Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

4-2 | 2002

Réadaptation et réinsertion des travailleurs

Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec

From observation to action : 15 years of research into workplace re-entry among workers in Québec

Desde el constato hasta la acción : 15 años de investigación en la reinserción profesional de los trabajadores en el Quebec

Raymond Baril

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3661>

DOI : 10.4000/pistes.3661

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2002

Référence électronique

Raymond Baril, « Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 4-2 | 2002, mis en ligne le 23 septembre 2012, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3661> ; DOI : 10.4000/pistes.3661

Ce document a été généré automatiquement le 2 mai 2019.

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

Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec

From observation to action : 15 years of research into workplace re-entry among workers in Québec

Desde el constato hasta la acción : 15 años de investigación en la reinserción profesional de los trabajadores en el Quebec

Raymond Baril

« Je me refuse à croire que notre société
québécoise,
si dynamique et si créative dans tant de domaines,
soit
incapable d'apprivoiser cette question de la
réadaptation
des travailleurs atteints de maux de dos d'une
façon
humainement acceptable pour ceux qui en
souffrent et
économiquement tolérable pour les employeurs
qui en
assument les coûts » Michel Dupuis, 1994.

1. Introduction

- 1 En 1985, le Québec a adopté la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cette loi définit le cadre légal dans lequel la réadaptation sociale et professionnelle se pratique, non seulement dans ses aspects juridiques liés à l'indemnisation mais elle définit aussi les limites de l'intervention. Au droit à la réadaptation physique et au paiement des indemnités, qui faisaient déjà partie de l'ancienne loi, viennent s'ajouter le droit à la réadaptation sociale et professionnelle, assorti d'un droit au retour au travail qui, selon des modalités légales précises, assure au travailleur victime d'une lésion professionnelle le respect de ses capacités résiduelles et de ses qualifications professionnelles. Un ensemble de procédures administratives furent mises en place pour gérer les différentes facettes de cette loi et celles-ci définissent dans une certaine mesure les rôles attendus des différents acteurs sociaux impliqués dans le processus (médecins, thérapeutes, employeurs, travailleurs, syndicats, etc.). Cependant la problématique qui entoure la réadaptation et, plus particulièrement, l'aspect touchant la réinsertion sociale et professionnelle, est beaucoup plus large que cet encadrement légal et administratif.
- 2 Au cours des quinze dernières années au Québec, s'est développé un intérêt pour la recherche autour des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs. Après des débuts modestes, les chercheurs impliqués ont su définir l'objet de recherche, cibler des problématiques et trouver des solutions pouvant être utiles à l'ensemble des acteurs sociaux actifs dans le processus de réadaptation des travailleurs. Cet article tentera de dresser un portrait de ce développement de la recherche dans un champ jusqu'alors pratiquement absent des préoccupations des chercheurs au Québec. Il tentera aussi de replacer le développement de la recherche dans son contexte social, puisque plusieurs des préoccupations de recherche qui ont surgi au cours de cette relativement courte période sont venues de demandes du milieu ou encore de débats sociaux.
- 3 Ce bilan de la recherche en réadaptation des travailleurs au Québec sera partiel et plus centré sur les sciences humaines et sociales, en accord avec ma formation et mon implication dans plusieurs de ces recherches. J'insisterai donc sur les aspects sociaux et, dans une certaine mesure, sur les aspects cliniques de la réinsertion professionnelle des travailleurs puisqu'ils permettent, me semble-t-il, de mieux illustrer la complexité du domaine de recherche et les changements de paradigmes qui l'ont traversé. Ce faisant, je laisserai de côté la recherche sur les aspects plus strictement biomédicaux et biomécaniques, particulièrement féconde autour de la problématique des troubles musculosquelettiques, ainsi que la problématique de l'absence du travail liée à la santé mentale au travail. Au début, ces différents secteurs de recherche se sont développés en parallèle mais ils se sont interfécondés au fur et à mesure du développement de la problématique de la réinsertion professionnelle et de la prise de conscience de la complexité du phénomène de l'incapacité et du retour au travail. Je ne comparerai pas non plus les développements de la recherche au Québec avec les grandes tendances de la recherche en réadaptation des travailleurs ailleurs dans le monde ; pour ce faire, le lecteur pourra se référer aux autres articles cités en bibliographie et à l'article de Durand et Loisel (2001) dans un numéro précédent de PISTES (vol. 3, no 2). Finalement, ayant choisi de construire mon exposé par grandes tendances dans le développement du champ de recherche, il arrive que la chronologie ne soit pas toujours strictement respectée. En

effet, certaines études apparaissent comme des précurseurs de changement de paradigme tandis que d'autres, plus globales, amorcent un développement conceptuel ou encore d'autres, plus pointues, servent à la démonstration ou à l'illustration.

2. La prise de conscience de la problématique

- 4 En 1983, soit un peu avant la mise en application de la Loi de 1985, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) s'interrogeait sur l'augmentation constante des traitements de physiothérapie pour les lésions au dos et la diversité des durées du traitement pour des lésions jugées semblables. Un groupe multidisciplinaire d'experts internationaux a été mis sur pied par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) pour répondre à cette demande. Le Quebec Task Force on Spinal Disorder a produit un rapport mieux connu sous le nom de « rapport Spitzer », du nom de son président. Ce rapport du comité, qui a élargi les demandes initiales, fut publié par la revue *Spine* en 1987 (Spitzer et coll., 1987).
- 5 Ce rapport, diffusé internationalement, a montré que 7,4 % des cas de maux de dos sont responsables de 75,6 % des coûts d'indemnisation pour le mal de dos et de 21,4 % de l'ensemble du coût des lésions professionnelles. Il a aussi montré que ces déboursés sont en rapport direct avec la durée d'absence du travail puisque les indemnités de remplacement de revenu représentent 86 % des coûts d'indemnisation contre seulement 14 % pour les traitements médicaux. En fait, 74,2 % des travailleurs ayant un mal de dos sont absents pour moins de un mois du travail. Ceci a mis en lumière l'importance de s'attaquer aux facteurs de chronicité responsable des longues durées d'absence au travail. Des résultats similaires, pour l'année 1981, avaient été publiés l'année auparavant (Abenhaim et Suissa, 1986). À partir du même échantillon, une analyse multivariée montrait que les facteurs de risques les plus importants pour une absence de plus de six mois étaient l'âge (45-64 ans) et le site des symptômes, soit la région lombaire en comparaison avec la région thoracique (Rossignol et coll., 1988). En 1988, la publication d'un profil statistique des lésions avec incapacités permanentes pour l'année 1981 pointait dans la même direction et signalait que ce type d'incapacité, constitué de 18 % de cas reliés au dos, commandait des durées moyennes d'arrêt de travail 11 fois plus longues et des coûts d'indemnisation 23 fois supérieurs en moyenne aux accidents moins graves sans incapacité permanente (Gervais, 1988). Avec ces résultats, la table était mise pour qu'émergent des préoccupations de recherche en rapport aux durées d'absence, aux facteurs de chronicité et au retour au travail. Il faudra attendre encore quelque temps avant qu'elles ne se réalisent.
- 6 Le « rapport Spitzer » a aussi mis en évidence la faiblesse et la diversité des diagnostics de maux de dos. Il propose une terminologie basée sur onze classes de diagnostics et une classification du développement du mal de dos en trois phases qui sera par la suite beaucoup utilisée soit : 1) phase aiguë, moins de 7 jours après l'événement ; 2) phase sub-aiguë, de 7 jours à 7 semaines ; 3) phase chronique, plus de 7 semaines. À cette classification s'ajoutent des informations sur la présence ou l'absence du travail. Le rapport définit treize objectifs aux traitements des maux de dos qui mettent l'emphasis sur l'activité et le développement des capacités fonctionnelles du travailleur avec un mal de dos et non plus strictement sur la disparition de la douleur. D'ailleurs, en observant les lacunes concernant les thérapies appropriées pour le mal de dos durant chacune de ces phases, une originalité de ce rapport est d'avoir proposé de fixer le retour au travail

comme objectif à toute forme de thérapie. Cette recommandation vient du constat que plus le temps passe depuis l'événement, moins les chances de retour au travail existent. Le comité d'experts propose donc d'instaurer des signaux d'alarme. Un premier signal après 7 semaines d'absence au travail commande la consultation d'un spécialiste afin de réviser le traitement si les symptômes persistent. Un second signal est proposé après 3 mois et commande, afin d'éviter la chronicité, la consultation d'une équipe thérapeutique multidisciplinaire. Cette emphase sur le retour précoce au travail et le constat de la faible disponibilité de ces cliniques multidisciplinaires trouveront toute leur signification dans les recherches qui seront menées au Québec dans les années qui vont suivre.

- 7 Un autre point important du « rapport Spitzer » est sa compréhension et son acceptation du mal de dos comme une affection à composantes multifactorielles. Les interactions entre le vécu émotionnel et la douleur, le rôle néfaste de l'inactivité, l'importance des pertes socio-économiques et des aspects légaux sont tous des aspects qui sont appréhendés comme pouvant influencer le cours de la « maladie » et la réadaptation du travailleur. Une recherche en profondeur sur ces thèmes sera effectuée quelques années plus tard et viendra confirmer l'importance de ces éléments non seulement dans les problématiques du mal de dos mais dans l'ensemble de la population en réadaptation avec des lésions permanentes, peu importe le siège de la lésion (Baril et coll., 1994).
- 8 En s'appuyant sur la littérature de l'époque, le rapport mentionne qu'un traitement approprié du mal de dos, notamment pour les cas chroniques, devrait comprendre une intervention sur l'environnement social du travailleur et particulièrement son environnement de travail. À partir des résultats des travaux de Mayer et coll. (1985), le comité mentionne également que le retour au travail semble bénéfique pour les travailleurs souffrant de douleur chronique au dos. De plus, il signale que le retour progressif dans des tâches appropriées aux limitations fonctionnelles du travailleur devrait faire partie d'un plan de réadaptation. Ces observations trouveront leur prolongement dans une série de recherches au Québec impliquant des interventions cliniques et des interventions auprès des milieux de travail.
- 9 Le rapport recommande la mise en place d'un modèle de gestion des maux de dos où les aspects cliniques, psychosociaux et ergonomiques seraient pris en compte par un ensemble d'acteurs. Le médecin traitant jouerait un rôle crucial dans ce modèle puisqu'il a la charge légale de certifier le caractère pathologique de la déficience. Il aurait aussi la charge d'assurer et de maintenir la communication entre les différents intervenants dans le domaine de la santé (physiothérapeute, ergothérapeute, médecin d'entreprise, etc.) et même de s'assurer que les informations sur les aspects ergonomiques sont disponibles et utilisées. S'il y a présence d'une équipe multidisciplinaire impliquée dans le traitement, il se doit d'y collaborer. Les recherches qui ont suivi ont montré que le rôle des médecins traitants est fortement idéalisé, après observation des pratiques, dans cette proposition de modèle.
- 10 Parmi les conclusions du rapport, notons l'insistance sur le fait que le retour au travail doit être le but de tout traitement et qu'il doit être thérapeutique, c'est-à-dire que les intervenants du secteur de la santé - notamment le médecin traitant - doivent s'assurer qu'il favorise la réadaptation et qu'il ne risque pas d'aggraver la situation du travailleur. Ceci, en étant au fait des exigences du travail régulier ou proposé et en en tenant compte lors de la recommandation du retour au travail.
- 11 Finalement, le rapport recommande d'orienter les recherches futures vers l'étude des facteurs de risque de mal de dos en milieu de travail, la validation d'outils diagnostiques,

la validation des résultats des différentes interventions cliniques et thérapeutiques, l'influence des facteurs psychologiques et ergonomiques dans le processus de retour au travail ainsi que sur les coûts socio-économiques de ces lésions sur la société. Le carnet de commande était vaste et il faudra attendre plusieurs années avant que ne se mette en place au Québec une infrastructure de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs pour y répondre.

- 12 En 1994, Baril et ses collègues publiaient un rapport de recherche qui contribuera à définir la problématique de la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs qui, à la suite d'une lésion professionnelle, sont passés par un processus de réadaptation physique, sociale et professionnelle, dans le cadre de la loi québécoise de 1985 sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (Baril et coll., 1994). Contrairement au « rapport Spitzer » centré sur les travailleurs aux prises avec le mal de dos, l'étude de Baril et coll. s'intéresse à l'ensemble des lésions professionnelles mais pour une population plus restreinte, soit la clientèle de la réadaptation sociale et professionnelle, c'est-à-dire les travailleurs qui présentent des limitations fonctionnelles permanentes.
- 13 Cette recherche comportait trois volets méthodologiques complémentaires (Baril, 1994). Tout d'abord, un profil de la clientèle en réadaptation depuis la mise en place de la nouvelle loi a été fait à partir de l'analyse des données des 34 137 dossiers tirés des fichiers de la CSST de 1985 à 1991. Ensuite, l'analyse d'un échantillon de 279 dossiers tirés de trois régions du Québec présentant des caractéristiques socio-économiques différentes (un milieu rural, un milieu urbain et un milieu intermédiaire) a permis de dégager des trajectoires typiques de travailleurs selon les quatre principales issues de la réinsertion professionnelle (le retour en emploi chez le même employeur, le retour en emploi chez un autre employeur, le non-retour en emploi et l'inemployabilité) et d'identifier un certain nombre de facteurs qui y sont liés. Finalement, des entrevues en profondeurs (68) avec des travailleurs représentatifs de chacune de ces trajectoires typiques ainsi qu'avec des acteurs sociaux impliqués dans le processus de réadaptation (intervenants, employeurs, syndicats, etc.) ont permis de faire ressortir leur point de vue sur les facteurs significatifs dans le processus.
- 14 Les résultats du volet statistique de l'étude montraient, entre 1986 et 1991, une augmentation de la proportion des femmes dans les dossiers de réadaptation (de 19 % à 28 %). On constatait aussi que malgré que les travailleurs âgés (45 ans et plus) ont moins de lésions professionnelles que les travailleurs jeunes (25 ans et moins), celles-ci donnaient plus souvent lieu à de la réadaptation sociale et professionnelle.
- 15 Un constat de cette étude suscitera la réflexion et aura des répercussions sur la mise en place de programmes favorisant le retour au travail : il s'agit des coûts associés aux dossiers de réadaptation sociale et professionnelle. En effet, l'étude a montré, comme l'avait fait le « rapport Spitzer » auparavant pour le mal de dos, qu'en 1991, les 413 952 dossiers indemnisés pour accidents du travail et maladies professionnelles occasionnaient des déboursés de 1,08 milliards de dollars et que 522 millions de ce montant servait à indemniser 30 213 dossiers de réadaptation. Ainsi, seulement 7,3 % des dossiers concernaient la réadaptation sociale et professionnelle et représentaient 48,2 % des déboursés de réparation pour l'ensemble des lésions professionnelles. De plus, l'étude comparée des données entre 1988 et 1991 a montré une augmentation constante des déboursés. Malgré un nombre de lésions indemnisées relativement stable – soit autour de 400 000 – les dépenses ont connu une augmentation de 87,4 %. La progression a été encore plus marquée pour les dossiers de réadaptation, soit une augmentation des déboursés

pour la même période de 144 %. À l'époque, et pas seulement au Québec, une importante réflexion sur la recherche de solutions pour enrayer cette augmentation des coûts, qui mettait en péril l'existence même des régimes d'indemnisation, avait cours. Elle mettra à contribution les chercheurs et les intervenants. L'avenue la plus prometteuse semblait être de favoriser le retour au travail des travailleurs blessés, particulièrement chez l'employeur d'origine.

- 16 Dans cette étude, l'analyse statistique des dossiers du sous-échantillon selon l'issue du retour au travail a permis de mettre en lumière certains facteurs qui favorisaient ou qui entravaient la réinsertion professionnelle. En résumé, on constate que la taille de l'entreprise (grande), l'absence de contestation administrative ou légale, la présence de démarches (soit une action ou une série d'actions entreprises par différents acteurs sociaux, employeur, syndicat, travailleur, etc. avec ou sans le support de la CSST), une ancienneté dans l'entreprise de plus de cinq ans et une certaine rapidité d'action qui se manifestait par l'absence d'un processus administratif de réadaptation (lors de leur admission, les travailleurs avaient, le plus souvent, déjà réintégré leur emploi) caractérisaient la trajectoire typique de ceux qui étaient retournés au travail chez leur employeur après leur lésion. Les facteurs significatifs pour ceux qui s'étaient réinsérés ailleurs sur le marché du travail sont : la taille de l'entreprise (petite), la présence de contestation, l'absence de démarche, une ancienneté de moins de cinq ans dans l'entreprise où avait eu lieu la lésion, l'absence de processus administratif ou encore la présence d'un processus avec mesures de réinsertion (formation, subvention au nouvel employeur ou au travailleur, etc.). Les facteurs de non-réinsertion observés chez les sans emploi sont les mêmes que pour ceux qui s'étaient réinsérés chez un nouvel employeur à l'exception de la présence d'un processus administratif sans mesures de réinsertion.
- 17 Cette similarité entre les facteurs de réinsertion chez un nouvel employeur et ceux qui se retrouvent sans emploi montre la fragilité de la réinsertion professionnelle ailleurs que chez l'employeur d'origine. D'ailleurs, les auteurs de l'étude signalaient dans leur rapport que la majorité des travailleurs interviewés et présumés occuper un emploi chez un autre employeur étaient en fait sans emploi au moment de l'entrevue (soit en moyenne un an après la fermeture du dossier).
- 18 À partir des résultats de cette étude, il est intéressant de noter que des variables comme le sexe, l'âge, le salaire, le pourcentage d'atteinte permanente, le siège de la lésion et la mention de présence d'un syndicat dans l'entreprise ne servent aucunement à différencier les travailleurs selon les issues de la réinsertion professionnelle. Les facteurs discriminants selon les issues font davantage appel à des caractéristiques du contexte d'entreprise et du type d'intervention qu'à des facteurs individuels liés aux caractéristiques du travailleur et de sa lésion. Ce constat servira à orienter les recherches futures vers les milieux de travail et leur dynamique de gestion des cas.
- 19 Un autre objectif de cette étude était de dépasser les indicateurs disponibles dans les bases de données informatisées de la CSST et d'aborder, par des entrevues auprès de travailleurs et de divers acteurs sociaux, la réinsertion professionnelle comme un fait social impliquant l'individu dans toutes ses dimensions, tant physique, psychologique que sociale. Les entrevues ont permis par l'entremise de l'analyse du discours de pénétrer l'univers des perceptions et des significations de cet acteur social qu'est le travailleur accidenté en réadaptation. Pour analyser leur matériel, et à terme construire un modèle conceptuel du processus de réadaptation, les auteurs ont procédé à un découpage selon les différents aspects du cheminement du travailleur en réadaptation : 1) le parcours qui

se subdivise en trois facettes soit le parcours médical, le parcours administratif et légal et finalement, le parcours relatif à l'emploi et au monde du travail ; 2) la carrière sociale relative à l'ensemble des relations avec les membres des réseaux sociaux ; 3) l'itinéraire personnel où l'on retrouve les perceptions qu'a le travailleur de lui-même dans ce processus. Ce découpage aura permis de faire ressortir la diversité et la complexité des facteurs qui peuvent intervenir dans le processus de réinsertion professionnelle.

- 20 De façon générale, les auteurs notaient que pour une lecture globale et cohérente de l'ensemble des éléments qui composent le cheminement des travailleurs accidentés depuis leur lésion professionnelle, il faut insister de manière particulière sur la dimension temporelle. Du point de vue du travailleur, l'événement accidentel, ou la prise de conscience de ses conséquences, est le point de rupture d'avec son ancien état et un pivot central de l'ensemble du contenu de son discours. Cette cassure provoque irrémédiablement des changements importants dans la perception de soi et de sa position sociale.
- 21 Documentant le parcours médical, les auteurs signalaient que le contexte légal et administratif du processus de réadaptation confie aux intervenants du monde médical un rôle important qui dépasse nettement la stricte relation entre le médecin et son patient. À cet égard, ils observent que plus le travailleur accidenté avance dans le processus, plus il perd contact avec le médecin qui lui est familier et plus il rencontre des spécialistes représentants de toutes les parties impliquées. C'est dans ce contexte que les travailleurs identifient comme un facteur défavorable à la réadaptation les multiples versions des diagnostics rendus par divers médecins spécialistes. Ils assimilent ces multiples diagnostics à des imprécisions sur leur état de santé et cela les laisse dans l'inquiétude et l'insécurité. Le « rapport Spitzer » notait cette faiblesse au sujet des diagnostics pour les cas de mal de dos. À ce facteur, vient s'ajouter la difficulté d'accès à des médecins les représentant, soit à cause d'une méconnaissance des diverses spécialisations médicales, soit à cause de l'éloignement géographique ou soit, tout simplement, parce qu'ils se font refuser une consultation par certains médecins sous prétexte qu'ils sont des accidentés du travail. Finalement, la manière dont sont attribuées les limitations fonctionnelles et l'absence d'évaluation des capacités fonctionnelles résiduelles seraient, selon les travailleurs, des facteurs entravant la réinsertion professionnelle, d'autant plus qu'ils déplorent l'absence de suivi après le retour au travail. Par contre, la possibilité d'être traité par un médecin qui prend en compte les différentes dimensions de l'expérience et qui offre un support social et psychologique est vue comme un facteur favorable à la réadaptation. Il en est aussi de même lorsque la possibilité d'avoir accès à des évaluations des capacités fonctionnelles et aux traitements de récupération fonctionnelle dans une institution spécialisée (centre de réadaptation) existe.
- 22 Dans le parcours administratif et légal, les auteurs constataient que la possibilité d'avoir accès à une formation professionnelle complète et adéquate est un facteur jugé facilitant par les travailleurs. Elle viendrait rétablir l'employabilité, favoriserait l'apprentissage d'une nouvelle identité professionnelle et permettrait la revalorisation de soi. Les facteurs non aidants sont pour leur part liés à l'impossibilité de recevoir la formation désirée.
- 23 L'absence d'analyse sérieuse et approfondie des exigences fonctionnelles de l'emploi convenable déterminé et des capacités fonctionnelles résiduelles du travailleur est aussi un facteur jugé défavorable à la pleine réussite de la réinsertion professionnelle. Le court laps de temps accordé au travailleur, l'absence de support pour décider de sa

réorientation professionnelle et l'absence de support en recherche d'emploi sont d'autres facteurs jugés défavorables. Une forte éthique du travail chez le travailleur serait un facteur favorable mais l'expérience répétée d'un rejet de candidature lors de l'exploration du marché du travail engendrerait une perte importante de la motivation.

- 24 La contestation médicale ou administrative est jugée par les travailleurs comme un facteur défavorable à la réadaptation. Le manque d'information sur les causes de cette contestation et la méconnaissance des règles qui régissent les différents mécanismes qui l'entourent provoqueraient des situations démotivantes (mise en doute de l'intégrité, dévalorisation, attentes prolongées) pour la poursuite des objectifs de la réadaptation.
- 25 L'image négative des relations entre la CSST et les travailleurs accidentés, véhiculée de façon générale dans la société québécoise, est un facteur défavorable à la mise en place d'une relation d'aide pour l'établissement d'une stratégie efficace de réadaptation. De plus, le manque d'information dans un style facilement assimilable par la clientèle, souvent peu scolarisée et non familière avec les aspects légaux du processus, permettrait difficilement aux travailleurs d'évaluer et de développer des stratégies d'action cohérentes avec les étapes du processus de réadaptation. Par contre, la personnalisation des rapports avec l'intervenant favoriserait un climat de confiance et de respect. Elle permettrait la diffusion d'une information adaptée et une évaluation bien ciblée des besoins.
- 26 Dans le parcours relatif à l'emploi, les résultats de cette étude font apparaître nettement l'importance des facteurs liés à la dynamique interne de l'entreprise. La présence d'une infrastructure de gestion de la santé et de la sécurité au travail couplée à une gestion de la main-d'œuvre responsable et respectueuse de la valeur de ses employés sont des facteurs qui faciliteraient grandement la recherche d'une solution au problème de la réinsertion professionnelle. Les modalités qui sont envisagées pour le retour au travail seraient alors planifiées et adaptées à la situation particulière du travailleur accidenté. En l'absence de ces conditions, dans une situation d'anonymat ou d'indifférence, le retour au travail deviendrait problématique. S'il a lieu, il serait non planifié et prédisposerait à des rechutes et des aggravations.
- 27 Lorsque les travailleurs accidentés doivent se confronter au marché du travail pour se réinsérer dans un nouvel emploi, les facteurs qui sont perçus comme rendant difficile leur retour au travail sont principalement les contraintes macroéconomiques (récession et rareté de l'emploi) et les préjugés qu'entretiennent les employeurs éventuels sur les travailleurs ayant été accidentés du travail. D'autres facteurs défavorables, qui concernent plus spécifiquement l'individu, sont la faiblesse des qualifications sociales et professionnelles des travailleurs (âge, formation, expérience) et les limites imposées par la douleur persistante et les incapacités permanentes.
- 28 Ce rapport nous apprend que la légitimité sociale du rôle d'accidenté est un aspect important dans les relations que le travailleur accidenté entretient avec les personnes de son entourage et dans la création d'un climat social favorable à la réadaptation. Une lésion professionnelle qui laisse des séquelles apparentes (amputation, opération) serait un facteur qui facilite cette légitimité sociale. Paradoxalement, cette légitimation sociale deviendrait un facteur marginalisant dans la société si elle provoque l'assimilation du travailleur accidenté ayant des limitations fonctionnelles permanentes à la catégorie sociale des handicapés.

- 29 La présence d'un réseau social supportant serait, selon les auteurs, un facteur favorable à la réadaptation. Le support moral et financier offert par la famille, de même que la fonction de confident remplie par les amis permettraient de contrer l'isolement social (Martin et Baril, 1993). Par contre, lorsque la demande de support se prolonge, il se produit un épuisement des ressources du réseau social qui progressivement confine le travailleur à sa seule sphère domestique. Cet isolement social, qu'il soit provoqué par le travailleur parce qu'il ne veut pas consciemment surcharger les autres avec ses problèmes ou qu'il provienne de signaux d'exclusion émis par l'entourage, créerait un climat défavorable à la réadaptation.
- 30 Les auteurs font remarquer que la représentation de soi est l'élément moteur important à prendre en compte pour déchiffrer l'itinéraire personnel des travailleurs en réadaptation. Dans nos sociétés, l'importance accordée au fait de travailler serait un facteur facilitant la poursuite d'actions visant la réinsertion professionnelle. Les valeurs qui y sont associées – comme le sens du devoir et des responsabilités – peuvent cependant devenir des facteurs défavorables à la réadaptation si le retour au travail s'avère difficile sinon impossible. Les sentiments de perte de dignité et d'autonomie qui se manifestent alors semblent provoquer une perte de confiance en soi qui entrave la recherche active de solutions. La très grande majorité des travailleurs qui ont été rencontrés en entrevue dans cette étude ont développé une image négative d'eux-mêmes à cause des incapacités conséquentes aux limitations fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles décrites sur les formulaires médicaux, considérées comme un jugement d'expert par les travailleurs, apparaissent quelquefois comme paralysantes, souvent stigmatisantes et généralement dévalorisantes. Il se développe alors un repli sur soi dans un contexte d'impression d'inutilité et de dépendance (Martin et Baril, 1995). La reconstruction d'une nouvelle identité conforme à ses limitations passerait par un processus d'acceptation progressif. Le développement d'une nouvelle conscience de son corps par le travailleur ne peut se faire qu'avec une prise de conscience de ses incapacités et de ses limites. Le support des conjoints, la possibilité de se comparer avec d'autres personnes ayant des incapacités plus importantes et le retour au travail dans un environnement bien adapté à sa condition physique seraient les facteurs les plus favorables à ce processus de reconstruction d'identité. Par contre, l'absence de support professionnel dans les phases de découragement et de dévalorisation, la consommation excessive d'alcool et le fort stigmat social que créent les limitations fonctionnelles nuiraient au processus.
- 31 Le dernier thème important qui émerge du discours des travailleurs accidentés interviewés dans cette étude a trait à la projection dans l'avenir (Martin et Baril, 1996). L'événement accidentel est à l'origine d'une cassure dans la continuité de la vie. La déstabilisation que provoque cette rupture est un facteur jugé défavorable à la réadaptation. Cette rupture temporelle dans la continuité vient contrecarrer du même coup l'ancienne vision du futur. Le présent est perçu comme le point zéro, comme le recommencement de la carrière mais sans les qualifications sociales (âge, formation, santé, etc.) qui prévalaient en début de carrière professionnelle dans un marché du travail qui ne possédait pas les mêmes exigences. L'avenir apparaît comme difficilement planifiable à partir de ce présent, témoin de la rupture. L'effondrement des acquis économiques, sociaux et professionnels est alors considéré dans ce contexte comme un facteur défavorable à la réinsertion sociale et professionnelle. Par contre, chez les inemployables, ce sont surtout les douleurs chroniques qui entravent toute possibilité de

projection de soi et de sa situation dans l'avenir ; on se contente de l'instant présent en espérant que le lendemain sera aussi supportable.

- 32 L'ensemble des facteurs identifiés dans cette étude illustre bien l'étendue et la diversité du champ de la réadaptation. À partir de ce matériel, tant statistique que qualitatif, les auteurs font des recommandations concernant le développement d'axes possibles de recherche. Ils sont regroupés sous sept rubriques : 1) les bilans de connaissance et la modélisation théorique ; 2) l'évaluation des capacités fonctionnelles ; 3) le processus de réinsertion chez l'employeur pré-accidentel ; 4) le processus de réinsertion ailleurs sur le marché du travail ; 5) les dimensions psychologiques et sociales ; 6) le facteur temps comme dimension du processus et, finalement ; 7) la dynamique des acteurs intervenant dans le processus de réinsertion professionnelle.
- 33 Déjà en 1990, un rapport de recherche par Raymond Héту et Louise Getty, visant le développement d'un programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de surdit professionnelle (Htu et Getty, 1990), laissait prsager les thmes qui ont t dvelopps pour l'ensemble des lsions professionnelles par le « rapport Baril ». Les auteurs, membres du Groupe d'acoustique de l'Universit de Montral (GAUM) voulaient complter les recherches sur les mesures physiologiques et psycho-acoustiques en s'intressant aux consquences individuelles, familiales et sociales de la surdit. Cette recherche a servi guider les interventions de prvention, d'information et de support auprs des individus atteints, de la famille et des membres de l'entourage ainsi que dans les milieux de travail. De la formation tait aussi prvue auprs des intervenants. Dans le cadre de cette recherche, six sessions de radaptation d'une journe et demie ont t donnes 48 travailleurs dont la trs grande majorit tait accompagne de leur conjointe. Les objectifs des sessions taient d'offrir du soutien psychosocial, de permettre de comprendre le problme et de dvelopper de nouvelles habilets pour y faire face. Ces sessions ont aussi servi de formation des intervenants du milieu de la sant pour une tude de faisabilit de diffusion plus large chelle du programme. Finalement, une confrence de presse a permis la diffusion dans la population. Les chercheurs considrent avoir atteint leur objectif de dveloppement du programme et notent la ncessit d'avoir recours une formation spcifique des intervenants afin d'assurer une diffusion large chelle.
- 34 Les chercheurs ont poursuivi leur recherche dans la mme direction et, en 1994, ils publirent un rapport sur les attitudes, les connaissances et les comportements des travailleurs l'gard des personnes atteintes de surdit professionnelle (Htu et Getty, 1994). Ce rapport qui explorait les aspects psychosociaux de la surdit professionnelle se voulait une premire tape dans l'laboration d'un programme de sensibilisation, particulirement dans le milieu de travail. En effet, les auteurs ont constat dans leurs diffrentes recherches, dbutes au milieu des annes 80 (Htu et coll., 1988), que les ractions ngatives des collgues de travail constituaient un obstacle au processus de radaptation. Comme Baril et ses collgues l'avaient constat pour d'autres lsions professionnelles, les rsultats de leurs tudes montrent que les travailleurs atteints de surdit sont rticents reconnaître leur incapacit et utiliser les moyens pour y remdier, de peur d'tre stigmatiss socialement en tant tiquts comme « sourds ». Paradoxalement, la stigmatisation provenait principalement de leurs collgues de travail de milieu industriel bruyant. Les auteurs signalent un autre paradoxe puisque, dans cette dernire tude, les travailleurs affirmaient, pour plus de la moiti des rpondants au questionnaire, n'avoir que de rares contacts, sinon aucun, avec des collgues de travail

malentendants, alors que seulement 33 % des répondants affirmaient n'être atteints d'aucun problème d'audition.

- 35 Un des objectifs de la recherche était de tester un outil de mesure (Hétu et coll., 1990 ; Hétu et Getty, 1990) auprès de 250 travailleurs dans trois usines bruyantes (produits métalliques, pâtes et papiers) du Québec. Les questionnaires voulaient mesurer les connaissances (manifestations et conséquences), les attitudes (l'image sociale et l'attribution de comportement de tromperie) et les comportements à l'égard des collègues malentendants (facilitant la communication et l'aide explicite offerte).
- 36 Après vérification de la similitude des échantillons et de la cohérence des réponses aux questionnaires, les auteurs nous présentent les résultats des trois usines dans un seul ensemble.
- 37 **Les connaissances.** Une bonne proportion des travailleurs ne connaissent pas l'une ou l'autre des conséquences de la perte d'audition. Par contre, ceux qui se jugent affectés d'une perte d'audition et ceux qui disent avoir des contacts fréquents avec des collègues atteints connaissent mieux les conséquences de la surdité professionnelle.
- 38 **Les attitudes.** Les travailleurs atteints de surdité ont une image sociale plus négative des malentendants que les autres, de même que les répondants qui disent avoir des contacts fréquents avec ceux-ci.
- 39 **Les comportements.** Une majorité de répondants rapportent n'adopter de comportements facilitants ou aidants que rarement ou parfois, sauf ceux qui disent avoir des contacts fréquents avec des collègues atteints de surdité professionnelle.
- 40 Les auteurs concluent que la proximité des contacts avec des personnes malentendantes n'est pas garante d'une attitude positive malgré l'adoption de comportements favorables à la communication. D'où le besoin d'un programme de sensibilisation pour favoriser des attitudes plus positives et une meilleure connaissance des besoins des collègues de travail malentendants. Ceci pourrait, du même coup, alimenter un programme de prévention du bruit en entreprise. La nécessité d'un soutien psychosocial pour les personnes atteintes de surdité professionnelle était confirmée par l'image négative qu'ils ont d'eux-mêmes et de leurs collègues atteints.
- 41 Dans un deuxième volet qualitatif, les chercheurs ont animé des groupes de discussion sur les perceptions des déficiences non apparentes, les déclencheurs de comportements d'isolement et de recherche d'aide ainsi que leurs modalités avec 35 des répondants à leurs questionnaires dans deux entreprises.
- 42 Se servant de l'analogie avec l'analphabétisme dans leur discussion, les chercheurs ont constaté que la perception des sentiments éprouvés par des personnes affectées d'une déficience non apparente se résume aux notions d'efforts, de stress, de frustration et de gêne. La peur de l'opinion des autres, l'isolement et la solitude, la dissimulation sont aussi des thèmes qui sont abordés par les répondants. La dissimulation pourrait engendrer dans le milieu de travail la peur de demander de l'aide aux collègues, le refus de promotion, l'isolement, la consommation d'alcool et la violence. Baril et al. dans leur étude ont aussi constaté que les travailleurs aux prises avec des troubles musculosquelettiques non apparents vivaient des difficultés semblables associées à la stigmatisation sociale. D'ailleurs, les chercheurs soulignent que les comportements des collègues de travail qui ont tendance à ridiculiser la déficience auditive justifient cette crainte du stigmat.

- 43 Les auteurs constatent que la divulgation de la déficience auditive est essentielle pour la mise en place de programmes d'aide. Les participants aux discussions ont identifié le conjoint ou la conjointe ainsi que le groupe familial comme premiers candidats. Par contre, la résistance est plus grande dans le milieu de travail. À la limite, on serait prêt à la dévoiler à un collègue de confiance pour obtenir de l'aide spécifique à l'activité de travail, mais celui-ci devrait en garder le secret. Le port de la prothèse auditive est exclue des solutions par les participants car elle sert de dévoilement social de la déficience et ferait trop référence aux personnes âgées. L'isolement social, au travail et dans les loisirs, est lié au sentiment d'être diminué dans ses capacités et de se sentir en situation d'échec potentiel et s'apparente à la rupture que provoque une lésion professionnelle avec des incapacités permanentes observée par Baril et al. dans leur étude.
- 44 Selon les auteurs, cet effet de dissimulation de la perte auditive par les travailleurs atteints rend difficile pour les participants aux groupes de discussion de proposer des solutions d'aide concrètes. Parmi celles-ci, on retrouve la diffusion d'information dans la population, particulièrement dans les milieux de travail et familial, et la constitution de groupes de soutien entre personnes malentendantes afin de partager leurs expériences et de sortir de l'isolement, ceci à l'extérieur de l'entreprise afin de conserver la confidentialité.
- 45 Un peu plus tard, dans son mémoire de maîtrise portant sur l'influence du soutien social au travail sur le bien-être psychologique et la satisfaction au travail de travailleurs accidentés retournés au travail, Gingras (1997) constate, elle aussi, l'importance de mettre en place des groupes de soutien dans le milieu de travail afin de favoriser la réinsertion professionnelle. Son étude auprès de 48 personnes avec des lésions professionnelles et ayant réintégré le travail dans un nouvel emploi chez leur ancien employeur ou chez un nouvel employeur révèle que ces travailleurs ont un bas niveau de bien-être psychologique (79,2 % d'entre eux) et un bas niveau de satisfaction au travail (64,6 %). Par ailleurs, les travailleurs ne perçoivent qu'un soutien modéré de la part de leurs pairs et de leur supérieur. Les résultats de son étude montrent l'existence de relations significatives tant pour le bien-être psychologique que pour le niveau de satisfaction au travail avec le soutien du supérieur et la cohésion entre les pairs.
- 46 Si nous résumons les différentes recherches de la fin des années 80 et du début des années 90, on peut en retenir la nécessité de clarifier le processus de diagnostic des lésions, de s'intéresser aux facteurs de chronicité et d'appréhender l'évolution de la lésion comme un phénomène multifactoriel. L'importance des dossiers de cas chroniques dans l'augmentation des coûts tant humains qu'économiques n'était plus à démontrer et interpellait de nouvelles façons d'intervenir où les aspects cliniques, psychosociaux et ergonomiques seraient pris en compte. Le retour au travail devenait conseillé dans une optique thérapeutique et les traitements passeraient par l'activité, l'évaluation et le développement des capacités fonctionnelles et feraient appel à des équipes multidisciplinaires en cas de risque de chronicité, celui-ci évalué en termes de durée d'absence. Il devenait aussi évident qu'il fallait tenir compte dans l'intervention des facteurs liés au contexte, à la dynamique entre les acteurs dans le processus et agir sur l'environnement de travail. Dans ce contexte, le retour au travail chez le même employeur représentait la solution la plus efficace mais commandait la mise en place de mesures de retour précoce spécifiquement adaptées aux limitations fonctionnelles du travailleur blessé. Finalement, l'importance des dimensions psychosociales des lésions professionnelles étaient mise en évidence, notamment l'événement comme une rupture

dans le cheminement du travailleur, la stigmatisation sociale et l'isolement, l'importance des réseaux de support, au travail et hors travail, et la nécessaire reconstruction identitaire par le travail. Dans le courant des années 90, des chercheurs s'attacheront à mettre en place et à évaluer l'efficacité d'interventions pour répondre à ces différents problèmes.

3. La recherche pour mieux agir

3.1 Outiller les intervenants

- 47 Déjà en 1987, en réponse à une demande de la CSST, un regroupement multidisciplinaire de chercheurs et de conseillers en réadaptation s'intéressèrent à la création de quatre outils de recueil de données destinés aux conseillers en réadaptation afin de faciliter l'intégration professionnelle des travailleurs ayant des limitations fonctionnelles permanentes. Ces outils comprenaient : 1) des échelles de restrictions fonctionnelles ; 2) une grille d'analyse ergonomique du travail ; 3) un formulaire de correction et d'adaptation du poste et des conditions de travail, et ; 4) un schéma de l'organisation technique et humaine de l'entreprise (Jéquier et coll., 1989 ; Lapointe, 1991). Dans une deuxième phase, l'applicabilité de la grille d'analyse ergonomique du travail a été testée en contexte auprès des conseillers en réadaptation de l'organisme assureur (Lapointe, 1991). Les outils ont été modifiés, un programme de formation a été donné, et un guide d'utilisation de la grille ergonomique a été largement diffusé dans l'organisation auprès des conseillers en réadaptation. Malgré ces efforts, Baril et coll. notèrent en 1994 la faible utilisation de ces outils par les conseillers dans leur processus de gestion de la réinsertion professionnelle des travailleurs. Une recommandation de recherche afin d'en connaître les raisons a été faite dans leur rapport et une hypothèse plausible semblait être le haut taux de roulement du personnel dans le secteur de la réadaptation et le manque de suivi pour la formation des nouveaux conseillers. Aucune suite n'a été donnée à cette proposition de recherche et les grilles ne semblent utilisées que marginalement par les conseillers.
- 48 Dans les mêmes années, un article de Lortie (1989) pose les bases d'une réflexion sur la réinsertion des accidentés du dos dans une perspective ergonomique. Dans la lignée des outils créés par Lapointe et coll., elle met en évidence l'importance de la caractérisation du travail et des capacités fonctionnelles du travailleur pour un retour au travail post-traitement réussi. Elle propose, à l'aide d'une revue de la littérature, un algorithme de facteurs à explorer post-retour au travail afin d'interroger le travail et les éventuelles modifications à y faire pour l'adapter au travailleur ayant des limitations fonctionnelles.

3.2 Des modèles d'intervention clinique en mutation

- 49 Dans le but de vérifier scientifiquement et de mettre en pratique les recommandations du « rapport Spitzer », un groupe de chercheurs, sous la direction de Patrick Loisel, a développé en 1991 un modèle d'intervention pour les travailleurs atteints du mal de dos. Cette formule d'intervention basée sur la thérapie de récupération fonctionnelle est maintenant internationalement connue sous le vocable de « modèle de Sherbrooke », en référence à la région où se déroulait l'étude et au centre hospitalier universitaire auquel l'intervention clinique était rattachée (Loisel et coll., 1994a). L'étude réalisée, construite

selon un devis expérimental, concernait les travailleurs ayant des maux de dos (avec absence du travail depuis au moins quatre semaines et reconnue comme reliée au travail par la CSST) dans 31 entreprises employant plus de 175 personnes de la région de Sherbrooke. Le recrutement des travailleurs a eu lieu entre 1991 et 1993. L'intervention était constituée d'une activité de surveillance et de détection des cas dans les entreprises sélectionnées, d'une intervention en médecine du travail et en ergonomie - surnommée l'intervention en milieu de travail - et d'une intervention clinique et de réadaptation - surnommée l'intervention clinique. Cette intervention mixte, à la fois clinique et dans le milieu de travail, était basée dans une clinique multidisciplinaire du dos composée de spécialistes en médecine du travail, en ergonomie, en conditionnement physique, en ergothérapie et en psychologie. L'intervention ergonomique en milieu de travail débutait à la sixième semaine d'absence et impliquait le travailleur et son employeur dans la recherche de solutions pour l'aménagement d'un retour au travail adapté à la condition physique du travailleur (Gosselin, 1994 ; Loisel et coll., 2001a). S'il n'y avait pas de retour au travail après sept semaines, le travailleur était médicalement réexaminé et, si nécessaire, inscrit à une école de dos à la clinique multidisciplinaire. Le programme de celle-ci consistait à donner de la formation sur le dos, à superviser des exercices et à fournir des conseils sur l'adaptation aux activités de la vie quotidienne, ceci à raison d'une heure par jour sur une période de quatre semaines. Après douze semaines sans retour au travail, le travailleur faisait l'objet d'une évaluation fonctionnelle et psychologique et entrait dans un programme thérapeutique qui impliquait l'ensemble des intervenants de l'équipe clinique multidisciplinaire (Loisel et coll., 1994b). Pour les besoins de l'étude, les entreprises ont été tirées au sort afin de les distribuer selon qu'elles recevaient l'intervention en milieu de travail ou non, de même pour les travailleurs pour l'intervention clinique ou non (Loisel et coll., 1996). Une évaluation des travailleurs par un médecin indépendant a été faite à l'entrée dans l'étude et par la suite à 12, 24 et 52 semaines même s'ils étaient retournés au travail entretemps.

- 50 Après un suivi de 12 mois et par rapport au retour au travail régulier, Loisel et coll. montrent que ce sont les travailleurs ayant reçu l'intervention complète (en milieu de travail et clinique) qui affichent une différence statistiquement significative dans la durée d'absence en comparaison avec ceux qui n'ont eu que les soins cliniques habituels dans la communauté. En effet, le retour au travail à un poste régulier a été 2,4 fois plus rapide pour les travailleurs avec l'intervention complète. Cependant, il semble que ce soit l'intervention en ergonomie et en médecine du travail qui soit la pierre angulaire de l'effet de l'intervention. Par contre, le type d'intervention ne semble pas avoir d'influence sur la durée d'absence globale de l'entreprise car quand ils comparent pour un résultat à « n'importe quel travail » (ce qui inclut le travail en assignation à un autre poste, avec horaire allégé ou encore le travail au poste régulier avec restrictions), ils ne constatent pas de différence entre les types d'intervention.
- 51 Les résultats de cette étude viennent confirmer l'importance d'une intervention qui associe le milieu de travail aux solutions et que l'intervention en entreprise est la clé du succès pour un retour plus rapide au travail régulier. Par contre, tout ce qui concerne les mesures de retour précoce - tels que l'assignation temporaire, le retour au travail progressif, la modification de poste ou de tâche, etc. et leur influence sur le retour au travail régulier - demeure encore obscur et méritait de plus amples investigations. Par ailleurs, les auteurs notaient que l'utilisation de telles mesures dépendaient plus des

politiques de l'organisme assureur et des entreprises que de la condition médicale du dos des travailleurs (Loisel et coll., 1997).

- 52 Là encore, on retrouvait des recommandations de recherche pour une meilleure compréhension de la prise en charge thérapeutique des travailleurs atteints de dorso-lombalgie. Les auteurs nous disent qu'afin de promouvoir ce genre d'intervention multidisciplinaire, plutôt que strictement médicale et individuelle, de la formation serait nécessaire auprès des intervenants. Il y aurait lieu de mieux cerner les causes de l'incapacité et de développer des outils afin de pouvoir poser un diagnostic précoce. Des études d'efficacité et de coûts-bénéfices des différents types d'intervention à l'intérieur du modèle de Sherbrooke seraient à faire ainsi que des recherches sur les phénomènes reliés à la douleur, aux indicateurs de chronicité et aux mesures des capacités fonctionnelles relatives au travail.
- 53 Dans le « modèle de Sherbrooke », certains travailleurs étaient convoqués à une classe de dos mais, dans les mêmes années, une étude de Leclaire et coll. (1996) portant sur l'évaluation des classes de dos telles que pratiquées au Québec a conclu à l'inefficacité de cette forme d'intervention. En effet, des mesures d'efficacité faites à l'aveugle à 6 mois et à 12 mois entre le groupe ayant suivi la classe de dos et le groupe témoin n'ont démontré aucune différence significative quant à la douleur, l'état fonctionnel, la mobilité lombaire et la durée de l'invalidité. Hormis le fait que des connaissances furent acquises sur la lombalgie et que l'exécution des exercices était supérieure chez le groupe assigné à la classe de dos, les auteurs concluent que cette forme d'intervention n'a pas démontré son efficacité pour traiter et surtout prévenir les lombalgies.
- 54 Récemment, une étude de suivi des travailleurs du projet de Sherbrooke sur une moyenne de six années a montré la rentabilité à long terme de ce type d'intervention qui intervient précocement pour prévenir l'incapacité à long terme et qui implique le milieu de travail dans l'intervention clinique. En effet, après avoir comptabilisé l'ensemble des coûts associés au mal de dos pour chacun des travailleurs ayant participé à l'étude de Sherbrooke jusqu'à la fin de 1998, les auteurs concluaient que, même si leur résultat devait être vérifié avec un échantillon plus vaste, sur le long terme, les travailleurs ayant reçu l'intervention complète ou même une partie seulement de l'intervention (en milieu de travail ou clinique) avaient coûté moins cher à l'organisme assureur principalement à cause de la diminution des jours d'absence du travail et ce, malgré les coûts de l'intervention (Loisel et coll., 2002).
- 55 Une des composantes de cette intervention est le « Retour thérapeutique au travail » (RTT) qui consiste à allier la thérapie de récupération fonctionnelle à une exposition graduelle du travailleur avec le travail réel en contexte d'entreprise. Entre novembre 1993 et mars 1995, pour les fins d'une étude d'évaluation de l'impact du programme sur le retour stable au travail, 127 travailleurs absents du travail depuis au moins 90 jours furent répartis dans quatre groupes d'intervention soit : 1) le programme de RTT, 2) la thérapie de récupération fonctionnelle seulement, 3) les soins réguliers dans la communauté, et 4) les cas refusés en réadaptation par l'organisme assureur. Les résultats de l'étude montrent qu'après un suivi de deux ans, 93 % des travailleurs qui avaient reçu le programme de RTT s'étaient maintenus au travail régulier ; ce taux était supérieur aux trois groupes témoins. Fait intéressant souligné par les auteurs, ce sont les travailleurs du groupe des cas refusés, souvent à la suite de contestation médicale ou administrative, qui ont eu le plus faible taux de retour au travail (Durand et Loisel, 2001). Baril et coll. (1994)

avaient aussi observé que la contestation du dossier du travailleur était un facteur qui nuisait au retour au travail chez le même employeur.

- 56 Dans la même étude, Durand et Loisel ayant utilisé des outils de mesure de la qualité de vie, de la douleur, des peurs et des croyances constatèrent que même si la majorité des travailleurs était retournée au travail, ceux-ci conservaient des incapacités, de la douleur et des peurs persistantes. Cette information semble confirmer que c'est une action sur le contexte de travail qui fait que les travailleurs - malgré leurs incapacités résiduelles (douleur, peur, etc.) - retournent et se maintiennent au travail dans une activité productive. Ceci confirme les résultats observés par Baril et coll. (1994) où c'est la présence de démarches dans le milieu qui favorise le retour au travail chez le même employeur et le fait que, peu importe l'issue du retour au travail, la douleur demeure l'objet central du discours des travailleurs ayant passé par le processus de réadaptation.
- 57 Les résultats encourageants de ces études pilotes sur la forme que peut prendre l'intervention auront permis de proposer, en 1993-1994, la création d'un centre multidisciplinaire de prévention des incapacités prolongées et des situations de handicap relatives au travail, secondaires à des atteintes de l'appareil locomoteur. Ce centre connu sous le nom de PREVICAP (PRÉVention des situations de handICAP au travail) a une composante clinique et une composante recherche. Pour plusieurs projets de recherche, la composante clinique sert de terrain et de source de données et permet de faire émerger des hypothèses de recherche. Le modèle opérationnel du programme PRÉVICAP ne sera pas présenté ici, mais le lecteur pourra se référer à l'article de Durand et Loisel (2001) qui le décrit en détail dans un numéro récent de la revue PISTES (vol. 3, no 2). De plus, dans le présent numéro, un article de Durand (2002) décrit la composante recherche. Elle nous présente ses réflexions sur l'expérience de création de cette équipe de recherche interdisciplinaire qui gravite autour du concept du centre PRÉVICAP.
- 58 Toujours dans la lignée des recommandations du « rapport Spitzer », une équipe de chercheurs a voulu vérifier l'efficacité d'un programme de coordination des services de santé pour les travailleurs victimes d'accident de travail au dos et indemnisés par la CSST. Après une étude de faisabilité en 1991 (Rossignol et coll., 1991) et une revue de la littérature sur le sujet (Séguin et Rossignol, 1994), Rossignol et coll. ont démarré leur étude en 1995-1996. Les éléments de ce programme comprenaient, entre autres, un examen de la colonne, l'élargissement du diagnostic médical aux facteurs de risques psychosociaux entraînant la chronicité, un suivi aux dix jours et l'évaluation des soins spécialisés nécessaires, l'information et le soutien pour la reprise des activités et le retour au travail comme objectif thérapeutique. Aucune intervention en milieu de travail n'a été faite. L'équipe de coordination des soins comprenait deux médecins omnipraticiens et une infirmière. Des conseillers en physiothérapie, en orthopédie, en psychologie et en ergonomie pouvaient conseiller l'équipe de coordination. Les contacts de l'équipe avec le travailleur et son médecin traitant se faisaient par téléphone. Les 110 travailleurs qui ont participé à l'étude (entre juin 1995 et décembre 1996) avaient subi leur accident de travail depuis quatre à huit semaines. Ils ont été répartis en deux groupes, soit un groupe avec l'intervention et un groupe témoin qui recevait les soins traditionnels. Les travailleurs ont été suivis pendant six mois. Les actions entreprises pendant le suivi furent : fournir de l'information aux intervenants de la CSST et au médecin traitant ; obtenir de l'information de la part du travailleur ; réexaminer le travailleur par un médecin de l'équipe d'intervention ; référer le travailleur à un thérapeute ; obtenir des rendez-vous précocement ; réorienter le traitement selon le jugement du travailleur et de son

médecin ; trouver un médecin traitant ; négocier le remboursement des thérapies par la CSST ; référer à un programme de réadaptation si nécessaire (Rossignol et coll., 1999 ; Rossignol et coll., 2000).

- 59 Les résultats de l'étude montrent qu'aucune différence statistiquement significative n'a été observée quant à la durée d'absence et le retour au travail entre les deux groupes. Notons qu'aucune intervention en milieu de travail n'a été faite et les auteurs dans leur article (Rossignol et coll., 2000) signalent justement que les études de Loisel et coll. (1997) ont bien montré que l'intervention en milieu de travail a plus d'influence sur le retour au travail que l'intervention médicale. Cependant des différences significatives ont été observées au plan de l'amélioration de la capacité fonctionnelle. Les travailleurs du groupe de coordination se sont améliorés deux fois plus que ceux du groupe témoin sur le plan de la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne, sur la perception de la capacité à accomplir un travail (on peut se demander pourquoi ils ne sont pas davantage retournés au travail) et quant à l'impact de la douleur sur le fonctionnement social et l'état psychique. De plus, les travailleurs du groupe de coordination des soins ont fait moins de consultations auprès de spécialistes, moins de radiographies et de tests d'imagerie, moins de prise de médicaments et plus d'exercices. C'est dans l'amélioration de la communication travailleur-médecin-assureur et la continuité des soins (même médecin et diagnostic unique, donc non contradictoire) que résident les principales avancées de cette étude malgré l'absence de différence significative au niveau de la durée d'absence du travail. En effet, la participation du travailleur au plan de traitement, le contact entre le travailleur et l'infirmière qui faisait la promotion du retour à l'activité normale comme solution thérapeutique et, finalement, la coordination des soins par l'infirmière afin d'éviter les délais sont des éléments clés de ce type d'intervention. À la suite de ce projet, des études de faisabilité sont en cours visant à documenter la communication entre le travailleur, son médecin et son physiothérapeute.

3. Intervenir administrativement autrement

- 60 En 1993, inquiétée par l'augmentation constante des coûts de réadaptation des travailleurs accidentés et stimulée par les résultats des recherches bilans et des nouveaux modèles d'intervention clinique, la CSST décide de mettre en place une nouvelle politique administrative visant à favoriser une prise en charge précoce des travailleurs atteints de lésions professionnelles. Cette politique administrative nommée « *Maintien du lien d'emploi* » se caractérise par une prise en charge rapide du travailleur ayant subi une lésion et par la collaboration entre les différents partenaires qui participent à la recherche de solutions de retour au travail (CSST, 1993). Sa campagne de sensibilisation se fera auprès de son personnel d'intervenants et auprès de sa clientèle et de ses partenaires soit les employeurs, les services de santé, les syndicats et les travailleurs. Elle sera basée sur la diminution des coûts, la rapidité d'action, la pratique de l'assignation temporaire d'un travail ou l'adaptation du poste de travail régulier en attendant la consolidation de la lésion et la coordination des services au sein de son organisme. La pierre angulaire de cette façon de faire se voulait être la communication entre les partenaires de la réadaptation en vue d'un retour au travail efficace du travailleur blessé.
- 61 Cette approche dynamique de la réinsertion professionnelle en réaction à l'ancienne approche administrative linéaire a interpellé aussi le milieu de la recherche. Des demandes ont émergé touchant principalement le ciblage des clientèles et les prédicteurs

d'incapacité, et la dynamique entourant l'intervention notamment avec les milieux de travail.

3.4 À la recherche de prédicteurs de chronicité

- 62 Le caractère complexe et multifactoriel de la réinsertion professionnelle avait été jusqu'à maintenant bien documenté dans les différentes recherches au Québec, mais la préoccupation visant le développement d'outils permettant le ciblage de la clientèle en danger de chronicité et d'incapacité de travail, afin de lui offrir des services adéquats, demeurait présente. Pour ce faire, une revue systématique de la littérature scientifique internationale a été entreprise sur la problématique des lombalgies (Truchon et Fillion, 2000, a et b).
- 63 Les auteures ont examiné 27 articles scientifiques et en sont venues à la conclusion que certains facteurs avaient un potentiel de prédiction de chronicité chez les lombalgiques. Ainsi, parmi les facteurs médicaux, le nombre d'épisodes de lombalgie ayant nécessité une consultation médicale ou un arrêt de travail semble un facteur prédicteur de chronicité potentielle ; par contre, ni la gravité du diagnostic ni les résultats d'examens à l'aide de tests cliniques - sauf la douleur irradiante à la jambe - ne semblent de bons indicateurs. Parmi les facteurs ergonomiques et psychosociaux liés au travail, ce sont les perceptions des travailleurs sur la pénibilité de leur tâche et leur perception de leur capacité à l'accomplir qui seraient de bons indicateurs, alors que la distinction par catégorie d'emploi des exigences de la tâche n'offrirait pas de bons résultats. Les auteures signalent que des facteurs comme la perception de la satisfaction au travail et du stress ainsi que la possibilité d'accomplir une tâche allégée pourraient s'avérer prometteurs s'ils étaient mieux documentés. Selon les auteures, des recherches supplémentaires seraient à faire sur les facteurs psychosociaux non liés au travail car certains facteurs auraient un potentiel de prédiction ; c'est le cas notamment de la perception qu'a le travailleur de son mal de dos, de son état de santé et de son sentiment de contrôle sur sa situation. Par contre, les variables liées à la personnalité, à la dépression et à la perception de la douleur en phase aiguë seraient peu utiles. Parmi les variables sociodémographiques, l'âge, le sexe, le groupe ethnique, le degré de scolarité, le fait d'être compensé ou non ne permettraient pas de prédire l'incapacité chronique. Un potentiel de prédiction apparaît mais demeure à documenter en ce qui concerne la situation familiale, la reconnaissance légale de la lésion et sa contestation et la maîtrise de la langue chez les immigrants.
- 64 Il est intéressant de noter que les variables reliées à l'individu ainsi qu'à la compensation sont peu utiles pour cibler les travailleurs quant à la chronicité potentielle sauf pour les variables qui sont reliées à la perception qu'a le travailleur de son travail, de son état physique et de ses capacités. Les auteurs qui avaient documenté la problématique des maux de dos au Québec avaient bien pressenti le peu de fiabilité des diagnostics souvent imprécis et multiples. Par ailleurs, les variables structurelles reliées au contexte de travail, au contexte administratif et légal ainsi qu'au contexte familial semblent plus prometteuses. Ceci avait été observé par Baril et coll. (1994) où les variables structurelles plus que les variables individuelles semblaient reliées au succès du retour au travail chez le même employeur.
- 65 Dans le même ordre d'idées, une étude prospective sur deux années de 1 200 travailleurs aux prises avec un mal de dos est présentement en cours afin de construire un outil prédictif permettant de cibler les travailleurs qui présentent un risque élevé de

chronicité. Cette étude se déroule en collaboration avec six centres de soins de la région de Québec et les travailleurs seront suivis à six et douze semaines ainsi qu'à un et deux ans. Des entrevues téléphoniques et des groupes de discussion avec des travailleurs ayant mal au dos ont déjà permis aux auteurs d'identifier un certain nombre de variables facilitant ou nuisant au retour au travail à prendre en compte pour la construction de l'instrument pronostique. Parmi celles-ci, on retrouve la douleur continue, l'attitude de l'employeur, l'environnement de travail et la possibilité d'avoir de l'information et du support (Dionne et coll., 2000). Au suivi de douze semaines, les variables les plus significatives pour le retour au travail sont les indices de douleur et d'incapacité, la présence d'épisode antérieur d'indemnisation pour mal de dos, les contraintes du travail, le support de l'employeur, la détresse psychologique, la peur et l'évitement, la capacité de contrôle (Dionne et coll., 2002). Ici aussi, les variables structurelles et psychosociales occupent une place prépondérante comme facteurs prédictifs d'un retour au travail en santé et durable.

3.5 L'importance des facteurs reliés au milieu de travail

- 66 Une des premières études québécoises sur le sujet date de 1993 et avait comme mandat de dresser un portrait des pratiques de l'assignation temporaire (Lévesque, 1993). Cette étude, menée auprès d'un échantillon probabiliste aléatoire de représentants d'employeurs et de syndicats de 987 entreprises membres de la Confédération des syndicats nationaux (CSN), nous apprend que le tiers des établissements pratiquent l'assignation temporaire. Que celles-ci sont pour près d'un tiers au poste d'origine alors que 19,8 % des entreprises octroient des postes « symboliques ». La modification de poste a lieu dans le quart des cas et 10 % des répondants indiquent que leur établissement réserve des postes spécifiquement pour l'assignation temporaire des travailleurs blessés. Des clauses quant au retour au travail existeraient dans leur convention collective selon 75 % des répondants syndicaux et 43 % disent que des clauses spécifiques à l'assignation temporaire existent. Finalement, selon cette étude, les variables organisationnelles suivantes seraient associées de façon positive à la pratique de l'assignation temporaire. On retrouve entre autres : le type de fédération syndicale, la taille de l'établissement, la disponibilité des ressources en SST dans l'entreprise, le nombre d'accidents de travail, l'augmentation du nombre de contestations par l'employeur et la non déclaration des lésions professionnelles. Il ressort aussi que les opinions sont très partagées chez les syndicats de la CSN par rapport à la pratique de l'assignation temporaire, ceux ayant une plus grande expérience de cette pratique se montrant plus critiques. Sans s'opposer à la pratique de l'assignation temporaire dans leur entreprise, une grande majorité des syndicats, de même que des employeurs, souhaitent une meilleure réglementation de celle-ci.
- 67 Faisant suite aux recommandations de recherche du rapport de Baril et al. (1994) quant à l'importance de l'environnement physique et social du travail dans le processus de réinsertion professionnelle et aux interrogations de la CSST lors de l'application de la politique de maintien du lien d'emploi, des discussions entre des chercheurs de l'IRSST, de l'École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal et l'organisme assureur firent surgir un besoin de connaissances sur les mécanismes à l'œuvre dans les entreprises lors de l'application de mesures de réinsertion professionnelle. Un projet de recherche dont l'objectif principal était d'identifier les caractéristiques

organisationnelles des entreprises susceptibles d'être associées au maintien du lien d'emploi des travailleurs accidentés a été réalisé (Baril et Berthelette, 2000).

- 68 L'étude se voulait exploratoire et devait servir à documenter les déterminants organisationnels des interventions liées au maintien du lien d'emploi et à développer un cadre conceptuel et un modèle théorique pour une meilleure compréhension du phénomène. Dans un premier temps, un bilan des connaissances relatif aux interventions de maintien du lien d'emploi et à leur implantation a été réalisé. Dans un deuxième temps, à partir des fichiers informatisés de la CSST, une étude descriptive des caractéristiques des travailleurs qui constituent la population cible de la politique de maintien du lien d'emploi a été faite et finalement, dans un troisième temps, une étude de cas en profondeur auprès de représentants d'employeurs et de travailleurs a été menée dans seize entreprises des secteurs de l'hébergement, de l'imprimerie, du meuble et des scieries.
- 69 Les lecteurs peuvent se référer à l'article publié dans le présent numéro de la revue PISTES (Berthelette et Baril, 2002) pour les détails du bilan des connaissances fait à partir des publications normatives et descriptives sur les composantes des interventions recommandées.
- 70 Les résultats de la partie descriptive des caractéristiques des travailleurs proviennent d'analyses bivariées et multivariées de l'ensemble des lésions professionnelles inscrites dans un fichier administratif servant au suivi des cas potentiellement susceptibles de présenter des difficultés quant au retour au travail (durée d'absence supérieure à 45 jours ou encore application d'une mesure de maintien du lien d'emploi quelle que soit la durée d'absence). Ces fichiers représentent trois directions régionales de Montréal et la région de l'Estrie ; les cas furent recensés de janvier 1994 à mars 1997 et la population à l'étude regroupe 13 728 dossiers. Ces analyses avaient pour but d'identifier des cas types de lésions professionnelles qui se distingueraient par la présence ou l'absence de mesures de maintien du lien d'emploi.
- 71 Les analyses bivariées réalisées dans cette étude nous apprennent que les variables catégorielles suivantes sont associées de manière statistiquement significative à l'occurrence de mesures de maintien du lien d'emploi : entreprise de grande taille, secteur du caoutchouc et des matières plastiques, durées d'absence courtes (0-44 jours) ou relativement longues (183-365 jours), travailleurs de 30-39 ans, travailleuses manuelles, présence de rechutes associées à de longues durées d'absence (366-730 jours) et enfin, lésions correspondant à des inflammations aux membres supérieurs et aux épaules. Par contre, les analyses multidimensionnelles (analyses factorielles de correspondances et classification ascendante hiérarchique) viennent nuancer ce portrait. Cinq des sept classes identifiées se distinguent par la présence ou l'absence de mesures et elles illustrent le caractère complexe des relations interdépendantes existant entre les variables socio-démographiques des travailleurs, les caractéristiques de leurs lésions, les attributs structurels des entreprises et la présence de mesures de maintien du lien d'emploi (Baril et Berthelette, 2002, sous presse). En effet, les caractéristiques d'une classe permettent d'établir des portraits types de population qui peuvent, par exemple, se lire ainsi :
- 72 **Classe II :**
 Cette classe regroupe 1 222 dossiers et représente 10 % de l'ensemble de notre échantillon. Ce sont principalement des travailleurs du **secteur des transports et de l'entreposage**. Ces **hommes** qui effectuent un travail **manuel ou mixte** proviennent de la

grande entreprise. On retrouve aussi, dans une moindre mesure, des travailleurs du bâtiment et des manutentionnaires. Les secteurs des services publics et des aliments et des boissons sont aussi présents dans cette classe. L'absence de mesure de maintien du lien d'emploi est une caractéristique importante de cette classe. Les individus de cette classe se caractérisent principalement par des lésions qui se situent aux **membres inférieurs**, et dont le nombre de lésions au **tronc et au cou** est élevé. Certaines lésions possèdent des sièges multiples. Ces lésions affectent des travailleurs de **plus de 40 ans** dont une proportion significative de **50 ans et plus**. **Les traumatismes aux muscles**, les **contusions**, les affections du rachis ou les hernies occasionnent des **absences du travail de l'ordre de 45 à 90 jours** (Baril et Berthelette, 2000, p. 55).

- 73 Cette étude a le mérite d'avoir tenté de cerner les caractéristiques de larges échantillons de travailleurs victimes d'accidents de travail ayant fait l'objet d'un retour précoce au travail. En ce sens, elle permettrait de cibler des populations de travailleurs et des secteurs d'activités pour l'implantation d'interventions de maintien du lien d'emploi spécifiques.
- 74 Dans leur article du présent numéro de la revue PISTES, Berthelette et Baril (2002) nous présentent les résultats des entrevues auprès des 16 entreprises de l'étude. Les analyses de contenu des entrevues avec les représentants patronaux et syndicaux permettent de faire ressortir les dimensions de l'intervention comme la coordination des ressources, l'information, la communication avec les médecins, la dotation de poste et l'organisation du travail, le suivi des cas et l'évaluation du programme. En conjonction avec les analyses statistiques, l'analyse de contenu des entrevues dans les entreprises et avec des intervenants de la CSST a aussi permis aux auteurs d'identifier les facteurs facilitants et les obstacles organisationnels à l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi, notamment de mettre en évidence l'importance de la dimension culturelle (croyances, attitudes et valeurs) dans le processus de réinsertion professionnelle (Baril et Berthelette, 2001). Finalement, les auteurs proposent un cadre conceptuel permettant de mieux cerner les dimensions à l'œuvre dans l'implantation d'un tel programme dans les entreprises. Ce modèle fait référence à cinq catégories de facteurs organisationnels, soit la structure (secteur, taille), la culture (attitudes, valeurs, attributions), les règles (procédures SST, conventions collectives), l'organisation du travail et les relations intra-organisationnelles (communication, collaboration, conflit). De plus, deux autres catégories de facteurs font référence à l'environnement des entreprises, soit les relations inter-organisationnelles (réseau SST) et la proximité sociale (région) (Berthelette et Baril, 2001).
- 75 En parallèle au précédent projet, avait lieu une autre recherche sur la réinsertion professionnelle et les dynamiques d'entreprises. Ce projet de nature essentiellement qualitative, appelé Workready, se déroulait simultanément dans trois provinces canadiennes soit le Manitoba, l'Ontario et le Québec et visait à documenter les stratégies de prise en charge en milieu de travail des travailleurs et travailleuses atteints de lésions musculosquelettiques et d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant le retour au travail régulier (Frank et Guzmán, 1999).
- 76 Au Québec, des entrevues ont été réalisées avec des intervenants dans dix entreprises du secteur électrique/électronique de l'île de Montréal et avec des intervenants de la CSST qui s'occupaient de ce secteur d'activité économique (Stock et coll. 2001 ; 1999). Les résultats des analyses de contenu des entrevues illustrent, ici encore, le caractère complexe du processus de prise en charge des travailleurs blessés, notamment à cause du

nombre important d'acteurs impliqués dans le processus autant à l'intérieur des entreprises qu'avec les organismes extérieurs à celles-ci. L'importance d'une communication efficace, d'une bonne collaboration et l'établissement d'un lien de confiance entre ces différents acteurs sont des constats de cette recherche. Des difficultés de communication entre les entreprises et les médecins traitants ont été observées. On leur reproche leur manque de connaissance du milieu de travail, particulièrement des contraintes physiques des postes proposés, ce qui fait obstacle à la recherche de solutions pour le retour au travail du travailleur blessé. Un inventaire des solutions implantées dans les entreprises pour s'assurer d'une meilleure communication avec les médecins en vue de la réinsertion professionnelle a été fait. On retrouve parmi ces solutions les contacts téléphoniques et l'envoi de formulaires afin d'assurer le suivi et de proposer des postes pour l'assignation temporaire du travailleur à un autre poste de travail.

- 77 Cette recherche a bien réussi à mettre en évidence le rôle des superviseurs (ou chefs de groupe) dans tout ce processus de prise en charge. Ceux-ci doivent parfois assumer plusieurs rôles dans l'entreprise dont le plus important, pour eux, est de répondre aux exigences de la production, mais ils doivent aussi souvent gérer au quotidien les questions de santé et de sécurité. Ils se sentent coincés entre les quotas de production à respecter et l'intégration de travailleurs, médicalement non consolidés, en assignation temporaire ou en retour progressif au travail. Le non-respect des limitations fonctionnelles des travailleurs est un effet de ce dilemme mais on retrouve aussi comme facteur leur manque de connaissances des lésions musculosquelettiques et des principes de l'ergonomie. Des exemples de solutions implantées dans les entreprises pour faciliter le travail et l'implication des superviseurs dans la prise en charge des travailleurs blessés ont été répertoriés dans ce rapport de recherche. On retrouve entre autres la priorisation des questions de SST par la haute direction, l'inclusion dans les critères de performance des superviseurs des questions de SST et de réinsertion professionnelle, le fait d'inclure les superviseurs dans la conception et l'implantation des interventions de réinsertion professionnelle, la création de banques de postes pour les assignations temporaires et, finalement, le fait de donner de la formation sur les lésions musculosquelettiques et l'ergonomie.
- 78 En conformité avec les résultats de la recherche précédente de Baril et Berthelette dans d'autres secteurs d'activité économique, les auteurs de la présente étude signalent l'importance de faire un suivi qui place le travailleur au centre des préoccupations et ils soulignent que ce suivi doit s'apparenter davantage au support qu'au contrôle. Là aussi, on constate que certaines règles organisationnelles - comme la règle d'attribution des postes par ancienneté - viennent compliquer les stratégies de prise en charge pour l'assignation temporaire des travailleurs blessés. On signale la nécessité d'intégrer aux structures de prévention les préoccupations concernant la réinsertion professionnelle et l'importance de la culture organisationnelle (support de la haute direction, gestion participative, etc.) dans la réussite des interventions de prise en charge des travailleurs atteints de lésions musculosquelettiques.
- 79 Une autre étude récente s'intéressant au processus d'implantation de l'assignation temporaire a été menée dans cinq établissements manufacturiers du secteur textile (Lavoie et Laplante, 2001). En observant, à partir des fichiers des entreprises, l'évolution entre 1992 et 1997 des taux de fréquence des accidents de travail et des assignations temporaires associées aux accidents avec perte de temps et sans perte de temps, les auteurs constatent une diminution de la fréquence des accidents avec perte de temps et

une augmentation des cas d'assignation temporaire. À l'aide d'entrevues semi-dirigées, les auteurs ont tenté de qualifier le type de gestion de la santé et de la sécurité du travail des entreprises à l'étude afin de faire le lien entre l'utilisation de l'assignation temporaire et les modes de gestion traditionnel ou moderne. Ceux-ci sont définis selon la représentation des accidents, les activités en sécurité du travail et le partage des responsabilités face à l'action. Ils constatent que l'assignation temporaire est pratiquée dans tous les établissements peu importe le type de gestion. Par contre, dans les entreprises avec une gestion traditionnelle (représentation simple des causes des accidents ; culture d'entreprise axée strictement sur les valeurs économiques ; culture de prévention axée sur la prudence ; responsabilités centralisées), le programme d'assignation temporaire est davantage imposé, le taux de croissance de l'assignation temporaire est moyen et les travailleurs ont une perception négative du programme. Dans les entreprises avec une gestion moderne (représentation diversifiée des causes des accidents ; culture d'entreprise axée sur l'économie et le social ; culture de prévention développée et actions diversifiées ; participation et mobilisation du personnel), le programme d'assignation temporaire est négocié au niveau du comité de santé et de sécurité de l'entreprise, le taux de croissance est élevé et les travailleurs ont une perception positive du programme. Ces résultats cadrent bien avec les autres études qui ont observé les liens entre les composantes organisationnelles et l'implantation de programmes de maintien du lien d'emploi dans différents secteurs d'activité.

- 80 L'implantation de programmes de maintien du lien d'emploi dans les entreprises rencontre de nombreux obstacles, notamment en ce qui a trait à l'organisation du travail. C'est ce thème qui a fait l'objet d'une autre recherche récente qui, tout en cherchant à décrire la gestion de la rotation de postes dans une usine d'abattage et de transformation du porc, s'est aussi intéressée à la gestion des pratiques de l'assignation temporaire et à la façon dont celles-ci peuvent s'influencer. Sans entrer dans les détails des résultats de cette étude, puisque le lecteur pourra consulter dans le présent numéro de PISTES l'article de Falardeau et Vézina (2002), disons que, même dans un contexte d'entreprise qui semble favorable puisque les travailleurs ont une grande latitude pour l'autogestion de leur organisation du travail, l'application des mesures de maintien du lien d'emploi telle que l'assignation temporaire pose de nombreux problèmes. Entre autres difficultés, on retrouve le fait qu'une majorité des postes « légers » disponibles pour l'assignation temporaire font partie d'une routine de rotation et que leur occupation par des travailleurs blessés provoque des protestations de la part des autres travailleurs. Les auteurs notent aussi que, par conséquent, peu de postes réguliers sont affectés aux travailleurs blessés et que, le plus souvent, ce sont des postes peu productifs qui sont attribués comme assignation. Cette constatation questionne le fait, avancé dans plusieurs études, que la polyvalence des employés favoriserait la pratique de l'assignation temporaire, du moins dans le cas d'une organisation du travail basée sur la rotation intensive des postes.

3.6 Développer des outils pour les milieux de travail

- 81 Appuyée par certains des résultats des recherches précédentes, une équipe multidisciplinaire de chercheurs (médecine, ergonomie, ergothérapie et sciences sociales) fut mise sur pied afin de répondre à deux préoccupations majeures exprimées par les acteurs de la prise en charge dans les entreprises, soit le besoin d'outils pour faciliter la communication entre l'entreprise et les médecins traitants et le besoin d'outils pour

faciliter le choix des tâches d'assignation temporaire tout en respectant les capacités fonctionnelles des travailleurs atteints de lésions musculosquelettiques (Stock et coll., 2000 ; 2001 ; Baril et coll., 2002). Ce projet en cours de réalisation a jusqu'à maintenant développé une démarche sous forme de guide pour les entreprises afin de les aider à mettre sur pied un programme (ressources humaines et mesures organisationnelles) facilitant l'implantation de mesures de maintien et de retour au travail des travailleurs blessés. Ce guide comprend un algorithme où est détaillé l'ensemble des étapes à suivre pour assurer une prise en charge efficace - dans l'entreprise - des cas de courte durée d'absence due à des lésions musculosquelettiques. Afin d'améliorer le processus de choix des postes d'assignation temporaire et la communication avec les médecins traitants des travailleurs, quatre grilles d'évaluation des tâches et des limitations fonctionnelles selon le type de lésion du travailleur ont été développées. Ces grilles - qui concernent les lésions au dos, au cou et à l'épaule, au coude ainsi qu'à la main et au poignet - furent conçues pour une utilisation par les intervenants de l'entreprise responsables du choix des postes (le superviseur, le responsable des ressources humaines ou un membre du service de santé s'il y a lieu) et devraient servir à établir la communication, sur des bases documentées quant aux limitations fonctionnelles et aux contraintes des postes proposés, entre le travailleur blessé et les différents intervenants dans la gestion de son cas. L'étude d'implantation de l'intervention est actuellement en cours dans trois entreprises du secteur métal-électrique. Suite à ces résultats, des ajustements sont prévus sur le guide et les grilles afin de mieux répondre aux besoins des entreprises et d'assurer une prise en charge efficace et sécuritaire des travailleurs lors du retour au travail après une lésion musculosquelettique.

- 82 Dans le même ordre d'idées, un projet en cours dans une usine de fabrication de meubles tente de mettre en place des outils informatisés simples, à l'aide du logiciel Excel, pour aider l'entreprise à choisir des postes d'assignation temporaire (Trudel et Gauthier, 2001). Contrairement à la recherche précédente, la méthodologie proposée dans cette étude demande la collaboration d'un spécialiste en ergonomie afin d'alimenter la base de données informatisée dans l'entreprise. En effet, un inventaire de tous les postes de l'usine a été fait et ceux-ci ont été analysés à l'aide d'une caméra vidéo et d'une grille proposée par la Occupational Safety and Health Administration (OSHA) servant à faire ressortir les contraintes du poste de travail et les facteurs de risques de troubles musculosquelettiques. Les résultats de cette analyse servent de base de données où seront choisis les postes à attribuer au travailleur blessé. Dans cette recherche, le médecin traitant du travailleur est invité à remplir une échelle de restrictions pour les membres supérieurs inspirée de la grille développée par Lapointe (1991). C'est avec cette échelle de restrictions complétée en main que le responsable des assignations temporaires dans l'entreprise - à l'aide de la base de données informatisée sur les postes - choisit le ou les postes qui respectent les limitations fonctionnelles du travailleur. Les auteurs prennent soin de noter que, dans un monde d'entreprises en constant changement afin de s'adapter aux exigences de la production, un mécanisme de mise à jour doit exister afin d'éviter la désuétude de la base de données et aussi afin que tout ce mécanisme n'exclut pas que
« le bon jugement et le dialogue avec l'employé qui seront toujours de mise lors du choix final » (p. 97).
- 83 L'outil est en cours d'implantation et de validation dans l'entreprise.

3.7 À la recherche d'un modèle conceptuel intégrateur

- 84 Au fur et à mesure du développement de la recherche sur la réinsertion professionnelle des travailleurs atteints de lésions professionnelles, apparaît la complexité de l'objet d'étude. Certains chercheurs ont proposé des modèles conceptuels afin de cerner cette complexité et de mieux l'analyser. Le modèle macroscopique connu sous le nom de Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), développé au début des années 80 et adopté par l'Organisation mondiale de la santé, a servi de base à plusieurs recherches pour cerner le phénomène du handicap comme conséquence sociale de lésions traumatiques ou pathologiques (WHO, 1980). Ce modèle a évolué et une version récente intitulée *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF) incorpore le contexte environnemental de façon beaucoup plus explicite. Le Québec, notamment par l'intermédiaire de Patrick Fougereyrollas (1994), a activement participé à l'élaboration de ce modèle reconnu internationalement ; on pourra consulter son article dans le présent numéro de PISTES pour plus de détails (Fougereyrollas, 2002).
- 85 Baril et ses collègues (1994) nous proposaient un modèle basé sur le cheminement des travailleurs en réadaptation dans une structure légale et administrative et un environnement social incluant les réseaux de support et le milieu de travail. Ce modèle permettait de saisir l'ensemble des éléments qui influencent le processus de réadaptation des travailleurs avec des limitations fonctionnelles permanentes. Plus centré sur les interactions avec le milieu de travail, Baril et Berthelette (2000) nous ont par la suite proposé un modèle qui détaillait les composantes et les déterminants organisationnels qui prévalent lors de l'implantation d'un programme de maintien du lien d'emploi dans les entreprises. Truchon (2001) nous propose un modèle biopsychosocial de l'incapacité chronique liée au mal de dos où les facteurs reliés au stress et aux perceptions jouent un rôle important. Tous ces modèles demandent toutefois à être validés auprès d'une grande population de travailleurs et d'entreprises. Finalement, l'équipe de recherche autour de la clinique Prévicap a récemment proposé un modèle descriptif des composantes nécessaires à la gestion de la prévention de l'incapacité au travail où se retrouvent des éléments de l'environnement de travail, du système administratif et légal, du système de santé et des facteurs individuels (Loisel et coll. 2001b). Il reste toutefois un modèle intégrateur de tous ces éléments composant la complexité de l'expérience de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle des travailleurs à inventer. Ce modèle - pour être utile - se devrait d'être systémique, de représenter de façon dynamique les relations entre les composantes du processus de réinsertion professionnelle et idéalement d'intégrer les éléments de la prévention des accidents de travail qui sont à la source des lésions qui peuvent mener à l'incapacité, à la marginalisation et à l'exclusion du milieu de travail.

4. En guise de conclusion : des recherches en devenir

- 86 Il est difficile de conclure un tel bilan puisque la recherche sur la réinsertion professionnelle des travailleurs est en plein développement au Québec. Si l'on se réfère aux pistes de recherches qui étaient proposées dans les premiers travaux qui tentaient de définir la problématique de la réadaptation des travailleurs, on se rend compte que plusieurs études sont venues apporter des éléments de réponse aux multiples

interrogations posées par un phénomène aussi complexe et multifactoriel que la réinsertion professionnelle des travailleurs. À ma connaissance, plusieurs autres recherches sont en cours et semblent prometteuses. Par exemple, en conjonction avec le programme clinique Prévicap et l'équipe de recherche qui y est associée, des recherches visent à comprendre le processus de décision à l'intérieur d'une équipe clinique interdisciplinaire qui collabore avec les partenaires du milieu, à en saisir le système de valeurs qui guide l'action et à produire des trajectoires typiques de travailleurs selon l'issue de la réinsertion. Ces trajectoires typiques ont déjà permis de mettre en lumière des nœuds qui font varier la trajectoire du travailleur et ouvrent la piste à des recherches sur le processus de guérison dans un tel contexte thérapeutique. Les résultats de ces recherches pourront servir dans le cadre de l'expansion en cours à quatre centres au Québec de ce modèle de clinique. Il y a aussi actuellement d'autres recherches qui veulent suivre une cohorte de travailleurs du secteur de la construction et évaluer l'implantation d'un programme de collaboration précoce dans ce contexte clinique. Ces recherches permettront aussi de valider la théorie sous-jacente au programme de retour thérapeutique au travail. Une autre équipe de chercheurs est aussi présentement à faire une étude prospective longitudinale de travailleurs lombalgiques afin d'identifier les déterminants de l'incapacité chronique.

- 87 À moyen terme, des recherches sont prévues afin de valider sur un grand nombre d'entreprises le modèle conceptuel sur les composantes et les déterminants organisationnels du maintien du lien d'emploi. Ce modèle validé servira à construire des outils qui permettront d'identifier les obstacles et les facilitants à l'implantation de programmes de retour et de maintien du lien d'emploi dans les entreprises. Dans la continuité d'un projet en cours, les outils d'aide à la décision développés pour le choix des postes en assignation temporaire par les acteurs de l'entreprise et les outils de communication avec les médecins traitants des travailleurs blessés devront être validés sur un grand nombre de cas dans différentes entreprises de plusieurs secteurs d'activité. Pour ce faire, des relayeurs du milieu devront être identifiés et formés.
- 88 Dans le but de mieux comprendre la relation entre les acteurs médicaux et les travailleurs, une étude prévoit observer la pratique des physiothérapeutes impliqués dans la réadaptation des travailleurs souffrant de maux de dos subaigus et une autre étude cherche à comprendre l'effet des diagnostics multiples, et souvent conflictuels, donnés par des professionnels de la santé aux travailleurs avec un mal de dos sur le processus de retour au travail.
- 89 La question des relations entre les conseillers en réadaptation de l'organisme assureur (CSST) et leurs clients travailleurs accidentés n'est pas en reste puisque quelques études sont maintenant en cours afin d'outiller les conseillers pour faire face à des cas complexes et de longue durée. On cherche aussi à mieux comprendre le parcours de changement intrapsychique des travailleurs durant ce processus de transition qu'est la réadaptation et à analyser l'impact de l'adhésion du travailleur accidenté aux recommandations proposées par son conseiller en réadaptation, tout ceci dans le but d'identifier des prédicteurs de succès, de rechute ou d'échec dans le processus de réadaptation.
- 90 Finalement, un projet est en cours visant à documenter la trajectoire et l'accès à l'indemnisation pour les travailleurs immigrants victimes de lésions musculo-squelettiques et à identifier les barrières lors de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle.

- 91 Loin d'être isolées de la mouvance scientifique internationale, les recherches entreprises durant les quinze dernières années s'y sont inspirées et ont contribué à alimenter une meilleure connaissance, et quelquefois des débats, sur les facteurs à l'œuvre dans le processus de réadaptation des travailleurs. Une meilleure compréhension des facteurs de chronicité et la mise en lumière de l'importance des facteurs structurels, la prise en compte du retour au travail comme objectif à toute forme de thérapie et le développement d'interventions le favorisant comme les équipes thérapeutiques multidisciplinaires et la coordination des soins, l'importance de l'activité et le retour au travail précoce comme objectif thérapeutique, le développement d'outils et l'implantation de mesures de maintien du lien d'emploi pour ce faire sont des pistes de recherches qui ont guidé l'action ces dernières années en vue de permettre aux entreprises de mieux prendre en charge la réinsertion des travailleurs blessés et à ceux-ci de maintenir leur employabilité. Cette préoccupation constante d'intégrer les milieux de travail dans la recherche de solutions est d'ailleurs une spécificité, sur la scène internationale, de la recherche québécoise en réinsertion professionnelle des travailleurs. Un souci constant d'intégrer les différents acteurs intervenant dans le processus de réadaptation des travailleurs se manifeste aussi dans la création des modèles conceptuels permettant de mieux comprendre la réinsertion professionnelle. L'implication et l'amélioration des relations entre les acteurs médicaux, administratifs, du milieu de travail et des travailleurs ont été soulignées et prises en compte dans plusieurs études.
- 92 Par contre, malgré ces avancées, beaucoup reste encore à faire pour permettre aux travailleurs victimes de lésions professionnelles de réintégrer pleinement leurs rôles sociaux de citoyen et de travailleur. Jusqu'à maintenant, nous ne possédons que très peu d'indicateurs statistiques fiables permettant de faire le suivi et de mieux comprendre l'évolution des caractéristiques sociodémographiques de la clientèle de la réadaptation, notamment le plus grand risque de réadaptation et les difficultés de réinsertion professionnelle liés à des facteurs comme l'âge. Il est aussi difficile de comparer les secteurs d'activités économiques et d'explorer les dynamiques régionales. Il serait aussi impératif de développer une stratégie pour recueillir les données en termes d'issues de la réinsertion professionnelle et de trajectoires sur le marché du travail. Étant donné leur importance, la plupart des recherches se sont concentrées sur les troubles musculosquelettiques, particulièrement les maux de dos. Il y aurait lieu d'élargir aux autres types de lésions professionnelles, ce qui commanderait peut-être des solutions thérapeutiques spécifiques, malgré que certains résultats de recherches semblent démontrer que – du point de vue psychosocial – les problématiques se ressemblent peu importe le type de lésions.
- 93 Les aspects psychologiques et sociaux de la réadaptation sociale et professionnelle des travailleurs sont encore trop peu connus, hormis les facteurs directement en lien avec les milieux de travail. Ils sont particulièrement méconnus pour la catégorie de travailleurs qui ne réintègre pas le marché du travail chez son ancien employeur et qui doit se confronter à une reconversion professionnelle et affronter, souvent avec des limitations fonctionnelles permanentes, le marché du travail. Il serait essentiel d'entreprendre des études sur les mécanismes de développement des troubles psychologiques à la suite d'une lésion professionnelle et d'explorer leurs phases d'évolution en rapport avec les différentes séquences identifiables dans le processus de réadaptation (consolidation médicale, délais et attentes, retour au travail, recherche d'emploi, etc.). Il serait aussi important d'étudier le rôle des douleurs chroniques résiduelles dans l'évolution des

problèmes psychologiques et comportementaux. Pour les dimensions sociales du processus, les futures recherches devraient explorer les répercussions dans l'entourage, plus particulièrement au sein de la famille, décrire les mécanismes et évaluer les rôles des réseaux primaires, professionnels et communautaires dans le soutien des travailleurs en réadaptation et évaluer leur rôle potentiel dans le développement de stratégies efficaces de réinsertion sociale et professionnelle. En ce sens, des initiatives comme les expériences de groupes de soutien pour les travailleurs atteints de surdit seraient peut-tre largir d'autres lsions et valuer. Il faudrait aussi explorer et dcrire la dynamique des facteurs qui contribuent stigmatiser socialement les travailleurs ayant des limitations fonctionnelles. Finalement, il faudrait dvelopper et valider des outils permettant l'valuation des besoins des travailleurs en radaptation en matire de support psychologique et social afin de dvelopper des approches innovatrices de relation d'aide, pour les travailleurs et leurs conjoints.

- 94 La plupart des recommandations de recherche s'accordent pour souligner l'importance de la dimension temporelle dans le processus. En effet, le temps fait ressentir son influence dans l'augmentation des cots du rgime, dans la diminution des chances de retour au travail au fur et mesure que se prolonge la radaptation, dans la structuration du discours des travailleurs, dans le processus de restructuration de l'identit sociale et professionnelle, dans l'essoufflement du support des rseaux sociaux, etc. Pour mieux comprendre cette structure temporelle du processus et son influence, il faudrait suivre pour une cohorte de travailleurs l'ensemble des dynamiques mdicales, institutionnelles, sociales et psychologiques, de manire identifier les squences significatives du processus de rinsertion sociale et professionnelle et les facteurs qui influencent son droulement. Ces connaissances pourraient servir dvelopper des modles d'intervention visant attnuer l'effet des facteurs identifis. Il faudrait par la suite les valuer sur la base des rsultats du retour au travail et la stabilit de ce retour court et long termes.
- 95 Jusqu' maintenant, la dtermination des limitations fonctionnelles par les mdecins ne relve pas d'une dmarche rigoureuse. Les conseillers en radaptation et les intervenants dans les entreprises responsables de la prise en charge des travailleurs blesss se sentent particulirement dmunis lorsqu'il s'agit de dterminer le processus de retour au travail sur la base de ces limitations fonctionnelles, sans connatre les exigences concrtes du travail. Des recherches seraient ncessaires pour comprendre et amliorer les processus de dtermination des limitations fonctionnelles, en valuer les pratiques et leurs effets sur les travailleurs et le retour au travail. Des outils d'analyse des capacits fonctionnelles des travailleurs et des exigences fonctionnelles du travail ont t dvelopps ces dernires annes, mais nous savons qu'il faut les valider et en augmenter la convivialit pour qu'ils soient utiliss dans la pratique courante des intervenants. En ce sens, au Qubec, tout un pan de la recherche serait dvelopper en ergonomie de la radaptation. De plus, le rle et les besoins de formation des mdecins traitants et des autres intervenants mdicaux dans le processus mriteraient d'tre mieux documents.
- 96 Des questionnements subsistent encore sur le rle thrapeutique des mesures de maintien du lien d'emploi comme l'assignation temporaire telles que pratiques dans les entreprises l'heure actuelle et, jusqu' maintenant, aucune tude au Qubec n'a tent de documenter l'influence possible de ces mesures sur les aggravations de lsions et les rechutes.

- 97 Finalement, tout au long du processus de réinsertion sociale et professionnelle, une multitude d'acteurs provenant de différents univers ont à intervenir. Chaque acteur a ses propres façons de voir et de faire, en même temps qu'il véhicule un ensemble de valeurs et de normes issus de son milieu culturel, social et professionnel. Travailleurs, parents et amis, intervenants médicaux, employeurs, représentants patronaux et syndicaux, agents d'indemnisation, conseillers en réadaptation entrent en relation les uns avec les autres à un moment ou l'autre au cours du processus, chacun avec une perspective différente des autres. Les incompréhensions entre les acteurs sont souvent à l'origine de faux pas, de délais et de contestations. Il y a donc lieu d'explorer le champ des interrelations entre les principaux acteurs dans le processus et de développer des modèles conceptuels qui les prennent en compte.
- 98 La problématique de la réinsertion professionnelle des travailleurs dans le contexte québécois est de mieux en mieux cernée et comprise au fur et à mesure de la publication des résultats de la recherche et des interventions. Il reste beaucoup à faire et on ne peut que souhaiter que des ressources et des énergies y soient encore consacrées dans l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

- Abenham, L., Suissa, S. (1986). *L'ampleur économique des maux de dos d'origine professionnelle*. IRSST, 3 p.
- Baril, R. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sur le marché du travail des travailleurs et des travailleuses après un passage en réadaptation. Dans *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*. Éditions Multimondes, Ibis Press & Office des personnes handicapées du Québec, 765-770.
- Baril, R., Martin, J.C., Lapointe, C., Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. IRSST, R-082, 413 p.
- Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P., Pajot, A. (200). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. IRSST, R-238, 159 p.
- Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P., Pajot, A. (2001). Les interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises : facteurs facilitants et obstacles organisationnels. Comptes rendus du congrès SELF-ACE, *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*, Montréal, 3-4-5 octobre, 180-184.
- Baril, R., Berthelette D., Massicotte P. (2003). Early Return-to-Work for Injured Workers : Multidimensional Patterns of Individual and Organizational factors. *Safety Science*, 41, 4.
- Baril, R., Stock, S., Deguire, S., Dion-Hubert, C., Haffard, A., Lapointe, C., Sauvage J., Simoneau, S., St-Jacques, Y., Vaillancourt, C. (2002). Outils d'aide à la décision pour le maintien et le retour au travail des travailleurs atteints de troubles musculo-squelettiques. *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 63, 3-4, 302.

Berthelette, D., Baril, R., Massicotte, P., Ross, C., Gourde, D., Pajot, A. (2001). Les déterminants organisationnels de l'implantation de programmes de retour précoce au travail suite à une lésion professionnelle. Comptes rendus du congrès SELF-ACE, Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie. Montréal, 3-4-5 octobre, 162-165.

Berthelette, D., Baril, R. (2002). Les dimensions des interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles. *PISTES*, 4, 2. <http://pistes.revues.org/532>

Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) (1993). Le maintien du lien d'emploi. Pour un prompt et durable retour au travail. Gouvernement du Québec, 15 p.

Dionne, C.E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S.R., Nouwen, A., Baril, R. (2002). Predicting Return to Work in Good Health Among Back Pain Patients. In *Primary Care Setting : The RAMS-Prognosis Study. The Fourth International Forum For Primary Care Research on Low Back Pain*, Israël, 16-18 March.

Dionne, C.E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S.R., Nouwen, A., Blanchette, C. (2002). Predictors of Return To Work in Good Health Among Back Pain Patients In *Primary Care Setting : 3-month outcome in the RAMS-Prognosis Study. Montreal International Forum V for Primary Care Research on Low-Back Pain*, Montreal, Canada, 10-11 May, 48.

Dupuis, M. (1994). Le mal de dos : déficience ou handicap ? In *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*. Éditions Multimondes & Office des personnes handicapées du Québec, 833-838.

Durand, M.J., Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail, d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *PISTES*, 3, 2. <https://pistes.revues.org/3799>

Durand, M.J., Loisel, P. (2001). Therapeutic Return to Work : Rehabilitation in the workplace. *Work*, 17, 57-63.

Falardeau, A., Vézina, N. (2002). Rotation des postes, assignation temporaire et gestion des absences dans une usine d'abattage et de transformation du porc. *PISTES*, 4, 2. <http://pistes.revues.org/545>

Fougeyrollas, P. (1994). Les modèles explicatifs des conséquences des maladies et traumatismes : le processus de production des handicaps. In *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*. Éditions Multimondes & Office des personnes handicapées du Québec, 45-57.

Fougeyrollas, P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : Enjeux socio-politiques et contributions québécoises. *PISTES*, 4, 2. <http://pistes.revues.org/555>

Frank, J., Guzmán, J., (compilers) and Work-Ready Group (Stock S., Baril R., Deguire S., Durand M.-J., Loisel P., Rossignol M., Yassi A., Cooper J., Friesen M., Bombardier C., Clarke J., Cole D., Côté P., Pennick V.) (1999). *Facilitation of Return to Work After a Soft Tissue Injury : Synthesizing Evidence and Experience. A HealNet report on the finding of the Work-Ready Project*. 140 p.

Gervais, M. (1988). *Profil statistique des lésions avec incapacité permanente*. IRSST, B-009, 57 p.

Gingras, J. (1997). *L'influence du soutien social au travail sur le bien-être psychologique et la satisfaction au travail d'individus ayant subi une lésion professionnelle et ayant été réintégrés au travail*. Mémoire de maîtrise. Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, 75 p.

Gosselin, L. (1994). L'ergonomie au service de la réinsertion professionnelle précoce chez le travailleur lombalgique. In *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, Éditions Multimondes & Office des personnes handicapées du Québec, 789-794.

- Hétu, R., Riverin, L., Lalande, N., Getty, L., St-Cyr, C. (1988). Qualitative analysis of the handicap associated with occupational hearing loss. *British Journal of Audiology*, 22, 251-264.
- Hétu, R., Getty, L. (1990). *Développement d'un programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de surdité professionnelle et de leur conjointe ou conjoint*. Compte rendu de l'étude, Groupe d'acoustique de l'Université de Montréal, 60 p.
- Hétu, R., Riverin, L., Getty, L., Lalande, N., St-Cyr, C. (1990). The reluctance to acknowledge hearing difficulties among hearing impaired workers. *British Journal of Audiology*, 24, 1, 265-276.
- Hétu, R., Getty, L. (1994). *Enquête sur les attitudes, les connaissances et les comportements des travailleurs à l'égard des personnes atteintes de surdité professionnelle. Une première étape dans l'élaboration d'un programme de sensibilisation*. IRSST, R-084, 56 p.
- Jéquier, J.C., Gauthier, J.M., Lapointe, C., Dion-Hubert, C., Drouin, G., Dupuis, M., Robert, J.M. (1989). Modèle d'approche multidisciplinaire. In Poirier, F., Bédard, L., Harvey, G., Poitras, C. (eds) *La réadaptation et l'ergonomie : Symposium de l'Association canadienne d'ergonomie et de la Faculté de médecine de l'Université Laval*, 147-160.
- Lapointe, C. (1991). *Procédure d'intégration professionnelle à l'usage du conseiller en réadaptation*. IRSST, B-023, 54 p. et annexes.
- Lavoie, M., Laplante, N. (2001). *Processus d'implantation de l'assignation temporaire et son impact sur la performance en sécurité du travail*. Les actes du XXIII^e congrès de l'Association québécoise pour l'hygiène, la santé et la sécurité du travail (AQHSST), Hull, 9-10-11 mai, 83-91.
- Leclaire, R., Dupuis, M., Proulx, R., Esdaile, J., Rossignol, M., Suissa, S. (1996). *Évaluation des classes de dos (back-school) dans le traitement des affectations vertébrales lombaires aiguës par étude contrôlée avec randomisation*. IRSST, R-123, 31 p...
- Lévesque, M. (1993). *L'assignation temporaire dans les établissements affiliés à la CSN : état de la situation*. Enquête réalisée pour la Confédération des syndicats nationaux, Centre de recherche et d'évaluations sociales et appliquées, 100 p.
- Loisel, P., Durand, P., Gosselin, L., Abenhaim, L. (1994a). La thérapie de récupération fonctionnelle : un modèle clinique de réinsertion précoce des travailleurs atteints de maux de dos. Dans *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*. Éditions Multimondes & Office des personnes handicapées du Québec, 749-756.
- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., Esdaile, J. (1994b). Management of occupational back pain : the Sherbrooke model. Result of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, 51, 597-602.
- Loisel, P., Durand, P., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., Abenhaim, L., Suissa, S., Esdaile, J. (1996). *La clinique des maux de dos. Un modèle de prise en charge en prévention de la chronicité*. IRSSTR-140, 113 p.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J., Suissa, S., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., Lemaire, J. (1997). A Population-based, Randomized Clinical Trial on Back Pain Management. *Spine*, 22, 24, 2911-2918.
- Loisel, P., Gosselin, L., Durand, P., Lemaire, J., Poitras, S., Abenhaim, L. (2001a) Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Applied Ergonomics*, 32, 53-60.
- Loisel, P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., Tremblay, C. b) Disability Prevention. New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disability Management Health Outcomes*, 9, 7, 351-360.

- Loisel, P., Lemaire, J., Poitras, S., Durand, M.J., Champagne, F., Stock, S., Diallo, B., Tremblay, C. (2002). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management : A six year follow-up study. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 12.
- Lortie, M. La réinsertion des accidentés du dos : Perspectives ergonomiques. Dans Poirier, F., Bédard, L., Harvey, G., Poitras, C. (1989). *La réadaptation et l'ergonomie : Symposium de l'Association canadienne d'ergonomie et de la Faculté de médecine de l'Université Laval*, 100-114.
- Martin, J.C., Baril, R. (1993). Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés. *Revue internationale d'action communautaire*, 29, 69, 109-124.
- Martin, J.C., Baril, R. (1995). L'exclusion comme effet de trajectoire administrative et de cheminement individuel. *Lien social et Politiques*, 34, 131-140.
- Martin, J.C., Baril, R. (1996). *Le cheminement identitaire des travailleurs accidentés : les rapports entre le temps bureaucratique et le temps vécu*. In *Constructions sociales du temps, Les nouveaux cahiers du Célat*, Éditions du Septentrion, 157-170.
- Mayer, T.G., Gatchel, R.J., Kishino, N., et coll. (1985). Objective assessment of spine function following industrial injury : A prospective study with comparison group and one-year follow-up. *Spine*, 10, 482-493.
- Rossignol, M., Suissa, S., Abenhaim, L. (1988). Working Disability Due to Occupational Back Pain : Three-year Follow-up of 2,300 Compensated Workers in Quebec. *Journal of Occupational Medicine*, 30, 6, 502-505.
- Rossignol, M., Séguin, P., Abenhaim, L., Suissa, S. (1991). *Experimental evaluation of a program for the coordination of health care in compensated workers with back pain : A feasibility study*. Montreal, Quebec : Sacré-Cœur Hospital.
- Rossignol, M., Séguin, P., Abenhaim, L., Collet, J.P., Ducruet, T., Shapiro, S., Pelletier, N., Neveu, A., Dutil, C., Lalonde, L. (1999). *Évaluation d'un programme de coordination des soins pour les maux de dos*. Rapport synthèse, Direction de la Santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 3, 2, 1-4.
- Rossignol, M., Abenhaim, L., Séguin, P., Neveu, A., Collet, J.P., Ducruet, T., Shapiro, S. (2000). Coordination of Primary Health Care for Back Pain. A Randomized Controlled Trial. *Spine*, 25, 2, 251-259.
- Séguin, P., Rossignol, M. (1994). La réadaptation au travail après un accident au dos. In *Élargir les horizons. Perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*. Éditions Multimondes, Ibis Press & Office des personnes handicapées du Québec, 757-763.
- Spitzer, W.O., LeBlanc, F.E., Dupuis, M., Abenhaim, L., Bélanger, A.Y., Bloch, R., Bombardier, C., Cruess, R.L., Drouin, G., Duval-Hesler, N., Laflamme, J., Lamoureux, G., Nachemson, A., Pagé, J.J., Rossignol, M., Salmi, L.R., Salois-Arsenault, S., Suissa, S., Wood-Dauphiné, S. (1987). Scientific Approach to the Assessment and Management of Activity-related Spinal Disorders. A monograph for Clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders, *Spine*, 12, 7S, 59 p.
- Stock, S., Deguire, S., Baril, R., Durand, M.J. (1999). *Travailleuses et travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques : les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal »Workready« Phase 1 : Volet qualitatif québécois*. Direction de la santé publique-Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, R-297, 82 p.
- Stock, S., Baril, R., Deguire, S., Dion-Hubert, C., Haffar, A., Lapointe, C., Simoneau, S., Sauvage, J., Vaillancourt, C., Shardonofsky, S. (2000). Development of Workplace Strategies and Decision Aid

Tools for Early Return to Work of Workers with Back Pain. *Proceeding of Back Pain and Disability - Unraveling the Puzzle*, New York, November 30-December 2, 181-182.

Stock, S., Deguire, S., Baril, R., Durand, M.J. (2001). Return to work : Opening the black box. Fourth International Scientific Conference on Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders, Program and Abstract Book, PREMUS, 136.

Stock, S., Baril, R., Deguire, S., Dion-Hubert, C., Haffar, A., Lapointe, C., Sauvage, J., Simoneau, S., St-Jacques, Y., Vaillancourt, C. (2001). Decision Aid Tools for Modified Work for Workers with Musculoskeletal Disorders. *Comptes rendus du congrès SELF-ACE 2001 - Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*, Montréal, 3-4-5 octobre, 149-152.

Truchon, M., Fillion, L. (2000a). Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Une recension systématique des écrits. IRSST, R-253, 46 p.

Truchon, M., Fillion, L. (2000b). Biopsychosocial Determinants of Chronic Disability and Low-Back Pain : a Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10, 117-142.

Truchon, M. (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain : Towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation*, 23, 7, 758-767.

Trudel, A., Gauthier, F. (2001). *Élaboration d'un outil de sélection des tâches lors d'une assignation temporaire en fonction des limitations fonctionnelles présentées par les employés dans une usine de fabrication de meubles*. Les actes du XXIII^e congrès de l'Association québécoise pour l'hygiène, la santé et la sécurité du travail (AQHSST), Hull, 9-10-11 mai, 93-100.

World Health Organisation. (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*. Geneva, WHO.

RÉSUMÉS

La recherche sur la réadaptation et la réinsertion professionnelle des travailleurs avec des lésions professionnelles est relativement récente au Québec. Cet article présente un bilan de la recherche au Québec dans les 15 dernières années, soit depuis la publication du « rapport Spitzer ». Orienté principalement sur les développements dans le domaine des sciences humaines et sociales ainsi que clinique, cet article retrace les grandes étapes qui ont marqué cette histoire courte mais féconde. Les premières études ont fait prendre conscience d'une problématique de réinsertion professionnelle des travailleurs jusque-là pratiquement ignorée par les chercheurs. Très tôt orientée vers l'action, la recherche a cherché à outiller les intervenants et à développer de nouveaux modèles d'intervention. L'émergence de nouvelles formes de prise en charge qui allient les aspects cliniques et la prise de conscience de l'importance des facteurs reliés au milieu de travail dans la réinsertion professionnelle des travailleurs orientent les nouvelles recherches.

Research into the rehabilitation and reintegration of workers suffering from occupational injuries is fairly recent in Québec. This paper presents a review of the research done in this field in Québec in the last 15 years - in other words, since the publication of the Spitzer report. It focuses mainly on developments in the humanities and in the social and clinical sciences, and examines the major elements that have marked this short but fertile period of research history. Early research uncovered the problem of worker reintegration, which had been virtually ignored by researchers until then. Action-oriented, its goal was to provide tools for those concerned, and develop new intervention models. More recent research has been shaped by the emergence of new forms of management combining clinical factors with awareness of the importance of workplace elements in worker reintegration.

La investigation sobre la rehabilitación y la reinserción profesional de los trabajadores con lesiones laborales es bastante nueva en el Quebec. Este artículo presenta un balance de la investigación en el Quebec en los 15 últimos años, o sea desde la publicación del “informe Spitzer”. Orientado principalmente en los desarrollos en el ámbito de las ciencias humanas y sociales así como clínico, este artículo analiza las grandes etapas importantes de esta historia corta pero productiva. Los primeros estudios han puesto de relieve una problemática de reinserción profesional de los trabajadores hasta ahora casi ignorada por los investigadores. Desde el principio orientada hacia la acción, la investigación tuvo el objetivo de dar instrumentos a los intervinientes y a desarrollar nuevos modelos de intervención. La emergencia de nuevas formas de cuidado que vinculan los aspectos clínicos y la sensibilización de la importancia de los factores laborales en la reinserción profesional de los trabajadores orientan las nuevas investigaciones.

INDEX

Mots-clés : réadaptation des travailleurs, réinsertion professionnelle, facteurs psychosociaux, milieu de travail, prise en charge des lésions professionnelles

Keywords : worker rehabilitation, workplace reintegration, psycho-social factors, workplace, occupational injury management

Palabras claves : rehabilitación de los trabajadores, reinserción profesional, factores psicosociales, ambiente de trabajo, cuidado de lesiones profesionales

AUTEUR

RAYMOND BARIL

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