.* Tout en étant forcées de composer avec des installations vétustes, les organisations misent sur des interventions de réaménagements de l'espace existant pour mitiger les risques. La modernisation de certains équipements (introduction de lits électriques, installation de lève-personnes et autres aides techniques pour faciliter la mobilisation des patients en perte d'autonomie, investissement dans des équipements posant moins d'exigences physiques en hygiène et salubrité) et les interventions en matière d'ergonomie des postes figurent parmi les mesures visant à modifier de manière plus fondamentale l'environnement de travail et la manière dont certaines tâches sont effectuées, tendant ainsi vers l'élimination de certains risques. Encore ici, aucune intervention à vaste échelle n'est conçue spécifiquement pour les 45 ans et plus. Sur le plan national, l'ASSTSAS est une instance centrale qui fournit conseil et assistance techniques, aux organisations, à leur demande, dans un contexte paritaire, pour promouvoir la prévention en SST et mettre en œuvre des interventions susceptibles d'éliminer à la source les risques à la SST.

Au total, comme résumé dans le tableau 17, les 45 ans et plus peuvent profiter de diverses interventions mises en œuvre dans les organisations pour répondre à la problématique des accidents de travail. Ils peuvent ainsi bénéficier de diverses activités de formation, prenant des formes variées, en vue de mieux les informer, renforcer leurs capacités et modifier leurs modes opératoires. D'autres mesures permettent de protéger les travailleurs contre certaines expositions ou d'éliminer à la source les risques. Cependant, les témoignages recueillis auront aussi fait ressortir plusieurs limites de ces interventions : activités conduites à petite échelle et ne couvrant pas l'ensemble des besoins et des secteurs; absence de prise en compte des besoins spécifiques des 45 ans et plus; interventions pilotes qui sont ensuite discontinuées; contraintes de ressources humaines et financières compromettant un déploiement à large échelle; accent porté davantage aux interventions centrées sur les individus par rapport à celles centrées sur les systèmes organisationnels; interventions conduites de manière isolée sans être intégrées dans un plan d'ensemble; investissements sujets aux aléas budgétaires, avec un déploiement variable d'un secteur à l'autre. La politique-cadre de gestion intégrée de la

prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail lancée par le MSSS est perçue comme une occasion de développer un plan global et cohérent touchant tous les secteurs et couvrant l'ensemble du continuum d'interventions en matière de SST.

5.2.4 Vision et engagement des acteurs organisationnels

L'analyse aura fait ressortir trois faits marquants en matière de vision et d'engagement des acteurs organisationnels par rapport à la SST :

- *Une vision limitée de la SST qui se traduit par une gestion procédurale des situations entraînant une absence du travail.* L'allocation des ressources et les processus actuels témoignent d'une vision des enjeux de SST qui met davantage l'accent sur la prise en charge médicoadministrative et l'application des procédures administratives et légales. Des efforts importants sont alloués à la vérification de l'admissibilité des dossiers d'indemnisation et au monitoring de l'évolution de l'état de santé de l'employé, avec un souci d'accélérer la réintégration au travail. De l'avis de plusieurs répondants, une telle approche laisse moins de place au soutien nécessaire aux travailleurs plus âgés, à la reconnaissance de leurs besoins spécifiques et à l'empathie qui doit être démontrée à leur égard. Elle se traduit par une amorce tardive de la préparation de leur retour au travail et un engagement relativement faible d'acteurs organisationnels clés (superviseur immédiat, membres de l'équipe de travail). Les activités de prévention ne sont déployées qu'à une échelle limitée, ne reposent que sur une équipe réduite, ne sont pas adaptées aux besoins des travailleurs plus âgés et ne font pas l'objet d'un plan d'ensemble. La politique-cadre de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail, nouvellement lancée par le MSSS, s'inscrit en rupture avec cette vision, mais reste à être implantée. Dans le préambule de cette politique, il est indiqué qu'elle doit permettre de renforcer une culture de prévention et de promotion de la santé et du bien-être des personnes au travail dans le respect de leur intégrité physique et psychologique et de la performance de l'organisation. À la démarche de gestion médicoadministrative actuellement privilégiée, cette politique propose de substituer une démarche d'amélioration continue dans la gestion des risques et des déterminants ayant une incidence sur la santé physique et psychologique des personnes.
- *Un engagement collectif relativement faible par rapport aux enjeux de SST et une responsabilisation limitée des individus.* La SST est actuellement davantage perçue comme une responsabilité administrative dévolue à un bureau de SST plutôt qu'une responsabilité partagée à tous les paliers par l'ensemble des acteurs organisationnels. Les instances syndicales (locales et nationales) font preuve d'engagement en matière de promotion de la SST, de surveillance des risques et de soutien à leurs membres. Les instances paritaires (ex. : ASSTSAS) apportent aussi une contribution à cet égard par l'intermédiaire de diverses activités de formation, d'information et de sensibilisation. Cependant, les répondants s'accordent à reconnaître que sur le plan individuel, les travailleurs montrent un faible niveau de sensibilisation aux risques et une faible implication dans les interventions visant à mitiger ou à éliminer ces derniers. Les 45 ans et plus ne font pas exception. Les témoignages ont fait état d'une certaine forme d'insensibilité des employés par rapport aux risques visibles dans l'environnement de travail (ex. : équipements défectueux) et une faible propension à signaler les situations

potentiellement dangereuses. Des méthodes de travail dont le risque est connu continuent à être utilisées par les travailleurs au détriment d'options sécuritaires qui leur sont offertes. Du côté des gestionnaires, les témoignages ont fait état d'un faible engagement dans le processus d'analyse des situations de risques avérés ou potentiels, une faible implication dans le processus de réadaptation des travailleurs victimes d'un accident et un engagement limité dans la mise en œuvre d'initiatives pour améliorer les environnements de travail dans leur secteur. Sur le plan organisationnel, les trois organisations ont déployé, à des degrés variés, des efforts pour améliorer la santé et la sécurité de leurs travailleurs. Au CHU, ces efforts sont cristallisés dans un système de gestion des risques. Dans les deux autres cas, ces efforts sont conduits de manière plutôt dispersée sans faire l'objet d'un plan d'ensemble. Il reste aussi que ces efforts, déployés à partir du sommet, ne sont pas forcément appropriés par tous les acteurs organisationnels ni à tous les échelons. Encore ici, la politique-cadre du MSSS propose de renforcer l'engagement des acteurs organisationnels par la responsabilisation de l'ensemble des directions, la distribution des rôles à tous les échelons hiérarchiques, le soutien aux travailleurs eux-mêmes pour assurer leur implication dans la prévention et la prise en charge des risques et des déterminants ayant une incidence sur la présence, la sécurité et le bien-être.

- *Une méfiance entre l'employeur et les syndicats.* L'implication des employés dans les activités relatives à la SST se fait largement au travers des syndicats. Cependant, la gestion des accidents de travail s'inscrit dans un contexte de relations marqué par la méfiance et la confrontation entre les syndicats et l'employeur. Un tel climat a été évoqué pour expliquer la fréquence de contestations et de litiges qui grugent le temps et l'énergie des équipes et touchent diverses étapes du processus : la validité de la déclaration, la justesse de l'avis médical, la consolidation de la lésion et les conditions de retour au travail. Plusieurs gestionnaires ont fait état d'une proportion importante de déclarations d'accidents de travail qui serait potentiellement abusive et favorisée par de longs délais requis pour obtenir des contre-expertises.

Au total, comme résumé dans le tableau 17 ci-après, les témoignages recueillis indiquent que l'action organisationnelle en matière de SST est actuellement guidée par une vision qui ne permet pas de couvrir le continuum d'interventions requises pour les 45 ans et plus. L'engagement affiché au sommet des organisations pour diminuer les accidents de travail et créer des environnements plus sécuritaires ne se reflète pas dans un plan d'ensemble, ne trouve pas écho aux divers paliers organisationnels et montre divers points de discordance avec les systèmes, politiques et procédures organisationnels. En dehors du recours aux instances syndicales, peu de mécanismes permettent actuellement de mobiliser les travailleurs de 45 ans et plus et de favoriser leur engagement sur le plan de l'amélioration continue de leur santé et sécurité au travail sur le plan local. La politique-cadre de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail, nouvellement lancée par le MSSS, offre la possibilité de renouveler la vision et l'engagement des acteurs organisationnels à tous les échelons, mais son implantation n'est encore qu'embryonnaire.

Tableau 17. Synthèse des facteurs identifiés par les répondants comme étant favorables ou non au maintien ou retour à l'emploi à la suite d'un accident de travail

Dimensions		Facteurs favorables	Facteurs défavorables
Systèmes et procédures organisationnels	Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole codifié pour la déclaration des accidents de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Sous-déclaration des accidents • Connaissance et maîtrise insuffisantes de la procédure de déclaration • Faible attention aux accidents n'entraînant pas d'absences au travail • Systèmes d'information ne fournissant qu'un portrait très incomplet • Déficiences dans la communication de l'information disponible aux différents paliers organisationnels
	Analyse des événements et des risques	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un outillage nécessaire (ex. : formulaires de déclaration et d'analyse) • Exercices d'analyses préventives intégrés à un système de gestion de risques (1 des 3 établissements étudiés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse souvent escamotée à différents échelons (supérieur immédiat, bureau SST) • Sous-déclaration des situations qui devraient faire l'objet d'une analyse • Effectifs réduits des agents de prévention assignés aux tâches d'analyses
	Prise en charge des cas d'accidents de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Activité bien codifiée pour la composante relative à la gestion médicoadministrative • Soutien des syndicats à leurs membres • Protocoles éprouvés pour certains types d'accidents (ex. : piqûres d'aiguilles, expositions à des produits dangereux) 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible implication du supérieur immédiat dans le processus de réadaptation • Délais d'accès aux services • Conflit pour les agents de gestion entre les exigences de l'employeur et les besoins du travailleur
	Gestion du retour au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Modalités diverses offertes aux travailleurs pour réduire la période d'absence (ex. : retour progressif, assignation temporaire à d'autres tâches) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de coordination entre les divers acteurs concernés • Préparation déficiente, déclenchée de manière tardive • Faible prise en compte des besoins spécifiques des 45 ans et plus
Interventions organisationnelles pour réduire les accidents et les risques		<ul style="list-style-type: none"> • Mesures visant à renforcer les capacités du personnel et à modifier la manière dont ils travaillent (ex. : formation, information, accompagnement personnalisé) • Mesures visant à réduire l'exposition à certains risques (ex. : protocoles, immunisation, analyses préventives) • Mesures visant à améliorer l'environnement de travail (ex. : espaces, équipements, postes de travail) 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités conduites à petite échelle ou projets pilotes qui sont ensuite discontinués • Interventions isolées, non intégrées dans un plan d'ensemble • Interventions surtout centrées sur les individus au détriment des systèmes organisationnels • Contraintes de ressources humaines et financières • Absence de prise en compte des besoins spécifiques des 45 ans et plus
Vision et engagement des acteurs organisationnels		<ul style="list-style-type: none"> • Politique-cadre de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail lancée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux • Système intégré de gestion des risques promu dans l'un des trois établissements étudiés • Engagement des syndicats et des instances paritaires tant au niveau local que national 	<ul style="list-style-type: none"> • Vision limitée des enjeux de SST qui met davantage l'accent sur la prise en charge médicoadministrative • Perception de la SST comme une responsabilité administrative dévolue à un bureau de SST plutôt qu'une responsabilité partagée • Responsabilité et engagement limités des individus par rapport aux enjeux de SST • Contexte de relations marqué par la méfiance entre syndicats et employeurs

6. DISCUSSION

Cette étude visait l'avancement des connaissances sur deux plans. Le premier volet, utilisant des méthodes quantitatives, devait permettre de mieux comprendre les profils des travailleurs de 45 ans et plus les plus affectés par les lésions professionnelles dans le réseau de la santé et des services sociaux, les trajectoires que suivent ces travailleurs et les facteurs qui y sont associés. Le deuxième volet, utilisant des méthodes qualitatives, devait permettre de mieux comprendre les pratiques organisationnelles actuelles en matière de réadaptation des travailleurs les plus âgés et d'identifier celles qui soutiennent ou entravent le retour en emploi des travailleurs plus âgés ayant expérimenté une lésion professionnelle.

6.1 Profils et trajectoires des travailleurs

En raison des modalités de recrutement, l'échantillon constitué pour cette étude regroupait essentiellement des travailleurs dont les accidents ont donné lieu aux périodes d'absence les plus longues. La durée moyenne d'absence constatée était de 94,7 jours. La durée d'absence de 41 % des travailleurs excédait 90 jours.

Ces accidents se soldant par de longues périodes d'absence touchaient particulièrement deux catégories de personnel. Le personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires (catégorie #1 qui inclut les infirmières et les infirmières auxiliaires) et le personnel paratechnique, services auxiliaires et de métiers (catégorie #2 qui inclut divers groupes de préposés (entretien, salubrité, services alimentaires, PAB)) comptaient pour 73 % des accidents. Comme l'ont souligné les répondants lors des entrevues qualitatives, ce sont deux catégories de personnel dont la nature du travail et les contextes de travail exposent à des risques accrus. Les infirmières, les infirmières auxiliaires, les PAB et les auxiliaires familiales et sociales œuvrant dans certains secteurs (médecine, chirurgie, soins de longue durée, soins à domicile) sont quotidiennement impliqués dans des tâches délicates de manutention d'usagers avec une mobilité réduite, ce qui les expose à des lésions musculosquelettiques si elles n'appliquent pas les principes de déplacement sécuritaire. Les préposés à l'entretien, aux services alimentaires et à d'autres tâches techniques sont, de leur côté, impliqués dans des tâches qui donnent lieu à des gestes répétitifs, nécessitent la manutention de charges importantes, imposent des exigences physiques élevées et peuvent nécessiter des postures contraignantes (ex. : flexion, torsion).

En général, les répondants ont témoigné d'une perception plutôt favorable d'un ensemble de ressources personnelles (capacité à travailler, ressources économiques, soutien du réseau social) et organisationnelles (soutien du supérieur immédiat, soutien des collègues) et des résultats liés à leur travail (satisfaction au travail, intention de quitter, épuisement professionnel). Ces résultats contrastent quelque peu avec les témoignages recueillis lors des entrevues qualitatives, faisant état d'un certain niveau de précarité créé par le récent contexte de réforme. Le maintien du soutien du supérieur immédiat et des collègues à un niveau favorable et les scores positifs sur le plan des résultats liés au travail (satisfaction relativement élevée, faible intention de quitter, score faible d'épuisement professionnel) suggèrent une certaine résilience des équipes de travail et en particulier de ce groupe de répondants (Ng et Feldman, 2010). Pour des travailleurs plus âgés, leur expérience, leur engagement par rapport à leur travail et à leur organisation, leur évaluation des options alternatives s'offrant à eux sont

autant de facteurs qui pourraient expliquer cette résilience (Paillé, 2004; Barnes-Farrell, Rumery et Swody, 2002). Cependant, la nature transversale de cette étude impose une certaine prudence face à une telle interprétation des données. Divers travaux ont montré que la persistance, sur une longue période, d'une telle précarité est susceptible de mettre en échec les stratégies compensatoires des individus (Bakker *et al.*, 2003; Halbesleben et Buckley, 2004).

Sur le plan des demandes, bien que la nature du travail des catégories de personnel les plus représentées dans l'échantillon soit souvent associée à des exigences physiques importantes, les résultats ont surtout mis en lumière le poids de la charge psychologique liée au travail, avec une perception par les répondants de demandes psychologiques élevées et d'une latitude décisionnelle modérée. Le personnel en soins infirmiers (catégorie #1) a rapporté les plus fortes exigences psychologiques alors que le plus faible score de latitude décisionnelle a été rapporté par le personnel paratechnique (catégorie #2). Ces données, qui concordent avec les témoignages recueillis lors des entrevues, faisaient état de lourdes charges de travail, des cadences élevées, des demandes contradictoires, des interruptions fréquentes que peut expérimenter le personnel, comme conséquence de divers facteurs incluant l'insuffisance des effectifs, les taux de roulement élevés et des processus de travail inefficaces. Ces données font également écho à diverses enquêtes et rapports qui ont fait état des pressions auxquelles est soumis en particulier le personnel de soins qui est souvent en première ligne pour la prestation des services et doit composer avec de multiples contraintes (Canadian Nurses Association et Registered Nurses' Association of Ontario, 2010; Van Bogaert et Clarke, 2018).

En ce qui concerne le sexe, les résultats montrent que les accidents se soldant par une longue période d'absence touchent en particulier des femmes (75,7 % de l'échantillon). La durée moyenne d'absence s'est avérée significativement plus élevée chez les femmes (104 jours) que chez les hommes (67 jours). Il faut souligner que les deux catégories de personnel les plus touchées correspondent à des emplois à forte prédominance féminine. Ces résultats suggèrent que les interventions organisationnelles en matière de santé et de sécurité doivent refléter une plus grande sensibilité aux enjeux liés au sexe et tenir davantage compte des besoins des femmes dans leur conception et mise en œuvre. En ce qui concerne les deux groupes d'âge ciblés dans cette étude, une vulnérabilité plus grande a été observée chez les 45-55 ans en comparaison aux 56 ans et plus, avec une durée d'absence plus longue à la suite d'un accident. L'hypothèse formulée est que cette absence plus longue peut être due à des contraintes plus fortes dans les sphères professionnelle et sociale (ex. : responsabilités familiales) ou encore une perception moins favorable des conditions de travail qui se reflète d'ailleurs dans un score d'épuisement professionnel plus élevé. Les 45-55 ans répondent encore plus que leurs aînés aux caractéristiques de la « génération sandwich », souvent tiraillés entre les exigences des soins devant être prodigués à un parent âgé et à des enfants qui sont encore sous leurs responsabilités (Ressources humaines et développement des compétences Canada, 2011, 2011). L'intention de quitter est aussi plus élevée chez les 45-55 ans. Ces résultats font écho à d'autres travaux qui ont montré que le temps de service et la spécialisation d'un individu dans une organisation peuvent être en relation inverse avec l'intention de quitter en raison de coûts élevés qui peuvent y être associés (Meyer et Allen, 1991; Meyer et Allen, 1984). Dans le contexte actuel du régime de travail des employés étudiés, les 56 ans et plus peuvent montrer un engagement à rester plus longtemps dans leur organisation, fondé sur une perception de coûts élevés qui seraient issus de la décision de quitter définitivement cette dernière (ex. : coûts financiers, sociaux) et d'alternatives moins favorables à la situation d'emploi actuelle.

L'exercice de classification a permis de distinguer quatre trajectoires que suivent les répondants âgés de 45 ans et plus à la suite d'un accident de travail : 1) diminution progressive des heures travaillées, 2) retour progressif lent, 3) retour d'emblée à la situation normale, 4) retour progressif rapide. Pour les deux dernières trajectoires, qui regroupent les trois quarts des répondants, ces derniers vont retrouver le niveau pré-lésionnel des heures travaillées, soit d'emblée au retour au travail, soit graduellement durant les six périodes qui suivent ce retour. Cependant, pour les deux premières trajectoires, qui regroupent un quart des répondants, ces derniers étaient encore loin du niveau des heures travaillées avant leur lésion, à leur sixième période après le retour au travail et l'une des deux trajectoires accuse même une courbe descendante. En raison des faibles effectifs, les associations non significatives résultant des analyses multivariées doivent être interprétées avec prudence. Ces analyses visant à examiner les facteurs associés aux diverses trajectoires n'auront fait ressortir que deux principaux facteurs associés aux trajectoires les plus défavorables : les exigences psychologiques plus élevées de l'emploi et une durée d'absence plus longue.

L'exercice de classification indique donc que, pour un travailleur sur quatre, les procédures et systèmes organisationnels actuels n'ont pas permis de recouvrer, dans les trois mois qui suivent leur retour au travail, le niveau des heures travaillées avant l'accident. Exception faite de l'indicateur de capacité à travailler, les données longitudinales recueillies (au moment du retour au travail et deux mois plus tard) montrent que les répondants n'ont pas perçu de différences sur le plan des ressources personnelles et organisationnelles, des demandes liées à leur travail et des résultats liés à celui-ci. Les interventions organisationnelles associées au retour au travail (ex. : assignation à d'autres tâches, modifications au poste de travail) n'auront pas contribué à modifier les perceptions relatives à ces facteurs. Une contribution principale de ce volet quantitatif est de porter attention à la charge psychologique liée au travail, comme élément explicatif du niveau de présence au travail du personnel à la suite de la survenue d'une lésion professionnelle. Cette charge psychologique est modifiable par des interventions portant sur l'organisation du travail et constitue ainsi une piste que peuvent suivre les établissements.

6.2 Pratiques organisationnelles

Les entrevues conduites auprès d'un éventail d'informateurs clés représentant les divers groupes concernés par les enjeux de santé et de sécurité du travail des 45 ans et plus ont permis de faire ressortir trois principaux constats :

- *Des systèmes et procédures organisationnels qui n'ont pas encore atteint leur pleine maturité.* Suivant le cadre proposé par Parker, Lawrie et Hudson, cette maturité est définie à cinq niveaux : un premier niveau pathologique dans lequel les systèmes sont conçus simplement pour prévenir d'éventuels blâmes par les organismes de régulation; un deuxième niveau réactif dans lequel les systèmes sont conçus pour apporter une réponse uniquement à la suite d'un accident; un troisième niveau bureaucratique qui s'appuie sur une technostructure isolée pour gérer les questions relatives à la sécurité plutôt que sur l'ensemble de l'organisation; un quatrième niveau proactif qui mise sur une infrastructure regroupant tous les échelons et secteurs de l'organisation pour gérer les questions de sécurité; un cinquième niveau créatif dans lequel la sécurité est partie intrinsèque des façons de faire de l'organisation et imprègne fortement sa culture (Parker, Lawrie et Hudson, 2006). Les résultats obtenus pour le volet qualitatif indiquent que les systèmes et procédures organisationnels reflètent une faible maturité (niveau 2 pour le CISSS et le CIUSSS et niveau 3 pour le CHU), avec comme corolaire : un

monitorage incomplet des problèmes de santé et de sécurité du travail, des procédures d'analyses des incidents et accidents qui ne sont pas suffisamment approfondies pour favoriser l'apprentissage, une communication déficiente, un manque de coordination des acteurs organisationnels, des processus qui ne permettent pas de fournir tout le soutien nécessaire aux travailleurs victimes d'un accident tant durant la période d'absence au travail qu'au retour au travail.

- *Un engagement limité des acteurs organisationnels dans la résolution des problèmes de santé et de sécurité du travail.* Suivant le cadre proposé par Fleming, ce niveau d'engagement est défini par cinq stades : le stade d'émergence dans lequel la sécurité ne consiste qu'à se conformer aux règles et procédures techniques; le stade de gestion caractérisé par la mobilisation des équipes d'encadrement; le stade d'implication caractérisé par une mobilisation croissante des équipes de terrain et des efforts pour responsabiliser les individus; le stade de coopération caractérisé par la coopération de l'ensemble de la main-d'œuvre dans le contexte d'actions visant à améliorer la sécurité; le stade d'amélioration continue dans lequel l'engagement pour la sécurité fait partie intégrante de la culture organisationnelle et est porté par tous les acteurs à tous les échelons dans une perspective d'amélioration continue (Fleming, 2001). Les résultats obtenus pour le volet qualitatif indiquent que les cas examinés se situent au mieux au deuxième stade : le stade de gestion. Les constats qui en résultent sont : un engagement affiché au sommet des organisations sans réel écho aux autres paliers; des équipes de santé et de sécurité du travail confinées dans des rôles administratifs étroits qui ne couvrent pas toute l'étendue de leur rôle stratégique; une faible sensibilité des employés aux risques potentiels dans leur environnement de travail et un faible intérêt à s'investir dans des actions visant à améliorer cet environnement.

- *Des lacunes qui touchent à la fois l'étendue et la profondeur des interventions organisationnelles.* Sur le plan de l'étendue, les travaux les plus récents ont montré que la SST suppose une approche intégrée, à travers des actions cohérentes qui doivent toucher : les dimensions techniques et l'environnement physique du travail; les ressources et comportements des individus; les politiques, les programmes, les pratiques et les systèmes organisationnels (Institute of Medicine, 2005; Palassis, Schulte et Geraci, 2006; World Health Organisation [WHO], 2010). À cet égard, les résultats montrent que l'action organisationnelle en matière de SST est actuellement guidée par une vision qui ne permet pas de couvrir le continuum d'interventions. À défaut d'être intégrées dans un plan d'ensemble, diverses interventions sont conduites de manière isolée, en fonction des aléas budgétaires, avec un déploiement variable d'un secteur à l'autre. Sur le plan de la profondeur, le National Institute for Occupational Safety and Health propose une hiérarchie des interventions en fonction de leur niveau d'efficacité (Lee et al., 2016). Les interventions qui ciblent les individus (formation, contrôle administratif, mise à disposition d'équipements de protection) sont ainsi classées au bas de la hiérarchie en comparaison avec celles qui visent à transformer fondamentalement les conditions de travail ou à éliminer complètement certains risques. À cet égard, les résultats ont montré que dans les trois cas, l'attention a été portée davantage aux interventions centrées sur les individus qui pourtant se situent en bas de la hiérarchie. Les mesures se situant au niveau le plus élevé de la hiérarchie des effets, c'est-à-dire celles qui consistent à changer de manière fondamentale les conditions de travail ne sont souvent conduites que de manière isolée, à petite échelle, sans plan d'ensemble.

Cette étude, telle que conçue, ne permet pas d'établir une association directe entre les quatre classes de trajectoires identifiées et les pratiques prévalant dans les organisations où œuvrent les travailleurs faisant partie de chacune de ces classes. Néanmoins, cette analyse aura permis de mettre en lumière comment tout un large éventail de facteurs, relevant des pratiques organisationnelles, peuvent faciliter ou entraver le maintien et le retour au travail, affectant ainsi les trajectoires que suivent les travailleurs à la suite d'un accident de travail.

6.3 Recommandations et pistes pour interventions et recherches futures

Cette étude ouvre diverses perspectives pour des interventions et recherches futures. Dans un contexte global de vieillissement de la population et d'allongement de la durée de vie au travail, les organisations de santé font face au défi d'optimiser la présence au travail de leurs salariés plus âgés. Ce nouveau contexte exige la mise en place de nouvelles politiques et pratiques dédiées à cette population appelée à prendre une place de plus en plus importante au sein de la population active au cours des prochaines années. Cette étude suggère au moins cinq pistes qui peuvent être suivies par les organisations pour optimiser leurs systèmes de surveillance, de prévention et de prise en charge des lésions professionnelles chez leurs travailleurs plus âgés :

1. *Des sous-groupes qui doivent faire l'objet d'une attention prioritaire.* Deux catégories de personnel (les catégories d'emploi #1 et #2) sont associées à une forte majorité des lésions professionnelles. Des programmes d'interventions structurés devront être conçus pour ces groupes de personnels et être suffisamment flexibles pour tenir compte des circonstances propres à chaque travailleur. Les employés de retour après une longue absence ou présentant des lésions nécessitant une plus longue période de réadaptation présentent des défis accrus de réintégration qui ont été mis en lumière dans cette étude et qui doivent ainsi faire l'objet d'une attention spécifique.
2. *Une utilisation accrue de l'organisation du travail comme levier d'intervention.* Les résultats du volet quantitatif suggèrent que la perception du travailleur de sa situation de travail et plus particulièrement de la demande psychologique qui y est associée constitue un facteur déterminant de la courbe que suivent les trajectoires de retour au travail. Cette charge psychologique élevée est entretenue par la perception d'un manque de maîtrise des événements au travail, d'une surcharge de travail, des exigences de performance ou de rendement irréalistes, de contraintes de temps, autant d'éléments sur lesquels les organisations ont un pouvoir d'agir important par des modifications dans l'organisation du travail.
3. *Un investissement dans des mécanismes visant à assurer l'engagement de l'ensemble des acteurs organisationnels et à développer leurs compétences.* Cette étude a montré que, pour les trois cas examinés, l'engagement des acteurs organisationnels se situe aux stades les moins avancés du cadre de Fleming, étant essentiellement limité à la sphère de responsabilité des équipes de SST et des leaders syndicaux (Fleming, 2001). Des efforts restent donc à faire pour assurer que les employés à tous les échelons (cadres intermédiaires et supérieurs, équipes de SST, salariés en situation d'invalidité) se sentent interpellés par les enjeux de SST et travaillent de manière coordonnée en vue de prévenir les situations d'invalidité et de favoriser le soutien ainsi qu'une réintégration au travail à la suite d'une invalidité.

4. *Un renforcement des systèmes organisationnels de prévention et de prise en charge des situations de lésions professionnelles.* Cette étude a montré que, pour les trois cas examinés, la maturité des systèmes organisationnels se situe aux stades les moins avancés du cadre de Parker, Lawrie et Hudson (2006), se distinguant par leurs propriétés davantage réactives que proactives, leur orientation procédurale et légaliste donnant la plus large place à la gestion médicoadministrative au détriment des autres aspects et les faibles opportunités qu'ils offrent en matière d'apprentissage organisationnel et d'amélioration continue. La mobilisation et l'engagement des acteurs organisationnels doivent s'appuyer sur des systèmes plus performants qui permettent de disposer de l'information la plus complète possible sur les problèmes de SST, de communiquer et d'utiliser cette information à tous les échelons, d'analyser les problèmes qui surviennent à des fins d'apprentissage et d'amélioration.
5. *Des actions qui doivent viser concomitamment les travailleurs et leur environnement de travail.* Les travailleurs, comme les autres acteurs organisationnels, sont directement concernés par les enjeux de SST et doivent ainsi être au cœur des divers processus de prévention, de prise en charge d'éventuelles invalidités et de réintégration au travail. Cependant, cette étude a fait état d'interventions souvent isolées ciblant les individus ou de plans limités qui ne couvrent pas le tout le continuum d'actions nécessaires pour prévenir les lésions professionnelles et optimiser la présence au travail. La politique-cadre de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail lancée par le MSSS offre aux organisations l'occasion de concevoir et de mettre en œuvre des plans d'interventions plus complets qui touchent les individus, les systèmes, les politiques et les pratiques aussi bien que les environnements techniques.

Sur le plan de la recherche, cette étude indique l'urgence de trouver des interventions empiriquement validées devant permettre d'optimiser la présence au travail et les trajectoires de travail des 45 ans et plus, notamment pour les catégories de personnel démontrant une plus grande vulnérabilité. Les pratiques organisationnelles actuelles en matière de SST restent bloquées, même dans le meilleur des trois cas étudiés, à des stades précoces de maturité qui se caractérisent par une orientation bureaucratique et légaliste (accent sur l'application des procédures administratives et légales et l'évitement du blâme), des interventions surtout réactives, une faible imprégnation des composantes diverses des organisations. Le défi pour ces dernières est ainsi de développer des modalités innovantes d'interventions capables de les conduire à des stades plus avancés de maturité, caractérisés par la créativité, des capacités plus grandes d'anticipation et des changements dans les façons de faire qui imprègnent tous les paliers et toutes les décisions. L'une des principales pistes de recherche qui se dégage ainsi de cette analyse est de miser sur des études interventionnelles pour engager les établissements et les acteurs organisationnels, à tous les niveaux, dans un processus de renforcement de leurs capacités et d'apprentissage de nouvelles façons de faire en matière de SST. En rupture avec les interventions actuelles (interventions unidimensionnelles, activités isolées de prévention primaire centrées sur les individus, faible engagement des parties prenantes), les résultats suggèrent de miser sur des interventions multidimensionnelles, s'opérationnalisant sur les plans individuel et organisationnel et centrées sur les besoins des parties prenantes. De telles études, s'appuyant sur des méthodes de recherche collaborative et une perspective réflexive, peuvent donner l'occasion de mobiliser les parties prenantes pour questionner leurs pratiques actuelles, coconstruire, expérimenter, évaluer de nouvelles formes

d'intervention et valider ainsi les façons de faire les plus pertinentes, les plus efficaces et les plus viables économiquement.

Le volet quantitatif de cette étude indique que les individus expérimentent des trajectoires variées de retour au travail. Les données qualitatives suggèrent que les pratiques organisationnelles peuvent influencer le façonnement de ces trajectoires. D'autres recherches qualitatives, longitudinales, centrées sur les travailleurs eux-mêmes ayant expérimenté une lésion professionnelle sont nécessaires pour approfondir l'expérience de ces personnes et mieux comprendre les mécanismes par lesquels les interventions et processus dans diverses sphères (institutionnelle, organisationnelle et individuelle) affectent leurs trajectoires de présence au travail.

Par ailleurs, les résultats ont montré que les deux catégories de personnel les plus touchées par les accidents répertoriés correspondent à des emplois à forte prédominance féminine. Ils rappellent ainsi l'attention qui doit être accordée aux enjeux liés au sexe dans les recherches futures pour tenir compte des particularités du secteur de la santé et des services où les femmes sont en général majoritaires.

6.4 Limites

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière de trois principales limites :

1. *La taille de l'échantillon pour le volet quantitatif.* La cible initialement visée était de constituer une cohorte allant jusqu'à 350 travailleurs. Cependant, au total, seulement 148 ont pu être recrutés. Le recrutement a été freiné, d'une part, par le récent contexte de réforme structurelle dans le réseau de la santé qui a limité le soutien attendu de plusieurs équipes de SST et, d'autre part, par les modalités d'accès aux personnes victimes d'une lésion professionnelle. Avant de transmettre les coordonnées d'une personne victime d'une lésion professionnelle à l'équipe de recherche, les établissements devaient d'abord obtenir l'autorisation du travailleur. L'équipe de recherche pouvait alors entrer en contact avec ce dernier pour solliciter son intérêt. Vu le délai associé à ce processus, les cas les plus susceptibles d'être recrutés étaient ceux avec une longue absence. Le processus s'est aussi avéré très lourd pour les équipes de SST qui étaient, pour plusieurs, en période de restructuration. Cette plus faible taille de l'échantillon a réduit les options pour l'analyse. La construction des trajectoires a été limitée à l'évolution des heures travaillées, faute de pouvoir intégrer un plus large ensemble de variables pour des raisons de puissance statistique. Différentes associations mesurées se sont avérées non significatives et il n'est pas à exclure que cela puisse être dû à un manque de puissance lié à la taille de l'échantillon et aux faibles effectifs dans certains groupes. On peut aussi relever que seulement 13 personnes ont été recrutées pour les catégories d'emploi 3, 4, et 5 (3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration; 4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux; 5. Personnel d'encadrement), ce qui limite les possibilités d'interprétation des résultats en regard de ces 3 groupes.

2. *La période de suivi.* Compte tenu de l'échéancier de la subvention (limité à deux ans), la fourchette de temps disponible pour faire un suivi longitudinal des travailleurs était relativement réduite. Dix-neuf des 148 travailleurs recrutés n'auront pas eu le temps de retourner au travail à la fin de la période de collecte des données et ont dû être exclus de certaines analyses. L'absence de variations observée, pour la plupart des paramètres, entre les trois temps de

mesure pourrait aussi être expliquée par la proximité des temps d'observation. Par ailleurs, certaines données utilisées pour expliquer les trajectoires ont été recueillies au Temps 1, juste après l'accident et correspondent à une information rétrospective sur la situation de travail avant l'accident. Il est possible que l'accident de travail ait modifié les perceptions des répondants.

3. *La nature des données utilisées pour cette étude.* Exception faite des heures travaillées, cette étude s'appuie sur des données perceptuelles des acteurs organisationnels sur leurs situations de travail. Les lacunes documentées des systèmes organisationnels en matière de SST (ex. : systèmes d'information, systèmes d'analyses) ne permettaient pas toujours de trianguler ces données perceptuelles avec d'autres sources. En ce qui concerne les données administratives sur les heures travaillées, elles proviennent de sources très fiables constituées par les registres de paie, mais il aura d'abord fallu les normaliser, car elles sont actuellement organisées et codifiées de manière très variable, d'un établissement à l'autre.

7. CONCLUSION

En combinant le suivi d'une cohorte de 148 travailleurs avec une étude de cas multiples touchant trois organisations de santé, cette étude apporte quelques éclairages nouveaux sur les leviers qui peuvent être mobilisés pour mieux faire face aux défis posés par les lésions professionnelles chez les travailleurs plus âgés.

En regroupant les trajectoires que suivent les individus à la suite d'une lésion professionnelle en quatre classes, cette étude fournit aux décideurs et aux intervenants des modèles heuristiques qui leur permettront de mieux saisir les parcours des travailleurs et d'identifier ceux qui sont les plus à risque. Deux des quatre trajectoires identifiées correspondent à des situations qu'il faudra prévenir. D'autres recherches mobilisant de plus vastes échantillons seront encore nécessaires pour approfondir la compréhension des facteurs associés à ces trajectoires. Cependant, cette étude aura déjà montré que les trajectoires les plus défavorables sont associées à deux principaux facteurs : 1) une longue période d'absence suivant l'accident et reflétant le type de lésions; 2) des conditions de travail caractérisées par des exigences psychologiques élevées.

Sur les plans organisationnel et institutionnel, cette étude aura montré non seulement que les pratiques organisationnelles tiennent peu de compte des besoins des travailleurs âgés, mais aussi qu'elles sont perfectibles à plusieurs égards. Les résultats suggèrent des actions à entreprendre pour assurer une progression des systèmes organisationnels de SST vers des stades plus avancés de maturité, mobiliser les acteurs organisationnels et couvrir tout le continuum d'interventions. D'autres études, axées sur des méthodes de recherche collaborative et réflexive, sont nécessaires d'une part pour amener les parties prenantes à questionner leurs pratiques, d'autre part pour coconstruire, expérimenter, évaluer de nouvelles formes d'interventions plus complètes, multidimensionnelles et valider ainsi les stratégies et façons de faire les plus pertinentes, les plus efficaces et les plus viables économiquement.

BIBLIOGRAPHIE

- Bakker, A. B., Demerouti, E., De Boer, E. et Schaufeli, W.B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62 (2), 341-356. doi: 10.1016/S0001-8791(02)00030-1
- Barnes-Farrell, J. L., Rumery, S. M. et Swody, C. A. (2002). How do concepts of age relate to work and off-the-job stresses and strain?: A field study of health care workers in five nations. *Experimental Aging Research*, 28(1), 87-98. doi:10.1080/036107302753365577
- Briand, C., Durand, M. J., St-Arnaud, L. et Corbière, M. (2008). How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(2), 207-217. doi: 10.1007/s10926-008-9128-1
- Brooke, L. et Taylor, P. (2005). Older workers and employment: Managing age relations. *Aging & Society*, 25(3), 415-429. doi: 10.1017/S0144686X05003466
- Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, G. D. et Klesh, J. R. (1983). Assessing the attitudes and perceptions of organizational members. Dans S. Seashore, E. Lawler, P. Mirvis et C. Cammann (Édit.), *Assessing organizational change: A guide to methods, measures, and practices*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Canadian Nurses Association et Registered Nurses' Association of Ontario. (2010). *Nurse fatigue and patient safety: Research report*. Tiré de https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/fatigue_safety_2010_report_e.pdf
- Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. (2014a). *Portrait des lésions professionnelles chez les travailleurs de 55 ans et plus : 2002-2011*. Québec, QC: CSST.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. (2014b). *Rapport annuel de gestion 2013*. Montréal, QC: CSST.
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. (2018). *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2014-2017*. Montréal, QC: CNESST.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. B. (2001). The job demands: Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Dion, G. et Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 210-227. doi: 10.1037/0008-400X.26.2.210
- Döckel, A., Basson, J. S. et Coetzee, M. (2006). The effect of retention factors on organizational commitment: An investigation of high technology employees. *SA Journal of Human Resource Management*, 4(2), 20-28.
- Dubois, C. A., McKee, M. et Nolte, E. (Édit.). (2006). *Human resources for health in Europe*. Berkshire, Angleterre: Open University Press.
- Du Bois, M., Szpalski, M. et Donceel, P. (2009). Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. *Spine*, 9(5), 350-359. doi: 10.1016/j.spinee.2008.07.003
- Duguay, P., Boucher, A., Busque, M. A., Prud'homme, P. et Vergara, D. (2012). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2005-2007. Profil statistique par industrie : catégorie professionnelle* (Rapport n° R-749). Montréal, QC: IRSST.
- Erber, J. T. (2010). *Aging and older adulthood* (2^e éd.). Chichester, Angleterre: Wiley-Blackwell.
- Fadyl, J. K., McPherson, K. M., Schluter, P. J. et Turner-Stokes, L. (2010). Factors contributing to work-ability for injured workers: literature review and comparison with available

- measures. *Disability and Rehabilitation*, 32(14), 1173-1183. doi: 10.3109/0963828100365330
- Feuerstein, M. A. (1991). A multidisciplinary approach to the prevention, evaluation, and management of work disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1(1), 5-12. doi: 10.1007/BF01073276.
- Field, M. J. et Jette, A. M. (Édit.). (2007). *The future of disability in America*. Washington, DC: National Academies Press.
- Fleming, M. (2001). *Safety culture maturity model* (Rapport n° 2000/049). Norwich, Angleterre: Health and Safety Executive.
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel statistical models* (2^e éd.). London, Angleterre: Edward Arnold.
- Gupta, N., Diallo, K., Zurn, P. et Dal Poz, M. R. (2003). Assessing human resources for health: What can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 1(1), 5. doi: 10.1186/1478-4491-1-5
- Halbesleben, J. R. B. et Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30(6), 859-879. doi: 10.1016/j.jm.2004.06.004.
- Hasselhorn, H. M. et Apt, W. (Édit.). (2015). *Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges* (Rapport de recherche). Berlin, Allemagne: Federal Ministry of Labour and Social Affairs.
- Hayward, K. (2004). A slowly evolving paradigm of disability in public health education. *Disability Studies Quarterly*, 24(4). Tiré de <http://dsq-sds.org/article/view/890/1065>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S. et Sturdivant, R. X. (2013). Logistic regression models for multinomial and ordinal outcome. Dans D. W. Hosmer, S. Lemeshow, et R. X. Sturdivant, (Édit.), *Applied logistic regression* (3^e éd.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Ilmarinen, J. (2007). The work ability index. *Occupational Medicine*, 57(2), 160. doi:10.1093/occmed/kqm008
- Ilmarinen, J. (2009). Work ability: A comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 1-5.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Les infirmières et infirmiers réglementés 2012 : rapport sommaire*. Ottawa, ON: ICIS.
- Institut de la statistique du Québec. (2012). *Annuaire québécois des statistiques du travail. Portrait des principaux indicateurs du marché et des conditions de travail, 2001-2011* : volume 8. Québec, QC : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Annuaire québécois des statistiques du travail : portrait des principaux indicateurs du marché et des conditions de travail, 2008-2018* : volume 15. Québec, QC : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec. (2001). *L'enquête sociale et de santé de 1998* (2^e éd.). Québec, QC : ISQ. Tiré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/enquete-sociale-sante.pdf>
- Institute of Medicine. (2005). *Integrating employee health: A model program for NASA*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/11290
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Portrait national des troubles musculosquelettiques 1998-2007 : TMS sous surveillance*. Québec, QC: INSPQ.
- International Atomic Energy Agency. (2002). *Safety culture in nuclear installations: Guidance for use in the enhancement of safety culture* (IAEA-TECDOC-1329). Vienne, Autriche: IAEA.

- Jung, T, et Wickrama, K. A. S. (2008). An introduction to latent class growth analysis and growth mixture modeling. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 302-317. doi: 10.1111/j.1751-9004.2007.00054.x
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. et Amick, B. (1998). The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322
- Krause, N. et Ragland, D. R. (1994). Occupational disability due to low back pain: A new interdisciplinary classification based on a phase model of disability. *Spine*, 19(9), 1011-1020.
- Lee, M. P., Hudson, H., Richards, R., Chang, C. C., Chosewood, L. C. et Schill, A. L. (2016). *Fundamentals of total worker health approaches: Essential elements for advancing worker safety, health, and well-being* (Publication no. 2017-112). Cincinnati, OH: NIOSH.
- Maslach, C. et Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2^e édition). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- McDonald, T. et Harder, H. G. (2004). Older workers and disability management. *International Journal of Disability, Community & Rehabilitation*, 3(3).
- Meyer, J. P. et Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organisation commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89.
- Meyer, J. P. et Allen, N. J. (1984). Testing the “side bet theory” of organisational commitment: Some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 372–378
- Mion, L. C., Hazel, C., Cap, M., Fusilero, J., Podmore, M. L. et Szveda, C. (2006). Retaining and recruiting mature experienced nurses: A multicomponent organizational strategy. *Journal of Nursing Administration*, 36(3), 148-154.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Politique concernant la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé et au mieux-être des personnes au travail*. Québec, QC: MSSS.
- Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (2010). *Mplus user's guide* (6^e édé). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Ngan, K., Drebit, S, Siow, S., Yu, S., Keen, D. et Alamgir, H. (2010). Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers. *Occupational Medicine*, 60(5), 389-394. doi: 10.1093/occmed/kqq052
- Ng, E. S. et Law, A. (2014). Keeping Up!: Older workers' adaptation in the workplace after age 55. *Canadian Journal on Aging*, 33(1), 1-14. doi: 10.1017/S0714980813000639
- Ng, T. W. H. et Feldman, D. C. (2010). The relationships of age with job attitudes: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 63(3), 677–718. doi:10.1111/j.1744-6570.2010.01184.x
- Nocon, A. et Baldwin, S. (1998). Trends in rehabilitation policy: A review of the literature. London, Angleterre: Kings Fund Publishing.
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2015). *Average effective age of retirement in 1970-2012 in OECD countries*. Paris, France: OECD.
- Paillé, P. (2004). Transformation des entreprises et engagement organisationnel : tendances actuelles et pistes de recherche. *Gestion des ressources humaines*, 55, 45-55.
- Palassis, J., Schulte, P. A. et Geraci, C. L. (2006). A new American management systems standard in occupational safety and health: ANSI Z10. *Journal of Chemical Health & Safety*, 13(1): 20-23. doi: 10.1016/j.chs.2005.09.002
- Parker, D., Lawrie, M. et Hudson, P. (2006). A framework for understanding the development of organisational safety culture. *Safety Science*, 44(6), 551-562. doi: 10.1016/j.ssci.2005.10.004

- Pedhazur, E. J., Pedhazur Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pincus, T., Burton A. K., Vogel, S. et Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), 109-120.
- Randall, G. K., Martin, P., Bishop, A. J., Poon, L. W. et Johnson, M. A. (2011). Age differences and changes in resources essential to aging well: A comparison of sexagenarians, octogenarians, and centenarians. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2011, 1-12. doi: 10.1155/2011/357896
- Ressources humaines et développement des compétences Canada. (2011). *Consultations par RHDC de travailleurs âgés et d'employeurs : résumé des propos entendus*. Ottawa, ON: Direction de la Politique du marché du travail de Ressources humaines et Développement des compétences Canada.
- Rimmer, J. H. (1999). Health promotion for people with disabilities: The emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Physical Therapy*, 79(5), 495-502.
- Sheskin, D. (1984). *Statistical tests and experimental design: A guidebook*. New York, NY: Gardner Press.
- Smeaton, D., Vegeris, S. et Shain-Dikmen, M. (2009). *Older workers: Employment preferences, barriers and solution's* (Rapport de recherche n° 43). Manchester, Angleterre: Equalities and Human Rights Commission.
- Smith, J. et Baltes, P. B. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging*, 12(3), 458-472.
- Statistiques Nouvelle-Zélande. (2008). *Survey of working life questionnaire*. Tiré de http://archive.stats.govt.nz/browse_for_stats/income-and-work/employment_and_unemployment/survey-of-working-life.aspx
- Statistique Canada. (2015). *Enquête sur la population active : évolution de l'âge moyen de la prise de la retraite, Québec, Ontario, Canada, 1976-2014*. Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Stevens, N. L. et Westerhof, G. J. (2006a). Partners and others: Social provisions and loneliness among married Dutch men and women in the second half of life. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(6), 921-941. doi: 10.1177/0265407506070474
- Stevens, N. L. et Westerhof, G. J. (2006b). Marriage, social integration and loneliness in the second half of life: A comparison of Dutch and German men and women. *Research on Aging*, 28(6), 713-729. doi: 10.1177/0164027506291747
- Stock, S., Fernandes, R., Delisle, A. et Vézina, N. (2005). Reproducibility and validity of worker's self-reports of physical work demand. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(6), 409-437. doi: 10.5271/sjweh.947
- Van Bogaert, P, Clarke, S. (2018). *The organizational context of nursing practice concepts, evidence, and interventions for improvement*. Cham, Suisse: Springer International Publishing. Tiré de <https://doi.org/10.1007/978-3-319-71042-6>
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., . . . Prud'homme, P. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)* (Rapport n° R-691). Montréal, QC: IRSST.
- Waddell, G. (1987). 1987 Volvo award in clinical sciences: A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine*, 12(7), 632-644.

- Waddell, G. et Burton, A. K. (2005). Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 19(4), 655-670. doi: 10.1016/j.berh.2005.03.008
- Waddell, G., Burton, A. K et Main, C. (2003). *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. London, Angleterre: Royal Society of Medicine Press.
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- World Health Organisation. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Genève, Suisse: WHO.
- World Health Organization. (2010). *Healthy workplaces: A model for action: For employers, workers, policy-makers and practitioners*. Genève, Suisse: WHO.

ANNEXE A : CONSTRUCTION DES VARIABLES

A.I Construction des variables dépendantes

A.II Écart d'heures travaillées

La variable « écart d'heures travaillées » indique le pourcentage d'heures travaillées pour chacune des périodes suivant le retour au travail par rapport aux heures travaillées avant l'accident. Le nombre d'heures travaillées pour six périodes avant et six périodes après l'accident provient de fiches administratives fournies par les établissements participants. Une période correspond à deux semaines de travail.

Le nombre moyen d'heures travaillées pour les périodes avant l'accident sert de référence. **La période 1 est exclue du calcul puisqu'elle correspond à la période pendant laquelle est survenu l'accident.**

Nombre moyen d'heures travaillées avant l'accident = $\frac{\Sigma \text{Période 6 à 2 (préaccident)}}{5}$

$$\text{Écart} = \frac{\text{Nombre moyen d'heures travaillées au cours de la période post accident}}{\text{Nombre moyen d'heures travaillées avant l'accident}} \times 100$$

A.II.I Trajectoires de retour au travail

L'intention à la base de la création de cette variable était de classer les travailleurs selon leur trajectoire de retour au travail en s'appuyant sur le nombre d'heures travaillées lors des six périodes suivant le retour au travail (écart). La méthode de classification *Latent class growth analysis* a été utilisée pour le regroupement de trajectoires de retour au travail.

A.III Construction des variables indépendantes

Les libellés des questions correspondent au sondage utilisé au Temps 1.

Tableau 18. Construction des variables relatives aux caractéristiques de l'emploi

Catégorie d'emploi	
<u>Question à la source</u>	
AQ02	Dans laquelle de ces catégories de profession ou de métier exercez-vous? 1. Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires; 2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers; 3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration; 4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux; 5. Personnel d'encadrement
<u>Type de construction</u>	
Une seule variable recodée en 3 catégories	
Recodage des catégories : 1 = Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires; 2 = Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers; 3 à 5 =Cat. #3 à 5	
<u>Type de variable finale</u>	
Nominale (3 catégories)	
Quart de travail le plus fréquent	
<u>Questions à la source</u>	
AQ08a	Sur quel quart de travail travailliez-vous principalement avant l'accident de travail? (1. Jour; 2. Soir; 3. Nuit; 4. Rotation)
AQ08b	Si vous fonctionnez par rotation, sur quel quart de travail étiez-vous le plus souvent affecté? (1. Jour; 2. Soir; 3. Nuit)
<u>Type de construction</u>	
Quart = AQ08a; Si par rotation, prendre la réponse de AQ08b	
Recodage des catégories: 1 = 1. Jour; 2 à 3 = 2. Soir/Nuit	
<u>Type de variable finale</u>	
Nominale (2 catégories)	
Niveau d'expérience au travail	
<u>Question à la source</u>	
AQ04	Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi principal actuel? ____ année
<u>Type de construction</u>	
Une seule variable (laisser telle quelle)	
<u>Type de variable finale</u>	
Continue	

Tableau 19. Construction des variables relatives aux ressources disponibles

Indice de capacité à travailler (<i>Work ability index</i>)	
<u>Questions à la source</u>	
Dimension #1	Capacité de travail actuelle comparée à la meilleure jamais atteinte par l'employé (SCORE SUR 10 POINTS)
DQ02_1	Supposez que votre capacité maximale de travail vaille 10 points et que 0 signifie que vous êtes présentement incapable de travailler, combien de points donneriez-vous à votre capacité actuelle de travail? (0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10)
Laisser la variable telle qu'elle est à la base (Score sur 10 points)	

Dimension #2	Capacité de travail par rapport aux exigences du poste (SCORE SUR 10 POINTS)
DQ03	Comment estimez-vous votre capacité actuelle de travail par rapport aux exigences physiques de votre fonction? (1. Très faible; 2. Assez faible; 3. Moyenne; 4. Assez bonne; 5. Très bonne)
DQ04	Comment estimez-vous votre capacité actuelle de travail par rapport aux exigences mentales de votre fonction? (1. Très faible; 2. Assez faible; 3. Moyenne; 4. Assez bonne; 5. Très bonne)
Somme de DQ03 et DQ04 = Score sur 10 points	

Dimension #3	Nombre de maladies actuelles diagnostiquées par un médecin (SCORE SUR 7 POINTS)
Indiquez, sur la liste suivante, les maladies ou les blessures dont vous souffrez actuellement et si un médecin a diagnostiqué ou traité ces maladies	
DQ05_1	Blessure causée par un accident (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_2	Problème musculosquelettique (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_3	Maladie cardiovasculaire (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_4	Maladie respiratoire (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_5	Trouble psychologique (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_6	Maladie neurologique ou sensorielle (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_7	Trouble digestif (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_8	Maladie génito-urinaire (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_9	Maladie de la peau (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_10	Tumeur ou cancer (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_11	Maladie endocrine ou métabolique (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_12	Maladies du sang (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_13	Déficiences congénitales (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
DQ05_14	Autre trouble ou maladie (0. Non; 1. Oui, avis personnel; 2. Oui, diagnostic d'un md)
Étape 1: Compte de DQ05_1 à DQ05_14 (2. Oui, diagnostic d'un md)	
Étape 2: Recodage du compte	
5 problèmes. de santé ou plus = 1 point; 4 problèmes = 2 points; 3 problèmes = 3 points; 2 problèmes = 4 points; 1 problème = 5 points; 0 problème = 7 points	

Dimension #4	Estimation des répercussions des problèmes de santé sur la capacité à accomplir les tâches liées à l'emploi (SCORE SUR 6 POINTS)
DQ06_2	Je suis capable de faire mon travail, mais je ressens quelques symptômes (0. Oui; 1. Non)
DQ06_3	Je dois parfois ralentir mon rythme ou changer de méthode de travail (0. Oui; 1. Non)
DQ06_4	Je dois souvent ralentir mon rythme ou changer de méthode de travail (0. Oui; 1. Non)
DQ06_5	À cause de mon état de santé, je ne me sens capable de travailler qu'à temps partiel (0. Oui; 1. Non)
DQ06_6	D'après moi, je ne suis plus du tout capable de travailler (0. Oui; 1. Non)

Étape 1: Compte de DQ06_2 à DQ06_6 (1. Non)

Étape 2: Recodage du compte

0 = 1 point; 1 = 2 points; 2 = 3 points; 3 = 4 points; 4 = 5 points; 5 = 6 points

Dimension #5 Nombre de jours d'arrêt de travail durant l'année écoulée (SCORE SUR 5 POINTS)

DQ07 Au cours des 12 mois ayant précédé l'accident de travail, combien de journées entières de travail avez-vous manquées pour raison de maladie? (1. Aucune; 2. Jusqu'à 9 jours; 3. Entre 10 et 24 jours; 4. Entre 25 et 99 jours; 5. Entre 100 et 356 jours)

Recodage : 5. Entre 100 et 356 jours = 1 point; 4. Entre 25 et 99 jours = 2 points; 3. Entre 10 et 24 jours = 3 points; 2. Jusqu'à 9 jours = 4 points; 1. Aucune = 5 points

Dimension #6 Pronostic sur sa capacité de travail dans les deux ans (SCORE SUR 7 POINTS)

DQ08 En tenant compte de votre état de santé actuel, pensez-vous que vous pourrez travailler pendant encore deux ans? 1. Improbable; 2. Pas certain; 3. Relativement certain

Recodage: 1. Improbable = 1 point; 2. Pas certain = 4 points; 3. Relativement certain = 7 points

Dimension #7 Ressources psychiques de l'employé dans son travail et sa vie de tous les jours (SCORE SUR 4 POINTS)

DQ09 Durant les trois mois ayant précédé l'accident, aviez-vous été en mesure de profiter de vos activités quotidiennes habituelles? (0. Jamais; 1. Assez rarement; 2. Parfois; 3. Assez souvent; 4. Souvent)

DQ10 Durant les trois mois ayant précédé l'accident, étiez-vous actif et alerte? (0. Jamais; 1. Assez rarement; 2. Parfois; 3. Assez souvent; 4. Souvent)

DQ11 Durant les trois mois ayant précédé l'accident, vous êtes-vous senti confiant dans l'avenir? (0. Jamais; 1. Assez rarement; 2. Parfois; 3. Assez souvent; 4. Continuellement)

Étape 1: Somme de DQ09, DQ10, DQ11 (Max. = 12)

Étape 2. Recodage de la somme

0 à 3 = 1 point; 4 à 6 = 2 points; 7 à 9 = 3 points; 10 à 12 = 4 points

Type construction

Somme des scores des dimensions #1 à #7

Type de variable finale

Score sur 49 points

Interprétation

Plus le score est élevé, plus le répondant est considéré apte à travailler

Situation économique

Questions à la source

- FQ02 Vos revenus et ressources financières suffisent-ils pour parer aux urgences? (1. Insuffisants; 2. Plutôt suffisants; 3. Largement suffisants)
- FQ03 Habituellement, en avez-vous suffisamment pour vous accorder de petits extras? (1. Rarement; 2. Occasionnellement; 3. Souvent)

Type construction

Somme de 2 items

Type de variable finale

Score sur 6 points

Interprétation

Plus le score est élevé, plus la situation économique est favorable

Soutien du réseau social

Questions à la source

- GQ02a Si vous devez prendre des décisions importantes, consulterez-vous quelqu'un pour un conseil? (0. Non; 1. Oui)
- GQ03a Avez-vous quelqu'un vers qui vous tourner pour vous reconforter ou vous divertir? (0. Non; 1. Oui)
- GQ04a Avez-vous une personne qui vous témoigne souvent de l'amour? (0. Non; 1. Oui)
- GQ05a Avez-vous quelqu'un en dehors de votre foyer qui vous aide dans les tâches ménagères? (0. Non; 1. Oui)
- GQ06a Avez-vous quelqu'un en dehors de votre foyer qui vous aide pour vos soins personnels? (0. Non; 1. Oui)

Type construction

Somme des 5 items (1. Oui)

Type de variable finale

Score sur 5 points

Interprétation

Plus le score est élevé, plus il y a de soutien disponible auprès de l'entourage

Soutien du supérieur immédiatQuestions à la source

- IQ01_1 Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- IQ01_2 Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- IQ01_3 Mon supérieur immédiat facilite la réalisation de mon travail (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- IQ01_4 Mon supérieur immédiat a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi (1. Fortement d'accord, 2. D'accord, 3. En désaccord, 4. Fortement en désaccord)
- IQ01_5 Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnées (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)

Type construction

Somme des 5 items

Type de variable finale

Score sur 4 points

Interprétation

Plus le score est élevé, plus le supérieur offre du soutien

Soutien des collèguesQuestions à la source

- IQ01_6 Mes collègues facilitent l'exécution de mon travail (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- IQ01_7 Mes collègues ont une attitude hostile ou conflictuelle envers moi (1. Fortement d'accord, 2. D'accord, 3. En désaccord, 4. Fortement en désaccord)
- IQ01_8 Les collègues avec lesquels je travaille sont compétents pour accomplir leurs tâches (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- IQ01_9 Les collègues avec lesquels je travaille sont amicaux (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- IQ01_10 Les collègues avec lesquels je travaille me manifestent de l'intérêt (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)

Type construction

Somme des 5 items

Type de variable finale

Score sur 4 points (remis sur l'échelle originale)

Interprétation

Plus le score est élevé, plus les collègues offrent du soutien

Tableau 20. Construction des variables relatives aux demandes

Exigences psychologiques de l'emploi

Questions à la source

BQ01_1	Mon travail exige d'aller très vite (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
BQ01_2	On me demande de faire une quantité excessive de travail (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
BQ01_3	J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail (1. Fortement d'accord, 2. D'accord, 3. En désaccord, 4. Fortement en désaccord)
BQ01_4	Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
BQ01_5	Mon travail exige de travailler très fort (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
BQ01_6	Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
BQ01_7	Mon travail est souvent interrompu avant qu'il ne soit complété, je dois alors le poursuivre plus tard (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
BQ01_8	Mon travail est très mouvementé (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
BQ01_9	Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)

Type construction

Somme des 9 items

Type de variable finale

Score sur 4 points (remis sur l'échelle originale)

Interprétation

Plus le score est élevé, plus le travail est perçu comme étant exigeant psychologiquement

Exigences physiques de l'emploi

Questions à la source

BQ02_1	Travailler les mains au-dessus des épaules (1. Jamais; 2. De temps en temps; 3. Souvent; 4. Tout le temps)
BQ02_2	Travailler le dos penché en avant ou de côté ou avec une torsion du dos (1. Jamais; 2. De temps en temps; 3. Souvent; 4. Tout le temps)
BQ02_3	Effectuer des gestes répétitifs à l'aide des mains ou des bras (1. Jamais; 2. De temps en temps; 3. Souvent; 4. Tout le temps)
BQ02_4	Effectuer des gestes de précision (1. Jamais; 2. De temps en temps; 3. Souvent; 4. Tout le temps)
BQ02_5	Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (1. Jamais; 2. De temps en temps; 3. Souvent; 4. Tout le temps)
BQ02_6	Manipuler sans aide des charges lourdes (1. Jamais; 2. De temps en temps; 3. Souvent; 4. Tout le temps)
BQ02_7	Subir des vibrations provenant d'outils à main (1. Jamais; 2. De temps en temps; 3. Souvent; 4. Tout le temps)
BQ02_8	Subir des vibrations provenant de grosses machines ou du sol (1. Jamais; 2. De temps en temps; 3. Souvent; 4. Tout le temps)

Type construction

Somme des 8 items

Type de variable finale

Score sur 4 points

InterprétationPlus le score est élevé, plus le travail est perçu comme étant exigeant physiquement

Latitude décisionnelleQuestions à la source

- BQ05_1 Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- BQ05_2 Mon travail exige un niveau élevé de qualifications (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- BQ05_3 Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses (1. Fortement d'accord, 2. D'accord, 3. En désaccord, 4. Fortement en désaccord)
- BQ05_4 J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- BQ05_5 J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- BQ05_6 Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- BQ05_7 Au travail, j'ai la possibilité de faire plusieurs choses différentes (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- BQ05_8 Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)
- BQ05_9 Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habilités personnelles (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. D'accord, 4. Fortement d'accord)

Type construction

Somme des 9 items

Type de variable finale

Score sur 4 points

InterprétationPlus le score est élevé, plus le travailleur perçoit avoir de la latitude décisionnelle

Tableau 21. Construction des variables relatives aux résultats de travail

Satisfaction au travail

Questions à la source

En vous référant à votre emploi principal avant l'accident de travail, indiquez la bulle-réponse qui correspond le mieux à votre situation...

- JQ01_1 Somme toute, mon travail me satisfait (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. Neutre; 4. D'accord, 5. Fortement d'accord)
- JQ01_2 De façon générale, je n'aime pas mon travail (1. Fortement d'accord, 2. D'accord, 3. Neutre; 4. En désaccord, 5. Fortement en désaccord)
- JQ01_3 De façon générale, j'aime travailler ici (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. Neutre; 4. D'accord, 5. Fortement d'accord)

Type construction

Somme des 3 items

Type de variable finale

Score sur 5 points (remis sur l'échelle originale)

Interprétation

Plus le score est élevé, plus la satisfaction au travail est élevée

Intention de quitter le travail

Questions à la source

Pour chaque énoncé, indiquez la bulle-réponse qui correspond le mieux à votre situation...

- JQ02_1 Actuellement, je pense souvent à quitter cet établissement (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. Neutre; 4. D'accord, 5. Fortement d'accord)
- JQ02_2 Actuellement, je vais probablement chercher un nouvel emploi durant l'année qui vient (1. Fortement en désaccord, 2. En désaccord, 3. Neutre; 4. D'accord, 5. Fortement d'accord)

Type construction

Somme des deux items

Type de variable finale

Score sur 5 points (remis sur l'échelle originale)

Interprétation

Plus le score est élevé, plus les travailleurs ont l'intention de quitter leur emploi

Niveau d'épuisement professionnelQuestions à la source

En vous référant à votre emploi principal avant votre accident de travail, indiquez la bulle-réponse qui correspond le mieux à votre situation...

- JQ04_1 Je me sens émotionnellement vidé par mon travail (1. Jamais; 2. Quelques fois par année; 3. Une fois par mois; 4. Quelques fois par mois; 5. Une fois par semaine; 6. Quelques fois par semaine; 7 Chaque jour)
- JQ04_2 Je me sens épuisé à la fin de ma journée de travail (1. Jamais; 2. Quelques fois par année; 3. Une fois par mois; 4. Quelques fois par mois; 5. Une fois par semaine; 6. Quelques fois par semaine; 7 Chaque jour)
- JQ04_3 Je me sens fatigué quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail (1. Jamais; 2. Quelques fois par année; 3. Une fois par mois; 4. Quelques fois par mois; 5. Une fois par semaine; 6. Quelques fois par semaine; 7 Chaque jour)
- JQ04_4 Travailler avec les gens tous les jours est vraiment un effort pour moi (1. Jamais; 2. Quelques fois par année; 3. Une fois par mois; 4. Quelques fois par mois; 5. Une fois par semaine; 6. Quelques fois par semaine; 7 Chaque jour)
- JQ04_5 Je me sens vidé par mon travail (1. Jamais; 2. Quelques fois par année; 3. Une fois par mois; 4. Quelques fois par mois; 5. Une fois par semaine; 6. Quelques fois par semaine; 7 Chaque jour)
- JQ04_6 Je me sens frustré par mon travail (1. Jamais; 2. Quelques fois par année; 3. Une fois par mois; 4. Quelques fois par mois; 5. Une fois par semaine; 6. Quelques fois par semaine; 7 Chaque jour)
- JQ04_7 Je sens que je travaille trop fort (1. Jamais; 2. Quelques fois par année; 3. Une fois par mois; 4. Quelques fois par mois; 5. Une fois par semaine; 6. Quelques fois par semaine; 7 Chaque jour)
- JQ04_8 Travailler en contact direct avec les gens met beaucoup trop de tension sur moi (1. Jamais; 2. Quelques fois par année; 3. Une fois par mois; 4. Quelques fois par mois; 5. Une fois par semaine; 6. Quelques fois par semaine; 7 Chaque jour)
- JQ04_9 Je me sens comme si j'étais au bout de mon rouleau (1. Jamais; 2. Quelques fois par année; 3. Une fois par mois; 4. Quelques fois par mois; 5. Une fois par semaine; 6. Quelques fois par semaine; 7 Chaque jour)

Type construction

Somme des 9 items

Type de variable finale

Score sur 7 points (remis sur l'échelle originale)

Interprétation

Plus le score est élevé, plus les travailleurs ont un niveau d'épuisement professionnel élevé

Tableau 22. Construction des variables relatives à l'accident de travail et à l'utilisation de services

Durée de l'absence à la suite de l'accident

Question à la source (données provenant de fiches administratives)

Absence Nombre de jours écoulés entre l'accident et le retour au travail

Type construction

Une seule variable (provenant des fiches administratives)

Type de variable finale

Continue

Utilisation de services de réadaptation

Questions à la source

Veillez nous indiquer le nombre de fois que vous avez eu recours à chacun des types de service suivants depuis votre accident de travail

CQ03a_1 Professionnels spécialisés en réadaptation _____

Type construction

Recodage en 2 catégories (0 fois = 0. Non; 1 fois ou plus = 1. Oui)

Type de variable finale

Nominale (2 catégories)

ANNEXE B : GRILLE D'ENTRETIEN

Présentation générale :

Pouvez-vous vous présenter brièvement? Quel poste occupez-vous actuellement? Quels sont précisément vos rôles et responsabilités dans ce poste?

Quelles sont vos expériences professionnelles précédentes?

Diagnostic / état des lieux de l'établissement général :

- Contexte organisationnel général

Actuellement, quels sont d'après vous les principaux défis auxquels votre établissement/ département/ service doit faire face en matière de santé et sécurité au travail? Est-ce qu'il y a des enjeux spécifiques engendrés par le contexte actuel de réforme?

- Situation des accidents de travail au sein de votre établissement

Comment décririez-vous la situation actuelle de l'établissement en matière d'accidents de travail?

Comment décririez-vous plus spécifiquement la situation des 45 ans et plus par rapport aux accidents de travail? Y a-t-il des enjeux spécifiques pour ce groupe? Incidence des accidents, causes des accidents, durée des invalidités, différences selon l'âge et le sexe.

Processus de gestion des accidents :

- **Moment de survenue de l'accident**

Pouvez-vous nous décrire ce qui se passe au moment de la survenue d'un accident?

- **Prise en charge du travailleur (accident sans absence)**

Parlez-nous des processus actuellement en place dans l'établissement pour prendre en charge un accident de travail qui ne conduit pas à une absence.

- **Prise en charge du travailleur (accident avec période d'absence et/ou d'invalidité)**

Parlez-nous des processus actuellement en place dans l'établissement pour prendre en charge un accident de travail à une période d'absence et/ou d'invalidité.

- **Période de retour au travail**

Pouvez-vous nous décrire comment se déroule le retour au travail à la suite d'une absence pour accident de travail?

Interventions et pratiques organisationnelles

Dans quelle mesure diriez-vous que la prévention des accidents de travail correspond actuellement à une priorité organisationnelle? Est-ce que l'établissement s'est doté d'une politique pour réduire les accidents de travail?

- Interventions pour prévenir les accidents de travail

Pouvez-vous maintenant nous parler de quelques interventions ou pratiques qui sont actuellement en place dans l'organisation pour prévenir les accidents de travail.

- Sur le plan de la **formation du personnel**
- Sur le plan de l'**organisation du travail**
- Sur le plan de l'**environnement physique de travail**
- Sur le plan de l'**environnement psychosocial**
- Sur le plan de la **gestion des risques**
- Sur le plan des **investissements dans la santé au travail**

Quelle évaluation faites-vous de ces interventions? Quels sont les résultats obtenus? Quelles difficultés sont rencontrées dans leur mise en œuvre? Quelles autres interventions seraient nécessaires, particulièrement pour les travailleurs plus âgés?

- Interventions à la suite d'un accident de travail

Pouvez-vous maintenant nous parler de quelques interventions qui sont actuellement en place dans l'organisation pour assurer une prise en charge plus efficace des situations d'accidents de travail et prévenir les récurrences?

- Mesures relatives à l'**analyse des situations d'accidents**
- Mesures relatives à la **révision des protocoles existants**
- Mesures **auprès des travailleurs**

Quelle évaluation faites-vous de ces interventions? Quels sont les résultats obtenus? Quelles difficultés sont rencontrées dans leur mise en œuvre? Quelles ressources y sont dédiées? Quelles autres interventions seraient nécessaires, particulièrement pour les travailleurs plus âgés?

Conclusion

Avez-vous des commentaires que vous aimeriez partager à propos d'éléments spécifiques qui n'ont pas été abordés lors de l'entretien?