

Quels sont les déterminants du retour au travail durable des travailleurs seniors ayant subi une lésion psychologique ou physique?

Alessia Negrini
Marc Corbière
Jessica Dubé
Andrea Gagnano
Marc-Antoine Busque
Martin Lebeau
Margherita Brondino
Samantha Vila Masse

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1116

NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

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

Mission

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

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

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

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

Pour en savoir plus

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2020

ISBN : 978-2-89797-136-6

ISSN : 0820-8395

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

Téléphone : 514 288-1551

publications@irsst.qc.ca

www.irsst.qc.ca

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

Octobre 2020

Quels sont les déterminants du retour au travail durable des travailleurs seniors ayant subi une lésion psychologique ou physique?

Alessia Negrini¹, Marc Corbière², Jessica Dubé¹, Jessica Dubé¹, Andrea Gragnano², Marc-Antoine Busque¹, Martin Lebeau¹, Margherita Brondino³, Samantha Vila Masse⁴

¹ IRSST

² Université du Québec à Montréal

³ Università di Verona

⁴ Université de Montréal

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1116



Avis de non-responsabilité

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

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

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

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



ÉVALUATION PAR DES PAIRS

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

REMERCIEMENTS

Les premiers remerciements vont à tous les travailleurs seniors qui, après être retournés au travail, ont accepté de participer à notre étude et de contribuer à travers leur expérience à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Notre équipe voudrait remercier tous les collaborateurs (p. ex. : cliniciens, professionnels de la santé et intervenants dans des cliniques d'ergothérapie ou des centres de réadaptation, conseillers syndicaux de grandes centrales syndicales, associations, organisations) qui ont référé des participants répondant aux critères d'inclusion et/ou diffusé l'information de l'étude auprès de leurs patients/employés/collègues.

Les auteurs tiennent également à saluer le travail des membres du Comité de suivi pour leurs précieuses suggestions, qui nous ont permis de bien orienter le contenu des énoncés de l'outil ACT45+ pour les besoins de la population de travailleurs faisant l'objet de cette étude.

Aussi, nous tenons à témoigner notre gratitude aux professeurs italiens Franco Fraccaroli (Università di Trento) et Margherita Pasini (Università di Verona) pour leurs précieux conseils quant aux outils de mesure, ainsi qu'aux collaborateurs qui se sont succédé dans le cadre de cette étude : Geneviève Brisebois, Joëlle Cossette, Marie Comeau, Julie Hupé, Lancelot Legendre Courville et Rita Najj.

Merci aussi à l'illustrateur québécois Philippe Béha pour la création de l'image utilisée pour recruter les participants de cette étude et à Lucie Trudel pour la transcription des *verbatim* de la *Phase 1*.

Un remerciement particulier est destiné à Martine Poulin et aux collègues de l'IRSST : Gaétan Boucher, Dominique Desjardins et Maura Tomi pour leur soutien dans le développement et la diffusion du matériel visuel pour recruter les participants; Catherine Dufresne, Maryse Gagnon et Ai-Thuy Huynh pour la mise à jour minutieuse des références consultées et citées dans cette étude; Monica Mirea, Carole Bellazzi, Manon Levesque et aux autres collègues qui se sont occupés de la relecture de ce rapport.

La réalisation de cette étude a été possible grâce au soutien financier de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

SOMMAIRE

Le vieillissement de la population est un thème complexe et sensible qui concerne plusieurs acteurs et sphères de la société (emploi, santé, finances). Cette étude porte sur le retour au travail durable¹ après une lésion de nature psychologique (LÉS_PSY; p. ex. : dépression) ou physique (LÉS_PHY; p. ex. : troubles musculosquelettiques) chez les travailleurs « seniors » âgés de 45 ans et plus. Au Québec, l'analyse des données de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) de 2013 à 2015 a permis de constater que le groupe de travailleurs âgés de 45 ans et plus (travailleurs seniors) se caractérise par une durée d'absence moyenne plus longue pour les lésions avec une perte de temps indemnisée (PTI) de nature psychologique ou physique par rapport à ceux qui sont âgés de 44 ans et moins (Busque et Lebeau, 2019). Pour la même période, les coûts totaux et moyens annuels par lésion sont plus élevés pour les travailleurs seniors (Busque et Lebeau, 2019).

L'objectif général de cette étude est d'identifier les déterminants du retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus ayant subi une lésion professionnelle de nature psychologique (LÉS_PSY) ou physique (LÉS_PHY). Cet objectif se décline en quatre objectifs spécifiques : a) concevoir l'outil intitulé « **ACT45+** » (acronyme d'**A**ménagements des **C**onditions de **T**ravail pour les travailleurs seniors âgés de **45** ans et **plus**) pour répertorier quels sont les aménagements² des conditions de travail spécifiques mis en place pour faciliter le retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus ayant subi une LÉS_PSY ou une LÉS_PHY; b) valider l'outil ACT45+; c) identifier quels sont les aménagements les plus souvent implantés; d) définir un modèle de prédiction du retour au travail durable intégrant les facteurs psychosociaux, les aménagements des conditions de travail, les aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail.

L'étude est fondée sur un devis mixte à volet qualitatif (*Phase 1*) et quantitatif (*Phase 2*). À la *Phase 1*, 32 entrevues qualitatives semi-structurées ont été effectuées auprès de travailleurs seniors ayant vécu une lésion totalement ou partiellement liée au travail ($n = 15$ LÉS_PSY; $n = 17$ LÉS_PHY). L'analyse et l'interprétation du contenu des entrevues qualitatives ont permis de dégager les éléments essentiels pour concevoir les dimensions conceptuelles et les énoncés (items) de l'outil ACT45+. Cette première phase de l'étude a été suivie par une *Phase 2* au cours de laquelle la validation du questionnaire a été complétée et un recueil des données a été effectué de façon longitudinale (suivi aux six mois) auprès de 65 travailleurs seniors ($n = 34$ LÉS_PSY; $n = 31$ LÉS_PHY). Le retour au travail durable a été mesuré à l'aide de la variable **durée du**

¹ Dans le cadre de cette étude, **retour au travail durable** est synonyme de « maintien en emploi », pour indiquer que le travailleur reste dans la même organisation au même poste qu'il occupait avant l'absence ou encore un autre poste, avec un lien d'emploi à temps plein ou à temps partiel. Le retour au travail est « durable » si le travailleur se maintient en emploi au moins six mois après y être retourné à la suite d'une absence due à une lésion professionnelle de nature psychologique ou physique (définition adaptée de Dekkers-Sánchez, Wind, Sluiter et Frings-Dresen, 2011; Etuknwa, Daniels et Eib, 2019).

² Dans cette étude les **aménagements des conditions de travail** font référence à des mesures « raisonnables et faisables » prises par l'employeur ou par d'autres acteurs de l'organisation, dans le but de faciliter le retour au travail durable. Ces mesures peuvent être la conséquence de l'obligation légale de l'employeur d'accommoder, ou encore relever d'ajustements mineurs ou de soutiens naturels qui ne renvoient pas à l'aspect légal du terme (Corbière *et al.*, 2019; Corbière, Villotti, Lecomte, *et al.*, 2014; MacDonald-Wilson, Rogers, Massaro, Lyass et Crean, 2002; Schultz, Krupa, Rogers et Winter, 2012; Villotti *et al.*, 2017). Ils concernent davantage le contexte de travail, le contenu du travail et les relations interpersonnelles. Toutefois, des aménagements « **hors travail** » pris par le travailleur lui-même ou par d'autres acteurs de son contexte de vie hors travail peuvent être implantés dans le but de faciliter le retour au travail durable après une absence due à une lésion professionnelle (Negrini *et al.*, 2019).

retour au travail durable (distance en mois entre la date du retour au travail et la date du T2). Des analyses statistiques de différent ordre ont été effectuées pour répondre aux objectifs spécifiques de l'étude.

Les aménagements les plus souvent implantés ($\geq 70\%$) sont le *Plan de retour au travail et suivi* et l'*Horaire et lieu de travail*. Les aménagements *Santé au travail* et *Soutien des collègues* montraient une différence selon le type de lésion, car ils étaient plus souvent implantés pour faciliter le retour au travail durable à la suite d'une lésion physique que psychologique. Ces aménagements ont été implantés plus souvent auprès des travailleurs ayant subi une LÉS_PHY, car leur entourage connaissait probablement leur diagnostic et/ou ils l'ont divulgué pour pouvoir demander des aménagements. Ceci est souvent plus difficile dans les cas d'absences liées à des LÉS_PSY. La durée du retour au travail durable est influencée par deux variables référant au contexte de travail (*Ergonomie*) et à la santé psychologique au travail (*Appréhension d'une rechute*). En général, il a été possible de constater que la présence d'aménagements et de facteurs psychosociaux favorables au climat de sécurité et à l'équilibre santé-travail, ainsi que des aspects de la santé psychologique au travail contribuent indirectement à la durée du retour au travail durable des travailleurs seniors.

En se basant sur les résultats de cette étude, les acteurs des milieux concernés (p. ex. : les coordonnateurs du retour au travail, les supérieurs immédiats, les syndicats, les intervenants en réadaptation au travail) pourront utiliser l'outil ACT45+ pour identifier d'une part, les aménagements qui peuvent être mis en place pour favoriser le retour au travail durable des travailleurs seniors et d'autre part, les leviers qui peuvent assurer un maintien en emploi, en santé, des travailleurs seniors.

Note. Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	xi
1. INTRODUCTION ET ÉTAT DES CONNAISSANCES	1
1.1 Les travailleurs seniors selon le critère d'âge « 45 ans et plus »	1
1.2 Un aperçu des lésions professionnelles subies par les travailleurs seniors.....	2
1.3 Un aperçu des coûts engendrés par les lésions professionnelles subies par les travailleurs seniors	4
1.4 Le retour au travail après une absence liée à une lésion de nature psychologique ou physique	6
1.5 Le <i>modèle demandes-ressources au travail</i> pour prédire le retour au travail durable	7
1.5.1 Les facteurs psychosociaux.....	8
1.5.2 Les aménagements des conditions de travail : définition et mesure	10
1.5.3 Les aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail.....	11
1.5.4 Les caractéristiques des travailleurs.....	13
2. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	15
2.1 <i>Phase 1</i> – volet qualitatif : objectif spécifique de recherche.....	15
2.2 <i>Phase 2</i> – volet quantitatif : objectifs spécifiques et hypothèses de recherche.....	15
3. MÉTHODOLOGIE	17
3.1 Le devis de recherche	17
3.2 Stratégies de recrutement utilisées dans les deux phases	17
3.3 <i>Phase 1</i> – volet qualitatif	18
3.3.1 La grille d'entrevue	19
3.3.2 Le portrait sociodémographique des participants interviewés à la <i>Phase 1</i>	19
3.4 La conception et la validation de l'outil ACT45+.....	21
3.5 <i>Phase 2</i> – volet quantitatif	22
3.5.1 La mesure des facteurs psychosociaux et de la santé psychologique au travail au T1 de la <i>Phase 2</i>	22
3.5.2 La mesure du retour au travail durable au T2 de la <i>Phase 2</i>	26
3.5.3 Le portrait sociodémographique des participants à la <i>Phase 2</i>	28
3.5.4 Les analyses statistiques préliminaires.....	29

3.5.5	Les analyses statistiques sur les aménagements des conditions de travail	29
3.5.6	Les analyses statistiques pour la prédiction du retour au travail durable	30
4.	RÉSULTATS	31
4.1	La conception de l'outil ACT45+.....	31
4.2	Les dimensions de l'outil ACT45+	32
4.3	La structure et les échelles de réponse de l'outil ACT45+	36
4.4	La validité de l'outil ACT45+	36
4.5	Les résultats des analyses statistiques préliminaires.....	38
4.6	Les aménagements implantés pour le retour au travail durable des travailleurs seniors.....	39
4.6.1	Les aménagements des conditions de travail selon le type de lésion	40
4.7	Les déterminants de la durée du retour au travail durable	41
4.7.1	La durée du retour au travail durable selon le type de lésion	46
5.	DISCUSSION	47
5.1	Les caractéristiques et la portée de l'outil ACT45+	47
5.1.1	Limites statistiques pour la validité de l'outil ACT45+	49
5.2	Les aménagements implantés pour faciliter le retour au travail durable des travailleurs seniors	50
5.3	Les déterminants du retour au travail durable des travailleurs seniors	52
5.4	Les pistes de recherche futures	54
6.	CONCLUSION.....	57
	BIBLIOGRAPHIE	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Fréquence et durée moyenne annuelle des lésions avec PTI de nature psychologique et physique selon l'âge (2013-2015)	3
Tableau 2.	Fréquence et durée moyenne annuelle des lésions avec PTI avec réadaptation et avec rechute selon le type de lésion et le groupe d'âge (2013-2015)	3
Tableau 3.	Coûts totaux annuels et coûts moyens des lésions acceptées par la CNESST selon l'âge (2013-2015)	4
Tableau 4.	Coûts totaux annuels et coûts moyens des lésions acceptées par la CNESST selon l'âge et le type de lésion (2013-2015)	4
Tableau 5.	Fréquences et coûts des lésions acceptées par la CNESST avec réadaptation et avec rechute selon le groupe d'âge et le type de lésion.....	5
Tableau 6.	Structure de la grille d'entrevue et exemples d'information recueillie.....	19
Tableau 7.	Outils de mesure pour la collecte des données à la Phase 2 – T1	23
Tableau 8.	Outils de mesure pour la collecte des données à la Phase 2 – T2	27
Tableau 9.	Processus de conception et de validation de l'outil ACT45+	32
Tableau 10.	Synthèse des caractéristiques de l'outil ACT45+	35
Tableau 11.	Exemple de la structure de l'outil ACT45+	36
Tableau 12.	Cohérence interne et analyses descriptives de l'outil ACT45+	37
Tableau 13.	Cohérence interne et analyses descriptives des échelles.....	38
Tableau 14.	Les aménagements les plus et les moins implantés ($N = 65$)	39
Tableau 15.	Les aménagements les plus et les moins implantés selon le type de lésion.....	40
Tableau 16.	LÉS_PSY c. LÉS_PHY : comparaison des moyennes au T1 ($N = 65$	41
Tableau 17.	Corrélations entre les prédicteurs de la durée du retour au travail durable et les variables étudiées	44

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Exemple d'affichette.	17
Figure 2.	Les déterminants de la durée du retour au travail durable.	42
Figure 3.	Le modèle complet des déterminants de la durée du retour au travail durable.	45

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACT :	Aménagement des conditions de travail
ACT45+ :	Aménagements des conditions de travail pour les travailleurs seniors âgés de 45 ans et plus
CNESST :	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CST :	Climat de sécurité au travail
ÉTS :	Équilibre travail-santé
FPS_fav :	Facteur psychosocial favorable
FPS_défav :	Facteur psychosocial défavorable
GHQ :	<i>General Health Questionnaire</i>
LÉS_PHY :	Lésions de nature physique
LÉS_PSY :	Lésions de nature psychologique
LT :	Lésions traumatiques
PTI :	Perte de temps indemnisée
RAT-D :	Retour au travail durable
SGT :	Santé générale au travail
SPT_pos :	Santé psychologique au travail – aspect positif
SPT_nég :	Santé psychologique au travail – aspect négatif
SST :	Santé et sécurité du travail
TMS :	Trouble musculosquelettique
WDQ-F :	<i>Work Design Questionnaire</i> – version française
WHB :	<i>Work-Health Balance</i>

1. INTRODUCTION ET ÉTAT DES CONNAISSANCES

Le vieillissement de la population est un thème complexe et sensible qui implique, entre autres, les sphères de l'emploi, de la santé et des finances. En 2018, le taux d'emploi de la population âgée de 45 ans et plus sur le marché du travail régulier québécois était de 42 %, pour un total de 1 808 600 travailleurs (Bastien, N. et Lebeau, 2019).

Plusieurs études ont établi un lien entre l'âge, l'état de santé, l'absentéisme et le temps de retour au travail (Lagerveld *et al.*, 2010; Pichene-Houard, Fassier et Petit, 2013; Varekamp et Van Dijk, 2010; Volker, Zijlstra-Vlasveld, Brouwers, van Lomwel et van der Feltz-Cornelis, 2014). Tout d'abord, à cause du vieillissement physiologique de l'individu, il est normal de s'attendre à ce que la main-d'œuvre vieillissante soit de plus en plus affectée par l'incapacité au travail (Berecki-Gisolf, Clay, Collie et McClure, 2012; Silverstein, 2008; Tissot et Bastide, 2012). Il a été démontré que de mauvaises conditions de santé ainsi qu'une incapacité prolongée (six mois ou plus) peuvent inciter les travailleurs à partir hâtivement à la retraite, c'est-à-dire à quitter leur emploi avant l'âge de la pleine pension ou avec des pénalités financières. Par ailleurs, sur le plan des finances, le remplacement de la main-d'œuvre vieillissante est un problème d'ordre socio-économique qui affecte les organisations québécoises (Finances Québec, 2012).

Toutefois, il n'y a pas, à notre connaissance, de travaux consacrés à l'étude des déterminants du retour au travail durable de la main-d'œuvre âgée de 45 ans et plus qui a subi une lésion professionnelle de nature psychologique ou physique au Québec. Dans cette étude, « **retour au travail durable** » est synonyme de « **maintien en emploi** », pour indiquer que le travailleur **reste** dans la même organisation au même poste qu'il occupait avant l'absence ou encore un autre poste, avec un lien d'emploi à temps plein ou à temps partiel. Le retour au travail durable est défini comme un maintien en emploi pour une période d'au moins **six mois** après y être retourné **à la suite d'une absence** due à une **lésion professionnelle** de nature psychologique ou physique (définition adaptée de Dekkers-Sánchez *et al.* (2011) et de Etuknwa *et al.* (2019)).

1.1 Les travailleurs seniors selon le critère d'âge « 45 ans et plus »

Une variété de termes et d'approches existe dans les publications scientifiques qui se sont intéressées à l'âge des travailleurs et au vieillissement de la main-d'œuvre. L'utilisation des termes « travailleur âgé » ou encore « main-d'œuvre vieillissante », ainsi que les approches pour définir le vieillissement des travailleurs (p. ex. : chronologique, légale, fonctionnelle, psychosociale, organisationnelle) ne font pas l'objet d'un consensus (Bugand *et al.*, 2009; Sterns et Miklos, 1995 cités dans Fraccaroli et Depolo, 2007). Dans le cadre de cette étude, le terme « senior » et le critère d'âge de « 45 ans » sont retenus en continuité des travaux de recherche précédents notamment ceux de Negrini *et al.* (2018) et selon les trois critères suivants : l'année de naissance (approche chronologique), l'étape de carrière (approche vocationnelle-développementale) et l'état de santé (approche fonctionnelle) (adaptés de Sterns et Miklos, 1995 et cités dans Fraccaroli et Depolo, 2007). Plus précisément, à partir de l'âge de 45 ans, les travailleurs sont définis ici comme « seniors », car ils : a) se trouvent dans l'étape intermédiaire de vie au travail pendant laquelle des bilans et des changements importants de carrière professionnelle et de vie surviennent (Greller et Richtermeier, 2006; Lachman, 2004, Marbot, 2005); b) peuvent être en situation de vulnérabilité à cause de leur l'âge et du contexte de travail dans lequel il y a un plus grand risque de lésions professionnelles ou d'incapacité prolongée (Lagerveld *et al.*, 2010; Pichene-Houard *et al.*, 2013; Volker *et al.*, 2014); c) peuvent avoir des

besoins spécifiques en matière de santé et de sécurité du travail (p. ex. : aménagements des tâches ou des horaires de travail) (*National Research Council, 2004*).

1.2 Un aperçu des lésions professionnelles subies par les travailleurs seniors

Les raisons d'absence du travail les plus souvent évoquées et qui comptent pour plus de 50 % des demandes d'invalidité acceptées par les compagnies d'assurance sont celles reliées à des troubles mentaux courants (p. ex. : dépression) et des troubles musculosquelettiques (p. ex. : problèmes de dos) (Durand, Corbière, Coutu, Reinharz et Albert, 2014). Dans cette étude, les **lésions de nature psychologique** (LÉS_PSY)³ sont considérées, ainsi que les **lésions de nature physique** (LES_PHY)⁴. De plus, aux fins de la présente recherche, les LÉS_PSY incluent tant les lésions psychologiques principales que celles consécutives à une LÉS_PHY.

Les lésions professionnelles, tant de nature psychologique que physique, subies par les travailleurs au Québec et ayant entraîné une perte de temps indemnisée (PTI) par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)⁵ de 2013 à 2015 surviennent dans une proportion plus élevée chez les travailleurs âgés de 44 ans et moins (36 213 c. 28 669). Cependant, en analysant la durée d'absence moyenne⁶ entraînée par ces lésions, on constate que ce sont les travailleurs seniors qui s'absentent le plus longtemps (+ 43 jours; 132 c. 89 jours) (Busque et Lebeau, 2019). Ainsi, 42 % de l'ensemble des lésions psychologiques avec PTI surviennent parmi les travailleurs de 45 ans et plus, mais ces lésions représentent 49 % de l'ensemble des jours indemnisés. En matière de lésions physiques, ces proportions sont respectivement de 44 % et 55 %.

L'analyse des données de la CNESST, pour la même période, montre que le groupe de travailleurs âgés de 45 ans et plus se caractérise par une **durée d'absence moyenne** plus longue pour les lésions avec PTI de nature psychologique (+ 76 jours; 307 c. 231) et physique (+ 44 jours; 130 c. 86) par rapport à ceux qui sont âgés de 44 ans et moins (Busque et Lebeau, 2019) (Tableau 1).

³ Parmi les LÉS_PSY peuvent se retrouver les lésions dont la nature est la suivante : dépression, trouble de l'adaptation, trouble anxieux, stress post-traumatique, syndrome d'épuisement professionnel.

⁴ Dans le cadre de cette étude, les LÉS_PHY incluent les lésions traumatiques (LT) et les troubles musculosquelettiques (TMS) acceptés par la CNESST. Les LT regroupent principalement les cas de blessures ou maladies consécutives aux chutes, au fait de se heurter, d'être frappé, coincé ou écrasé par un objet ou de l'équipement, à l'exposition accidentelle à des substances ou des environnements nocifs, aux accidents de transport, aux feux ou explosions, aux voies de fait ou actes violents ainsi que les blessures consécutives aux frottements ou abrasion par friction ou pression. Les TMS regroupent tous les accidents non traumatiques ainsi que les maladies professionnelles résultant d'efforts excessifs, de gestes répétitifs, de postures statiques prolongées, de postures inadéquates ou de vibrations ayant causé des lésions au système musculosquelettique des membres inférieurs, des membres supérieurs, du dos ou du cou. Les principales natures de ces lésions sont les entorses, foulures, ligamentites, bursites, synovites, tendinites, affections du dos, syndromes du canal carpien, douleurs, arthrites et arthroses.

⁵ Pour plus d'informations, consulter le site Web : www.cnesst.gouv.qc.ca.

⁶ La durée moyenne d'absence est un indicateur calculé à partir du nombre de jours indemnisés par la CNESST rapporté sur le nombre de lésions avec perte de temps indemnisée. Cette valeur est exprimée en jours civils.

Tableau 1. Fréquence et durée moyenne annuelle des lésions avec PTI de nature psychologique et physique selon l'âge (2013-2015)

	LÉS_PSY		LÉS_PHY	
	N ^{bre} Lésions	Durée moyenne (n ^{bre} jours)	N ^{bre} Lésions	Durée moyenne (n ^{bre} jours)
≤ 44 ans	596	231	35 617	86
≥ 45 ans	427	307	28 241	130

Note. Lésion avec PTI : lésion avec perte de temps indemnisée

Les lésions (LÉS_PSY et LÉS_PHY) avec PTI **avec réadaptation** pour la période 2013 - 2015, concernent davantage les travailleurs âgés de 45 ans et plus (3 129 c. 2 662). La proportion des lésions avec PTI pour lesquelles il y a présence de réadaptation est plus élevée chez les travailleurs âgés de 45 ans et plus (11 % c. 7 %) et la durée moyenne d'absence, toutes natures de lésion confondues, est de 606 jours chez les 45 ans et plus contre 570 jours chez les 44 ans et moins. Le Tableau 2 donne un aperçu des lésions avec PTI acceptées par la CNESST avec réadaptation durant la période de 2013 à 2015, selon le type de lésion et le groupe d'âge. Les travailleurs âgés de 45 ans et plus rapportent un nombre inférieur de lésions de nature psychologique (97 c. 114) et un nombre supérieur de lésions de nature physique avec réadaptation (3 032 c. 2 547) par rapport aux travailleurs plus jeunes. Pour les deux types de lésions, la durée moyenne d'indemnisation des lésions avec PTI avec réadaptation pour les travailleurs âgés de 45 ans et plus est plus élevée que pour les 44 ans et moins (LÉS_PSY = + 83 jours; 736 c. 653; LÉS_PHY = + 35 jours; 602 c. 567).

Le maintien en emploi de travailleurs qui ont déjà subi une lésion professionnelle réfère au besoin de prévenir les rechutes. De 2013 à 2015, les lésions (LÉS_PSY et LÉS_PHY) avec PTI **avec rechute** concernent davantage les travailleurs seniors (1 277 c. 1 169). La proportion de rechutes est plus élevée chez les 45 ans et plus (4,5 % c. 3,2 %) avec une durée d'absence moyenne annuelle plus longue (+ 73 jours; 342 c. 269) (Busque et Lebeau, 2019). Dans le Tableau 2, on note que les travailleurs âgés de 45 ans et plus rapportent un nombre inférieur de lésions de nature psychologique (30 c. 34) et un nombre supérieur de lésions de nature physique avec rechute (1 247 c. 1 135) par rapport aux travailleurs plus jeunes. Pour les deux types de lésions, la durée moyenne d'indemnisation des lésions avec PTI avec rechute pour les travailleurs âgés de 45 ans et plus est plus élevée (LÉS_PSY = + 57 jours; 564 c. 507; LÉS_PHY = + 75 jours; 337 c. 262).

Tableau 2. Fréquence et durée moyenne annuelle des lésions avec PTI avec réadaptation et avec rechute selon le type de lésion et le groupe d'âge (2013-2015)

	Lésion avec PTI avec réadaptation				Lésion avec PTI avec rechute			
	LÉS_PSY		LÉS_PHY		LÉS_PSY		LÉS_PHY	
	N ^{bre} Lésions	Durée moyenne (n ^{bre} jours)	N ^{bre} Lésions	Durée moyenne (n ^{bre} jours)	N ^{bre} Lésions	Durée moyenne (n ^{bre} jours)	N ^{bre} Lésions	Durée moyenne (n ^{bre} jours)
≤ 44 ans	114	653	2 547	567	34	507	1 135	262
≥ 45 ans	97	736	3 032	602	30	564	1 247	337

Note. Lésion avec PTI : lésion avec perte de temps indemnisée

Les caractéristiques des dossiers des lésions indemnisées par la CNESST, qui concernent les travailleurs âgés de 45 ans et plus (c.-à-d., absence moins fréquente, mais d'une plus longue durée moyenne), incitent à s'interroger quant aux coûts humains et financiers assumés par l'individu, l'organisation, le système de santé et les assurances.

1.3 Un aperçu des coûts engendrés par les lésions professionnelles subies par les travailleurs seniors

Au Québec, une estimation des coûts liés aux lésions acceptées par la CNESST durant la période 2013-2015⁷ (LÉS_PSY et LÉS_PHY) révèle que les lésions acceptées qui concernent les travailleurs seniors sont moins nombreuses, mais plus coûteuses (Tableau 3). Les coûts annuels sont d'environ 1 918 M\$ (36 576 lésions/an) pour les travailleurs âgés de 45 ans et plus, contre environ 1 796 M\$ pour les travailleurs âgés de 44 ans et moins (46 112 lésions/an) (Busque et Lebeau, 2019). Le coût moyen par lésion est également plus élevé chez les 45 ans et plus, par rapport aux 44 ans et moins (+ 13 485 \$; 52 429 \$ c. 38 944 \$).

Tableau 3. Coûts totaux annuels et coûts moyens des lésions acceptées par la CNESST selon l'âge (2013-2015)

	N^{bre} Lésions	Coût total	Coût moyen
≤ 44 ans	46 112	1 795 771 899 \$	38 944 \$
≥ 45 ans	36 576	1 917 617 608 \$	52 429 \$

Note. Moyenne annuelle

Plus précisément, on note dans le Tableau 4 que les travailleurs seniors présentent un nombre inférieur de lésions de nature psychologique et physique par rapport aux travailleurs plus jeunes, mais des coûts moyens par lésion plus élevés pour les deux types de lésions (LÉS_PSY = + 23 415 \$; 120 965 \$ c. 97 550 \$; LÉS_PHY = + 13 442 \$; 51 578 \$ c. 38 136 \$).

Tableau 4. Coûts totaux annuels et coûts moyens des lésions acceptées par la CNESST selon l'âge et le type de lésion (2013-2015)

	LÉS_PSY			LÉS_PHY		
	N^{bre} Lésions	Coût total	Coût moyen	N^{bre} Lésions	Coût total	Coût moyen
≤ 44 ans	627	61 196 629 \$	97 550 \$	45 484	1 734 575 270 \$	38 136 \$
≥ 45 ans	449	54 273 072 \$	120 965 \$	36 127	1 863 344 537 \$	51 578 \$

Note. Moyenne annuelle

⁷ Ces coûts ont été estimés à partir des données de la CNESST, ayant une maturité moyenne de trois années, qui réfèrent aux lésions acceptées durant la période 2013-2015. Ces estimations sont produites en se basant sur la méthodologie utilisée dans un récent rapport de l'IRSST (Duguay, Boucher, Prud'homme, Busque et Lebeau, 2017). Les coûts estimés correspondent à la somme des coûts financiers (frais médicaux, coûts salariaux, productivité perdue, coûts administratifs) et humains engendrés par les lésions professionnelles. Ceux-ci sont assumés à la fois par les employeurs, les travailleurs et la collectivité.

Les lésions acceptées par la CNESST montrent que pour les travailleurs âgés de 45 ans et plus, les cas **avec réadaptation** sont plus fréquents (3 186 c. 2 695). La proportion des lésions acceptées avec réadaptation est plus élevée chez les travailleurs âgés de 45 ans et plus (9 % c. 6 %). Les coûts totaux des lésions avec réadaptation des travailleurs seniors sont plus élevés (893 M\$ c. 787 M\$). Cependant, le coût moyen des lésions pour ce groupe de travailleurs est inférieur à celui des 44 ans et moins (280 293 \$ c. 292 164 \$) (Busque et Lebeau, 2019). Dans le Tableau 5, on observe que le nombre de lésions de nature physique avec réadaptation est plus élevé chez les travailleurs âgés de 45 ans et plus (+ 508; 3 088 c. 2 580).

Quant aux lésions acceptées par la CNESST **avec rechute**, leur coût moyen par lésion est plus élevé pour les travailleurs âgés de 45 et plus (Busque et Lebeau, 2019). La proportion de rechutes est plus élevée chez les 45 ans et plus (4 % c. 3 %). Dans le Tableau 5, il est possible d’observer que les lésions de nature physique avec rechute sont plus nombreuses chez les travailleurs âgés de 45 ans et plus (+ 121; 1 403 c. 1 282) et entraînent un coût moyen plus élevé par lésion (+ 6 129 \$; 141 653 \$ c. 135 524 \$) (Tableau 5).

Tableau 5. Fréquences et coûts des lésions acceptées par la CNESST avec réadaptation et avec rechute selon le groupe d’âge et le type de lésion

	Lésion acceptée avec réadaptation				Lésion acceptée avec rechute			
	LÉS_PSY		LÉS_PHY		LÉS_PSY		LÉS_PHY	
	<i>Nbre</i> Lésions	<i>Coût</i> <i>moyen</i>	<i>Nbre</i> Lésions	<i>Coût</i> <i>moyen</i>	<i>Nbre</i> Lésions	<i>Coût</i> <i>moyen</i>	<i>Nbre</i> Lésions	<i>Coût</i> <i>moyen</i>
≤ 44 ans	115	322 270 \$	2 580	290 822 \$	35	291 143 \$	1 282	135 524 \$
≥ 45 ans	98	320 493 \$	3 088	279 021 \$	31	221 912 \$	1 403	141 653 \$

Ces données renvoient à de réelles préoccupations chez les acteurs des organisations québécoises (p. ex. : employeurs, service des ressources humaines, syndicats) de divers secteurs d’activités, lesquels se voient dans l’urgence d’identifier les conditions de santé et de sécurité au travail qui peuvent prévenir l’absence, les rechutes et promouvoir le maintien en emploi en santé de travailleurs ayant subi une lésion de nature psychologique ou physique, avec une attention particulière aux besoins spécifiques des travailleurs âgés de 45 ans et plus.

D’ailleurs, Koopmans *et al.* (2011) ont montré que 20-30 % de travailleurs qui sont retournés au travail après un trouble mental courant ont eu une rechute, qui est généralement plus grave et de plus longue durée que le premier épisode (Arends, van der Klink, van Rhenen, de Boer et Bültmann, 2014; Pomaki, 2017). Dans le cadre d’une étude canadienne, il a été observé que la mise en place d’aménagements de travail pour répondre aux besoins des personnes aux prises avec un trouble mental avait permis une réduction significative des risques de rechute un an plus tard (Bolo *et al.*, 2013).

À partir de ces constats, cette étude vise à identifier quels sont les déterminants du retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus ayant subi une lésion professionnelle de nature psychologique (LÉS_PSY) ou physique (LÉS_PHY).

1.4 Le retour au travail après une absence liée à une lésion de nature psychologique ou physique

Une revue de la littérature a été conduite à partir des bases de données Medline (p. ex. : EBSCO, NLM, OVID, ProQuest, PsycINFO, PubMed, SAGE) et a permis de recenser 193 articles (de 2012 à juillet 2019) relatifs aux déterminants du retour au travail pour des personnes ayant subi une lésion psychologique ou physique.

Basées sur le **paradigme de l'incapacité au travail** (Loisel *et al.*, 2001), de nombreuses études ont tenté d'identifier les déterminants (p. ex. : caractéristiques sociodémographiques du travailleur, caractéristiques de l'environnement de travail, du système médical, du système d'indemnisation) qui peuvent faire obstacle ou faciliter le retour au travail de personnes ayant eu une lésion physique ou psychologique (Corbière et Durand, 2011; Loisel et Anema, 2013). Ce paradigme de l'incapacité au travail consiste à prendre en compte non seulement les caractéristiques du travailleur (physiques, cognitives, affectives et sociales), mais aussi celles de son environnement composé de trois principaux systèmes sociaux (Loisel *et al.*, 2001) : le système de soins de santé (intervenants et traitements cliniques); le système de l'entreprise (facteurs physiques, sociaux et organisationnels de l'environnement de travail, incluant les acteurs impliqués dans le processus de retour au travail et les mesures qui ont été développées pour le favoriser); le système législatif et d'assurance (différents régimes de soutien financier) (Corbière et Durand, 2011).

Plusieurs auteurs ont regroupé les déterminants du retour au travail à la suite d'une absence pour un problème de santé psychologique ou physique dans de différentes catégories (p. ex. : Blank, Peters, Pickvance, Wilford et MacDonald (2008); Cornelius, van der Klink, Groothoff et Brouwer (2011); Lagerveld *et al.* (2010); MacEachen, Clarke, Franche et Irvin (2006)). À titre d'exemple, la métarevue de Gagnano, Negrini, Miglioretti et Corbière (2018) a permis d'identifier quels sont les déterminants « communs »⁸ qui font obstacle ou facilitent le retour au travail de travailleurs après une maladie (trouble mental, maladie cardiovasculaire ou cancer). Ces déterminants ont été regroupés par les auteurs en trois catégories : liés au travail, à la santé du travailleur ou à ses caractéristiques sociodémographiques. Les obstacles qui peuvent nuire au retour au travail sont les suivants : stress, anxiété, dépression et comorbidité⁹, âge avancé et faible niveau de scolarité. Tandis que le contrôle du travailleur sur son travail, sa capacité au travail, le bon état de santé perçue par le travailleur et son statut socioéconomique élevé facilitent le retour au travail.

Très peu d'études portent spécifiquement sur les déterminants du **retour au travail « durable »** de travailleurs seniors à la suite d'une lésion psychologique ou physique (p. ex. : Colella et Bruyère (2011); Maresca et Dujin (2011)) dans la même organisation, au même poste ou un autre, pour une période d'au moins six mois après y être retourné à la suite d'une absence (définition adaptée de Dekkers-Sánchez *et al.* (2011) et de Etuknwa *et al.* (2019)). En outre, les études dont l'échantillon est composé exclusivement de travailleurs âgés de 45 ans et plus qui retournent au travail après une lésion professionnelle sont, à notre connaissance, inexistantes. La plupart des études ont été réalisées auprès de travailleurs âgés de 18 à 65 ans, dont l'âge moyen varie entre 37 et 46 ans. Or cela ne permet pas de saisir toute la spécificité liée à cette tranche d'âge. Enfin, si l'on considère les quelques études éparses, les résultats ne sont pas

⁸ « Communs » indique que les déterminants facilitent ou font obstacle au retour au travail des travailleurs indépendamment du type de diagnostic qu'ils ont subi (trouble mental, maladie cardiovasculaire ou cancer).

⁹ La cooccurrence de deux conditions médicales chroniques ou plus chez une personne.

unanimes quant au rôle joué par certaines caractéristiques sociodémographiques (p. ex. : âge, genre) dans le processus de retour au travail (Berecki-Gisolf *et al.*, 2012; Cornelius *et al.*, 2011).

Dans la présente étude, le **retour au travail durable** est considéré comme un comportement multicausal qui peut être déterminé par des facteurs psychosociaux, des aménagements des conditions de travail et la santé psychologique au travail. Parmi ses déterminants peuvent se trouver aussi les caractéristiques personnelles des travailleurs. Tous les déterminants du retour au travail peuvent agir en tant qu'obstacles ou facilitateurs à ce processus.

Dans les sous-sections qui suivent, le modèle théorique sur lequel cette étude s'appuie sera présenté, ainsi qu'une synthèse des connaissances issues de travaux de recherche portant sur les déterminants du retour au travail durable mesurés dans cette étude.

1.5 Le modèle demandes-ressources au travail pour prédire le retour au travail durable

Le développement de cette étude s'est appuyé sur le **modèle demandes-ressources au travail** (Bakker et Demerouti, 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2001) qui permet de classer les déterminants du retour au travail durable en deux catégories principales : les *obstacles* (*demandes*) et les *faciliteurs* (ressources).

Dans le modèle d'origine, d'une part, les demandes réfèrent à des facteurs physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels de l'emploi qui exigent des efforts psychologiques et/ou physiques importants et des compétences pour y faire face. La présence de ces demandes peut conduire à un état de fatigue, d'épuisement, à des problèmes de santé générale et aux microtraumatismes répétés ou blessures. À leur tour, ces problèmes de santé peuvent influencer la durée de l'absence pour invalidité (Bakker, Demerouti, Taris, Schaufeli et Schreurs, 2003; Bakker et Demerouti, 2007; Demerouti *et al.*, 2001; Leiter, 1993). De l'autre côté du modèle se trouvent les ressources, c'est-à-dire les facteurs physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels de l'emploi qui permettent de réduire les demandes et leurs répercussions négatives sur la santé, ainsi que de favoriser la croissance, l'apprentissage et le développement des travailleurs. Par ailleurs, les ressources peuvent influencer indirectement la durée d'absence (Bakker et Demerouti, 2007).

Dans la présente étude, les **facteurs psychosociaux défavorables** réfèrent aux demandes qui peuvent faire obstacle au retour au travail durable et les **facteurs psychosociaux favorables** aux ressources qui peuvent aider les travailleurs à se maintenir en emploi après y être retournés à la suite d'une lésion professionnelle. Les **aménagements des conditions de travail** font partie des facteurs psychosociaux favorables, car ils peuvent être modifiés afin de faciliter le retour au travail durable, plus particulièrement auprès de la population de travailleurs en situation de vulnérabilité à cause de l'âge (p. ex. : ceux qui sont plus ou moins proches de leur fin de carrière professionnelle) et de leur état de santé (p. ex. : ayant déjà subi au moins une absence due à une lésion professionnelle). Ces modifications devraient promouvoir la santé au travail et ainsi, faciliter le retour au travail durable des travailleurs seniors ciblés dans cette étude. Les facteurs psychosociaux pris en compte dans cette étude, ainsi que la définition et la mesure des aménagements seront décrits dans les sous-sections 1.5.1 et 1.5.2.

Pour ce qui est de la **santé psychologique au travail**, les **aspects positifs** correspondent au *processus de motivation* décrit dans le *modèle demandes-ressources au travail* (Bakker, Westman et Schaufeli, 2007; Demerouti *et al.*, 2001). L'état de santé générale, la capacité de

travail et la motivation au travail permettent d'évaluer les aspects positifs de la santé psychologique au travail. Les **aspects négatifs** correspondent au *processus de détérioration de la santé* décrit dans le modèle. Les aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail pris en compte dans cette étude seront décrits dans la sous-section 1.5.3.

Dans cette étude, les **caractéristiques personnelles des travailleurs seniors** sont aussi considérées parmi les déterminants du retour au travail durable à la suite d'une lésion professionnelle (voir sous-section 1.5.4.)

1.5.1 Les facteurs psychosociaux

Lorsqu'il est question de retour au travail des travailleurs seniors après une lésion physique ou psychologique, peu d'études ont abordé les enjeux liés à l'environnement de travail.

Dans le contexte actuel d'allongement de la durée de la vie au travail, l'adaptation du poste de travail pourrait être un avantage judicieux pour les organisations qui misent sur l'expérience et les compétences des travailleurs âgés. La diversité croissante de l'âge de la main-d'œuvre suggère de considérer l'âge des travailleurs dans les stratégies relatives à la conception des emplois (Moxnes, 2013; Truxillo, Cadiz, Rineer, Zaniboni et Fraccaroli, 2012). Pour cette raison, il devient pertinent de considérer, dans cette étude, le **work design** (« conception du travail ») en tant que déterminant du retour au travail durable des travailleurs seniors ciblés. Le *work design* (Morgeson et Humphrey, 2006) est ici défini en termes de *caractéristiques de la tâche* (p. ex. : variété des tâches, feedback par le travail), *caractéristiques liées à la connaissance* (p. ex. : résolution de problèmes, variété des habiletés et spécialisation), *caractéristiques sociales* (p. ex. : soutien social, interactions en dehors de l'organisation), *caractéristiques contextuelles* (p. ex. : ergonomie, contraintes physiques).

Corbière *et al.* (2014a; 2014b) ont réalisé une étude qualitative (groupes de discussion) impliquant des représentants syndicaux et des pairs aidants des trois plus grandes centrales syndicales au Québec (secteurs d'activité et tailles d'entreprises mixtes). L'objectif était de connaître leur point de vue à propos des travailleurs s'étant absentes du travail en raison d'une dépression. La culture organisationnelle, par la mise en œuvre de politiques claires, détaillées et bien communiquées quant à la santé et au maintien en emploi des travailleurs, a été reconnue comme un facilitateur du retour au travail après une dépression. Au contraire, un climat organisationnel « malsain » (p. ex. : discrimination, atmosphère de démotivation) semble faire obstacle au retour, créer un environnement propice à l'épuisement professionnel ou à la dépression et favoriser les rechutes (Corbière, Renard, *et al.*, 2014; Corbière, St-Arnaud, *et al.*, 2014). Un des aspects de la culture organisationnelle est le **climat de sécurité au travail** qui réfère aux perceptions des travailleurs quant aux politiques, procédures et pratiques relatives à la sécurité dans l'organisation et dans les groupes de travail telles que celles transmises par l'employeur, les collègues et les supérieurs immédiats (Brondino et Pasini, 2014; Griffin et Neal, 2000; Zohar, 2010). Lors d'une enquête réalisée auprès de citoyens européens, 87 % des répondants indiquaient que les bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité sur le lieu du travail jouent un rôle crucial pour garantir le maintien en emploi et la santé des travailleurs (*European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]*, 2013). Tel que rapporté par Stoilkovska, Pancovska et Mijoski (2015), plusieurs études ont montré que les attitudes des travailleurs plus âgés quant à la sécurité au travail sont plus positives que celles des travailleurs plus jeunes (Nasab, Tavakoli, Ghofranipour, Kazemnejad et Khavanin, 2009; Siu, Phillips et

Leung, 2003). Dong, Wang et Daw (2012) montraient que les travailleurs plus âgés sont plus susceptibles d'avoir des blessures dans le secteur de la construction comparé aux travailleurs plus jeunes. Ces résultats ne font pas l'objet d'un consensus. Pour d'autres auteurs, l'âge n'avait pas une influence directe sur le comportement sécuritaire des travailleurs dans le secteur de la construction (Pecquet, 2013) ou sur leur motivation à adopter des comportements sécuritaires dans l'industrie chimique (Zivkovic, 2013). Des différences quant aux groupes d'âge, au secteur et au climat de sécurité au travail ont été trouvées aussi par Pollock, Fragar et Griffith (2016) en Australie. Malgré ces travaux, dans le contexte de la prévention tertiaire, il ne semble pas exister d'études pour mesurer le lien entre le climat de sécurité au travail et le retour au travail durable selon le point de vue de travailleurs seniors. Dans cette étude, pour la première fois, il sera possible de vérifier si une relation existe entre la perception des travailleurs quant aux comportements de trois acteurs clés de l'organisation (*employeur, supérieur immédiat et collègues*) quant à la sécurité au travail (systèmes de sécurité, formation en sécurité, communication en sécurité et sécurité en tant que valeur) et le retour au travail durable des travailleurs seniors.

Le rôle joué par différents acteurs de l'organisation peut contribuer à la santé des travailleurs et renvoie aussi au concept d'**équilibre travail-santé**. L'équilibre travail-santé est un construit qui indique dans quelle mesure le travailleur se sent capable d'équilibrer efficacement ses besoins de santé personnelle et de travail, compte tenu de l'attention que l'organisation porte à la santé du travailleur et de la perception qu'il a de la compatibilité entre sa situation de santé personnelle et les caractéristiques de son travail (Gagnano, Miglioretti, Frings-Dresen et de Boer, 2017)¹⁰. Il a été élaboré à partir de la théorie de l'équilibre travail-vie personnelle (Kalliath et Brough, 2008), compte tenu de l'importance de la question de la santé pour le groupe croissant des travailleurs âgés ou atteints de maladies chroniques. Dans cette étude, il sera possible de vérifier si une relation existe entre la perception des travailleurs quant aux trois dimensions de l'équilibre travail-santé (*Incompatibilité entre le travail et la santé - volet travailleur, Climat de santé - volet employeur et Soutien externe - volet supérieur immédiat*) et le retour au travail durable des travailleurs seniors.

Des études antérieures ont montré que les travailleurs âgés et les travailleurs ayant des problèmes de santé chronique ont plus de difficultés à obtenir un bon équilibre travail-santé (Gagnano *et al.*, 2018; Hiram, 2019). En outre, Topa (2019) a montré le rôle de médiateur de l'équilibre travail-santé dans la relation entre la capacité de travail et la satisfaction au travail des travailleurs âgés entre 40 et 69 ans en Espagne. D'autres études réalisées auprès de travailleurs italiens ont révélé qu'un bon équilibre travail-santé est associé à une plus grande autonomie de travail, à l'engagement et à la satisfaction au travail (Gagnano *et al.*, 2017; Gagnano *et al.*, 2018). Au contraire, avec de faibles niveaux d'équilibre travail-santé, il y a une augmentation des taux de présentéisme, d'épuisement émotionnel, de *workaholism* et de détresse psychologique générale (mesurée à l'aide de la version italienne du *General Health Questionnaire*; Fraccaroli et Schadee (1993), (Gagnano *et al.*, 2017; Previtali, Gagnano et Miglioretti, 2018).

¹⁰ Traduction libre à partir de la définition originale : *A state in which the worker feels able to effectively balance health and work needs, considering management's attention to employee health and perception of compatibility between one's personal health situation and job characteristics* (Gagnano *et al.*, 2017).

1.5.2 Les aménagements des conditions de travail : définition et mesure

Le fait de considérer les caractéristiques du travail et du poste occupé par la personne renvoie aux études sur les aménagements des conditions de travail pour répondre aux besoins spécifiques des travailleurs en situation de vulnérabilité.

Au Québec, la *Charte des droits et libertés de la personne* proscrit à l'article 10 la discrimination fondée sur le handicap. Ainsi, l'employeur doit prendre tous les moyens raisonnables à sa disposition pour accommoder le travailleur afin de le réintégrer dans l'organisation (p. ex. : assignation temporaire du travailleur à un travail allégé jusqu'à ce qu'il puisse reprendre son emploi ou exercer un emploi convenable). En vertu des articles 145 et suivants de la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*, les travailleurs démontrant une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ou en présence de limitations fonctionnelles peuvent obtenir des services de réadaptation. Ceux-ci peuvent comprendre notamment des adaptations de postes de travail.

Dans cette étude les **aménagements des conditions de travail** font référence à des mesures « raisonnables et faisables » prises par l'employeur ou par d'autres acteurs de l'organisation, dans le but de faciliter le retour au travail durable. Ces mesures peuvent être la conséquence de l'obligation légale de l'employeur d'accommoder, ou encore relever d'ajustements mineurs ou de soutiens naturels qui ne renvoient pas à l'aspect légal du terme (Corbière *et al.*, 2019; Corbière, Villotti, Toth et Waghorn, 2014; MacDonald-Wilson *et al.*, 2002; Schultz *et al.*, 2012; Villotti *et al.*, 2017). Ils concernent davantage le contexte de travail, le contenu du travail, et les relations interpersonnelles.

Il est reconnu que les aménagements des conditions de travail adaptées aux besoins spécifiques des travailleurs qui se sont absentes en raison d'un problème de santé stimulent leur retour au travail et maintien en emploi après un trouble musculosquelettique ou mental courant (Corbière et Ptasinski, 2004; D'Amato et Zijlstra, 2010; Durand *et al.*, 2014; Ekberg, Wåhlin, Persson, Bernfort et Öberg, 2015; Fabian, Waterworth et Ripke, 1993; Franche, Corbière, Lee, Breslin et Hepburn, 2007; Krause, Dasinger et Neuhauser, 1998; Krause, Frank, Dasinger, Sullivan et Sinclair, 2001; Lemieux, Corbière et Durand, 2011; MacDonald-Wilson *et al.*, 2002; Pomaki *et al.*, 2010; Pransky, Benjamin et Savageau, 2005; Shaw, Robertson, Pransky et McLellan, 2003). Parmi les aménagements qui se sont avérés efficaces, on note : l'autonomie du travailleur, la flexibilité des horaires de travail, l'élimination des contraintes de temps, la formation et une stabilité dans les tâches de travail (Berthelette, 2010; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005; Ng et Feldman, 2015). Parmi les obstacles au retour au travail de travailleurs âgés de 55 ans et plus, des études ont montré que le manque de soutien de l'employeur en ce qui a trait à la flexibilité dans l'exécution des tâches de travail (Stikeleather, 2004) ainsi que le manque de flexibilité des horaires de travail (Unson et Richardson, 2013) pouvaient nuire au retour au travail des travailleurs seniors à la suite d'une absence maladie.

Pour opérationnaliser les changements facilitant le retour au travail, Shaw *et al.* (2014) ont développé le **Job Accommodation Scale (JAS)** qui mesure les cinq aménagements suivants : modifier la charge de travail physique; modifier l'environnement de travail; modifier l'horaire de travail; trouver un autre travail et organiser le support. Les résultats ont montré que les modifications au poste sont plus difficiles à réaliser au sein d'emplois « plus physiques » (manuels) ou dans le domaine des industries « lourdes ».

De leur côté, Corbière et Ptasinski (2004) ont mis au point l'*Inventaire des accommodements de travail* offerts aux personnes qui présentent des troubles mentaux et qui sont récemment retournées au travail après une absence prolongée. Corbière, Villotti, Lecomte, et al. (2014) ont validé le **Work Accommodation and Natural Support Scale (WANSS)**, un outil qui permet de décrire et d'observer l'influence des aménagements des conditions de travail et du support naturel sur le maintien en emploi des personnes avec un trouble mental. Cet outil est adapté aux travailleurs avec un trouble mental sévère (Corbière, Villotti, Lecomte, et al., 2014) et avec un trouble mental courant (Corbière, Guay, Panaccio et Lecomte, 2017a, 2017b). Les dimensions du questionnaire de la version administrée aux travailleurs ayant subi un trouble mental courant sont les suivantes : soutien des professionnels de la santé dans le milieu de travail, présence d'un coordonnateur de retour au travail dans le milieu de travail, soutien du supérieur immédiat et des collègues, formation, flexibilité des horaires de travail, et environnement de travail (Corbière, Guay, et al., 2017a, 2017b). Negrini et al. (2018), en utilisant le WANSS, ont interviewé des supérieurs immédiats au Québec concernant la mise en place d'aménagements des conditions de travail pour aider le retour au travail de travailleurs ayant subi une dépression. Les résultats de l'étude montrent que les supérieurs immédiats jouent un rôle clé pour aider les travailleurs à retourner au travail grâce à la mise en place d'aménagements : p. ex. : le supérieur immédiat prend le temps d'aider et d'orienter le travailleur; le supérieur immédiat et les collègues offrent du soutien émotionnel au travailleur, le supérieur immédiat fournit de la reconnaissance et une rétroaction constructive au sujet de son travail, les tâches de travail sont introduites de façon graduelle, le poste de travail et les fonctions sont clairement circonscrits, des journées de congé pour des visites médicales peuvent être prises.

Des échelles mesurant les aménagements des conditions de travail qui peuvent aider le retour au travail durable des travailleurs seniors et leur niveau de satisfaction au travail dans le temps par rapport aux aménagements implantés n'existent pas.

Dans les sous-sections qui suivent, une courte synthèse des aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail, considérés dans cette étude en tant que déterminants potentiels du retour au travail durable, est présentée.

1.5.3 Les aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail

À notre connaissance, les études sont inexistantes sur le lien entre les aspects de la santé psychologique au travail et le retour au travail durable de travailleurs âgés de 45 ans et plus qui sont retournés au travail après une absence due à une lésion professionnelle. Dans cette étude, l'équipe de recherche se propose d'évaluer si le retour au travail durable des travailleurs seniors est significativement lié à leur équilibre travail-santé global, état de santé générale au travail (aspects positifs et négatifs de la santé psychologique), appréhension d'une rechute, capacité de travail et la motivation à garder leur emploi.

L'indice global de l'**équilibre travail-santé** sera considéré dans cette étude pour évaluer le ressenti des travailleurs seniors tenant en compte à la fois des aspects individuels (*Incompatibilité travail-santé – volet travailleur*) et organisationnels (*Climat de santé - volet employeur* et *Soutien externe - volet supérieur immédiat*) (Gragano et al., 2017).

En ce qui concerne les aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail, dans le cadre de cette étude, l'**état de santé générale au travail** est considéré pour mesurer la présence (ou l'absence) de symptômes (p. ex. : perte de confiance, capacité de concentration) qui pourraient faire obstacle au (ou faciliter) le retour au travail durable de la population ciblée.

Plusieurs études concernant la santé générale ont utilisé le GHQ-*General Health Questionnaire* (ici traduit : Questionnaire de santé générale adapté au contexte de travail). Lesage, Martens-Resende, Deschamps et Berjot (2011) ont validé la structure factorielle et la cohérence interne du questionnaire adapté au contexte de travail. Avant cette validation, de nombreuses autres études avaient déjà utilisé ce questionnaire (Lazarescu *et al.*, 2018; Mauramo, Lallukka, Lahelma, Pietiläinen et Rahkonen, 2018; Rai *et al.*, 2012; Singh, Pokhrel et Longworth, 2018; Zhong *et al.*, 2017) mais aucune, à notre connaissance, pour le retour au travail.

L'**appréhension d'une rechute** est un aspect négatif de la santé psychologique qui fait référence à la peur de retomber malade, ressentir des symptômes et devoir s'absenter de nouveau du travail pour suivre des traitements qui sont bénéfiques (avec la possibilité de la présence d'effets secondaires). Dans les études de Corbière, Negrini *et al.* (2016, 2017), l'appréhension d'une rechute fait partie des obstacles au retour au travail pour les travailleurs ayant subi un trouble musculosquelettique.

Le concept de **capacité de travail** (*work ability*) a été porté par les travaux d'Ilmarinen *et al.* (1997, 2004, 2007) et a résulté par le développement d'un outil, le *Work Ability Index* (WAI). Tel que rapporté par Hellemans (2013), la capacité de travail peut être résumée comme l'équilibre entre les exigences du travail et les ressources personnelles. L'idée sous-jacente est de parvenir à déterminer dans quelle mesure le travailleur est capable de réaliser son travail au temps présent et dans un futur proche (Ilmarinen et Tuomi, 2004). Selon les auteurs, le WAI permet de prédire la performance, les congés de maladie, l'incapacité de travail, le retrait du travail et également la mortalité (Ilmarinen et Tuomi, 2004). Globalement, les scores au WAI diminuent avec l'avancée en âge, en fonction de divers indices de (mauvaise) santé, tels que les troubles musculosquelettiques, la faiblesse cardiorespiratoire et le surpoids. Ces scores varient aussi en fonction d'indices d'exigences physiques au travail, d'exigences mentales et du manque d'autonomie (van den Berg, Elders, de Zwart et Burdorf, 2009).

Le retour au travail rapide et le retour au travail après trois mois sont associés à une meilleure autoévaluation de la capacité de travail (Ekberg *et al.*, 2015; Hensing, Bertilsson, Ahlberg, Waern et Vaez, 2013). La capacité de travail a été aussi trouvée parmi les facilitateurs du retour au travail après un trouble mental courant dans la métarevue de Gragnano *et al.* (2018). Jensen, Nielsen, Jensen et Petersen (2013) ont validé l'effet bénéfique d'une intervention de retour au travail pour des travailleurs danois en congé de maladie pour des troubles musculosquelettiques et/ou des troubles mentaux courants. L'intervention visait le retour au travail durable de ces travailleurs. L'intervention a permis un niveau plus élevé de retour au travail et une durée de congé de maladie plus courte que le groupe témoin. Des améliorations au niveau des capacités au travail ont été remarquées suivant l'intervention. À l'inverse, une faible capacité de travail (p. ex. : demandes élevées relatives aux connaissances, aux exigences mentales, à la collaboration et aux efforts physiques) augmente la durée de l'absence. Cela souligne l'importance d'intégrer la réadaptation au travail conjointement avec des conditions favorables, afin d'augmenter la capacité de travail et d'améliorer le processus de retour au travail à la suite d'un congé de maladie de longue période (Ahlstrom, Hagberg et Dellve, 2013).

Chez les travailleurs ayant des difficultés à retourner sur le marché du travail après un accident, les préoccupations relatives aux symptômes et à leur interférence dans les tâches quotidiennes peuvent freiner le retour au travail durable (Young, 2014). Les travailleurs âgés ayant une incapacité ou ceux dont la capacité de travail est réduite peuvent souvent bénéficier d'un horaire

à temps partiel ou d'un congé de maladie partiel pour maintenir leur capacité de travail. Härmä (2015) a affirmé que compte tenu de l'augmentation des différences individuelles lors du vieillissement, la promotion de la santé et de la capacité de travail de cette population spécifique (travailleurs seniors) doit passer, entre autres, par la réorganisation des horaires en fonction des besoins particuliers.

Enfin, un aspect positif de la santé psychologique est la **motivation au travail** qui peut être un déterminant significatif du maintien en emploi de la population générale de travailleurs, et aussi du retour au travail durable de ceux qui sont atteints de troubles mentaux. Villotti, Corbière, Zaniboni, Lecomte et Fraccaroli (2015) ont étudié la motivation à garder l'emploi auprès de travailleurs ayant un trouble mental grave et œuvrant dans des entreprises sociales italiennes. Les auteurs, dans leur conclusion, mentionnent qu'il serait intéressant d'investiguer si la motivation à se maintenir en emploi est liée aux aménagements des conditions de travail. En effet, certains ajustements pourraient contribuer au sentiment d'efficacité personnelle des travailleurs atteints de troubles mentaux pour accomplir les tâches de travail et, par conséquent, contribuer à leur maintien en emploi. En effet, l'étude de Carlsson *et al.* (2018), montre qu'un niveau élevé de **motivation au retour au travail** augmente la probabilité d'un retour au travail ou d'une augmentation de l'employabilité chez les personnes en absence de longue durée causée par la douleur ou un trouble mental d'intensité faible à modérée.

1.5.4 Les caractéristiques des travailleurs

Bien que très peu d'études se soient intéressées à l'influence de l'**âge** sur le retour au travail durable, il a été démontré que l'âge de l'individu permet de prédire de manière significative la durée de l'absence du travail due à la maladie (p. ex. : Nieuwenhuijsen, Noordik, Dijk et Klink (2013)), et le retour ou non au travail après une maladie (p. ex. : Pélissier, Fontana et Chauvin (2014)). Dans leur étude, Berecki-Gisolf *et al.* (2012) ont constaté que l'incidence des réclamations augmente en fonction de l'âge pour atteindre un maximum entre 50 et 54 ans. Le nombre de jours indemnisés avant le retour au travail augmente également avec l'âge, ainsi que le fait de vivre une récurrence d'incapacité au travail après une tentative de retour au travail. D'autres études ont montré que l'âge a aussi été observé comme obstacle au retour au travail à la suite d'un trouble musculosquelettique ou d'une dépression. Le fait d'avoir plus de 50 ans amène les travailleurs, après un arrêt de travail de longue durée, à s'interroger sur leur retour au travail ou encore à rester en congé de maladie (Cornelius *et al.*, 2011; Goine, Knutsson, Marklund et Karlsson, 2004; Hensing *et al.*, 2013; Lagerveld *et al.*, 2010). Aussi, les travailleurs à la fin de la cinquantaine qui ont subi des accidents ou des maladies au travail (p. ex. : dépression) sont plus enclins à accepter la retraite anticipée pour éviter de retourner dans un environnement de travail qui est perçu comme un risque pour la détérioration de leur santé (McDaid, Curran et Knapp, 2005; Taylor et Shore, 1995). Gragnano *et al.* (2018) ont identifié plusieurs revues mettant en évidence que le retour au travail est moins probable (p. ex. : durée de l'absence plus longue, rupture du lien d'emploi) pour les travailleurs plus âgés ayant subi un trouble mental, une maladie cardiovasculaire ou un cancer. La recherche a montré que l'âge chronologique n'est pas le seul déterminant significatif du retour au travail durable. Tel que suggéré par Cornelius *et al.* (2011), l'âge n'est pas une variable modifiable et donc, pour un retour au travail durable à la suite d'un trouble mental courant, il faudrait soit intervenir sur d'autres facteurs psychosociaux, soit concevoir des aménagements au travail spécifiques à la population senior. En effet, il semblerait que la propension des travailleurs âgés à subir une lésion dépend davantage de la différence entre les exigences du travail et de la capacité de travail physique des travailleurs plutôt que de leur âge chronologique (Cornelius *et al.*, 2011).

Dans la littérature, l'influence du **genre** sur le retour au travail est bien documentée. À la suite d'un trouble mental courant (Cornelius *et al.*, 2011) ou d'un trouble musculosquelettique (Laisne, Lecomte et Corbière, 2012), le genre semble avoir une influence limitée sur le retour au travail, voire inexistante (Hensing *et al.*, 2013). D'autres auteurs ont montré que les probabilités de ne pas retourner au travail ou le risque de perdre l'emploi pendant un congé de maladie varient autant chez les hommes que chez les femmes (Flach, Groothoff et Bültmann, 2013; Lederer, Rivard et Mechakra-Tahiri, 2012).

Le **niveau de scolarité** est significatif lorsqu'il est associé à la durée de l'absence due à un trouble mental courant ou à un trouble musculosquelettique. Ainsi, un niveau de scolarité supérieur, représentatif de la situation socio-économique, serait associé à un congé de maladie plus long. Ekberg *et al.* (2015) a montré qu'un faible niveau de scolarité détermine un retour au travail rapide (≤ 3 mois) pour les travailleurs ayant subi un trouble mental courant.

2. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

L'**objectif général** de cette étude est d'identifier les déterminants du retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus ayant subi une lésion professionnelle de nature psychologique (LÉS_PSY) ou physique (LÉS_PHY). Cet objectif se décline en quatre objectifs spécifiques : un objectif lié à la *Phase 1* (volet qualitatif) et trois objectifs liés à la *Phase 2* (volet quantitatif).

2.1 Phase 1 – volet qualitatif : objectif spécifique de recherche

L'**objectif 1** consiste à concevoir un outil intitulé « **ACT45+** » (acronyme d'**A**ménagements des **C**onditions de **T**ravail pour les travailleurs seniors âgés de **45** ans et **plus**) pour répertorier quels sont les aménagements des conditions de travail spécifiques mis en place pour faciliter le retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus ayant subi une LÉS_PSY ou une LÉS_PHY.

2.2 Phase 2 – volet quantitatif : objectifs spécifiques et hypothèses de recherche

L'**objectif 2** de l'étude consiste à valider l'outil ACT45+ (cohérence interne et validité convergente) auprès des travailleurs seniors ayant subi une LÉS_PSY ou une LÉS_PHY totalement ou partiellement liée au travail.

L'**objectif 3** consiste à identifier quels sont les aménagements les plus souvent implantés pour le retour au travail durable des travailleurs seniors ayant subi une LÉS_PSY ou une LÉS_PHY totalement ou partiellement liée au travail.

La première hypothèse (**H1**) est que des aménagements des conditions de travail peuvent être implantés indépendamment du type de lésion subi par les participants (LÉS_PSY c. LÉS_PHY).

L'**objectif 4** consiste à définir un modèle de prédiction du retour au travail durable intégrant les variables significatives relatives aux facteurs psychosociaux, aux aménagements des conditions de travail, à la santé psychologique au travail.

L'hypothèse (**H2**) est que plusieurs déterminants (facteurs psychosociaux, aménagements des conditions de travail et aspects de la santé psychologique au travail) peuvent influencer le retour au travail durable des travailleurs seniors.

La dernière hypothèse (**H3**) est que le retour au travail durable peut différer en fonction du type de lésion subi par les participants (LÉS_PSY c. LÉS_PHY).

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Le devis de recherche

Afin de répondre aux objectifs spécifiques de l'étude, un devis mixte a été réalisé en deux phases. D'une part, la première phase (*Phase 1*) a servi à recueillir des données qualitatives afin de répertorier quels sont les aménagements des conditions de travail spécifiques mis en place pour faciliter le retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus ayant subi une LÉS_PSY ou une LÉS_PHY. D'autre part, la deuxième phase (*Phase 2*) a permis de recueillir des données de façon longitudinale autorapportées par des travailleurs seniors afin de valider l'outil ACT45+, d'identifier quels sont les aménagements les plus souvent implantés pour le retour au travail durable des travailleurs seniors ciblés, et de définir un modèle de prédiction du retour au travail durable.

Les critères d'inclusion pour les deux phases de l'étude sont : a) être âgé de 45 ans et plus au moment de l'invitation à participer à l'étude; b) avoir été absent du travail pour une lésion professionnelle de nature psychologique ou physique liée totalement ou partiellement au travail; c) être récemment retourné au travail dans la même organisation qu'avant l'arrêt de travail; d) avoir été/être suivi par un professionnel de la santé, et d) lire, comprendre et parler le français.

Cette étude a obtenu l'approbation éthique du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des humains (CIEREH) de l'UQAM ainsi que celle du Comité d'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR).

3.2 Stratégies de recrutement utilisées dans les deux phases

Plusieurs stratégies de diffusion et de communication ont été mises en place pour recruter les participants qui répondaient aux critères d'inclusion mentionnés plus haut.

Tout d'abord, dans l'objectif d'harmoniser les communications, une **image** illustrant l'étude a été créée et utilisée spécifiquement pour faire la promotion de cette étude. L'image créée *ad hoc* (Figure 1) a été intégrée dans des **affichettes** distribuées aux collaborateurs qui ont accepté de les afficher dans les salles d'attente des cliniques ou de les distribuer aux participants intéressés, ou lors de journées de formation et pendant des congrès.



Figure 1. Exemple d'affichette.

Ensuite, différents **collaborateurs** (p. ex. : professionnels de la santé et intervenants dans des cliniques d'ergothérapie ou des centres de réadaptation, conseillers syndicaux de grandes centrales syndicales au Québec) ont été invités à contribuer à l'étude en référant des participants répondant aux critères d'inclusion cités précédemment ou en diffusant l'information de l'étude auprès de leurs patients/employés/collègues/membres. À titre d'exemple, les collaborateurs invités à participer au recrutement des participants étaient des professionnels occupant différentes fonctions dans des cliniques d'ergothérapie, des centres de réadaptation, des hôpitaux au Québec (p. ex. : psychologue, ergothérapeute, physiothérapeute), des associations de professionnels de la santé en pratique privée et publique, des associations à but non lucratif de soutien aux personnes souffrant de troubles de santé mentale, ainsi que des syndicats. Au total, 261 collaborateurs potentiels ont été contactés pendant les deux phases de l'étude. Trente-deux collaborateurs (12 %) ont référé au moins un participant qui correspondait aux critères d'inclusion de l'étude. Pour les collaborateurs qui n'ont pas référé des participants, il s'agissait dans la plupart des cas, d'un manque de temps ou de ressources de leur part ou d'un manque de personnes qui correspondaient aux critères d'inclusion de l'étude.

Une **page Web** (<https://www.irsst.qc.ca/act45>) a été créée sur le site de l'IRSST afin de diffuser les informations saillantes de l'étude (p. ex. : l'objectif général, les critères d'inclusion pour y participer, le montant de la compensation financière, les coordonnées de la chercheuse principale) et un lien vers une autre page Web présentant un résumé de l'étude. Cette page a été vue par environ 3 000 personnes durant la période de recrutement des participants.

Parmi toutes les stratégies développées dans cette étude, la dernière consistait à diffuser l'étude sur différents **réseaux sociaux** tels que LinkedIn, Kijiji et des infolettres. Une **page Facebook** de l'étude ACT45+ a été créée. Celle-ci a permis de publier à plusieurs reprises l'annonce du recrutement ciblant un public potentiellement intéressé par l'étude. Pendant un mois, quatre publicités spécifiques (avec du contenu payant) ont été partagées en croisant différents mots-clés (p. ex. : retour au travail, santé, absence) pour atteindre un public ciblé. Au total, 5 194 personnes ont visualisé les publications et les publicités sur la page Facebook de l'étude, tandis que le lien qui renvoyait au résumé a été cliqué 158 fois. Cinq participants ont été recrutés grâce à cette stratégie.

3.3 Phase 1 – volet qualitatif

Pour répondre à l'**objectif 1** de l'étude, c'est-à-dire de concevoir l'outil ACT45+ pour répertorier les aménagements des conditions de travail pour faciliter le retour au travail durable des travailleurs seniors ayant subi une LÉS_PSY ou une LÉS_PHY, des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès d'un échantillon qui répondait aux critères d'inclusion de l'étude.

Les stratégies de recrutement des participants ont été décrites à la sous-section 3.2. Les entrevues, d'une durée moyenne de 60 minutes, ont été réalisées par une professionnelle de recherche (JD) et enregistrées sur bande audio. Pour chaque participant, une grille d'entrevue a été utilisée lors de l'échange.

3.3.1 La grille d'entrevue

Plusieurs recherches ont mis en évidence que certains aménagements des conditions de travail peuvent influencer le processus de retour au travail après un problème de santé de nature psychologique ou physique (Bastien, M.-F. et Corbière, 2019; Shaw et Huang, 2005; Shaw *et al.*, 2014; Shaw *et al.*, 2003; Villotti, Zaniboni et Fraccaroli, 2014). La grille d'entrevue a été élaborée à partir d'outils déjà utilisés dans ces recherches. Les répondants étaient invités principalement à répondre à des questions dichotomiques (ayant pour choix de réponse Oui/Non), à des questions à choix multiples et à des questions ouvertes nécessitant une réponse plus détaillée. La grille d'entrevue est constituée de quatre sous-sections (Tableau 6) :

Tableau 6. Structure de la grille d'entrevue et exemples d'information recueillie

A. Caractéristiques des participants et de l'organisation du travail	
Sociodémographiques	Date de naissance, genre, niveau de scolarité, état civil, nombre d'enfants.
Statut socio-économique	Revenu annuel brut du ménage familial (avant et pendant l'absence, au moment de l'entrevue), source de revenu familial, sécurité financière.
Statut au travail	Secteur d'activité, taille de l'entreprise, horaire de travail, ancienneté dans l'organisation, type de contrat, poste syndiqué ou pas.
Historique des aménagements et SST	Changement de poste ou de tâches dans l'organisation. Organisation attentive à la santé et sécurité des travailleurs.
B. État de santé et arrêt de travail	
Diagnostic	Type de lésion, cause principale de la lésion, traitement.
Arrêt de travail	Durée de l'absence.
Régime d'assurance	Publique/privée/collective.
État de santé général	% du rétablissement au moment de l'entrevue.
C. Retour au travail	
Facteurs psychosociaux liés au travail ou à la vie hors travail	Facilitateurs et obstacles au retour au travail.
Processus de retour au travail	Description du plan de retour au travail (le cas échéant).
D. Description de l'emploi et aménagements pour un retour au travail durable	
Facteurs psychosociaux liés au contexte et au contenu du travail	Tâches, horaires de travail, milieu de travail, et relations interpersonnelles avec les collègues et le supérieur immédiat; formation continue et procédures de SST.
Aménagements des conditions de travail et RAT-D	Aménagements mis en place et/ou souhaités pour faciliter leur maintien en emploi 6 mois après le retour au travail.

3.3.2 Le portrait sociodémographique des participants interviewés à la Phase 1

Lors de cette première phase, 93 personnes ont manifesté leur intérêt à participer à l'étude. Parmi elles, 54 personnes ne répondaient pas aux critères d'inclusion (p. ex. : étaient retournées au travail depuis trop longtemps ou n'étaient pas retournées dans la même entreprise qu'avant l'arrêt de travail). Sept personnes étaient éligibles, mais la saturation théorique ainsi que la répartition équitable de deux sous-groupes en fonction du type de lésion subi (LÉS_PSY et LÉS_PHY) les ont exclues. L'échantillon final de la Phase 1 est donc composé de **32** participants âgés de 45

ans et plus étant récemment retournés au travail après une lésion psychologique¹¹ ($n = 15$; 47 %) ou physique¹² ($n = 17$; 53 %) (taux de participation = 35 %). Selon le point de vue des répondants, les lésions, tous types confondus, qui ont causé l'absence étaient plutôt liées au travail ($n = 19$; 59 %).

L'âge des participants varie entre 45 et 64 ans. La moyenne d'**âge** est de 52,6 ans ($\text{é.t.} = 5,5$; $\text{min} = 45$ ans; $\text{max} = 64$ ans). La majorité des participants sont des **femmes** ($n = 19$; 59 %). La plupart des participants ont obtenu un **diplôme** d'études secondaires ($n = 12$; 38 %). Les participants sont majoritairement **mariés**, en union de fait ou en couple ($n = 19$; 59 %). Quant à la **charge familiale**, la majorité de l'échantillon a rapporté avoir un ou plusieurs **enfants** ($n = 26$; 81 %). Leur revenu annuel est diversifié. Les deux groupes les plus représentés sont ceux dont le revenu annuel brut se situe entre 20 000 \$ et 40 000 \$ (29 %), et entre 60 000 \$ et 80 000 \$ (23 %). Plus de la moitié de l'échantillon estime que leur ménage a une bonne situation financière avant leur arrêt de travail ($n = 19$; 59 %). Presque la moitié des participants estiment que leur ménage a une bonne **situation financière** pendant leur arrêt de travail ($n = 13$; 41 %) et aussi depuis leur retour au travail ($n = 14$; 44 %). Au moment de l'entrevue, environ 60 % de l'échantillon pense que leur situation financière restera stable au cours des 12 mois qui suivront ($n = 19$; 59 %).

Quant au statut au travail, une grande partie de l'échantillon provient du **secteur public** ($n = 19$; 60 %) (p. ex. : services d'enseignement, services de soins de santé et assistance sociale). Les autres participants se répartissent dans d'autres secteurs, comme ceux de la fabrication, du transport et de l'entreposage, du commerce de gros et de détail, des services d'hébergement et de restauration, finance et assurances. Une large proportion de l'échantillon ($n = 30$) travaille dans des organisations ayant entre **5 à 99 employés** ($n = 25$; 83 %). Les participants travaillent en moyenne **38 heures** par semaine ($\text{é.t.} = 7,21$; $\text{min} = 15$ heures; $\text{max} = 55$ heures). Les participants sont employés dans la même entreprise en moyenne depuis **14 ans** ($\text{é.t.} = 9,90$; $\text{min} = 2$ ans; $\text{max} = 38$ ans) et occupent leur poste en moyenne depuis **10 ans** ($n = 31$; $\text{é.t.} = 8,76$; $\text{min} = 1$ an; $\text{max} = 35$ ans). Environ 90 % de l'échantillon occupe un **poste régulier** ($n = 28$; 88 %) et treize personnes un **poste syndiqué** ($n = 13$; 41 %). La plupart des participants ne peuvent pas **changer de poste** présentement dans leur entreprise ($n = 15$; 47 %) et ne peuvent pas non plus **changer de service** ou département ($n = 14$; 44 %). Cependant, la grande majorité déclare que leur entreprise est attentive à la **santé et sécurité des travailleurs** ($n = 27$; 84 %). À titre d'exemple, les participants mentionnent que l'employeur fait venir un ergonomiste au besoin afin d'ajuster les façons de travailler ou pour réaménager le poste de travail; il y a un comité SST auquel les représentants de l'employeur et des employés participent; le port des équipements de protection individuelle (p. ex. : lunettes, caps d'acier, vêtements) est encouragé; les travailleurs reçoivent périodiquement une formation en SST; un sondage annuel permet d'évaluer l'environnement de travail et les conditions de travail; une sensibilisation est faite auprès de travailleurs pour leur faire prendre conscience du danger et des enjeux pour la santé physique et mentale (p. ex. : partage de témoignages).

Au moment de l'entrevue, la situation au travail pour la plupart des participants interviewés était celle du retour progressif au travail ($n = 17$; 53 %) ou du retour à temps plein ($n = 13$; 41 %). Seulement trois participants étaient en assignation temporaire ($n = 3$; 9 %).

¹¹ Par exemple : anxiété, dépression majeure et autres troubles d'adaptation.

¹² Par exemple : entorses cervicales ou lombaires, tendinite de la main, tendinite bilatérale des coudes.

La **durée de l'absence du travail** était entre 2 et 5 mois pour 44 % des participants, et de 6 mois ou plus pour 41 % d'entre eux.

Pendant l'absence, tous les participants ont bénéficié de **consultations** ou d'un **programme** dans un hôpital, une clinique ou un centre de réadaptation.

Lors de leur arrêt, la majorité de l'échantillon a reçu des **prestations d'assurance salaire** ($n = 31$; 97 %). Leurs **prestations de salaire** proviennent en partie de la CNESST ($n = 16$; 50 %), de l'assurance emploi ($n = 6$; 19 %) et d'assurances privées ($n = 4$; 12,5 %).

En ce qui concerne leur **état de santé générale moyen**, il est considéré bon par les participants ($M = 4,00$ sur une échelle de 1 à 6; $é.t. = ,86$). Finalement, les participants estiment leur **rétablissement** à 83 % sur une échelle de 0 à 100 % ($é.t. = 10,9$).

3.4 La conception et la validation de l'outil ACT45+

L'équipe de recherche a suivi les trois étapes requises pour développer un nouveau questionnaire : la planification, l'opérationnalisation et la validation (Corbière et Fraccaroli, 2020). À la *Phase 1*, pour *concevoir* l'outil ACT45+ (**objectif 1**), une analyse de contenu des 32 entrevues a été effectuée. Tout d'abord, la professionnelle scientifique (JD) a noté ses impressions immédiates et des mots-clés dans un journal de bord concernant les aménagements des conditions de travail mis en place pour faciliter le retour au travail durable, et ce, à la fin de chaque entrevue. Les réponses de nature qualitative des participants ont été transcrites par une professionnelle en transcription dans un fichier Word et importées dans le logiciel NVivo 10 (QSR International Pty, 2016). Ensuite, à partir des transcriptions des entrevues semi-structurées, le contenu provenant des deux sections de la grille d'entrevue C) Retour au travail et D) Description de l'emploi et aménagements pour un retour au travail durable) a été extrait par JD et validé avec la chercheuse principale. Deux questions ont guidé l'extraction du contenu tout le long de l'analyse : « *Quels sont les facteurs psychosociaux au travail et/ou hors travail qui ont facilité ou fait obstacle au retour au travail des participants?* » et « *Quels sont les aménagements implantés et/ou souhaités pour leur maintien en emploi 6 mois après le retour au travail?* ». L'analyse des réponses des participants a permis d'identifier des thèmes à traiter en fonction de la recension des écrits sur le retour au travail durable des seniors (*la planification*); ensuite, les énoncés (items) pour chaque dimension conceptuelle ont été générés (*l'opérationnalisation*). Enfin, à la *Phase 2*, pour *valider* l'outil ACT45+ (**objectif 2**) une séquence logique a été suivie pour respecter les notions de validité et de fidélité. Tout d'abord l'*alpha de Cronbach* de chaque dimension de l'outil ACT45+ a été calculé afin d'évaluer la cohérence interne. Ensuite, une analyse de corrélation bivariée a été effectuée entre les scores obtenus pour les dimensions de l'outil et le score total de l'échelle mesurant les facteurs psychosociaux (WDQ-F, adaptée de Morgeson et Humphrey (2006)) pour évaluer la validité convergente.

Les réponses de nature quantitatives à certaines questions de la grille d'entrevue (p. ex. : âge) ont été saisies dans un fichier SPSS 24.0 (IBM Corp., 2016) en prévision des analyses de statistiques descriptives citées ci-haut.

Dans les sous-sections qui suivent (3.5.1 et 3.5.2), les questionnaires, autres que l'outil ACT45+, administrés aux participants à la *Phase 2* seront décrits.

3.5 Phase 2 – volet quantitatif

La *Phase 2* est composée de deux temps de mesure. Les participants étaient invités à répondre d'abord, à une première batterie de questionnaires administrée en version papier, par téléphone ou sur la plateforme électronique *Survey Monkey* (T1; durée approximative de 60 minutes) et, six mois plus tard, à un court questionnaire administré par téléphone (T2; durée approximative de 10 minutes). Tous les participants correspondaient aux critères d'inclusion spécifiés dans la sous-section 3.1 et ont tous été recrutés selon les stratégies décrites dans la sous-section 3.2.

Pour répondre aux objectifs 3 et 4 de cette étude, les questionnaires administrés au T1 mesuraient les variables indépendantes suivantes :

- Les **aménagements des conditions de travail** mis en place lors du retour au travail (à l'aide de l'outil ACT45+);
- Les **facteurs psychosociaux favorables et défavorables**;
- Les **aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail**.

L'outil ACT45+ sera décrit dans la sous-section des résultats en réponse aux objectifs 1 et 2 de l'étude.

Tous les outils de mesure utilisés dans cette étude, pour lesquels une version française validée n'existe pas, ont été traduits de l'anglais au français ou de l'italien au français selon la procédure standard de traduction et de traduction renversée (Brislin, 1980).

3.5.1 La mesure des facteurs psychosociaux et de la santé psychologique au travail au T1 de la Phase 2

La première batterie de questionnaires administrée au T1 de la *Phase 2* incluait des outils pour évaluer les **facteurs psychosociaux favorables et défavorables**, ainsi que les **aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail**. En considérant le nombre d'outils utilisés dans cette étude, la description des échelles de mesure des variables est présentée de façon synthétique ici à l'aide du Tableau 7 qui recense les informations suivantes : nom des questionnaires, noms des variables, nombre d'items, échelle de mesure, exemple d'items et références.

Tableau 7. Outils de mesure pour la collecte des données à la Phase 2 – T1

Variable et N ^{bre} d'items	Échelle de mesure	Exemple d'items	Référence
Facteurs psychosociaux (contexte et contenu de travail; relations interpersonnelles) (T1)			
<p>Questionnaire sur les caractéristiques de votre travail tel qu'il est aujourd'hui (Work Design Questionnaire – WDQ-F) (37 items; 11 sous-échelles en 4 catégories)</p> <p><i>Caractéristiques de la tâche :</i> 1. Variété des tâches (4)* 2. Feedback par le travail (3)*</p> <p><i>Caractéristiques liées à la connaissance :</i> 3. Complexité du travail (3)* 4. Traitement de l'information (4)** 5. Spécialisation (4)**</p> <p><i>Caractéristiques sociales :</i> 6. Soutien social (4)* 7. Feedback d'autrui (3)*</p> <p><i>Caractéristiques contextuelles :</i> 8. Ergonomie (3)* 9. Contraintes physiques (3)** 10. Conditions de travail (3)* 11. Utilisation d'équipements (3)**</p> <p>* Facteurs psychosociaux favorables¹³ ** Facteurs psychosociaux défavorables¹⁴</p>	<p>1 = Tout à fait en désaccord 5 = Tout à fait d'accord</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Ce travail implique la réalisation d'une grande variété de tâches.</i> 2. <i>Ce travail en soi me fournit un feedback sur ma performance.</i> 3. <i>Ce travail implique la réalisation de tâches relativement simples.</i> 4. <i>Ce travail nécessite que j'analyse beaucoup d'informations à la fois.</i> 5. <i>Les outils, procédures, matériels utilisés dans la réalisation de mon travail sont très spécifiques.</i> 6. <i>J'ai l'occasion de nouer des amitiés étroites dans mon milieu de travail.</i> 7. <i>Je reçois de nombreuses informations de la part de mon supérieur immédiat et de mes collègues sur ma performance au travail.</i> 8. <i>Dans mon travail, la configuration du poste de travail est adéquate (p. ex. : un nombre suffisant de places assises, des fauteuils confortables et ergonomiques).</i> 9. <i>Dans mon travail, il faut une bonne endurance physique.</i> 10. <i>La température et le taux d'humidité dans mon poste de travail sont convenables.</i> 11. <i>Mon travail implique l'utilisation de différents équipements</i> 	<p>Adapté de Bigot <i>et al.</i> (2014) Morgeson et Humphrey (2006)</p>

¹³ De hauts niveaux de réponse correspondent à de hauts niveaux de facteurs psychosociaux favorables.

¹⁴ De hauts niveaux de réponse correspondent à de hauts niveaux de facteurs psychosociaux défavorables.

Variable et N ^{bre} d'items	Échelle de mesure	Exemple d'items	Référence
Climat de sécurité au travail (11 items; 3 sous-échelles) 1. Employeur (4) 2. Supérieur immédiat (3) 3. Collègues (4)	1 = Jamais 7 = Toujours	1. <i>Mon employeur écoute avec attention les propositions des travailleurs en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité</i> 2. <i>Mon supérieur immédiat prend le temps de nous aider à apprendre à anticiper les problèmes liés à la sécurité.</i> 3. <i>Mes collègues sont attentifs à la sécurité même quand ils sont fatigués à la fin du quart de travail.</i>	Brondino et Pasini (2014)
Questionnaire sur l'équilibre travail-santé (Work-Health Balance) (17 items; 3 sous-échelles) 1. Incompatibilité entre le travail et la santé - volet travailleur* (6) 2. Climat de santé - volet employeur** (5) 3. Soutien externe - volet supérieur immédiat* (6)	* 1 = Jamais 5 = Toujours ** 1 = Fortement en désaccord 5 = Fortement en accord	1. <i>Votre travail est un obstacle à votre santé.</i> 2. <i>Votre employeur agit sans délai lorsque des inquiétudes sur la santé émergent entre les employés.</i> 3. <i>Pour des raisons de santé, votre superviseur immédiat vous permet d'arriver et de partir du travail quand vous le souhaitez.</i>	Gagnano et al. (2017)
Santé psychologique au travail (T1)			
Questionnaire sur l'équilibre travail-santé (Work-Health Balance) (17 items, 1 indice global) Équilibre travail-santé global : (Climat de santé + Soutien externe)/2 - Incompatibilité travail-santé)	- 4 = Équilibre faible + 4 = Équilibre élevé		Gagnano et al. (2017)
Questionnaire de santé générale adapté au contexte de travail (General Health Questionnaire – GHQ-12) (12 items; 2 sous-échelles) 1. Aspects positifs de la santé psychologique* (6) 2. Aspects négatifs de la santé psychologique** (6)	* 0 = Plus que d'habitude 3 = Beaucoup moins que d'habitude ** 0 = Moins que d'habitude 3 = Beaucoup plus que d'habitude	1. <i>Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites?</i> 2. <i>Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis?</i>	Lesage et al. (2011)
Appréhension d'une rechute (4)	1 = Ce n'est pas un obstacle 7 = C'est un gros obstacle	<i>La peur d'aggraver votre problème de santé (psychologique ou physique) après être retourné au travail.</i>	Corbière et al. (2016) Corbière, Negrini, et al. (2017)

Variable et N ^{bre} d'items	Échelle de mesure	Exemple d'items	Référence
Capacité de travail (2 items; 1 score moyen) 1. Capacité actuelle de travail par rapport aux exigences physiques du poste de travail** 2. Capacité actuelle de travail par rapport aux exigences cognitives du poste de travail**	1 = Très faible 5 = Très bonne	1. Indiquer le niveau de votre capacité actuelle de travail, en général, comparée à la meilleure que vous avez déjà atteinte 2. Comment évaluez-vous votre capacité actuelle de travail par rapport aux exigences physiques? 3. Comment évaluez-vous votre capacité actuelle de travail par rapport aux exigences mentales?	Adapté de Hellemans (2013) Tuomi, Kaija, Ilmarinen, Jahkola, Katajarinne et Tulkki (1994) Tuomi, K., Ilmarinen, Jahkola, Katajarinne et Tulkki (1998)
Motivation à garder l'emploi (7 items; 1 score moyen)	1 = Complètement en désaccord 7 = Complètement en accord	<i>En ce moment, maintenir mon travail est un de mes objectifs principaux.</i>	Villotti et al. (2015)
Satisfaction générale quant aux aménagements des conditions de travail (T1)			
Satisfaction générale quant aux aménagements des conditions de travail (énoncé unique)	-999 = N/A 1 = Totalemment insatisfait 7 = Totalemment satisfait	<i>En général, aujourd'hui, êtes-vous satisfait des aménagements implantés dans votre milieu de travail à la suite de votre RAT?</i>	Negrini, Corbière, Comeau, Naji et Dubé (2017)
Profil des participants			
Caractéristiques des participants et de l'organisation du travail	Plusieurs formats de réponse possibles	<i>Plusieurs questions et sous-questions (p. ex. : âge, genre, état civil, revenu familial, revenu annuel brut du ménage familial (avant et pendant l'absence, au moment e l'entrevue), taille de l'entreprise, horaire de travail, poste syndiqué ou pas)</i>	Negrini et al. (2017)
État de santé, arrêt de travail et retour au travail	Plusieurs formats de réponse possibles	<i>Plusieurs questions et sous-questions (p. ex. : type de lésion, durée de l'absence, régime d'assurance, traitements/consultations reçus)</i>	Negrini et al. (2017)

Note. N/A – Ne s'applique pas

Au T1, les participants répondaient aussi à une question qui permettait d'évaluer leur **satisfaction générale quant aux aménagements des conditions de travail** implantés dans leur milieu de travail à la suite de leur retour au travail.

La batterie de questionnaires était composée aussi de questions pour connaître les caractéristiques des participants (p. ex. : âge, genre, niveau de scolarité, état civil, revenu familial), de l'organisation du travail et de leur statut au travail (p. ex. : secteur d'activité, taille de l'entreprise, horaire de travail, poste syndiqué ou pas), de leur état de santé (p. ex. : type de lésion, durée de l'absence, régime d'assurance, traitements/consultations reçus dans un hôpital, une clinique ou un centre de réadaptation).

3.5.2 La mesure du retour au travail durable au T2 de la Phase 2

Les participants étaient recontactés par l'assistant de recherche par téléphone six mois (T2) après la première passation des questionnaires (T1). La question dichotomique « *Travaillez-vous présentement?* (Oui/Non) » était posée aux participants pour évaluer s'ils s'étaient maintenus en emploi pendant le suivi de six mois. Quelques sous-questions leur étaient administrées afin de connaître s'ils étaient encore en emploi pour le même employeur et, le cas échéant, s'ils occupaient le même poste que lors de leur participation au T1. Ces informations permettaient de connaître si leur retour au travail était durable ou pas (**objectif 4**). Si les participants indiquaient qu'ils n'étaient pas en emploi au T2, ils devaient préciser si la cause de l'absence était reliée au même problème de santé qu'au T1. Aussi, ils devaient indiquer s'ils étaient suivis par un professionnel de la santé au T2 en lien avec leur lésion.

Quant aux aménagements des conditions de travail, les participants devaient indiquer leur niveau de satisfaction générale pour les aménagements qui avaient éventuellement été implantés dans leur milieu de travail et hors travail, lors de leur retour au travail. Les réponses quantitatives et qualitatives ont été saisies dans de nouvelles variables dans le fichier SPSS de la *Phase 2*.

La description des échelles de mesure utilisées au T2 de la *Phase 2* est présentée à l'aide du Tableau 8.

Tableau 8. Outils de mesure pour la collecte des données à la Phase 2 – T2

Variable et N ^{bre} d'items	Échelle de mesure	Exemple d'items	Référence
T2 (suivi au six mois)			
Retour au travail durable (énoncé unique + 3 sous-questions)	1 = Oui 2 = Non	<i>Travaillez-vous présentement?</i>	Corbière <i>et al.</i> (2016) Corbière, Negrini, <i>et al.</i> (2017)
Traitement /consultation (énoncé unique + 1 sous-question)	1 = Oui 2 = Non	<i>Actuellement, êtes-vous suivi par un professionnel de la santé?</i>	Negrini <i>et al.</i> (2017)
Satisfaction générale quant aux aménagements des conditions de travail (énoncé unique)	-999 = N/A 1 = Totalement insatisfait 7 = Totalement satisfait	<i>En général, êtes-vous satisfait des aménagements implantés <u>dans votre milieu de travail</u> à la suite de votre retour au travail?</i>	Negrini <i>et al.</i> (2017)

Note. N/A – Ne s'applique pas

3.5.3 Le portrait sociodémographique des participants à la Phase 2

Lors de cette deuxième phase, 164 personnes ont manifesté leur intérêt à participer. Environ un tiers ($n = 53$; 33 %) ne correspondaient pas aux critères d'inclusion (p. ex. : retour au travail dans une autre organisation ou depuis plus de six mois, lésion non liée au travail). Une autre proportion de personnes a refusé de participer à l'étude ($n = 44$; 27 %) à cause de plusieurs raisons (p. ex. : montant de la compensation trop faible en rapport avec le temps passé à répondre aux différentes phases de l'étude; processus « décourageant », car il y avait le formulaire d'information et consentement à lire, signer et renvoyer, et ensuite prendre le rendez-vous pour répondre aux questionnaires). L'échantillon final de la Phase 2 est composé de **65** participants (40 %) âgés de 45 ans et plus étant récemment retournés au travail chez le même employeur après une lésion psychologique¹⁵ ($n = 34$; 52 %) ou physique¹⁶ ($n = 31$; 48 %). Selon la plupart des participants ($n = 40$; 62 %) les lésions étaient totalement liées au travail.

L'âge des participants varie entre 45 et 67 ans. La moyenne d'**âge** est de 52 ans ($\text{é.t.}=5,2$). La majorité des participants sont des **femmes** ($n = 42$; 65 %). La plupart des participants ont obtenu un **diplôme** d'études collégiales ($n = 16$; 25 %). Les participants sont majoritairement **mariés**, en union de fait ou en couple ($n = 39$; 60 %). Des proportions similaires de participants se retrouvent dans chacune des catégories de revenus annuels, variant de 20 000 \$ à 120 000 \$ et plus (dollars canadiens). Presque la moitié de l'échantillon estime que leur ménage a une bonne **situation financière** avant leur arrêt de travail ($n = 32$; 49 %) ainsi que depuis leur retour au travail ($n = 28$; 43 %). Cependant, 24 participants (37 %) estiment que la situation financière de leur ménage est passable pendant leur arrêt de travail. Plus de la moitié de l'échantillon pense que leur situation financière restera stable au cours des 12 prochains mois ($n = 43$; 66 %).

Quant au statut au travail, plus de la moitié de l'échantillon travaille dans le **secteur public** (p. ex. : services d'enseignement) ($n = 35$; 54 %). Une large proportion des participants travaille dans des organisations **de plus de 500 employés** ($n = 26$; 43 %). Les participants travaillent en moyenne **39 heures** par semaine. Les participants travaillent dans la même entreprise en moyenne depuis **20 ans** ($\text{é.t.}=9,9$; $\text{min}=2$ ans; $\text{max}=47$ ans). La grande majorité de l'échantillon occupe un **poste syndiqué** ($n = 52$; 80 %) et un **poste régulier** ($n = 56$; 86 %). Depuis le retour au travail, 54 participants (83 %) n'ont pas changé de poste et 46 participants (71 %) n'ont pas changé de tâches. La majorité déclare que leur entreprise est attentive à la **santé et sécurité des travailleurs** ($n = 40$; 62 %). À titre d'exemple, les participants mentionnent qu'il y a un plan : de formation du personnel en SST ($n = 22$; 34 %); d'aménagements des conditions de travail ($n = 13$; 20 %); de prévention des risques au travail ($n = 22$; 34 %), de promotion de la santé ($n = 16$; 25 %) et des équipements de protection individuelle sont fournis ($n = 15$; 23 %).

Au T1, la **situation au travail** pour la plupart des participants était celle du retour progressif au travail ($n = 28$; 43 %) ou du retour à temps plein ($n = 24$; 38 %).

Pendant leur absence, tous les participants ont bénéficié de **consultations ou programme** dans un hôpital, une clinique ou un centre de réadaptation.

¹⁵ Par exemple : anxiété, dépression majeure et autres troubles d'adaptation.

¹⁶ Par exemple : fractures, entorse du genou, tendinite de l'épaule.

Lors de leur arrêt, la majorité de l'échantillon a reçu des prestations d'assurance salaire ($n = 55$; 85 %). Leurs prestations de salaire peuvent provenir de trois sources : des assurances collectives ($n = 34$; 52 %), de la CNESST ($n = 20$; 31 %) ou de l'assurance-emploi ($n = 8$; 12 %). La durée de l'absence du travail était entre 2 et 5 mois pour les 41 % des participants, et de 6 mois ou plus pour 49 % d'entre eux.

La **durée moyenne de retour au travail**, calculée en soustrayant la date du retour au travail de la date de l'entrevue de suivi (T2), est de 9 mois (*é.t.* = 2,8; min = 5; max = 20).

En ce qui concerne leur **état de santé général**, les participants l'estiment à 3,6 sur une échelle de 1 à 6 (*é.t.* = 1,1).

Lors du suivi au T2, 61 participants étaient joignables (taux de participation = 94 %). Parmi eux, 8 avaient quitté leur emploi ou été licenciés. Le retour au travail est durable pour la majorité des participants ($n = 53$; 87 %). La majorité des participants au T2 indiquaient être suivis par un **professionnel de la santé** en lien avec leur lésion professionnelle ($n = 37$; 61 %). Parmi les répondants, 7 personnes (12 %) avaient changé de poste depuis la première passation des questionnaires six mois avant.

À l'aide du logiciel SPSS 24 (IBM Corp., 2016), différents types d'analyses statistiques quantitatives ont été effectuées pour répondre aux objectifs de la *Phase 2*. Elles sont décrites dans les sous-sections qui suivent.

3.5.4 Les analyses statistiques préliminaires

Tout d'abord, les valeurs manquantes sur les échelles de mesure étaient remplacées par la médiane. Aussi, avant de procéder avec le calcul des scores moyens, les items dont la valeur allait dans un sens contraire étaient inversés pour assurer la validité et la fiabilité de la mesure. Le calcul des scores moyens des variables mesurées sur des échelles a été effectué et les coefficients de **cohérence interne** ont été établis pour chacune échelle.

Enfin, les **analyses statistiques descriptives** (c.-à-d., fréquences, étendues, moyennes et écarts-types) des variables étudiées aux T1 et T2 (p. ex. : facteurs psychosociaux défavorables et favorables; aspects négatifs et positifs de la santé psychologique, retour au travail durable), ont été effectuées pour décrire l'échantillon de 65 participants.

3.5.5 Les analyses statistiques sur les aménagements des conditions de travail

Pour identifier quels sont les aménagements les plus souvent implantés pour le retour au travail durable des travailleurs seniors (**objectif 3**), des **analyses descriptives** ont été effectuées d'abord sur l'échantillon de 65 participants sans les distinguer en fonction du type de lésion subi. Ensuite, pour tester l'**H1**, deux sous-groupes ont été identifiés ($n = 34$ ayant subi une LÉS_PSY; $n = 31$ ayant subi une LÉS_PHY) pour identifier les aménagements les plus et les moins implantés selon le type de lésion subi.

Des analyses de comparaison de moyennes à l'aide de **test t** ont été effectuées pour comparer a) les aménagements des conditions de travail selon le type de lésion (LÉS_PSY c. LÉS_PHY); b) le niveau général de satisfaction quant aux aménagements implémentés au T1 selon le type de lésion (LÉS_PSY c. LÉS_PHY).

3.5.6 Les analyses statistiques pour la prédiction du retour au travail durable

Pour valider le modèle de prédiction du retour au travail durable intégrant les variables significatives relatives aux facteurs psychosociaux, aux aménagements des conditions de travail, à la santé psychologique au travail et au retour au travail durable des travailleurs seniors (**objectif 4**), plusieurs analyses ont été effectuées.

Les résultats de l'analyse descriptive de la variable dichotomique « *Travaillez-vous présentement?* (Oui/Non) » posée aux participants au T2 pour évaluer s'ils s'étaient maintenus en emploi pendant le suivi de 6 mois, avait montré que la majorité des participants étaient encore en emploi à la suite de leur retour ($n = 53$; 87 %). Tenant compte de ce résultat et qu'il n'y avait pas assez de variabilité de comportements pour obtenir des résultats significatifs, la prédiction du retour au travail durable a été évaluée à l'aide d'une variable *proxy* de la variable dichotomique « *Travaillez-vous présentement?* (Oui/Non) » : la **durée du retour au travail durable** (distance en mois entre la date du retour au travail et la date du T2).

Ces analyses statistiques ont été effectuées en trois étapes. La première consiste en une démarche « éliminatoire » à l'aide des **régressions linéaires univariées** effectuées sur l'échantillon des 61 participants ayant répondu au T2. Cette démarche a permis de détecter les variables significatives à utiliser pour la deuxième étape d'analyse afin de prédire le retour au travail durable. Cette étape consiste à effectuer des **analyses de régression linéaires multivariées** afin de tester les relations directes entre les variables qui se sont avérées significatives dans les régressions linéaires univariées et le retour au travail durable. Enfin, des analyses de **corrélations bivariées** ont été utilisées pour évaluer la relation entre les prédicteurs significatifs ressortis des analyses de régression et les variables indépendantes (aménagements des conditions de travail, facteurs psychosociaux favorables et défavorables, aspects positifs et négatifs de la santé psychologique).

Pour tester l'**H3**, des analyses statistiques de type **tests-t** ont été conduites pour comparer la **durée du retour au travail durable** selon le type de lésion (LÉS_PSY c. LÉS_PHY).

4. RÉSULTATS

4.1 La conception de l'outil ACT45+

Afin de concevoir l'outil ACT45+ (**objectif 1**), l'analyse de contenu des entrevues a permis d'identifier des thèmes qui ont été traités en fonction de la recension des écrits sur le retour au travail durable des seniors (la *planification*). Ensuite, dix catégories conceptuelles ont été dégagées à partir des thèmes concernant les aménagements des conditions de travail reflétant bien la situation des travailleurs seniors qui retournent au travail après avoir subi une LÉS_PSY ou une LÉS_PHY. Parmi les dix catégories conceptuelles ressorties de l'analyse du contenu effectuée à la *Phase 1*, neuf (9) sont liées au travail et une seule (1) est liée à la vie hors travail. Pour définir ces 10 catégories, les quatre règles principales établies par Bardin (2003) ont été suivies : a) l'exhaustivité; b) la représentativité; c) l'homogénéité; et d) la pertinence. Chacune de ces catégories représente une dimension de l'outil ACT45+ : 1) *Plan de retour au travail et suivi* ($n = 17$); 2) *Organisation du travail et poste de travail* ($n = 27$); 3) *Horaire et lieu de travail* ($n = 21$); 4) *Charge de travail* ($n = 19$); 5) *Tâches de travail* ($n = 20$); 6) *Santé au travail* ($n = 10$); 7) *Soutien des collègues* ($n = 18$); 8) *Soutien du supérieur immédiat* ($n = 21$); 9) *Information et formation* ($n = 10$); 10) *Aménagements hors travail* ($n = 19$). Entre les parenthèses, il est indiqué le nombre de participants de la *Phase 1* qui ont mentionné le thème qui, à son tour, a permis de générer les dimensions de l'outil ACT45+.

Pour chaque dimension, au moins trois énoncés (items) clairs et précis ont été générés (*l'opérationnalisation*). Par la suite, des échelles de réponse de type catégorielles (p. ex. : Oui, Non, Je ne sais pas) ont été choisies par les auteurs. Une fois la liste des énoncés de l'outil ACT45+ rédigés (*version 1 comprenant 55 items*), l'équipe de recherche a consulté les membres du comité de suivi de l'IRSST¹⁷, experts dans le domaine, afin d'évaluer si les énoncés représentent adéquatement la notion de mesure d'aménagement (validité de contenu). À la suite de la rétroaction des experts, une nouvelle version de l'outil ACT45+ (*version 2 comprenant 52 items*) a été administrée à huit travailleurs seniors ayant effectué un retour au travail dans les trois derniers mois après un congé de maladie due à une lésion psychologique ou physique. Cette étape a permis d'évaluer la clarté et la compréhension des énoncés par la clientèle cible (validité apparente). Ce processus a permis d'éliminer les items qui n'étaient pas clairs (certains participants n'arrivaient pas à distinguer entre la charge de travail, la tâche et le poste) ou redondants. Finalement, une *version 3* de l'outil ACT45+ *comprenant 47 items*, a été préparée et approuvée par les comités d'éthique afin d'être administrée à la *Phase 2*.

¹⁷ Pour plus d'informations, consulter le site Web : <https://www.irsst.qc.ca/recherche-sst/transfert-connaissances>.

Le Tableau 9 illustre, pour chaque étape de la conception et de la validation de l'outil ACT45+, la taille d'échantillon ainsi que l'analyse effectuée.

Tableau 9. Processus de conception et de validation de l'outil ACT45+

Type de validité	Échantillon	Version de l'outil ACT45+ Objectifs	Analyses
Phase 1 – volet qualitatif			
Validité de contenu	Membres du comité de suivi, experts dans le domaine de la réadaptation au travail	ACT45+. Version 1. (55 items) Évaluer si les items et le choix de l'échelle de réponse semblent pertinents et représentent adéquatement le concept.	Analyses du contenu
Validité apparente	8 travailleurs qui sont retournés au travail récemment après une LÉS_PSY ou une LÉS_PHY	ACT45+. Version 2. (52 items) Évaluer la clarté et la compréhension des énoncés.	
→ ACT45+. Version 3. (47 items) à administrer dans la Phase 2.			
Phase 2 – volet quantitatif			
Cohérence interne	N = 65 (T1)	ACT45+. Version 3. (47 items) Apprécier l'homogénéité des dimensions de l'outil ACT45+.	alpha de Cronbach
Validité convergente	N = 65 (T1)	ACT45+. Version 4. (44 items) Vérifier si les scores obtenus à la suite de l'administration de l'outil ACT45+ sont corrélés significativement au score total obtenu au WDQ-F (<i>adapté de Morgeson et Humphrey, 2006</i>) mesurant des concepts semblables ou théoriquement en relation.	Corrélations de Pearson
Validité prédictive	N = 61 (T2)	ACT45+. Version 5. (37 items) Identifier les aménagements des conditions de travail qui peuvent influencer le retour au travail durable des travailleurs seniors	Régressions linéaires univariées, multivariées Corrélations

4.2 Les dimensions de l'outil ACT45+

La version de l'outil ACT45+ utilisée à la *Phase 2* comprend 47 items répartis dans 10 dimensions qui sous-tendent les aménagements des conditions de travail auprès de la population de travailleurs ciblée (Tableau 10). La description des dimensions de l'outil ACT45+ suit l'ordre de présentation dans lequel l'outil a été administré aux participants.

Les trois premières dimensions de l'outil ACT45+, ainsi que la sixième et neuvième appartiennent au *système de l'organisation et du contexte de travail*.

1) **Plan de retour au travail et suivi** permet d'évaluer l'implantation d'un plan lors du retour au travail (p. ex. : retour progressif) qui peut être aidant pour accompagner le travailleur dans la réalisation de ses tâches et pour faire des suivis réguliers avec le supérieur immédiat ou un ergothérapeute dans le milieu de travail.

2) **Organisation du travail et poste de travail** réfère à l'implantation d'aménagements concernant l'adaptation ou le changement du poste de travail lors du retour (p. ex. : hauteur du

bureau ou de la table de travail), le changement d'équipe de travail chez le même employeur ou la rotation des tâches (p. ex. : alterner deux tâches différentes par jour).

3) **Horaire et lieu de travail** inclut des aménagements comme : modifier l'heure d'arrivée et de départ (p. ex. : commencer plus tard le matin ou quitter plus tôt l'après-midi), changer l'horaire du travail (p. ex. : travailler à temps partiel plutôt qu'à temps plein), enlever les heures supplémentaires, prendre de pauses adaptées aux besoins de santé (p. ex. : plus fréquentes ou plus longues), pouvoir concilier le travail et la vie personnelle lors du retour au travail. Cette dimension inclut aussi un item mesurant la possibilité de travailler en dehors du lieu de travail habituel, c'est-à-dire du télétravail (p. ex. : à partir de la maison).

6) **Santé au travail** concerne le fait de travailler dans une organisation où l'employeur sensibilise les employés à l'importance de la SST (p. ex. : identification des risques), met en place des mesures préventives en santé psychologique au travail. Cette dimension permet aussi d'évaluer le sentiment du travailleur quant au fait de travailler dans une organisation qui est non discriminante face aux problèmes de santé psychologique ou physique des employés.

9) **Information et formation** permet d'évaluer l'implantation de certaines pratiques relatives à la diffusion d'informations (p. ex. : le travailleur est informé des changements mis en place durant l'absence quant à une nouvelle procédure, nouvelle législation, ou un nouveau système informatique). L'information concerne aussi celle que le travailleur peut recevoir de la part d'un professionnel (p. ex. : par un ergothérapeute, un ergonomiste) lors de son retour au travail sur les bonnes pratiques à adopter au travail dans le but de prévenir les lésions physiques et de maintenir une bonne santé psychologique au travail. Lors du retour au travail, le travailleur pourrait avoir besoin aussi d'une formation pour réaliser de nouvelles tâches. Cet aménagement est aussi évalué dans cette dimension.

Les dimensions 4 et 5 font référence au *contenu du travail*.

4) **Charge de travail** concerne le changement (p. ex. : avoir des responsabilités différentes qu'avant l'absence) ou la réduction de la charge de travail physique (p. ex. : réduire le poids des objets à déplacer) et mentale (p. ex. : diminuer les informations à traiter, diminuer les responsabilités), en fonction des capacités du travailleur lors du retour au travail.

5) **Tâches de travail** permet de mesurer le changement ou la réduction des tâches de travail en fonction des capacités du travailleur lors du retour au travail (p. ex. : tâches physiques/manuelles par rapport aux tâches cognitives). Cette dimension évalue aussi si le travailleur a la possibilité de réorganiser ses tâches dans l'équipe de travail (p. ex. : partager ses tâches avec des collègues) toujours en fonction de ses capacités lors du retour au travail. Cette dimension permet aussi d'évaluer si les tâches du travailleur sont clairement identifiées (p. ex. : en cas de rotation de poste ou de partage de tâches avec les collègues).

Les dimensions 7 et 8 font référence aux *relations interpersonnelles* en milieu de travail. Sans devoir nécessairement leur dévoiler le motif de l'absence ou le diagnostic médical, le travailleur peut compter sur le « soutien naturel » des collègues et du supérieur immédiat (Corbière, Villotti *et al.*, 2014).

7) **Soutien des collègues** permet d'évaluer les aménagements implantés dans le milieu de travail concernant le rôle joué par les collègues de travail lors du retour au travail. Ils peuvent être à l'écoute du travailleur quant à ses besoins liés au travail (p. ex. : prendre le temps pour

réorganiser ou partager des tâches), l'aider à réaliser certaines tâches, et aussi ajuster leurs attentes quant à la performance du travailleur qui revient au travail après une absence maladie. Cette dimension permet aussi d'évaluer leur reconnaissance quant aux efforts du travailleur pour accomplir son travail et le feedback de leur part quant au travail accompli lors du retour au travail.

8) **Soutien du supérieur immédiat** permet de mesurer les mêmes aspects que ceux concernant le soutien des collègues de travail (écoute, ajustement des attentes, reconnaissance, feedback), mais aussi le respect du supérieur immédiat par rapport au rythme de rétablissement du travailleur et sa communication avec lui tout au long du processus de retour au travail.

Enfin, la dixième concerne des aménagements liés au *contexte de vie hors travail*.

10) **Aménagements hors travail** permet d'évaluer le soutien dont bénéficie le travailleur de la part de son entourage (p. ex. : famille, amis), le suivi effectué par un professionnel de la santé en clinique (p. ex. : ergothérapeute, psychologue, médecin, physiothérapeute, massothérapeute, kinésologue), ainsi que le fait de pouvoir prendre du temps pour lui-même après le travail (p. ex. : activités de relaxation, activité physique, lecture).

Tableau 10. Synthèse des caractéristiques de l'outil ACT45+

Variable et N ^{bre} d'items	Échelle de mesure ¹⁸	Exemple d'items	Référence
Aménagements des conditions de travail pour les travailleurs seniors (T1)			
ACT45+ (version 3 : 47 items; 10 sous-échelles)			Negrini et al. (2017)
1. Plan de retour au travail et suivi (7)	<p>Partie A : indiquer si l'ACT a été implanté lors du retour au travail (Oui, Non, N/A).</p> <p>Si la réponse dans la Partie A est « Oui », passer à la Partie B et indiquer si l'ACT implanté est aidant pour se maintenir en emploi (Oui, Non, Je ne sais pas).</p> <p>Si la réponse dans la Partie A est « Non », passer à la Partie C et indiquer si l'implantation de l'ACT est souhaitée (Oui, Non, N/A).</p> <p>Si la réponse dans la Partie A est « N/A » (l'ACT ne s'applique pas à vous), passer à la question suivante.</p>	<i>1. Avoir un plan de retour progressif au travail</i>	
2. Organisation du travail et poste de travail (5)		<i>2. Effectuer une rotation des tâches de travail</i>	
3. Horaire et lieu de travail (6)		<i>3. Avoir un horaire de travail flexible</i>	
4. Charge de travail (3)		<i>4. Changer votre charge de travail</i>	
5. Tâches de travail (4)		<i>5. Réduire la quantité de vos tâches en fonction de vos capacités</i>	
6. Santé au travail (3)		<i>6. Avoir un employeur qui sensibilise les employés à l'importance de la santé-sécurité au travail</i>	
7. Soutien des collègues (5)		<i>7. Avoir des collègues qui sont à l'écoute de vos besoins liés au travail</i>	
8. Soutien du supérieur immédiat (6)		<i>8. Avoir un supérieur immédiat qui respecte votre rythme de rétablissement</i>	
9. Information et formation (5)		<i>9. Être informé des changements qui ont été mis en place durant votre absence</i>	
10. Aménagements hors travail (3)		<i>10. Être suivi par un professionnel de la santé en clinique</i>	

¹⁸ Les échelles de mesure de l'outil ACT45+ sont illustrées dans la sous-section 3.4.2.

4.3 La structure et les échelles de réponse de l'outil ACT45+

À l'instar du WANSS (Corbière, Villotti, Lecomte, *et al.*, 2014), l'outil **ACT45+** est composé de trois parties (Tableau 11). Dans la partie A le participant indique si l'aménagement a été implanté lors de son retour au travail (Oui, Non, N/A). Si la réponse dans la partie A est « Oui », il est invité à passer à la Partie B où il indique si l'aménagement implanté est aidant pour se maintenir en emploi (Oui, Non, Je ne sais pas). Par contre, si la réponse dans la partie A est « Non », il passe à la Partie C et indique s'il aurait souhaité avoir l'aménagement implanté (Oui, Non, N/A). Si la réponse dans la partie A est non applicable « N/A » (l'aménagement ne s'applique pas au participant), il passe à la question suivante.

Tableau 11. Exemple de la structure de l'outil ACT45+

AMÉNAGEMENTS DES CONDITIONS DE TRAVAIL	Partie A			Partie B			Partie C		
	Implanté?			Si OUI, est-ce aidant pour votre maintien en emploi?			Si NON, auriez-vous souhaité qu'il le soit?		
1. Avoir un plan de retour progressif au travail (p. ex. : retourner à temps partiel à votre ancien poste de travail).	OUI	NON	N/A	OUI	NON	Je ne sais pas	OUI	NON	N/A

Note. N/A = non applicable

Les réponses de l'outil ACT45+ peuvent être traitées sur une échelle catégorielle (Oui = 1; Non et N/A = 0) ou Likert variant de 0 à 7. Plus précisément, dans cette étude, les dimensions de l'outil ACT45+ sont traitées avec leurs scores dichotomiques pour effectuer les analyses descriptives qui permettent d'identifier les aménagements les plus et les moins implantés lors du retour au travail de cette population de travailleurs. L'addition des réponses aux items (implanté : Oui = 1, Non et N/A = 0) dans chaque dimension a été effectuée pour savoir si la dimension avait été implantée ou pas.

Pour le calcul des coefficients *alphas de Cronbach*, les tests *t* et les analyses de corrélation et de régression, les valeurs dichotomiques des items (1; 0) de chaque dimension ont été additionnées pour être analysées sur une échelle Likert variant de 0 à 7. Les formules de recodage des dimensions de l'outil ACT45+ sont disponibles sur demande à la chercheuse principale.

4.4 La validité de l'outil ACT45+

Quant à l'**objectif 2** - valider l'outil **ACT45+** (cohérence interne et validité convergente) - les analyses de *cohérence* montrent les coefficients *alpha de Cronbach* des dimensions de l'outil ACT45+ calculées sur une échelle Likert variant de 0 à 7 (Tableau 12).

Les résultats des analyses ont amené l'équipe de recherche à supprimer deux items à la dimension *Plan de retour au travail et suivi* (Avoir accès à une assignation temporaire, c'est-à-dire à un poste temporaire différent de votre ancien poste; Avoir accès à un programme d'aide aux employés (PAE)) et un item à la dimension *Organisation du travail et poste de travail* (Avoir un nouvel équipement lors de votre retour au travail (p. ex. : casque d'écoute, outil anti-vibration)).

La liste complète des 44 items divisés en 10 sous-échelles (version 4 de l'outil ACT45+) sera disponible sur demande à la chercheuse principale. Les analyses de cohérence interne effectuées sur cette version ont montré que les coefficients alpha de Cronbach des dimensions *Organisation du travail et poste de travail* ($\alpha = 0,50$) et *Aménagements hors travail* ($\alpha = 0,40$) sont « inacceptables », car inférieurs à 0,60. Les coefficients des dimensions *Plan de retour au travail et suivi* ($\alpha = 0,60$), *Horaire et lieu de travail* ($\alpha = 0,62$) et *Tâches de travail* ($\alpha = 0,60$) sont inférieurs à 0,65 et donc « critiques ». L'alpha de Cronbach de la dimension *Charge de travail* ($\alpha = 0,65$) est « acceptable », car elle est composée de seulement 3 items. Les coefficients alpha de Cronbach des dimensions *Santé au travail* ($\alpha = 0,77$), *Information et formation* ($\alpha = 0,79$), *Soutien des collègues* ($\alpha = 0,86$) et *Soutien du supérieur immédiat* ($\alpha = 0,90$) montrent des coefficients très bons, indiquant une bonne homogénéité des items (Corbière et Fraccaroli, 2020; Streiner et Norman, 1995).

Le Tableau 12 présente l'évaluation des cohérences internes des dimensions de l'outil ACT45+, ainsi que les résultats des analyses descriptives (moyennes, écarts-types, min et max) effectuées sur chacune.

Tableau 12. Cohérence interne et analyses descriptives de l'outil ACT45+

Dimensions	alpha de Cronbach	Moyenne (Écart-type)	Min-Max	Nombre d'items
Phase 2 – T1 (N = 65)				
ACT45+				
1. Plan de retour au travail et suivi (0-7)	0,60	3,06 (1,98)	0-7	5
2. Organisation du travail et poste de travail (0-7)	0,50 ^a	1,10 (1,62)	0-7	4
3. Horaire et lieu de travail (0-7) (N = 63)	0,62	1,94 (1,80)	0-7	6
4. Charge de travail (0-7)	0,65	2,41 (2,54)	0-7	3
5. Tâches de travail (0-7) (N = 64)	0,60	2,24 (2,15)	0-7	4
6. Santé au travail (0-7)	0,77	2,48 (2,76)	0-7	3
7. Soutien des collègues (0-7)	0,86	2,33 (2,63)	0-7	5
8. Soutien du supérieur immédiat (0-7)	0,90	2,57 (2,76)	0-7	6
9. Information et formation (0-7)	0,79	1,68 (2,19)	0-7	5
10. Aménagements hors travail (0-7)	0,40 ^a	5,46 (1,95)	0-7	3

Note. ^a alpha de Cronbach inacceptable.

Ensuite, pour tester la *validité convergente* de l'outil, une analyse de corrélation partielle entre l'outil ACT45+ et l'échelle de mesure des facteurs psychosociaux (WDQ-F adaptée de Morgeson et Humphrey (2006) a été conduite. Les scores totaux moyens pour l'outil ACT45+ et pour le WDQ-F ont été calculés pour tester la corrélation entre eux. Le coefficient r de Pearson est de 0,452 ($p < 0,01$), montrant la validité convergente de l'outil ACT45+.

Les sous-sections qui suivent portent sur les résultats des analyses statistiques effectuées sur les données recueillies lors de la *Phase 2* pour connaître les aménagements les plus implantés (**objectif 3**) et les déterminants du retour au travail durable (**objectif 4**).

Afin de répondre aux objectifs 3 et 4, seulement les dimensions de l'outil ACT45+ ayant les coefficients de Cronbach $\geq 0,60$ sont incluses dans les analyses statistiques. Les dimensions *Organisation du travail et poste de travail* et *Aménagements hors travail* sont donc exclues.

La cinquième et dernière version de l'outil ACT45+ est composée de 37 items divisés en 8 sous-échelles.

4.5 Les résultats des analyses statistiques préliminaires

Le Tableau 13 présente les résultats des analyses descriptives (moyennes, écarts-types, min et max) ainsi que l'évaluation des cohérences internes des variables étudiées aux T1 et T2.

Tableau 13. Cohérence interne et analyses descriptives des échelles

Échelles	<i>alpha de Cronbach</i>	Moyenne (Écart-type)	Min-Max	Nombre d'items
Phase 2 – T1				
Facteurs psychosociaux (autres que les aménagements)				
Facteurs psychosociaux favorables au travail (WDQ-F)				
Variété des tâches (1-5)	0,93	3,92 (1,01)	1-5	4
Feedback sur le travail (1-5)	0,90	3,04 (1,11)	1-5	3
Complexité du travail (1-5)	0,96	2,58 (1,06)	1-5	3
Soutien social (1-5)	0,69	3,36 (0,78)	1-5	4
Feedback d'autrui (1-5)	0,93	2,53 (1,07)	1-5	3
Ergonomie (1-5)	0,84	3,12 (0,98)	1-5	3
Conditions de travail (1-5)	0,56	3,18 (0,87)	1-5	3
Facteurs psychosociaux défavorables au travail (WDQ-F)				
Traitement de l'information (1-5)	0,89	4,00 (0,84)	1-5	4
Spécialisation (1-5)	0,85	3,70 (0,82)	2-5	4
Contraintes physiques (1-5)	0,96	2,98 (1,39)	1-5	3
Utilisation d'équipements (1-5)	0,72	3,17 (0,88)	1-5	3
Climat de sécurité au travail (CST)				
Employeur (1-7)	0,92	3,40 (1,52)	1-7	4
Supérieur immédiat (1-7)	0,89	3,25 (1,65)	1-7	3
Collègues (1-7) (<i>N</i> = 64)	0,93	3,58 (1,61)	1-7	4
Équilibre travail-santé (ÉTS)				
Incompatibilité travail-santé - volet travailleur (1-5)	0,79	3,04 (0,71)	1-5	6
Climat de santé - volet employeur (1-5)	0,93	2,74 (1,03)	1-5	5
Soutien externe - volet supérieur immédiat (1-5)	0,87	2,19 (0,92)	1-4	6
Santé psychologique au travail				
Équilibre travail-santé global (indice global; - 4; + 4)	0,71	-0,58 (1,41)	de - 4 à + 2	17
Santé générale au travail (SGT)				
Aspects positifs de la santé générale au travail (GHQ-12) (0-3)	0,85	1,47 (0,65)	0-3	6
Aspects négatifs de la santé générale au travail (GHQ-12) (0-3)	0,92	1,54 (0,89)	0-3	6
Appréhension d'une rechute (1-7)	0,90	4,76 (1,59)	1-7	4
Capacité de travail globale (1-5)	-	3,41 (0,75)	1,5-5	2
Motivation à garder l'emploi (1-7)	0,94	5,67 (1,19)	2-7	7
Satisfaction générale quant aux aménagements des conditions de travail (1-7)	-	3,29 (2,14)	0-7	1
Phase 2 – T2				
Satisfaction générale quant aux aménagements des conditions de travail (1-7)	-	4,68 (1,66)	0-7	1

La validité et la fiabilité de la plupart des questionnaires, autres que l'outil ACT45+, administrés dans le cadre de cette étude montrent des coefficients de cohérence interne satisfaisants (*alpha de Cronbach* $\geq 0,70$) (Streiner et Norman, 2008 cités dans Corbière et Fraccaroli, 2020) à l'exception de ceux de deux facteurs psychosociaux favorables : *Soutien social* ($\alpha = 0,69$) et *Conditions de travail* ($\alpha = 0,56$).

Les principaux résultats de la *Phase 2* sont présentés dans les prochaines sous-sections selon l'ordre des objectifs escomptés.

4.6 Les aménagements implantés pour le retour au travail durable des travailleurs seniors

Cette sous-section présente les résultats des analyses statistiques qui ont été effectuées pour identifier quels sont les aménagements les plus souvent implantés pour le retour au travail durable des travailleurs seniors (**objectif 3**).

Dans le Tableau 14 ci-dessous, il est possible de prendre connaissance de l'aménagement le plus souvent implanté au sein de chaque dimension pour l'ensemble de l'échantillon toutes lésions confondues. En regardant les aménagements qui ont été implantés lors du retour au travail des participants, il est possible d'observer que le *Plan de retour au travail et suivi* a été implanté pour plus de 90 % de l'échantillon. Cet aménagement permet d'accompagner le travailleur dans la réalisation de ses tâches et de faire des suivis réguliers avec le supérieur immédiat ou un ergothérapeute dans le milieu de travail. L'aménagement de l'*Horaire et lieu de travail* a été implanté pour 71 % des participants tandis que les *Tâches de travail* et le *Soutien du supérieur immédiat* l'ont été pour presque les deux tiers des participants (respectivement 62% et 60 %). La *Charge de travail*, le *Soutien des collègues*, la *Santé au travail* et l'*Information et formation* ont été aménagés pour la moitié des participants (pourcentages variant de 51 % à 54 %).

Dans la plupart des cas, lorsque l'aménagement était implanté, au moins 92 % des participants déclaraient qu'il était **aidant** pour leur maintien en emploi. En revanche, lorsque l'aménagement était peu ou jamais implanté (≤ 30 % de l'échantillon déclarait avoir reçu ce type d'aménagement), au moins 72 % des participants déclaraient le **souhaiter** lors de leur retour au travail.

Tableau 14. Les aménagements les plus et les moins implantés (N = 65)

Dimension	%	Aménagements le plus souvent implantés dans chaque dimension	%
1. Plan de retour au travail et suivi	91	1. Avoir un plan de retour progressif au travail	83
3. Horaire et lieu de travail	71	3. Avoir un horaire de travail flexible	39
5. Tâches de travail	62	5. Réduire la quantité de vos tâches en fonction de vos capacités	43
8. Soutien du supérieur immédiat	60	8. Avoir un supérieur immédiat qui respecte votre rythme de rétablissement	43
4. Charge de travail	54	4. Changer votre charge de travail	43
7. Soutien des collègues	54	7. Avoir des collègues qui sont à l'écoute de vos besoins liés au travail	42
6. Santé au travail	52	6. Avoir un employeur qui sensibilise les employés à l'importance de la santé-sécurité au travail	46
9. Information et formation	51	9. Être informé des changements qui ont été mis en place durant votre absence	34

4.6.1 Les aménagements des conditions de travail selon le type de lésion

Pour identifier si des différences existent en termes d'aménagements implantés en fonction du type de lésion subi par les participants (**H1**), des analyses descriptives ont été effectuées. Le Tableau 15 ci-dessous, permet de prendre connaissance des aménagements les plus souvent implantés en fonction des lésions PSY et PHY ($n = 34$ ayant subi une LÉS_PSY; $n = 31$ ayant subi une LÉS_PHY). *Plan de retour au travail et suivi* et *Horaire et lieu de travail* ont été implantés fréquemment ($\geq 70\%$) pour les deux types de lésions. Cependant des différences quant à la fréquence d'implantation des aménagements ont été observées en fonction du type de lésion subi par les participants. Les résultats des analyses descriptives montrent que la moitié ou plus des participants ayant subi une LÉS_PHY ($\geq 59\%$) ont reçu au moins un aménagement des conditions de travail lors du retour au travail, tandis que moins de la moitié des participants ayant subi une LÉS_PSY ont reçu des aménagements concernant la *Charge de travail* (47 %), le *Soutien des collègues* (44 %) et la *Santé au travail* (41 %).

Tableau 15. Les aménagements les plus et les moins implantés selon le type de lésion

LÉS_PSY ($n = 34$)		LÉS_PHY ($n = 31$)	
Dimension	%	Dimension	%
1. Plan de retour au travail et suivi	94	1. Plan de retour au travail et suivi	87
3. Horaire et lieu de travail	71	3. Horaire et lieu de travail	71
5. Tâches de travail	59	8. Soutien du supérieur immédiat	68
9. Information et formation	59	5. Tâches de travail	64
8. Soutien du supérieur immédiat	53	7. Soutien des collègues	64
4. Charge de travail	47	6. Santé au travail	64
7. Soutien des collègues	44	4. Charge de travail	61
6. Santé au travail	41	9. Information et formation	59

Pour mieux évaluer ces différences, des analyses statistiques de type test *t* ont été conduites sur les scores des huit dimensions de l'outil ACT45+ variant de 0 à 7. À confirmation de la première hypothèse, les résultats ont montré que six aménagements ont eu le même niveau d'implantation indépendamment du type de lésion subi par les participants (LÉS_PSY c. LÉS_PHY). Cependant, de différents niveaux d'implantation ont été observés pour les dimensions *Santé au travail* et *Soutien des collègues* (Tableau 16). Les participants ayant une LÉS_PHY ont une moyenne supérieure à la dimension *Santé au travail* à celle des participants ayant eu une LÉS_PSY. Cette dimension de l'outil ACT45+ concerne tout ce qui a trait à la sensibilisation de l'employeur face à l'importance de la SST. Les participants ayant eu une LÉS_PHY reçoivent plus de *soutien de la part de leurs collègues* que les participants ayant eu une LÉS_PSY.

Ces différences seront discutées dans la partie de la Discussion correspondante (sous-section 5.2).

Tableau 16. LÉS_PSY c. LÉS_PHY : comparaison des moyennes au T1 (N = 65

Dimension	LÉS_PSY (n = 34)	LÉS_PHY (n = 31)	Comparaison des moyennes
	Moyenne (Écart-Type)	Moyenne (Écart-Type)	test t
Santé au travail (D06)	1,78 (2,44)	3,34 (2,92)	t = -2,33 p = ,023
Soutien des collègues (D07)	1,69 (2,36)	3,08 (2,81)	t = -2,155 p = ,035

Une analyse statistique ultérieure de type test *t* a permis de constater qu'au T2 (N = 61), les participants ayant vécu une LÉS_PHY sont, en général, plus satisfaits des aménagements implémentés lors de leur retour au travail que les participants ayant vécu une LÉS_PSY ($t = -2,23$; $p = ,030$).

L'hypothèse (H1) est partiellement confirmée, car deux des huit dimensions étudiées ont un degré d'implantation qui diffère en fonction du type de lésion subi par les travailleurs seniors.

4.7 Les déterminants de la durée du retour au travail durable

L'**objectif 4** visait à valider le modèle de prédiction du retour au travail durable intégrant les variables significatives relatives aux facteurs psychosociaux, aux aménagements des conditions de travail, à la santé psychologique au travail et au retour au travail durable des travailleurs seniors. Comme mentionné à la section 3.5.6, la prédiction du retour au travail durable a été évaluée à l'aide de la variable *proxy* mesurant la **durée du retour au travail durable** (distance en mois entre la date du retour au travail et la date du T2). Dans cette partie, les résultats des analyses de régressions linéaires et de corrélations effectuées sont présentés.

Tout d'abord, plusieurs **analyses de régressions linéaires univariées** ont été effectuées sur l'échantillon final incluant tous les participants âgés de 45 ans et plus, ayant subi une lésion psychologique ou physique et ayant répondu au T2 de la *Phase 2* (N = 61). Les variables indépendantes ont été insérées selon cet ordre dans plusieurs analyses de régressions distinctes : aménagements, facteurs psychosociaux, climat de sécurité au travail, équilibre travail-santé, et aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail. Toutes les analyses ont été effectuées en contrôlant l'effet des caractéristiques des participants (âge, genre, niveau de scolarité) et le type de lésion. Aucune de ces variables n'est ressortie significativement associée à la variable dépendante. Par conséquent, elles n'étaient pas rentrées dans le modèle final.

Deux variables sont ressorties significativement associées à la durée du retour au travail durable : un facteur psychosocial favorable concernant l'**Ergonomie** et un aspect négatif de la santé psychologique au travail, c'est-à-dire l'**Appréhension d'une rechute**.

Ces deux variables ont été ensuite insérées dans une **analyse de régression linéaire multivariée**. L'**Ergonomie** ($\beta = 0,81$; $p = ,021$) et l'**Appréhension d'une rechute** ($\beta = 0,52$; $p = 0,018$) sont les deux déterminants significatifs de la **durée du retour au travail durable** (Durée du RAT-D) ($F_{(2, 58)} = 5,33$, $p = ,008$, $R^2 = ,13$) (Figure 2).

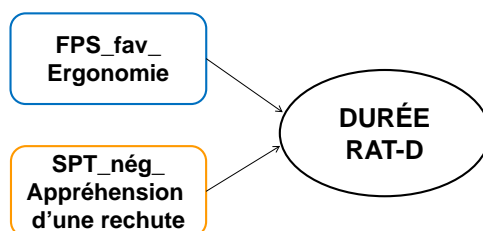


Figure 2. Les déterminants de la durée du retour au travail durable.

Notes. Les lignes pleines ___ indiquent une association positive entre les variables. Les couleurs des contours des variables indiquent en *bleu* les facteurs psychosociaux, en *orange* les aspects de la santé psychologique au travail et en *noir* la durée du retour au travail durable. *FPS_fav* = facteur psychosocial favorable; *SPT_nég* = santé psychologique au travail – aspect négatif; *RAT-D* = retour au travail durable.

Ce résultat montre que si les participants ont peur d’avoir une rechute (peur de retomber malade, ressentir des symptômes et devoir se s’absenter de nouveau du travail pour suivre des traitements) et travaillent dans une organisation attentive à l’ergonomie (permettant une posture et des mouvements corrects ou appropriés au travail dans des conditions physiques de travail favorables aux travailleurs seniors), et donc moins exigeante en termes de conditions physiques de travail, ils se maintiennent plus longtemps en emploi après y être retournés.

Enfin, des **analyses de corrélations bivariées** ont été utilisées pour évaluer la relation entre ces deux déterminants significatifs et les autres variables étudiées (Tableau 17; Figure 3). La matrice des analyses de corrélations bivariées ($N = 61$) a montré que le facteur psychosocial favorable **Ergonomie** est corrélé significativement avec deux aménagements des conditions de travail, trois dimensions du climat de sécurité au travail, deux facteurs psychosociaux favorables, ainsi qu’avec les variables mesurant l’équilibre entre le travail et la santé.

Les deux déterminants (**Ergonomie** et **Appréhension d’une rechute**) étaient liés significativement à la plupart des variables mesurant l’équilibre entre le travail et la santé. Cependant, les participants qui appréhendaient une rechute percevaient que le travail était un obstacle à leur santé et qu’ils ne pouvaient pas, par exemple, prendre soin de leur santé à cause de leur travail (*Incompatibilité travail-santé-volet travailleur*). Les participants qui appréhendaient une rechute trouvaient que leur travail était cognitivement exigeant quant à la quantité de l’information à traiter (p. ex. : contrôler et analyser un grand nombre d’informations à la fois, réfléchir beaucoup) et ils ressentaient qu’ils recevaient peu de feedback sur le travail accompli. Enfin, quelques semaines avant leur participation ils indiquaient avoir éprouvé des symptômes (p. ex. : manque de sommeil, perte de confiance en soi, difficultés à prendre des décisions ou à se concentrer) et que leur capacité de travail et leur motivation au travail étaient plus faibles.

Quant à l’ergonomie et à sa relation avec d’autres variables étudiées, les résultats des corrélations indiquaient que les participants qui travaillaient dans des organisations attentives aux conditions physiques de travail, où ils reçoivent du feedback pour leur performance estimaient aussi que l’organisation était attentive à la SST. Par ailleurs, l’ergonomie était aussi significativement liée à des aménagements des conditions de travail concernant : a) l’ajustement de l’horaire du travail (p. ex. : travailler à temps partiel plutôt qu’à temps plein), enlever les heures supplémentaires, prendre de pauses adaptées aux besoins de santé (p. ex. : plus fréquentes ou plus longues), la conciliation travail-vie personnelle lors du retour au travail et le télétravail (*Horaire et lieu de travail*); b) la possibilité de travailler dans une organisation où l’employeur

sensibilise les employés à l'importance de la SST, met en place des mesures préventives en santé psychologique au travail, ne discrimine pas face aux problèmes de santé psychologique ou physique des employés (*Santé au travail*). L'ergonomie était aussi significativement corrélée aux trois variables mesurant le climat de sécurité au travail, c'est-à-dire aux perceptions favorables que les travailleurs seniors ont quant aux politiques, procédures et pratiques relatives à la sécurité telles que celles transmises par l'employeur, les collègues et les supérieurs immédiats dans leur organisation et dans leurs groupes de travail.

Les corrélations entre les variables sont présentées dans le Tableau 17 et illustrées dans la Figure 3.

Tableau 17. Corrélations entre les prédicteurs de la durée du retour au travail durable et les variables étudiées

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
1. FPS_fav_Ergonomie	1																		
2. SPT_nég_Appréhension d'une rechute	<i>ns</i>	1																	
3. ACT_Horaire et lieu de travail	,35**	<i>ns</i>	1																
4. ACT_Santé au travail	,31*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	1															
5. CST_Employeur	,31*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	,40**	1														
6. CST_Supérieur immédiat	,35**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	,56**	,75**	1													
7. CST_Collègues	,26*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	,48**	,54**	,71**	1												
8. ÉTS_Incompatibilité travail-santé – volet travailleur	-,26*	,48**	-,28*	-,35**	-,42**	-,47**	<i>ns</i>	1											
9. ÉTS_Climat de santé – volet employeur	,39**	-,37**	,31*	,54**	,70**	,72**	,52**	-,59**	1										
10. ÉTS_Soutien externe – volet supérieur immédiat	,25*	<i>ns</i>	,46**	,46**	,54**	,60**	,38**	-,37**	,58**	1									
11. ÉTS_indice global	,36**	-,43**	,41**	,53**	,65**	,70**	,42**	-,86**	,86**	,74**	1								
12. FPS_fav_Feedback par le travail	,34**	-,28*	<i>ns</i>	,43**	,38**	,60**	,44**	-,50**	,48**	<i>ns</i>	,51**	1							
13. FPS_fav_Conditions de travail	,58**	<i>ns</i>	,31*	<i>ns</i>	,33**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	,42**	,35**	,36**	<i>ns</i>	1						
14. FPS_défav_Traitement de l'information	<i>ns</i>	,26*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	,34**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-,29*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	1					
15. SGT_Aspects positifs	<i>ns</i>	-,57**	<i>ns</i>	-,30*	,56**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-,50**	,27*	<i>ns</i>	,40**	,56**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	1				
16. SGT_Aspects négatifs	<i>ns</i>	,37**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	,45**	-,31*	-,28*	-,43**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-,43**	1			
17. SPT_pos_Capacité de travail globale	<i>ns</i>	-,46**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-,26*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	,27*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	,61**	-,26*	1		
18. SPT_pos_Motivation à garder l'emploi	<i>ns</i>	-,26*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	1	
19. Durée du RAT-D	,26*	,27*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	1

Notes. $N = 61$. * $p < ,05$. ** $p < ,01$; *ns* = non significatif

ACT = aménagement des conditions de travail; CST = climat de sécurité au travail; ÉTS = équilibre travail-santé; FPS_fav = facteur psychosocial favorable; FPS_défav = facteur psychosocial défavorable; RAT-D = retour au travail durable; SGT=santé générale au travail; SPT_pos = santé psychologique au travail - aspect positif; SPT_nég = santé psychologique au travail - aspect négatif.

Dans la Figure 3, les corrélations significatives sont illustrées par les flèches qui lient les variables.

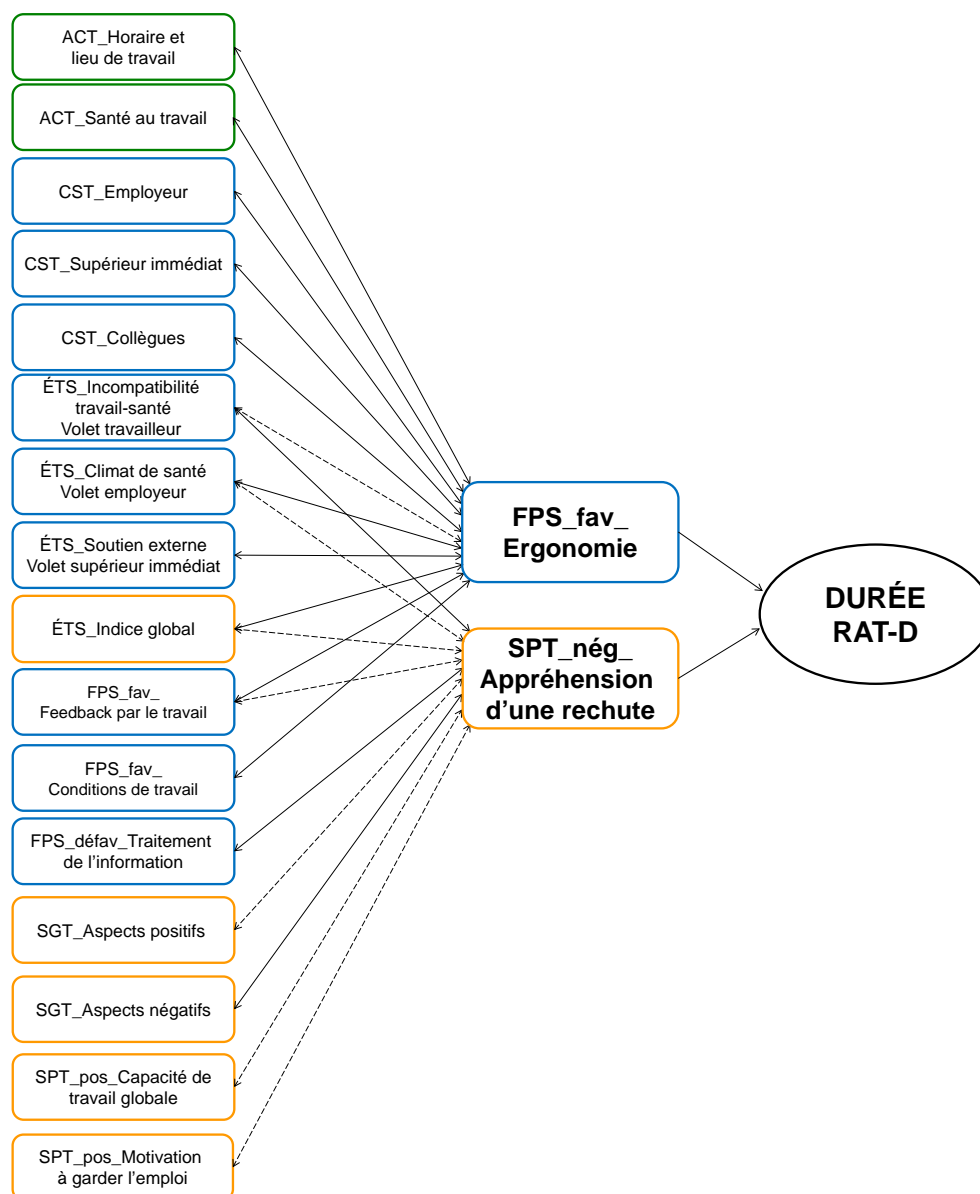


Figure 3. Le modèle complet des déterminants de la durée du retour au travail durable.

Notes. Les lignes pleines ___ indiquent une association positive entre les variables, tandis que les lignes pointillées --- indiquent une association négative. Les couleurs des contours des variables indiquent en *vert* les aménagements des conditions de travail, en *bleu* les facteurs psychosociaux et en *orange* les aspects de la santé psychologique au travail, en *noir* la durée du retour au travail durable. *ACT* = aménagement des conditions de travail; *CST* = climat de sécurité au travail; *ÉTS* = équilibre travail-santé; *FPS_fav* = facteur psychosocial favorable; *FPS_défav* = facteur psychosocial défavorable; *RAT-D* = retour au travail durable; *SGT* = santé générale au travail; *SPT_pos* = santé psychologique au travail - aspect positif; *SPT_nég* = santé psychologique au travail - aspect négatif.

L'hypothèse (H2) est partiellement confirmée, car seulement deux variables sont ressorties directement associées à la durée du retour au travail durable.

4.7.1 La durée du retour au travail durable selon le type de lésion

Des analyses statistiques de type *test t* ont été conduites auprès des 61 participants ayant répondu au suivi (T2) pour comparer la durée du retour au travail selon le type de lésion. Les résultats n'ont pas révélé de différences significatives entre les sous-groupes. La durée du retour au travail était presque la même pour tous les participants ($M = 9,34$ mois pour les participants ayant subi une LÉS_PSY; $M = 9,07$ mois pour les participants ayant subi une LÉS_PHY). Ce résultat est probablement dû au fait qu'il y avait des critères d'inclusion égaux à respecter pour tous les participants afin d'établir la date de passation des questionnaires au T1 et du suivi six mois plus tard (T2). **L'H3 n'est pas confirmée.**

5. DISCUSSION

L'objectif général de cette étude était d'identifier les déterminants du retour au travail durable des travailleurs seniors ayant subi une lésion de nature psychologique ou physique, totalement ou partiellement liée au travail. Cet objectif se déclinait en quatre objectifs spécifiques. Pour y répondre, un devis mixte à volet qualitatif (*Phase 1*) et quantitatif (*Phase 2*) a été réalisé. D'abord l'outil **ACT45+** (acronyme d'**A**ménagements des **C**onditions de **T**ravail pour les travailleurs seniors âgés de **45** ans et **plus**) a été conçu et sa validité (cohérence interne et validité de convergence) a été évaluée pour répertorier les aménagements facilitant le retour au travail durable de la population étudiée (**objectifs 1 et 2**). Ensuite, les aménagements les plus implantés pour le retour au travail durable des travailleurs seniors ayant subi une lésion psychologique ou physique ont été identifiés (**objectif 3**). Enfin, les déterminants de leur retour au travail durable (durée) ont été identifiés dans le modèle intégrant les variables significatives relatives aux facteurs psychosociaux, aux aménagements des conditions de travail et à la santé psychologique au travail (**objectif 4**).

À titre de rappel, dans le contexte de cette étude, le critère « 45 ans et plus » a été considéré pour définir les *travailleurs seniors*. Le groupe de travailleurs âgés de 45 ans et plus se trouve en situation de vulnérabilité par rapport à ceux âgés de 44 ans ou moins, car la durée d'absence moyenne est plus longue pour ces premiers quand ils subissent des lésions avec perte de temps indemnisée (PTI) par la CNESST de nature psychologique et physique (Busque et Lebeau, 2019). Les travailleurs âgés de 45 ans et plus rapportent aussi un nombre supérieur de lésions avec PTI avec réadaptation et de rechute, ainsi qu'une durée moyenne d'indemnisation plus longue. Quant aux lésions psychologiques et physiques acceptées par la CNESST pour la même période, on observe que les coûts totaux et moyens annuels par lésion sont plus élevés pour les travailleurs seniors (Busque et Lebeau, 2019). Tout ceci souligne l'importance de prévenir l'absence et promouvoir le retour au travail durable de cette population de travailleurs.

Plusieurs déterminants peuvent contribuer au retour au travail durable. Au sein de la littérature scientifique existant sur le retour au travail, la présente étude est la première qui s'intéresse au retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus ayant subi une lésion psychologique ou physique totalement ou partiellement liée au travail.

Les résultats de cette étude seront abordés et discutés selon les sous-sections suivantes : les caractéristiques et la portée de l'outil ACT45+; les aménagements implantés pour faciliter le retour au travail durable des travailleurs seniors; les liens entre les facteurs psychosociaux, les aménagements et la santé psychologique au travail qui prédisent le retour au travail durable de la population étudiée.

5.1 Les caractéristiques et la portée de l'outil ACT45+

L'outil intitulé « **ACT45+** » (acronyme d'**A**ménagements des **C**onditions de **T**ravail pour les travailleurs seniors âgés de **45** ans et **plus**) a été développé et validé (cohérence interne et validité convergente) pour répertorier les aménagements spécifiques mis en place pour faciliter le retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus ayant subi une LÉS_PSY ou une LÉS_PHY totalement ou partiellement liée au travail (**objectifs 1 et 2**). La conception de l'ACT 45+ s'inspire de la structure de l'outil *Work Accommodation and Natural Support Scale* (WANSS) (Corbière *et al.*, 2014). L'outil ACT45+ est composé de trois parties (Tableau 10) pour connaître si l'aménagement a été implanté lors du retour au travail (Partie A), si l'aménagement

implanté était aidant pour se maintenir en emploi (Partie B) ou si le participant aurait souhaité avoir l'aménagement, celui-ci n'ayant pas été implanté dans son milieu de travail (Partie C). Le fait d'avoir ces trois parties permet de pouvoir répertorier quels sont les aménagements les plus implantés et aidants pour le travailleur afin de les appliquer avant ou lors de son retour au travail, et de faire un suivi. Le fait de pouvoir identifier les aménagements les moins implantés lors du retour au travail et les plus souhaités par le travailleur permet de suggérer, si faisable, des pistes d'intervention pour les implanter et promouvoir le maintien en emploi en santé des travailleurs seniors. Cet outil pourra être utilisé pendant le processus de retour au travail afin d'en promouvoir sa durabilité dans le temps : avant, pendant et à la suite du retour au travail. Aussi, il peut être utilisé pour identifier quels sont les aménagements souhaités par les travailleurs afin de bien préparer leur retour au travail et le suivi. Le retour au travail en effet peut être conceptualisé comme un processus composé de phases distinctes suivant une perspective temporelle. Par exemple, Tjulien, MacEachen et Ekberg (2010) ont identifié trois phases : l'arrêt de travail, le retour au travail et la durabilité post-retour (*post-RTW sustainability*).

Pour ce qui est du contenu, la version finale de l'outil ACT45+ comprend 37 items répartis dans 8 dimensions qui couvrent le contexte de travail (*Plan de retour au travail et suivi, Horaire et lieu de travail, Santé au travail, Information et formation*), le contenu du travail (*Charge de travail et Tâches de travail*) et les relations interpersonnelles au travail (*Soutien des collègues et Soutien du supérieur immédiat*). *Plan de retour au travail et suivi* porte sur l'implantation d'un plan de retour au travail pour accompagner le travailleur dans la réalisation de ses tâches et pour faire des suivis réguliers lors de son retour. *Horaire et lieu de travail* réfère à la possibilité de modifier l'horaire du travail (p. ex. : travailler à temps partiel, enlever les heures supplémentaires, prendre de pauses plus fréquentes ou plus longues), de faire du télétravail et de concilier le travail et la vie personnelle lors du retour au travail. *Santé au travail* concerne le fait de travailler dans une organisation où l'employeur sensibilise les employés à l'importance de la SST, met en place des mesures préventives en santé psychologique au travail. Cette dimension permet aussi d'évaluer le sentiment du travailleur quant au fait de travailler dans une organisation qui est non discriminante face aux problèmes de santé psychologique ou physique des employés. *Information et formation* concerne la diffusion d'informations relatives à des changements qui peuvent avoir eu lieu dans l'organisation lors de l'absence du travailleur (p. ex. : nouvelle procédure, nouvelle législation, nouveau système informatique), ou pour l'exécution de nouvelles tâches. L'information concerne aussi celle que le travailleur peut recevoir de la part d'un professionnel (p. ex. : par un ergothérapeute, un ergonomiste) lors de son retour au travail sur les bonnes pratiques à adopter au travail dans le but de prévenir les lésions physiques et de maintenir une bonne santé psychologique au travail. *Charge de travail* concerne le changement ou la réduction de la charge de travail physique et mentale en fonction des capacités du travailleur lors du retour au travail. *Tâches de travail* permet de mesurer le changement ou la réduction des tâches de travail, ainsi que la possibilité du travailleur de réorganiser ses tâches dans l'équipe de travail en fonction de ses capacités lors du retour au travail.

Quant aux aménagements concernant les relations interpersonnelles en milieu de travail, les deux dimensions *Soutien des collègues* et *Soutien du supérieur immédiat* permettent d'évaluer le rôle joué par les collègues de travail et le supérieur immédiat pour aider le travailleur lors du retour au travail (p. ex. : écoute, ajustement des attentes, reconnaissance, feedback).

Bien que l'ACT 45+ a été conçu pour une population en situation de vulnérabilité en raison de l'âge, certaines dimensions peuvent faire référence à celles du questionnaire WANSS comme *Horaire et lieu de travail, Information et formation, Soutien des collègues* et *Soutien du supérieur*

immédiat (Corbière *et al.*, 2014). À notre connaissance, il s'agit du premier outil qui permet de mesurer les aménagements liés à la *Santé au travail* pour le retour au travail durable (p. ex. : l'employeur sensibilise les employés à l'importance de la SST, l'employeur met en place des mesures préventives en santé psychologique au travail, l'organisation n'est pas discriminante face aux problèmes de santé psychologique ou physique des travailleurs).

Les aménagements mesurés à l'aide de l'outil ACT45+ permettent de prendre en compte la perception du travailleur par rapport à la contribution de plusieurs acteurs (p. ex. : ergothérapeute, employeur, supérieur immédiat, collègues, famille) lors du retour au travail et font référence à plusieurs systèmes qui sont concernés par le processus de retour au travail. À ce propos, une partie des items de l'outil ACT45+ renvoient aux systèmes décrits par Loisel *et al.* (2001) dans le paradigme de l'incapacité au travail (p. ex. : organisation, professionnel de la santé).

L'outil ACT45+ pourra être utilisé dans un contexte de réadaptation psychosociale au travail par les cliniciens et les acteurs de l'organisation concernés par le retour au travail (p. ex. : les coordonnateurs du retour au travail, les supérieurs immédiats, les syndicats) afin de faciliter le maintien en emploi en santé des travailleurs seniors ayant subi une lésion professionnelle. Les utilisateurs de l'ACT45+ pourront aussi décider, en fonction des besoins, d'utiliser l'ensemble des dimensions ou seulement celles qui mesurent certains concepts en particulier. Par exemple, si l'objectif est d'évaluer les aménagements concernant les relations interpersonnelles au travail, seuls les items des dimensions *Soutien des collègues* et *Soutien du supérieur immédiat* pourraient être administrés et évalués.

5.1.1 Limites statistiques pour la validité de l'outil ACT45+

Sur le plan de la validité, l'une des principales limites repose sur la faible cohérence interne de certaines dimensions de l'outil ACT45+, probablement à cause de la taille restreinte de l'échantillon du volet quantitatif (difficulté de recrutement due à la particularité de l'échantillon). En effet, on note une plus faible homogénéité des items dans certaines dimensions qui ont été retirées (*Organisation du travail et poste de travail* et *Aménagements hors travail*). Une étude incluant un échantillon de plus grande taille permettrait de pouvoir effectuer des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires pour définir les dimensions de l'outil ACT45+ avec une meilleure homogénéité des items.

Les pistes de réflexion pour de futures recherches seront discutées dans la sous-section 5.4.

5.2 Les aménagements implantés pour faciliter le retour au travail durable des travailleurs seniors

Les résultats des analyses descriptives conduites pour répondre à l'**objectif 3** de l'étude ont permis d'identifier que *Plan de retour au travail et suivi* est l'ensemble d'aménagements le plus implanté pour faciliter le retour au travail durable des travailleurs seniors à la suite d'une lésion professionnelle de nature psychologique ou physique. L'étude de Durand, Nastasia, Coutu et Bernier (2017) indique que les trois tâches ou activités jugées les plus importantes par les coordonnateurs de retour au travail au Québec sont, l'application des lois, des politiques et des règlements liés à l'absentéisme et au retour au travail, le contact avec le travailleur absent du travail et la planification du retour au travail. Effectivement, l'implantation d'un plan de retour au travail permet d'accompagner le travailleur dans la réalisation de ses tâches et de faire des suivis réguliers avec le supérieur immédiat ou un ergothérapeute dans le milieu de travail. La revue systématique réalisée par Dewa, Trojanowski, Joosen et Bonato (2016) a montré que dans trois pays (Canada, Royaume-Uni et Australie) les aménagements des conditions de travail font partie des pratiques exemplaires que les employeurs peuvent mettre en place pour aider le retour au travail des travailleurs ayant subi un trouble mental. Les auteurs soulignent parmi les lignes directrices, l'importance d'avoir des politiques et des procédures organisationnelles claires quant au retour au travail après un trouble mental, de définir un plan de retour au travail incluant les aménagements, d'impliquer les différents acteurs (p. ex. : travailleur, employeur, coordonnateur du retour au travail, gestionnaire) dans le processus de retour au travail dans un milieu de travail « soutenant ». Les aménagements des conditions de travail pourront ainsi être implantés par les travailleurs et leur supérieur immédiat afin de travailler ensemble pour un retour au travail efficace et durable.

Les aménagements qui suivent en termes de fréquence d'implantation concernent l'*Horaire et lieu de travail*. Dans la présente étude, cette dimension concerne la possibilité de modifier l'heure d'arrivée et de départ (p. ex. : commencer plus tard le matin ou quitter plus tôt l'après-midi), changer l'horaire du travail (p. ex. : travailler à temps partiel plutôt qu'à temps plein), ne pas avoir d'heures supplémentaires, prendre de pauses adaptées aux besoins de santé (p. ex. : plus fréquentes ou plus longues), pouvoir concilier le travail et la vie personnelle lors du retour au travail. Cette dimension inclut aussi la possibilité de travailler en dehors du lieu de travail habituel, c'est-à-dire de faire du télétravail (p. ex. : à partir de la maison). Plusieurs études sur les aménagements des conditions de travail ont montré que l'aménagement du temps de travail peut être très aidant pour faciliter le retour au travail après une lésion psychologique ou physique puisque le travailleur peut adapter l'horaire en fonction de ses besoins de santé (Berthelette, 2010; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005; Ng et Feldman, 2015; Shaw *et al.*, 2014; Unson et Richardson, 2013).

Ces deux aménagements (*Plan de retour au travail et suivi* et *Horaire et lieu de travail*) sont les plus implantés indépendamment du type de lésion subi par les travailleurs seniors. Quant aux autres aménagements, il existe une différence selon le type de lésion et ils sont plus souvent implantés pour faciliter le retour au travail durable à la suite d'une lésion physique que psychologique (Tableau 15). Il faudrait investiguer davantage pour voir si certains aménagements ont été implantés plus souvent auprès des travailleurs ayant subi une lésion de nature physique parce que leur entourage connaissait leur diagnostic (puisque'il est physique, celui-ci peut paraître plus « évident » aux yeux de l'entourage professionnel et/ou familial) et/ou ce diagnostic a été divulgué. Ceci est souvent plus difficile dans le cas d'absences liées à des lésions de nature psychologique parce qu'elles ne sont pas aussi « physiquement visibles ».

Tel que rapporté par Corbière, Villotti, Toth, *et al.* (2014), un des effets positifs de la divulgation du diagnostic en milieu de travail est la mise en place d'aménagements qui, à leur tour, peuvent faciliter le retour au travail, l'insertion professionnelle ou le maintien en emploi de travailleurs ayant eu un problème de santé. La divulgation du diagnostic peut avoir aussi certains inconvénients (p. ex. : être stigmatisé, être victime de discrimination, manque de promotion) qui retiennent le travailleur d'en parler (Irvine, 2011; MacDonald-Wilson *et al.*, 2011). Les études précédentes rapportent que les travailleurs qui ont divulgué leur diagnostic l'ont fait pour faire preuve d'intégrité et de transparence, parce qu'ils ressentaient que l'organisation n'était pas discriminante envers la maladie, ou qu'ils avaient de bonnes relations avec leurs collègues (Ellison, Russinova, MacDonald-Wilson et Lyass, 2003; Toth, 2012). Ces constats permettent de souligner que le fait de travailler dans une organisation caractérisée par une culture organisationnelle transparente, attentive au bien-être de ses employés, avec un climat de travail « sain » favorise le retour au travail (Corbière, Renard, *et al.*, 2014; Corbière, St-Arnaud, *et al.*, 2014).

Cette étude a permis d'identifier aussi que le niveau d'implantation de la plupart des aménagements est commun aux deux types de lésions. Les aménagements liés au contenu du travail (charge et tâches), au contexte de travail (plan de retour au travail et suivi, horaire et lieu de travail, information et formation), ainsi que le soutien de la part du supérieur immédiat ont été implantés selon le même niveau indépendamment du type de lésion subi par les travailleurs. Malgré cela, une différence a été retrouvée en fonction du type de lésion subi par les travailleurs notamment à propos de la *Santé au travail* et du *Soutien des collègues*. Quant à la *Santé au travail*, c'est-à-dire toute la partie de sensibilisation de l'employeur face à l'importance de la SST, plusieurs interventions (p. ex. : formation, analyse ergonomique de l'activité de travail) concernent davantage la prévention des lésions de nature physique. Il semblerait que l'aménagement du poste/tâches/charge de travail soit plus « évident » à mettre en place lors de LÉS_PHY puisqu'on peut ajuster (p. ex. : réduire la charge physique, accommoder le siège, etc.) alors que dans le cas d'une LÉS_PSY cela peut paraître plus complexe. L'hypothèse qui serait à tester dans ce cas est celle qu'une méconnaissance des troubles mentaux au travail existe encore et rend difficile l'implantation d'aménagements qui répondent aux besoins des travailleurs qui retournent au travail après une LÉS_PSY. Aussi, certaines interventions ne sont pas toujours possibles dans des entreprises en fonction des ressources disponibles. Cela suggère qu'il faudrait investiguer davantage le maintien en emploi des travailleurs ayant subi une LÉS_PSY pour développer des programmes spécifiques de retour au travail tenant en compte aussi de la taille et du secteur de l'entreprise (Tremblay-Boudreault, Vézina, Denis et Tousignant-Laflamme, 2011). Certaines interventions destinées à prévenir les lésions de nature psychologique peuvent sembler être plus compliquées à mettre en place (LaMontagne *et al.*, 2014).

Quant au soutien social de la part des collègues de travail, une recension d'études qualitatives réalisées par Robichaud (2019) a permis de voir qu'ils jouent un rôle important dans le processus de retour au travail à la suite d'un trouble mental ou musculosquelettique. Ce qui ressort est que, d'un côté, les collègues de travail voudraient aider la personne (p. ex. : partager des tâches) pour faciliter son retour (Lancman, Barros, Silva, Pereira et Jardim, 2016); et que de l'autre, ils ont peur que la qualité de leur travail soit affectée ou d'être surchargés si le travailleur n'a pas encore toute sa capacité pour accomplir son travail (Dunstan et MacEachen, 2013). Certains ont même peur de tomber malades et de devoir s'absenter pour une lésion psychologique à cause du stress et des efforts requis pour aider le retour au travail d'un collègue (Dunstan et MacEachen, 2016). Comme rapporté par Robichaud (2019), les collègues peuvent ressentir plus d'incertitude, d'anxiété et de malaise face au retour au travail d'un collègue ayant subi une lésion de nature

psychologique plutôt que physique (Tjulin, MacEachen, Stiwnne et Ekberg, 2011). Ces résultats soulignent une certaine stigmatisation face aux lésions de nature psychologique. D'une part, l'amplitude de différents troubles mentaux possibles ainsi que la méconnaissance entourant la santé psychologique créent un fossé entre l'environnement de travail, les collègues et le travailleur retournant au travail. D'autre part, l'invisibilité de la lésion rend difficile (à moins qu'il y ait un intermédiaire spécialisé) l'implantation d'aménagements concrets et spécifiques qui aideraient le retour au travail durable du travailleur. Cependant, si la cause de l'absence est une lésion de nature physique, les collègues semblent montrer de l'empathie et plus de contacts pendant l'absence. Les résultats de Robichaud (2019) montrent que la culture organisationnelle peut influencer les aménagements mis en place : les aménagements ont plus de chance d'être implantés dans une organisation caractérisée par des valeurs de solidarité, équité et convivialité (Lancman *et al.*, 2016), que dans une organisation caractérisée par une culture centrée sur l'individualisme et la performance (Tjulin *et al.*, 2011).

5.3 Les déterminants du retour au travail durable des travailleurs seniors

Une vaste littérature existe sur les travailleurs seniors et sur les déterminants du départ à la retraite, mais relativement peu d'études sont dédiées à la main-d'œuvre âgée de 45 ans et plus qui est dans un processus de retour au travail à la suite d'une absence due à une lésion professionnelle (Adams, 1999; Lesemann et Beausoleil, 2004). Sur le plan conceptuel, il n'existe pas, à notre connaissance, de modèles intégratifs incluant toutes ces variables pour expliquer le retour au travail durable de la main-d'œuvre vieillissante au Québec. Sur le plan méthodologique, il s'agit d'une étude dans laquelle des données de différente nature (qualitative et quantitative) inscrites dans un devis longitudinal ont été utilisées pour avoir un cadre plus complet de la problématique. Les données ont été recueillies selon la perspective du travailleur, avec des questions qui prennent aussi en compte les caractéristiques de l'organisation (p. ex. : secteur, contenu et contexte de travail), de l'interaction du travailleur avec d'autres acteurs de l'organisation (p. ex. : soutien du supérieur immédiat) et du système de soins de la santé (p. ex. : suivi de la part d'un professionnel de santé).

La taille de l'échantillon à la *Phase 2* a permis de tester les hypothèses de l'étude selon un devis longitudinal pour prédire le retour au travail durable. Cependant, dû au manque de variabilité de la variable dichotomique *Travaillez-vous présentement?* (Oui/Non) au T2, le modèle de prédiction a été testé utilisant une variable *proxy* du retour au travail durable : la **durée du retour au travail durable**¹⁹. En suivant le *modèle demandes-ressources au travail* (Bakker *et al.*, 2007; Demerouti *et al.*, 2001), l'étude a permis de tester un modèle intégrant les aménagements des conditions de travail, les facteurs psychosociaux favorables et défavorables, ainsi que les aspects positifs et négatifs de la santé psychologique au travail qui peuvent faciliter ou faire obstacle au retour au travail durable des travailleurs seniors.

Les deux variables qui prédisent significativement le retour au travail durable réfèrent au contexte de travail (**Ergonomie**) et à la santé psychologique au travail (**Appréhension d'une rechute**). Les résultats de cette étude montrent qu'un lien direct entre le retour au travail durable n'est pas facilité directement par l'implantation des aménagements et que ces deux variables interviennent pour le prédire. Les études de Bontoux *et al.* (2004) et de van Duijn et Burdorf (2008) arrivent à

¹⁹ Distance en mois entre la date du retour au travail et la date de la passation du court questionnaire téléphonique au T2 (suivi de 6 mois).

des résultats semblables dans le sens qu'ils ne prouvent pas l'effet des mesures d'aménagement au travail sur le retour au travail.

Ces résultats ont suggéré d'aller investiguer quelles autres variables étaient significativement liées aux deux déterminants du retour au travail durable des travailleurs seniors. En général, il a été possible de constater que la présence d'aménagements et de facteurs psychosociaux favorables au climat de sécurité et à l'équilibre santé-travail semble contribuer indirectement au retour au travail durable des travailleurs seniors. Les résultats de cette étude rejoignent ceux des recherches antérieures montrant que le fait de travailler dans une organisation attentive à la SST, à l'écoute des besoins spécifiques des travailleurs seniors, capable d'adapter le contexte de travail, d'implanter certains aménagements des conditions de travail s'avère efficace pour promouvoir leur maintien en emploi en santé (Ciampa et Chernesky, 2013; de Lange, Kooij et van der Heijden, 2015; Schetagne, 2007). Selon une approche de prévention intégrée, l'ergonomie et les aménagements des conditions de travail peuvent contribuer au retour au travail durable, ainsi qu'à la prévention des lésions professionnelles dans une culture organisationnelle orientée vers la promotion de la santé (Yassi, Ostry, Spiegel, 2003).

Quant aux **facteurs psychosociaux liés à l'organisation et au contexte de travail** (p. ex. : conditions de travail, ergonomie, climat de sécurité) les résultats suggèrent que l'employeur peut contribuer au retour au travail durable des travailleurs en leur offrant un milieu de travail sain caractérisé par des conditions de travail physiques favorables en termes d'ergonomie et de la prévention des risques physiques et mécaniques (Morgeson et Humphrey, 2006), assurant la santé et sécurité des travailleurs (Liang, Tang, Wang, Lin et Yu, 2016) et en mettant en place des aménagements (Waddell, Burton et Kendall, 2008) réalistes et faisables qui ne nuisent pas à l'organisation (p. ex. : ralentir la productivité, générer des coûts excessifs) (Granger, 2000; Laflamme et Nadeau, 2011). Plusieurs recherches montrent qu'une gestion des ressources humaines sensible aux besoins de la main-d'œuvre vieillissante, capable d'adapter le contexte de travail et de mettre en place certains aménagements (p. ex. : soutien social, aménagement du temps de travail, formation pour maintenir des compétences) s'avère efficace pour promouvoir la santé des travailleurs seniors et prolonger la durée de leur vie professionnelle (Benjamin et Wilson, 2005; de Lange *et al.*, 2015; Krause *et al.*, 1997; Maurer et Rafuse, 2001; Müller *et al.*, 2015; Saba et Guerin, 2005; Schalk, 2007; Schetagne, 2007; Virtanen, 2018).

Quant à l'aménagement de l'horaire de travail et du lieu qui est significativement lié à l'ergonomie, les aménagements du temps de travail, la flexibilité des horaires (p. ex. : choisir l'horaire de travail, la durée des périodes de pause), la réduction du temps de travail, le nombre et l'utilisation des congés annuels et la retraite progressive (p. ex. : emploi à temps partiel, partage d'emploi) se sont avérés des stratégies efficaces pour la rétention des travailleurs seniors dans la cinquantaine et réduire les départs hâtifs à la retraite (Lesemann, 2007; Peterson et Spiker, 2005; Tremblay, 2004; Tremblay et Genin, 2009). Cependant, à notre connaissance, la présente étude est la première à s'intéresser au rôle de ces aménagements afin de promouvoir le retour au travail durable de la main-d'œuvre vieillissante à la suite d'une lésion professionnelle.

Les **facteurs psychosociaux liés aux relations interpersonnelles en milieu de travail** ressortent dans les résultats du modèle testé (Figures 3) en observant les rôles de l'employeur, des collègues et du supérieur immédiat pour contribuer au climat de sécurité au travail et à l'équilibre entre le travail et la santé du travailleur (p. ex. : soutien social, feedback). La littérature scientifique abonde sur l'importance du soutien social au travail dans le succès du retour au travail à la suite d'un trouble musculosquelettique ou d'un trouble mental, tel que spécifié dans la revue de Etuknwa *et al.* (2019). Cependant, cette revue systématique ne concerne pas les travailleurs

séniors spécifiquement et le retour au travail était considéré durable après seulement 3 mois. La qualité de la relation entre le supérieur immédiat et les travailleurs avant, pendant et après leur absence, ainsi que la préparation du retour au travail avec la mise en place d'aménagements de travail se sont révélées des facteurs gagnants pour le succès du retour au travail (Negrini *et al.*, 2018). Dans l'étude de Watt *et al.* (2015), les participants qui sont retournés au travail pour une plus longue période ont signalé de meilleures relations avec leurs supérieurs et avec leurs collègues, lorsque comparés à ceux qui ne sont pas retournés travailler de façon durable. Les ressources liées au travail (p. ex. : soutien du supérieur immédiat ou des collègues) peuvent servir à atténuer les défis associés au maintien du retour au travail si, par exemple, la douleur ou de l'inconfort persistant (Watt *et al.*, 2015). Quant au soutien des collègues, il a été mesuré selon leur propension à écouter les problèmes du travailleur blessé et leur influence pour effectuer des changements dans la planification du travail. À titre d'exemple, Stapelfeldt *et al.* (2011) indiquent que le retour au travail, à la suite d'une absence causée par de la douleur au bas du dos, est positivement associé au soutien des collègues.

Ces résultats suggèrent que le succès du retour au travail est lié à plusieurs systèmes et acteurs (p. ex. : organisations, supérieurs immédiats, collègues et travailleurs) (Durand *et al.*, 2014; Gragnano *et al.*, 2018; Loisel *et al.*, 2001).

Quant aux **aspects de la santé psychologique au travail**, l'appréhension d'une rechute est ressortie parmi les déterminants du retour au travail durable. Cependant ce résultat ne corrobore pas avec les résultats issus de l'étude de Corbière, Negrini, *et al.* (2017) qui ont trouvé que l'appréhension d'une rechute faisait obstacle au retour au travail. Cette différence de résultats obtenus par notre étude et celle de Corbière, Negrini, *et al.* (2017) peut être expliquée par le fait que les caractéristiques des participants des deux études sont différentes en termes d'âge (travailleurs seniors c. travailleurs de tout âge), de processus de retour au travail (être retournés depuis quelques mois c. encore en absence), ainsi que la cause de l'absence (lésion professionnelle de nature psychologique ou physique c. trouble musculosquelettique). Le rôle de cette variable serait à investiguer davantage.

5.4 Les pistes de recherche futures

Ce projet de recherche a été réalisé en tenant compte du *modèle demandes-ressources au travail* développé par Demerouti *et al.* (2001) et Bakker et Demerouti (2007). Une version plus récente du modèle (Bakker et Demerouti, 2017) inclut les dimensions du *self-undermining*²⁰ et du *job crafting*²¹, ainsi que les ressources *au travail* (p. ex. : soutien social, feedback, autonomie) et *personnelles* (p. ex. : optimisme, efficacité personnelle, contrôle de son propre environnement, solution pour des événements inattendus) des travailleurs. Comme rapporté dans la revue systématique d'Etuknwa *et al.* (2019), quelques études ont tenté en Europe d'investiguer le lien entre le *job crafting* et le retour au travail sans, toutefois, arriver à des résultats significatifs forts. Le développement d'un nouveau projet de recherche en SST appliquant le nouveau *modèle*

²⁰ Le *self-undermining* fait référence à des comportements négatifs (p. ex. : mauvaise communication, épuisement chronique, parler toujours des problèmes de santé, difficulté à gérer les émotions au travail) qui peuvent nuire à la santé, à la performance et qui créent de nouvelles demandes (p. ex. : chaos, conflits, stress, surcharge). Le travailleur qui agit selon cette approche pourrait avoir de la difficulté à se rétablir et à se maintenir en emploi en santé (Bakker et Demerouti, 2017).

²¹ Le *job crafting* réfère à la proactivité de l'individu pour apporter du changement en milieu de travail au niveau de la tâche, des relations (p. ex. : avec les collègues ou les clients), pour donner du sens au travail. Il peut ajuster la charge de travail, développer de nouvelles habiletés, commencer une nouvelle activité, demander de l'aide, du feedback (Bakker et Demerouti, 2017).

demandes-ressources au travail pour prédire le maintien en emploi en santé permettrait d'utiliser une approche intégrative qui étudierait d'un côté les aménagements concernant l'employeur, le supérieur immédiat, les collègues, ainsi que l'entourage social hors travail (famille, professionnels de la santé) et, de l'autre les actions mises en place par le travailleur lui-même pour son maintien en emploi en santé. Cette nouvelle étude, à réaliser auprès d'un échantillon plus large de tout âge, permettrait de tester et de valider le modèle de prédiction du retour au travail durable à l'aide d'*analyses d'équations structurales -- Path Analysis* (Bentler, 1985). Il serait ainsi possible de rentrer dans le modèle toutes les variables étudiées et de tester les effets de modération et de médiation entre les variables pour voir les liens directs et indirects entre les facteurs psychosociaux, les aménagements des conditions de travail, et les aspects de santé psychologique au travail avec le retour au travail durable à la suite d'une lésion professionnelle.

Par ailleurs, pour approfondir le *job crafting* de la part du travailleur lors de son retour au travail, l'ajout d'un nouveau volet qualitatif permettrait d'explorer davantage le sens et l'importance qu'il lui attribue. Du point de vue organisationnel, ce nouveau volet permettrait également d'étudier l'âgisme (stéréotypes liés à l'âge), phénomène qui à ce jour, n'a pas encore été étudié dans le cadre du retour au travail.

Quant à l'outil ACT45+, un plus large échantillon permettrait de faire une validation plus exhaustive, notamment sur une des propriétés psychométriques essentielles lors de la validation d'outils de mesure, soit la validité de construit par analyses factorielles exploratoires et confirmatoires. Par ailleurs, un échantillon de plus grande taille permettrait de comparer l'implantation des aménagements et le retour au travail durable selon le genre des travailleurs, leur niveau d'éducation et le revenu annuel brut du ménage familial et de comparer les différents groupes d'âge, incluant les travailleurs âgés de 44 ans et moins. Cette nouvelle étude permettrait de valider l'outil ACT à utiliser pour prédire le retour au travail durable indépendamment de l'âge. Etuknwa *et al.* (2019) ont identifié plusieurs études montrant que le retour au travail est plus rapide et durable pour les travailleurs âgés de 16 à 45 ans comparés aux travailleurs plus âgés qui retournent au travail plus tard et ont moins de probabilité de rester en emploi après y être retourné. Dans leur étude, Berecki-Gisolf *et al.* (2012) ont constaté que l'incidence des réclamations augmente en fonction de l'âge pour atteindre un maximum entre 50 et 54 ans. Le nombre de jours indemnisés avant le retour au travail augmente également avec l'âge, ainsi que le fait de vivre une récurrence d'incapacité au travail après une tentative de retour au travail. Un plus large échantillon permettrait aussi d'explorer les aménagements implantés pour les deux types de lésions en fonction de la taille de l'entreprise et de la culture organisationnelle sensibilisée aussi à la santé psychologique au travail.

Du point de vue pratique, l'identification de différences entre les groupes permettrait d'orienter le développement d'outils et des interventions qui ciblent les besoins spécifiques des travailleurs qui retournent au travail après une lésion professionnelle. Cependant, si des différences n'existent pas, cela confirmerait tout de même le besoin d'accommoder et d'offrir aux travailleurs un milieu de travail sain et sensibilisé à la SST indépendamment des caractéristiques sociodémographiques des travailleurs et du type de lésion subi.

6. CONCLUSION

Malgré les nombreuses études mentionnées dans la première partie du rapport, rares sont celles dont les résultats permettent d'identifier les déterminants du retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus, à la suite d'une lésion totalement ou partiellement liée au travail. Quant aux aménagements des conditions de travail, il est possible de constater que des outils spécifiques adaptés au contexte de la prévention tertiaire des travailleurs seniors n'existaient pas avant cette étude.

À l'égard de ces lacunes, une nouvelle étude s'imposait afin de développer un outil de mesure qui porte sur les aménagements des conditions de travail en vue d'élaborer, un modèle de prédiction du retour au travail durable des travailleurs seniors qui ont subi une lésion professionnelle de nature psychologique (p. ex. : dépression) ou physique (p. ex. : trouble musculosquelettique) au Québec.

L'outil ACT45+ est le premier outil disponible pour répertorier les aménagements des conditions de travail et hors travail qui peuvent faciliter le retour au travail durable des travailleurs âgés de 45 ans et plus. Il a été conçu et validé au Québec auprès de travailleurs ayant subi une lésion de nature psychologique ou physique totalement ou partiellement liée au travail. Il permet d'identifier quels sont les aménagements à implanter par les acteurs concernés par le retour au travail (p. ex. : les coordonnateurs du retour au travail, les supérieurs immédiats, les syndicats, les intervenants en réadaptation au travail.), ceux qui sont aidants pour/ou souhaités par le travailleur pour son maintien en emploi. Ce nouvel outil permet d'investiguer différents aménagements des conditions de travail liés à l'organisation et au contexte de travail (*Plan de retour au travail et suivi; Horaire et lieu de travail; Santé au travail; Information et formation*), au contenu de travail (*Charge de travail et Tâches de travail*), et aux relations interpersonnelles en milieu de travail (*Soutien des collègues et Soutien du supérieur immédiat*). L'outil ACT45+ a été utilisé dans cette étude pour identifier les aménagements les plus souvent implantés, mais aussi pour identifier leur contribution au retour au travail durable des travailleurs seniors.

La version de l'outil à 37 items divisés en 8 sous-échelles est celle qui sera diffusée auprès des partenaires intéressés à l'utiliser. Les acteurs des milieux concernés (p. ex. : les coordonnateurs du retour au travail, les supérieurs immédiats, les syndicats, les intervenants en réadaptation au travail) peuvent être à même d'identifier d'une part, quels aménagements peuvent être mis en place pour favoriser le retour au travail durable des travailleurs seniors et d'autre part, d'identifier les autres leviers (p. ex. : ergonomie, climat de sécurité au travail, équilibre travail-santé, soutien social) qui peuvent contribuer au maintien en emploi en santé, de ces travailleurs.

Trouver les leviers favorables au retour au travail durable selon une approche multifactorielle (individu et organisation) et intégrative de plusieurs systèmes (travailleur, organisation, système de santé) favorise la promotion de la santé et la performance des travailleurs, la prévention des rechutes pour, au final, réduire les coûts faramineux engendrés par les absences et les rechutes (p. ex. : Brijnath *et al.* (2014); Corbière, Shen, Rouleau et Dewa (2009); Vézina, Bourbonnais, Brisson et Trudel (2004).

Le maintien en emploi en santé des travailleurs à la suite d'une absence maladie due à une lésion professionnelle est, à notre avis, un indicateur significatif du succès du retour au travail durable pour tous les acteurs et systèmes concernés.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, G. A. (1999). Career-related variables and planned retirement age: An extension of Beehr's Model. *Journal of Vocational Behavior*, 55(2), 221-235. doi: 10.1006/jvbe.1998.1679
- Ahlstrom, L., Hagberg, M. et Dellve, L. (2013). Workplace rehabilitation and supportive conditions at work: A prospective study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 248-260. doi: 10.1007/s10926-012-9391-z
- Arends, I., van der Klink, J. J., van Rhenen, W., de Boer, M. R. et Bültmann, U. (2014). Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(2), 195-202. doi: 10.5271/sjweh.3384
- Bakker, A. B. et Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Bakker, A. B. et Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. doi: 10.1037/ocp0000056
- Bakker, A. B., Westman, M. et Schaufeli, W. B. (2007). Crossover of burnout: An experimental design. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 16(2), 220-239. doi: 10.1080/13594320701218288
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B. et Schreurs, P. J. (2003). A multigroup analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, 10(1), 16-38. doi.org/10.1037/1072-5245.10.1.16
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu* (10^e éd.). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Bastien, M.-F. et Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: What work accommodations do employers and human resources directors put in place? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 423-432. doi: 10.1007/s10926-018-9801-y
- Bastien, N. et Lebeau, M. (2019). *Valeurs calculées par le Groupe de connaissance et surveillance statistiques (GCSS) de la Direction scientifique de l'IRSST (CNESST-DDCR, 2013-2015)*. IRSST. Données non publiées.
- Benjamin, K. L. et Wilson, S. (2005). *Facts and misconceptions about age, health status and employability*. Buxton, Angleterre: Health and Safety Laboratory.
- Bentler, P. (1985). *Theory and implementation of EQS: A structural equations program*. Los Angeles, CA: BMDP Statistical Software.
- Berecki-Gisolf, J., Clay, F. J., Collie, A. et McClure, R. J. (2012). The impact of aging on work disability and return to work: Insights from workers' compensation claim records. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(3), 318-327. doi: 10.1097/JOM.0b013e31823fdf9d
- Berthelette, D. (2010). Les interventions visant à accroître la rétention des salariés seniors : un bilan des connaissances scientifiques. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 71(3), 351-355. doi: 10.1016/j.admp.2010.03.025
- Bigot, L., Fouquereau, E., Lafrenière, M.-A. K., Gimenes, G., Becker, C. et Gillet, N. (2014). Analyse Préliminaire des Qualités Psychométriques d'une Version Française du Work Design Questionnaire. *Psychologie du travail et des organisations*, 20(2), 203-232. doi: 10.1016/S1420-2530(16)30038-3

- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J. et MacDonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 27-34. doi: 10.1007/s10926-008-9121-8
- Bolo, C., Sareen, J., Patten, S., Schmitz, N., Currie, S. et Wang, J. (2013). Receiving workplace mental health accommodations and the outcome of mental disorders in employees with a depressive and/or anxiety disorder. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(11), 1293-1299. doi: 10.1097/JOM.0b013e31829fd065
- Bontoux, L., Roquelaure, Y., Billabert, C., Dubus, V., Sancho, P. O., Colin, D., . . . Penneau-Fontbonne, D. (2004). Étude du devenir à un an de lombalgies chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique : recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 47(8), 563-572. doi: 10.1016/j.annrmp.2004.03.006
- Brijnath, B., Mazza, D., Singh, N., Kosny, A., Ruseckaite, R. et Collie, A. (2014). Mental health claims management and return to work: Qualitative insights from Melbourne, Australia. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 766-776. doi: 10.1007/s10926-014-9506-9
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. Dans H. C. Triandis et J. W. Berry (Édit.), *Handbook of cross-cultural psychology: Methodology* (vol. 2, p. 389-444). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Brondino, M. et Pasini, M. (2014). *Measurement of the safety climate: Validation of a Safety Climate Questionnaire: Short version*. Communication présentée à National congress of Organizational Psychology, Cesena, Italie.
- Busque, M.-A. et Lebeau, M. (2019). *Mesures et indicateurs calculés par le Groupe de connaissance et surveillance statistiques (GCSS) de la Direction scientifique de l'IRSST (CNESST, 2013-2015)*. IRSST. Données non publiées.
- Carlsson, L., Lytsy, P., Anderzén, I., Hallqvist, J., Wallman, T. et Gustavsson, C. (2018). Motivation for return to work and actual return to work among people on long-term sick leave due to pain syndrome or mental health conditions. *Disability and Rehabilitation*, 27(1), 137-147. doi: 10.1080/09638288.2018.1490462
- Charte des droits et libertés de la personne*. RLRQ, c. C-12, art. 10.
- Ciampa, E. et Chernesky, R. (2013). Creating supportive workplace environments for older workers. Dans P. Brownell et J. J. Kelly (Édit.), *Ageism and mistreatment of older workers: Current reality, future solutions* (p. 93-110). Dordrecht, Pays-Bas: Springer.
- Colella, A. J. et Bruyère, S. M. (2011). Disability and employment: New directions for industrial and organizational psychology. Dans S. Zedeck (Édit.), *APA handbook of industrial and organizational psychology: Building and developing the organization* (vol. 1, p. 473-503). Washington, DC: APA.
- Corbière, M. et Durand, M.-J. (Édit.). (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M. et Fraccaroli, F. (2020). La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure : des exemples en santé mentale. Dans M. Corbière et N. Larivière (Édit.), *Méthode qualitative, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 703-752). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M., Guay, S., Panaccio, A. et Lecomte, T. (2017a). Programme de retour au travail durable et en santé des employés d'une grande organisation privée en absence maladie due à un trouble mental courant : programme de retour au travail durable et en santé des employés d'une grande organisation privée en absence maladie due à un trouble mental courant. Montréal, QC: IUSMM.

- Corbière, M., Guay, S., Panaccio, A. et Lecomte, T. (2017b). Programme de retour au travail durable et en santé des employés d'une grande organisation publique en absence maladie due à un trouble mental courant : projet de recherche. Montréal, QC: CIUSSS de l'Est-de-l'Île de Montréal.
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., . . . Lachance, J.-P. (2016). *Validation du questionnaire "Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter" (ORTESES) auprès de travailleurs avec un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique* (Rapport n° R-938). Montréal, QC: IRSST.
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., . . . Lachance, J.-P. (2017). Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and validation with workers suffering from a common mental disorder or musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(3), 329-341. doi: 10.1007/s10926-016-9661-2
- Corbière, M. et Ptasinski, T. (2004). *Work Accommodation And Natural Support Scale (WANSS)*. Longueuil, QC: CAPRIT Université de Sherbrooke.
- Corbière, M., Renard, M., St-Arnaud, L., Coutu, M.-F., Negrini, A., Sauvé, G. et Lecomte, T. (2014). Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 335-347. doi: 10.1007/s10926-014-9542-5
- Corbière, M., Shen, J., Rouleau, M. et Dewa, C. S. (2009). A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 33(1), 81-116. doi: 10.3233/WOR-2009-0846
- Corbière, M., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Lecomte, T., Negrini, A. et Renard, M. (2014). *Les facteurs influençant le retour au travail après une dépression : le point de vue et le rôle des acteurs syndicaux* (Rapport n° R-805). Montréal, QC: IRSST.
- Corbière, M., Villotti, P., Dewa, C. S., Sultan-Taïeb, H., Franco, F., Zaniboni, S., . . . Lecomte, T. (2019). Work accommodations in Canadian social firms: Supervisors and workers' perspectives. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 37(4), 37-56. doi: 10.7870/cjcmh-2018-026
- Corbière, M., Villotti, P., Lecomte, T., Bond, G. R., Lesage, A. et Goldner, E. M. (2014). Work accommodations and natural supports for maintaining employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 90-98. doi: 10.1037/prj0000033
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K. et Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale*, 40(S2), S91-S102. doi: 10.1016/j.encep.2014.04.006
- Cornelius, L. R., van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W. et Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 259-274. doi: 10.1007/s10926-010-9261-5
- D'Amato, A. et Zijlstra, F. (2010). Toward a climate for work resumption: The nonmedical determinants of return to work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(1), 67-80. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181c75291
- de Lange, A. H., Kooij, D. et van der Heijden, B. (2015). Human resource management and sustainability at work across the lifespan: An integrative perspective. Dans L. Finkelstein, D. Truxillo, F. Fraccaroli et R. Kanfer (Édit.), *Facing the challenges of a multi-age workforce: A use-inspired approach* (p. 50-79). New York, NY: Routledge.
- Dekkers-Sánchez, P., Wind, H., Sluiter, J. et Frings-Dresen, M. (2011). What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave?: Perspectives of vocational

- rehabilitation professionals. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(6), 481-493. doi: 10.5271/sjweh.3173
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. doi: 10.1037/0021-9010.86.3.499
- Dewa, C. S., Trojanowski, L., Joosen, M. C. W. et Bonato, S. (2016). Employer best practice guidelines for the return to work of workers on mental disorder-related disability leave: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 176-185. doi: 10.1177/0706743716632515
- Dong, X. S., Wang, X. et Daw, C. (2012). Fatal falls among older construction workers. *Human Factors*, 54(3), 303-315. doi: 10.1177/0018720811410057
- Duguay, P., Boucher, A., Prud'homme, P., Busque, M.-A. et Lebeau, M. (2017). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2010-2012 : profil statistique par industrie - catégorie professionnelle* (Rapport n° R-963). Montréal, QC: IRSST.
- Dunstan, D. A. et MacEachen, E. (2013). Bearing the brunt: Co-workers' experiences of work reintegration processes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(1), 44-54. doi: 10.1007/s10926-012-9380-2
- Dunstan, D. A. et MacEachen, E. (2016). Workplace managers' view of the role of co-workers in return-to-work. *Disability & Rehabilitation*, 38(23), 2324-2333. doi: 10.3109/09638288.2015.1129447
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589. doi: 10.3233/wor-141914
- Durand, M.-J., Nastasia, I., Coutu, M.-F. et Bernier, M. (2017). Practices of return-to-work coordinators working in large organizations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(1), 137-147. doi: 10.1007/s10926-016-9640-7
- Ekberg, K., Wåhlin, C., Persson, J., Bernfort, L. et Öberg, B. (2015). Early and late return to work after sick leave: Predictors in a cohort of sick-listed individuals with common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(3), 627-637. doi: 10.1007/s10926-015-9570-9
- Ellison, M. L., Russinova, Z., MacDonald-Wilson, K. L. et Lyass, A. (2003). Patterns and correlates of workplace disclosure among professionals and managers with psychiatric conditions. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18(1), 3-13.
- Etuknwa, A., Daniels, K. et Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, (sous presse). doi: 10.1007/s10926-019-09832-7
- European Agency for Safety and Health at Work. (2013). Pan-European opinion poll on occupational safety and health. Tiré de <https://osha.europa.eu/en/surveys-and-statistics-osh/european-opinion-polls-safety-and-health-work>
- Fabian, E. S., Waterworth, A. et Ripke, B. (1993). Reasonable accommodations for workers with serious mental illness: Type, frequency, and associated outcomes. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 163-172. doi: 10.1037/h0095591
- Finances Québec. (2012). *Les Québécois et leur retraite : pour des régimes accessibles à tous*. Québec, QC: Finances Québec.
- Flach, P. A., Groothoff, J. W. et Bültmann, U. (2013). Identifying employees at risk for job loss during sick leave. *Disability and Rehabilitation*, 35(21), 1835-1841. doi: 10.3109/09638288.2012.760657

- Fraccaroli, F., et Depolo, M. (2007). Career and ageing at work. Dans N. Chmiel (Édit.), *An introduction to work and organizational psychology*. Oxford, Angleterre: Blackwell Publishing.
- Fraccaroli, F. et Schadee, H. M. (1993). Confirmatory factor analysis applied to the general health questionnaire: A comparison of the English and Italian versions. *Giornale italiano di psicologia*, 20(2), 319-388.
- Franche, R. L., Corbière, M., Lee, H., Breslin, F. C. et Hepburn, C. G. (2007). The Readiness For Return-To-Work (RRTW) scale: Development and validation of a self-report staging scale in lost-time claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), 450-472. doi: 10.1007/s10926-007-9097-9
- Goine, H., Knutsson, A., Marklund, S. et Karlsson, B. (2004). Sickness absence and early retirement at two workplaces: Effects of organisational intervention in Sweden. *Social Science & Medicine*, 58(1), 99-108. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00151-5
- Gragnano, A., Miglioretti, M., Frings-Dresen, M. H. W. et de Boer, A. G. E. M. (2017). Adjustment between work demands and health needs: Development of the work–health balance questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 62(3), 374-386. doi: 10.1037/rep0000121
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. et Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215-231. doi: 10.1007/s10926-017-9714-1
- Granger, B. (2000). The role of psychiatric rehabilitation practitioners in assisting people in understanding how to best assert their ADA rights and arrange job accommodations. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 215-223. doi: 10.1037/h0095165
- Greller, M. M. et Richtermeyer, S. B. (2006). Changes in social support for professional development and retirement preparation as a function of age. *Human Relations*, 59(9), 1213-1234. doi: 10.1177/0018726706069766
- Griffin, M. A. et Neal, A. (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(3), 347-358. doi: 10.1037/1076-8998.5.3.347
- Härmä, M. (2015). Promoting older workers' job retention and health by working hour patterns. Dans J. Vuori, R. Blonk et R. H. Price (Édit.), *Sustainable working lives* (p. 249-268). Dordrecht, Pays-Bas: Springer
- Hellemans, C. (2013). Evaluation de la capacité de travail des seniors : l'apport des compétences perçues. *Psychologie du travail et des organisations*, 19(2), 165-185.
- Hensing, G., Bertilsson, M., Ahlborg, G., Waern, M. et Vaez, M. (2013). Self-assessed mental health problems and work capacity as determinants of return to work: A prospective general population-based study of individuals with all-cause sickness absence. *BMC Psychiatry*, 13(1), 259. doi: 10.1186/1471-244X-13-259
- Hiram. (2019). *Work-health balance questionnaire in Mexico: Its pertinence and preliminary results*. Communication présentée à 19th European Congress of Work and Organizational Psychology (EAWOP), Turin, Italie.
- Ilmarinen, J. (2007). The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine*, 57(2), 160-160. doi: 10.1093/occmed/kqm008
- Ilmarinen, J. et Tuomi, K. (2004). *Past, present and future of work ability: People and work research reports*. Helsinki, Finlande: Finnish Institute of Occupational Health.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K. et Klockars, M. (1997). Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(S1), 49-57. doi: 10.2307/40966691

- Irvine, A. (2011). Something to declare?: The disclosure of common mental health problems at work. *Disability & Society*, 26(2), 179-192. doi: 10.1080/09687599.2011.544058
- Jensen, C., Nielsen, C. V., Jensen, O. K. et Petersen, K. D. (2013). Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of a multidisciplinary intervention compared with a brief intervention to facilitate return to work in sick-listed patients with low back pain. *Spine*, 38(13), 1059-1067. doi: 10.1097/BRS.0b013e31828ca0af
- Kalliath, T. et Brough, P. (2008). Work-life balance: A review of the meaning of the balance construct. *Journal of Management & Organization*, 14(3), 323-327. doi: 10.1017/S1833367200003308
- Koopmans, P. C., Bültmann, U., Roelen, C. A. M., Hoedeman, R., van der Klink, J. J. L. et Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(2), 193-201. doi: 10.1007/s00420-010-0540-4
- Krause, N., Dasinger, L. K. et Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(2), 113-139. doi: 10.1023/A:1023015622987
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J. et Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(4), 464-484. doi: 10.1002/ajim.1116
- Krause, N., Lynch, J., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Goldberg, D. E. et Salonen, J. T. (1997). Predictors of disability retirement. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(6), 403-413. doi: 10.2307/40966673
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 305-331.
- Laflamme, A.-M. et Nadeau, J. (2011). Lois et mesures favorisant l'intégration et le maintien en emploi des personnes souffrant d'un trouble mental. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (Édit.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes* (p. 41-75). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Lagerveld, S. E., Bültmann, U., Franche, R. L., van Dijk, F. J. H., Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., . . . Nieuwenhuijsen, K. (2010). Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 275-292. doi: 10.1007/s10926-009-9224-x
- Laisne, F., Lecomte, C. et Corbière, M. (2012). Biopsychosocial determinants of work outcomes of workers with occupational injuries receiving compensation: A prospective study. *Work*, 44(2), 117-132. doi: 10.3233/wor-2012-1378
- LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., . . . Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: Developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14. doi: 10.1186/1471-244X-14-131
- Lancman, S., Barros, J. O., Silva, M. D., Pereira, A. R. et Jardim, T. A. (2016). Interrelationship between organizational and relational aspects and the return-to-work process: A case study with nursing professionals at a teaching hospital in Brazil. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(1), 49-58. doi: 10.1007/s10926-016-9631-8
- Lazarescu, I., Dubray, B., Joulakian, M. B., Blanchard, P., Chauvet, B., Mahe, M. A., . . . Thureau, S. (2018). Prevalence of burnout, depression and job satisfaction among French senior and resident radiation oncologists. *Cancer Radiotherapy*, 22(8), 784-789. doi: 10.1016/j.canrad.2018.02.005

- Lederer, V., Rivard, M. et Mechakra-Tahiri, S. (2012). Gender differences in personal and work-related determinants of return-to-work following long-term disability: A 5-year cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 522-531. doi: 10.1007/s10926-012-9366-0
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. Dans W. B. Schaufeli, C. Maslach et T. Marek (Édit.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 237-250). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Lemieux, P., Corbière, M. et Durand, M.-J. (2011). Retour et réintégration au travail de personnes avec un trouble mental : le rôle du supérieur immédiat. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (Édit.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions* (p. 315-338). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Lesage, F.-X., Martens-Resende, S., Deschamps, F. et Berjot, S. (2011). Validation of the general health questionnaire (GHQ-12) adapted to a work-related context *Open Journal of Preventive Medicine*, 1(2), 44-48. doi: 10.4236/ojpm.2011.12007
- Lesemann, F. (2007). La gestion des âges et la gestion du travail. Dans D.-G. Tremblay (Édit.), *D'une culture de la retraite à un nouveau management des âges et des temps sociaux* (p. 33-46). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Lesemann, F. et Beausoleil, J. (2004). Les emplois « post-carrière » aux États-Unis : un bilan des connaissances. *Retraite et société*, 42(2), 9-43.
- Liang, H. Y., Tang, F. I., Wang, T. F., Lin, K. C. et Yu, S. (2016). Nurse characteristics, leadership, safety climate, emotional labour and intention to stay for nurses: A structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 3068-3080. doi: 10.1111/jan.13072
- Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*. RLRQ, c. A-3.001.
- Loisel, P. et Anema, J. R. (2013). *Handbook of work disability: Prevention and management*. New York, NY: Springer.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability prevention: The new paradigm of management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360. doi: 10.2165/00115677-200109070-00001
- MacDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., Massaro, J. M., Lyass, A. et Crean, T. (2002). An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: Quantitative findings from a multi-site study. *Community Mental Health Journal*, 38(1), 35-50. doi: 10.1023/A:1013955830779
- MacDonald-Wilson, K. L., Russinova, Z., Rogers, E. S., Lin, C., Ferguson, T., Dong, S. et MacDonald, M. (2011). Disclosure of mental health disabilities in the workplace. Dans I. Z. Schultz et E. S. Rogers (Édit.), *Work accommodation and retention in mental health* (p. 191-217). New York, NY: Springer.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.-L. et Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(4), 257-269. doi: 10.5271/sjweh.1009
- Maresca, B. et Dujin, A. (2011). Le maintien dans l'emploi des salariés ayant connu la longue maladie. Quelle place dans les stratégies des grandes entreprises en France et en Allemagne? *Pratiques et Organisation des Soins*, 42(1), 19-26. doi: 10.3917/pos.421.0019
- Marbot, É. (2005). *Les DRH face au choc démographique : 20,40,60... comment les faire travailler ensemble*. Paris, France: Éditions d'Organisation.
- Mauramo, E., Lallukka, T., Lahelma, E., Pietiläinen, O. et Rahkonen, O. (2018). Common mental disorders and sickness absence: A register-linkage follow-up study among Finnish

- municipal employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(6), 569-575. doi: 10.1097/JOM.0000000000001289
- Maurer, T. J. et Rafuse, N. E. (2001). Learning, not litigating: Managing employee development and avoiding claims of age discrimination. *The Academy of Management Executive*, 15(4), 110-121. doi: 10.5465/ame.2001.5898395
- McDaid, D., Curran, C. et Knapp, M. (2005). Promoting mental well-being in the workplace: A European policy perspective. *International Review of Psychiatry*, 17(5), 365-373. doi: 10.1080/09540260500238397
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2005). *L'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux : rapport et recommandations du groupe de travail*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Morgeson, F. P. et Humphrey, S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and validating a comprehensive measure for assessing job design and the nature of work. *Journal of Applied Psychology*, 91(6), 1321-1339.
- Moxnes, K. (2013). *Work design and older workers: A qualitative comparison between two established models in a norwegian knowledge-intensive company*. (Mémoire de maîtrise, Université d'Oslo, Oslo, Norvège).
- Müller, A., De Lange, A., Weigl, M., Van der Heijden, B., Ackermans, J. et Wilkenloh, J. (2015). Task performance among employees above age 65: The role of cognitive functioning and job demand-control. *Work, Aging and Retirement*, 1(3), 296-308. doi: 10.1093/workar/wav001
- Nasab, H. S., Tavakoli, R., Ghofranipour, F., Kazemnejad, A. et Khavanin, A. (2009). Evaluation of knowledge, attitude and behavior of workers towards occupational health and safety. *Iranian Journal of Public Health*, 38(2), 125-129.
- National Research Council. (2004). *Health and safety needs of older workers*. Washington, DC: National Academies Press.
- Negrini, A., Corbière, M., Comeau, M., Najji, R. et Dubé, J. (2017). *Batterie de questionnaires pour l'étude sur les déterminants du retour au travail durable des travailleurs seniors*. Montréal, QC: IRSST. Données non publiées.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., . . . Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 279-288. doi: 10.1007/s10926-017-9715-0
- Negrini, A., Corbière, M., Perron, J., Hupé, J., Dubé, J. et Gragnano, A. (2018). *Quels sont les facilitateurs du maintien en emploi en santé des travailleurs seniors dans un milieu d'éducation au Québec?* (Rapport n° R-1018). Montréal, QC: IRSST.
- Negrini, A., Dubé, J., Najji, R., Comeau, M., Hupé, J., Vila Masse, S., . . . Corbière, M. (2019). *Accommodations for older workers aged 45 or over returned to work after sick-leave due to physical or psychological impairments*. Communication présentée à 19th European Congress of Work and Organizational Psychology (EAWOP), Turin, Italie.
- Ng, T. W. H. et Feldman, D. C. (2015). The moderating effects of age in the relationships of job autonomy to work outcomes. *Work, Aging and Retirement*, 1(1), 64-78.
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., Dijk, F. J. et Klink, J. J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 290-299. doi: 10.1007/s10926-012-9389-6
- Pecquet, C. F. (2013). *Measuring safety climate as an indicator of effective safety and health programs in the construction industry*. (Thèse de doctorat, Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College, Baton Rouge, LA).

- Pélissier, C., Fontana, L. et Chauvin, F. (2014). Factors influencing return to work after illness in France. *Occupational Medicine*, 64(1), 56-63. doi: 10.1093/occmed/kqt142
- Peterson, S. J. et Spiker, B. K. (2005). Establishing the positive contributory value of older workers: A positive psychology perspective. *Organizational Dynamics*, 34(2), 153-167. doi: 10.1016/j.orgdyn.2005.03.002
- Pichene-Houard, A., Fassier, J.-B. et Petit, A. (2013). Vieillir en bonne santé dans une société du travail. *Références en santé au travail*, 134, 101-114.
- Pollock, K. S., Fragar, L. J. et Griffith, G. R. (2016). Occupational health and safety on Australian farms: 3. Safety climate, safety management systems and the control of major safety hazards. *Australian Farm Business Management Journal*, 13, 18-35.
- Pomaki, G. (2017). Return-to-work strategies for employees with mental health conditions. *Benefits Quarterly*, 33(1), 50-55.
- Pomaki, G., Franche, R.-L., Khushrushani, N., Murray, E., Lampinen, T. et Mah, P. (2010). *Best practices for return-to-work/stay-at-work interventions for workers with mental health conditions*. Vancouver, BC: OHSAH. Tiré de http://www.ccohs.ca/products/webinars/best_practices_rtw.pdf
- Pransky, G. S., Benjamin, K. L. et Savageau, J. A. (2005). Early retirement due to occupational injury: Who is at risk? *American Journal of Industrial Medicine*, 47(4), 285-295. doi: 10.1002/ajim.20149
- Previtali, F., Gragnano, A. et Miglioretti, M. (2018). *The impact of work-health balance on aging blue-collar employees in the steel industry*. Communication présentée à Healthier societies fostering healthy organizations: A cross-cultural perspective, Florence, Italie.
- QSR International Pty. (2016). NVivo qualitative data analysis Software (Version 10) [Logiciel]. Doncaster, Australie: QSR International Pty.
- Rai, D., Kosidou, K., Lundberg, M., Araya, R., Lewis, G. et Magnusson, C. (2012). Psychological distress and risk of long-term disability: Population-based longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(7), 586-592. doi: 10.1136/jech.2010.119644
- Robichaud, M.-M. (2019). La perspective des collègues sur le retour au travail à la suite d'une incapacité de travail en raison d'une problématique de santé : une recension des études qualitatives. *Initio*, 7, 83-101. Tiré de https://www.initio.fse.ulaval.ca/fichiers/site_initio/documents/Volume_1_numero_7/Robichaud_INITIO_n_7.pdf
- Saba, T. et Guerin, G. (2005). Extending employment beyond retirement age: The case of health care managers in Quebec. *Public Personnel Management*, 34(2), 195-214. doi: 10.1177/009102600503400205
- Schalk, R. (2007, 19 janvier). *The influence of HRM on age-related changes in employability, commitment, and health: In small group meeting aging and work*. Communication présentée à EAWOP Mall Group Meeting 'Aging and Work', Tilbourg, Pays-Bas.
- Schetagne, S. (2007). Le syndrome du compte à rebours. Dans D.-G. Tremblay (Édit.), *D'une culture de la retraite à un nouveau management des âges et des temps sociaux* (p. 111-126). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Schultz, I. Z., Krupa, T., Rogers, E. S. et Winter, A. (2012). Organizational aspects of work accommodation and retention in mental health. Dans J. R. Gatchel et Z. I. Schultz (Édit.), *Handbook of occupational health and wellness* (p. 423-439). Boston, MA: Springer
- Shaw, W. S. et Huang, Y.-H. (2005). Concerns and expectations about returning to work with low back pain: Identifying themes from focus groups and semi-structured interviews. *Disability & Rehabilitation*, 27(21), 1269-1281. doi: 10.1080/09638280500076269
- Shaw, W. S., Kristman, V. L., Williams-Whitt, K., Soklaridis, S., Huang, Y.-H., Côté, P. et Loisel, P. (2014). The job accommodation scale (JAS): Psychometric evaluation of a new

- measure of employer support for temporary job modifications. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 755-765. doi: 10.1007/s10926-014-9508-7
- Shaw, W. S., Robertson, M. M., Pransky, G. et McLellan, R. K. (2003). Employee perspectives on the role of supervisors to prevent workplace disability after injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(3), 129-142. doi: 10.1023/A:1024997000505
- Silverstein, M. (2008). Meeting the challenges of an aging workforce. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(4), 269-280. doi: 10.1002/ajim.20569
- Singh, J., Pokhrel, S. et Longworth, L. (2018). Can social care needs and well-being be explained by the EQ-5D?: Analysis of the Health Survey for England. *Value Health*, 21(7), 830-838. doi: 10.1016/j.jval.2018.01.002
- Siu, O.-L., Phillips, D. R. et Leung, T.-W. (2003). Age differences in safety attitudes and safety performance in Hong Kong construction workers. *Journal of Safety Research*, 34(2), 199-205.
- Stapelfeldt, C. M., Christiansen, D. H., Jensen, O. K., Nielsen, C. V., Petersen, K. D. et Jensen, C. (2011). Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 112.
- Stikeleather, J. (2004). An older worker's decision to "push or protect self" following a work-related injury. *Work*, 22(2), 139-144. Tiré de <http://content.iospress.com/articles/work/wor00351>
- Stoilkovska, B. B., Pancovska, V. Z. et Mijoski, G. (2015). Relationship of safety climate perceptions and job satisfaction among employees in the construction industry: The moderating role of age. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21(4), 440-447. doi: 10.1080/10803548.2015.1096059
- Streiner, D. L. et Norman, G. R. (1995). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (3^e éd.). Oxford, Angleterre: Oxford University Press.
- Taylor, M. A. et Shore, L. M. (1995). Predictors of planned retirement age: An application of Beehr's model. *Psychology and Aging*, 10(1), 76-83. doi: 10.1037/0882-7974.10.1.76
- Tissot, C. et Bastide, J. C. (2012). Accidents du travail : quelles particularités chez les seniors? *Hygiène et sécurité du travail*, 229(12), 15-24.
- Tjulin, Å., MacEachen, E. et Ekberg, K. (2010). Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 311-321. doi: 10.1007/s10926-009-9209-9
- Tjulin, Å., MacEachen, E., Stiwne, E. E. et Ekberg, K. (2011). The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disability and Rehabilitation*, 33(21-22), 1979-1989.
- Topa, G. (2019). *Work-health balance among spanish workers: Its mediating role in the work ability-job satisfaction relationship*. Communication présentée à 19th European Congress of Work and Organizational Psychology (EAWOP), Turin, Italie.
- Toth, K. E. (2012). *Employee decision-making about disclosure of a mental disorder at work*. (Thèse de doctorat, Walden University, Minneapolis, MN).
- Tremblay-Boudreault, V., Vézina, N., Denis, D. et Tousignant-Laflamme, Y. (2011). La formation visant la prise en charge globale des troubles musculo-squelettiques par l'entreprise : une étude exploratoire. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 13(1). doi: 10.4000/pistes.1721
- Tremblay, D.-G. (2004). *Conciliation travail-famille et temps sociaux*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec,.
- Tremblay, D.-G. et Genin, É. (2009). Aging, economic insecurity, and employment: Which measures would encourage older workers to stay longer in the labour market? *Studies in Social Justice*, 3(2), 173-190. doi: 10.26522/ssj.v3i2.1014

- Truxillo, D. M., Cadiz, D. M., Rineer, J. R., Zaniboni, S. et Fraccaroli, F. (2012). A lifespan perspective on job design: Fitting the job and the worker to promote job satisfaction, engagement, and performance. *Organizational Psychology Review*, 2(4), 340-360. doi: 10.1177/2041386612454043
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L. et Tulkki, A. (1994). *Work Ability Index*. Helsinki, Finlande: Institute of Occupational Health Helsinki.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L. et Tulkki, A. (1998). *Work Ability Index* (2^e éd.). Helsinki, Finlande: Institute of Occupational Health.
- Unson, C. et Richardson, M. (2013). Insights into the experiences of older workers and change: Through the lens of selection, optimization, and compensation. *The Gerontologist*, 53(3), 484-494. doi: 10.1093/geront/gns095
- van den Berg, T. I., Elders, L. A., de Zwart, B. C. et Burdorf, A. (2009). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: A systematic review. *Occupational & Environmental Medicine*, 66(4), 211-220. doi: 10.1136/oem.2008.039883
- van Duijn, M. et Burdorf, A. (2008). Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 576-581. doi: 10.2340/16501977-0215
- Varekamp, I. et Van Dijk, F. J. H. (2010). Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases. *Occupational Medicine*, 60(4), 287-293. doi: 10.1093/occmed/kqq078
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C. et Trudel, L. (2004). Workplace prevention and promotion strategies. *Healthcare Papers*, 5(2), 32-44. Tiré de <http://europepmc.org/abstract/MED/15829763>
- Villotti, P., Corbière, M., Fossey, E., Fraccaroli, F., Lecomte, T. et Harvey, C. (2017). Workplace adjustments and natural supports for employees with severe mental illness in social businesses: An international comparison. *Community Mental Health Journal*, 53(7), 864-870. doi: 10.1007/s10597-016-0068-5
- Villotti, P., Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T. et Fraccaroli, F. (2015). Evaluating the motivation to sustain employment in people with severe mental illness working in social enterprises. *Psicologia Sociale*, 10(1), 57-70.
- Villotti, P., Zaniboni, S. et Fraccaroli, F. (2014). Les entreprises à économie sociale en Italie. *L'Encéphale*, 40(S2), S57-S65. doi: 10.1016/j.encep.2014.04.002
- Virtanen, M. (2018). Towards sustainable work and longer working lives. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(3), 287-289. doi: 10.1177/1403494818765394
- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Brouwers, E. P. M., van Lomwel, A. G. C. et van der Feltz-Cornelis, C. M. (2014). Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 423-431. doi: 10.1007/s10926-014-9552-3
- Waddell, G., Burton, A. K. et Kendall, N. A. S. (2008). *Vocational rehabilitation: What works, for whom, and when?* Londres, Angleterre: The Stationery Office.
- Watt, B. D., Ford, L., Doley, R. M., Ong, S., Hicks, R. E., Fritzon, K. et Cacciola, T. (2015). Investigating the relationship between social support and durable return to work. *Australasian Journal of Organisational Psychology*, 8. doi: 10.1017/orp.2015.2
- Young, A. E. (2014). An exploration of alternative methods for assessing return-to-work success following occupational injury. *Disability and Rehabilitation*, 36(11), 914-924. doi: 10.3109/09638288.2013.824033
- Zhong, B. L., Chan, S. S. M., Liu, T. B., Jin, D., Hu, C. Y. et Chiu, H. F. K. (2017). Mental health of the old and new generation migrant workers in China: Who are at greater risk for psychological distress? *Oncotarget*, 8(35), 59791-59799. doi: 10.18632/oncotarget.15985

- Zivkovic, S. (2013). Management of occupational safety by motivating employees to work safely. *African Journal of Business Management*, 7(12), 936-946. doi: 10.5897/AJBM12.1101
- Zohar, D. (2010). Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions. *Accident Analysis & Prevention*, 42(5), 1517-1522. doi: 10.1016/j.aap.2009.12.019