

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA CONTRIBUTION DE LA GESTION DES CONNAISSANCES À LA
GESTION DES INVALIDITÉS : ANALYSE DES PRATIQUES D'UN
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE ES SCIENCE DE LA GESTION

PAR
THUC-THAO CHRISTINE TRAN

JANVIER 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Avant tout, merci à mon directeur de recherche, Frédéric Gilbert. Merci pour tout le temps que tu m'as accordé. Ton encadrement et tes précieux conseils m'ont donné la possibilité de me développer et de grandir à travers la rédaction de ce mémoire. Ta rigueur intellectuelle a été et continuera d'être une grande source d'inspiration et de réalisation professionnelle. Je suis extrêmement reconnaissante de ton soutien constant qui m'a permis de terminer ce mémoire.

Merci à l'ensemble des professeurs qui ont contribué à mon parcours à l'ESG-UQAM. Plus particulièrement, merci à Frédéric Gilbert, Guylaine Landry et Mélanie Trottier. Vous avez su me transmettre votre passion académique et avez éveillé en moi l'intérêt de poursuivre mes études au second cycle. Merci à Caroline Coulombe et Marie-Pierre Leroux. Vous m'avez initié à la recherche et cela m'a permis d'avoir la confiance nécessaire pour faire un mémoire.

Merci à mon amoureux de ta compréhension durant toutes mes années d'études. Merci d'avoir rendu cette étape de ma vie plus agréable et d'avoir accepté qu'on mette nos projets au ralenti pour que je puisse réaliser mon projet personnel.

J'aimerais aussi remercier mes amis ainsi que ma famille. Merci pour votre soutien moral et vos encouragements tout au long de mon parcours de rédaction.

Merci à Nathalie, nos échanges constructifs m'ont permis de persévérer et de mener à terme ce défi.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	IX
LISTE DES TABLEAUX.....	X
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	XIII
RÉSUMÉ	XIV
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 L'absentéisme causé par les invalidités au travail, un enjeu pour les organisations	3
1.2 La gestion des invalidités, un processus pour prévenir et gérer les invalidités.....	6
1.3 Enjeux d'implantation des pratiques de gestion des invalidités	8
1.3.1 Certaines pratiques sont peu implantées ou implantées de façon incomplète	8
1.3.2 Les organisations mobilisent peu la gestion des connaissances	10
1.4 Objectif de recherche.....	12
1.5 Pertinence de la recherche	12
CHAPITRE II REVUE DE LA LITTÉRATURE	13
2.1 Gestion des invalidités.....	13
2.1.1 Les pratiques de gestion des invalidités	15
2.1.1.1 Phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail	18
2.1.1.2 Phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité	18

2.1.1.3	Phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité	19
2.1.1.4	Phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité.....	22
2.1.2	Éléments du contexte organisationnel affectant la gestion des invalidités.....	24
2.1.2.1	Climat de confiance favorable à la collaboration entre les acteurs.....	24
2.1.2.2	Soutien de la haute direction	26
2.1.3	Conclusion sur gestion des invalidités.....	27
2.2	Gestion des connaissances.....	27
2.2.1	La connaissance.....	28
2.2.1.1	Perspective objective (connaissances explicites)	30
2.2.1.1.1	La connaissance comme objet.....	30
2.2.1.1.2	La connaissance comme condition d'accès à l'information	30
2.2.1.1.3	La connaissance comme capacité à agir.....	31
2.2.1.2	Perspective subjective (connaissances tacites).....	32
2.2.1.2.1	La connaissance comme état d'esprit.....	32
2.2.1.2.2	La connaissance comme pratique.....	33
2.2.2	L'apprentissage organisationnel.....	34
2.2.2.1	Perspectives de l'apprentissage	35
2.2.2.2	Niveaux des apprentissages	35
2.2.3	Pratiques de gestion des connaissances.....	36
2.2.3.1	Volet objectif du processus de gestion des connaissances	36
2.2.3.1.1	Développement de connaissances	37
2.2.3.1.2	Stockage	38
2.2.3.1.3	Partage.....	39
2.2.3.1.4	Intégration	40
2.2.3.2	Volet dynamique du processus de gestion des connaissances.....	41
2.2.3.2.1	Combinaison (explicite à explicite)	42
2.2.3.2.2	Internalisation (explicite à tacite).....	42
2.2.3.2.3	Articulation (tacite à explicite).....	43
2.2.3.2.4	Socialisation (tacite à tacite)	43

2.2.4	Éléments du contexte organisationnel affectant la gestion des connaissances.....	44
2.2.4.1	Culture organisationnelle.....	45
2.2.4.1.1	Confiance	45
2.2.4.1.2	Sécurité psychologique	46
2.2.4.1.3	Collaboration.....	46
2.2.5	Conclusion sur la gestion des connaissances.....	47
CHAPITRE III CADRE CONCEPTUEL.....		48
3.1	Cadre conceptuel de la gestion des invalidités	49
3.2	Cadre conceptuel de la gestion des connaissances	51
CHAPITRE IV CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....		53
4.1	Nature de la recherche	53
4.2	Devis de recherche.....	54
4.2.1	Cas à l'étude	55
4.2.2	Validité du devis de recherche.....	56
4.3	Démarche d'analyse des données	57
4.3.1	Traitement des données	58
4.3.1.1	Sources des données	58
4.3.1.2	Conformité éthique de la recherche/respect des règles éthiques	60
4.3.2	Analyse des données.....	60
4.3.3	Description du cas	62
4.3.4	Validité de la démarche d'analyse.....	63
CHAPITRE V PRÉSENTATION DES RÉSULTATS		64
5.1	Mise en contexte du cas à l'étude	65
5.2	Phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail	71
5.2.1	Pratiques de gestion des invalidités de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail	71

5.2.2	Contribution de la gestion des connaissances aux pratiques de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail.....	74
5.2.2.1	Développement des connaissances.....	75
5.2.2.2	Utilisation des connaissances.....	76
5.3	Phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité.....	80
5.3.1	Pratiques de gestion des invalidités de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité.....	80
5.3.2	Contribution de la gestion des connaissances aux pratiques de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité.....	83
5.3.2.1	Développement des connaissances.....	83
5.3.2.2	Utilisation des connaissances.....	86
5.4	Phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité.....	89
5.4.1	Pratiques de gestion des invalidités de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité.....	89
5.4.2	Contribution de la gestion des connaissances aux pratiques de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité.....	97
5.4.2.1	Développement des connaissances.....	97
5.4.2.2	Utilisation des connaissances.....	99
5.5	Phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité.....	103
5.5.1	Pratiques de gestion des invalidités de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité.....	103
5.5.2	Contribution de la gestion des connaissances aux pratiques de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité.....	107
5.5.2.1	Développement des connaissances.....	107
5.5.2.2	Utilisation des connaissances.....	108
CHAPITRE VI DISCUSSION DES RÉSULTATS.....		111

6.1	La gestion des connaissances au cœur des pratiques dans chacune des phases du processus de gestion des invalidités	112
6.2	La gestion des connaissances permet de mieux comprendre les interactions entre les pratiques de gestion des invalidités	115
6.3	La gestion des connaissances permet de mieux comprendre certains enjeux de gestion des invalidités	117
6.3.1	Nombres d'acteurs	117
6.3.2	Accès aux ressources	118
6.4	La gestion des connaissances permet de mieux comprendre le rôle de la dynamique relationnelle de confiance dans les pratiques de gestion des invalidités.....	119
6.5	Contribution théorique et sociale.....	125
6.6	Limites de la recherche	125
6.7	Pistes de recherche future	126
	CONCLUSION.....	127
	ANNEXE A GRILLE D'ENTREVUE POUR LES EMPLOYÉS DE 45 ANS ET PLUS	129
	ANNEXE B GRILLE D'ENTREVUE POUR CADRES, RH, PRATICIENS SST, REPRÉSENTANT SYNDICAL	134
	ANNEXE C TABLEAU RÉCAPITULATIF POUR PRISE DE NOTE PENDANT LES ENTREVUES.....	139
	ANNEXE D GRILLE D'ANALYSE DE LA GESTION DES CONNAISSANCES DANS LA GESTION DES INVALIDITÉS.....	141
	ANNEXE E TABLEAU PRÉLIMINAIRE DES PRATIQUES DE GESTION DES INVALIDITÉS	143

ANNEXE F IDENTIFICATION DES PRATIQUES DE GESTION DES CONNAISSANCES DANS LES PRATIQUES DE GESTION DES INVALIDITÉS.....	147
APPENDICE A CERTIFICAT ÉTHIQUE DU PROJET INITIAL.....	153
APPENDICE B CERTIFICAT : ÉNONCÉ DE POLITIQUE DES TROIS CONSEILS : ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS : FORMATION EN ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (EPTC 2 : FER).....	161
APPENDICE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	163
BIBLIOGRAPHIE	172

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Modes de conversion des connaissances (Nonaka, 1994 ; Nonaka et Takeuchi, 1995)	42
3.1 Cadre conceptuel de la gestion des invalidités.....	49
3.2 Cadre conceptuel de la gestion des connaissances.....	51
6.1 Principales fonctions de gestion des connaissances réalisées par les pratiques de chacune des phases de gestion des invalidités	113

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Phases de gestion des invalidités selon les objectifs poursuivis, l'état de santé du travailleur et le niveau d'intervention (Cottrell, 2001 ; Murphy, 1988 ; Young et al., 2005, 2016).....	17
2.2 Perspectives de la connaissance	29
5.1 Synthèse des principaux facteurs organisationnels liés aux absences et aux invalidités	69
5.2 Synthèse des principaux facteurs organisationnels affectant les pratiques de gestion des invalidités	70
5.3 Objectif des pratiques de gestion des invalidités, situation de travail du travailleur et état de santé du travailleur de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail.....	71
5.4 Fonctions et pratiques de gestion des invalidités de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail	72
5.5 Récapitulatif de la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement	79
5.6 Objectif des pratiques de gestion des invalidités, situation de travail du travailleur et état de santé du travailleur de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité.....	80

5.7 Fonctions et pratiques de gestion des invalidités de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité	81
5.8 Récapitulatif de l'analyse de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité.....	88
5.9 Objectif des pratiques de gestion des invalidités, situation de travail du travailleur et état de santé du travailleur de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité.....	89
5.10 Fonctions et pratiques de gestion des invalidités de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité.....	90
5.11 Récapitulatif de l'analyse de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité	101
5.12 Récapitulatif de l'analyse de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité (suite).....	102
5.13 Objectif des pratiques de gestion des invalidités, situation de travail du travailleur et état de santé du travailleur de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité	103
5.14 Fonctions et pratiques de gestion des invalidités de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité	104
5.15 Récapitulatif de l'analyse de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité	110

6.1 Récapitulatif de la discussion des résultats 122

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CNESST	Commission des normes de l'équité salariale, de la santé et de la sécurité du travail
DO	Développement organisationnel
PAE	Programme d'aide aux employés
RDQ	Réutilisation des données qualitatives
RH	Ressources humaines
RT	Relations de travail
SST	Santé et sécurité au travail
TMS	Troubles musculosquelettiques

RÉSUMÉ

Dans les organisations au Québec et plus particulièrement dans le secteur de la santé, les absences au travail sont nombreuses et en hausse (Daoust-Boisvert, 2018). En plus de représenter des coûts annuels importants pour les organisations (Statistique Canada, 2012 ; Young *et al.*, 2016), l'absentéisme élevé cause également des impacts négatifs dans les milieux de travail. Par exemple, les besoins de main-d'œuvre sont augmentés (Charest *et al.*, 2005) et des impacts se font sentir en matière d'organisation du travail lorsque les absences ne sont pas remplacées (Statistique Canada, 2017).

Les organisations mettent en place un ensemble de pratiques de gestion visant à réduire le nombre et les conséquences des absences causées par des invalidités (Amick *et al.*, 2000 ; Cullen *et al.*, 2018 ; Durand *et al.*, 2014). Ces pratiques peuvent être regroupées selon les phases du processus de gestion des invalidités : la prévention des invalidités par l'élimination des risques dans l'environnement de travail, le soutien des travailleurs à risque de s'absenter, l'appui du rétablissement des travailleurs absents ainsi que la planification du retour et le maintien du travail au retour (Akabas *et al.*, 1992).

Les organisations connaissent toutefois des difficultés dans la mobilisation et l'efficacité des pratiques de gestion des invalidités (Aptel et Vézina, 2008 ; Durand *et al.*, 2014). Pour contribuer à la performance et à l'efficacité de ses pratiques, la gestion des connaissances semble offrir un potentiel important pour faire face à la complexité de la gestion des invalidités. Par exemple, il y aurait des bénéfices associés à l'utilisation des connaissances découlant de pratiques d'évaluation (Young *et al.*, 2016) ou de pratiques préventives (Aptel et Vézina, 2008 ; Calvet *et al.*, 2014). Bien que ces auteurs aient noté le rôle de l'apprentissage dans l'amélioration de certaines pratiques préventives, les différentes dimensions liées à la gestion des connaissances n'ont pas été étudiées pour expliquer le phénomène.

Le but de cette recherche exploratoire est de mieux comprendre la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités. Ce mémoire adopte une démarche qualitative, plus précisément une étude de cas, pour répondre à cet objectif. Des cadres conceptuels conçus en référence à la revue de littérature effectuée sur la gestion des invalidités et la gestion des connaissances ont servi à analyser la gestion des connaissances dans un processus de gestion des invalidités. Une

réutilisation de données qualitatives a été effectuée à partir des verbatims d'un cas empirique dans un établissement de santé au Québec.

Les résultats indiquent que la gestion des connaissances est au cœur des pratiques dans chacune des phases de la gestion des invalidités et illustre des interactions déterminantes entre les pratiques de gestion des invalidités. Ces résultats permettent de mieux comprendre comment certains enjeux liés à la gestion des connaissances limitent le potentiel de pratiques de gestion des invalidités. Enfin, la gestion des connaissances permet de préciser le rôle de la confiance dans la mise en œuvre des pratiques de gestion des invalidités.

Nos résultats doivent être interprétés avec prudence. Notre étude a été effectuée avec des données secondaires collectées dans le cadre d'une recherche portant sur les incapacités au travail. La collecte de données ne visait pas spécifiquement la gestion des connaissances. Il est probable que toutes les informations existantes sur le processus de gestion des connaissances n'aient pas été collectées.

Notre étude a tout de même permis de mieux comprendre la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités puisque plusieurs pratiques découlent des étapes de gestion des connaissances. Nos résultats permettent aussi une meilleure compréhension de l'interaction entre certaines pratiques de phases différentes de gestion des invalidités, de certains enjeux (ex. : nombreux acteurs, ressources disponibles) et du rôle de la confiance dans la gestion des invalidités.

Mots clés : pratiques de gestion des invalidités, gestion des connaissances, apprentissage, prévention

INTRODUCTION

La gestion des invalidités fait référence à un ensemble de pratiques visant à éliminer les facteurs de risques pour la santé dans l'environnement de travail ainsi qu'à favoriser un retour rapide et durable des travailleurs absents (Akabas *et al.*, 1992). Ces pratiques composent le processus de gestion des invalidités qui inclut des phases de prévention des invalidités par l'élimination des risques dans l'environnement de travail, de soutien des travailleurs à risque de s'absenter, de l'appui du rétablissement des travailleurs absents ainsi que de la planification du retour et du maintien du travail au retour (Akabas *et al.*, 1992).

Plusieurs études ont démontré que tant le déploiement des pratiques de gestion des invalidités que leur efficacité demeurent limités dans plusieurs organisations (Aptel et Vézina, 2008).

Ces difficultés demeurent mal comprises. Selon certains auteurs, les connaissances limitées expliqueraient certaines de ces difficultés. Certains chercheurs ont souligné que des connaissances pourraient être développées par la mise en place de meilleures pratiques d'évaluation permettant d'informer sur les améliorations possibles (Young *et al.*, 2016). D'autres ont démontré que certaines pratiques préventives pouvaient fournir des connaissances déterminantes pour d'autres interventions (Aptel et Vézina, 2008 ; Calvet *et al.*, 2014). Elles offrent des occasions d'apprentissages susceptibles d'alimenter d'autres actions préventives avec lesquelles elles sont coordonnées. Bien que ces recherches aient abordé le rôle de l'apprentissage dans l'amélioration de certaines pratiques de gestion des invalidités, aucune étude n'a porté spécifiquement

sur la contribution de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités à notre connaissance.

L'objectif de cette recherche est de comprendre davantage le rôle de la gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités. Pour expliquer ce phénomène, une étude de cas a été effectuée avec des données secondaires portant sur les pratiques de gestion des invalidités d'un établissement de santé au Québec.

Le premier chapitre présente la problématique de recherche, suivie de l'objectif de recherche. Le deuxième chapitre comprend la revue de littérature sur la gestion des invalidités et des connaissances. Le chapitre III présente les cadres conceptuels découlant de la revue de la littérature qui serviront à l'analyse de l'étude de cas. Dans le chapitre IV, la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche exploratoire est détaillée. Le chapitre V présente les résultats de l'étude de cas. Le chapitre VI discute leurs contributions, aborde les limites de cette recherche et, pour conclure, propose des pistes de recherches futures.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, la problématique de recherche en lien avec la gestion des invalidités et avec la gestion des connaissances sera présentée. Ensuite, l'objectif de recherche sera énoncé suivi de la pertinence scientifique et sociale.

1.1 L'absentéisme causé par les invalidités au travail, un enjeu pour les organisations

Les absences au travail causées par des invalidités sont nombreuses et en hausse (Statistique Canada, 2012, 2020). Au Québec, les travailleurs à temps plein se sont absentés en moyenne 10,5 jours par année¹ en raison d'une maladie ou d'une incapacité en 2019 (Statistique Canada, 2020). Ce nombre est plus élevé qu'en 2015 (9,8 jours) et qu'en 2010 (8,8 jours) (Statistique Canada, 2020). La proportion des personnes qui

¹ Statistique Canada calcule le nombre de jours perdus par travailleur par année en multipliant le taux d'inactivité par le nombre estimatif de jours ouvrables dans l'année (250). Ce nombre repose sur l'hypothèse selon laquelle le travailleur à temps plein typique travaille 5 jours par semaine et a droit à tous les congés fériés (environ 10 jours par année).

s'absentent au cours d'une semaine en raison d'une maladie ou d'une incapacité² est aussi en hausse. Il est passé de 6,8 % des employés en 2015 à 7 % en 2019 (Statistique Canada, 2020). Le taux d'inactivité³ (proportion d'heures perdues par rapport au nombre total d'heures hebdomadaires habituellement travaillées) a aussi augmenté, passant de 3,9 % en 2015 à 4,2 % en 2019 (Statistique Canada, 2020).

Cette problématique est particulièrement criante dans les organisations de santé au Québec où les arrêts de travail causés par des maladies physiques ou mentales sont nombreux et en hausse chez les travailleurs (Daoust-Boisvert, 2018). Le taux d'heures payées en assurance salaire par rapport aux heures travaillées⁴ dans le réseau de la santé était de 5,99 % en 2014 (Daoust-Boisvert et Rousseau, 2018). Il a augmenté à 6,91 % l'année suivante, puis à 7,42 % en 2016 (Daoust-Boisvert et Rousseau, 2018).

² Statistique Canada ne tient pas compte de la durée de l'absence dans le calcul du pourcentage des employés à temps plein qui s'absentent au cours de la semaine de référence (qu'il s'agisse d'une heure, d'une journée ou d'une semaine complète).

³ Statistique Canada définit le taux d'inactivité par la proportion d'heures perdues par rapport au nombre total d'heures hebdomadaires habituellement travaillées par tous les employés à temps plein. À la fois la fréquence et la durée de l'absence sont tenues en compte.

⁴ Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit le ratio d'heure d'assurance-salaire comme étant le « Nombre d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées par l'ensemble du personnel dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. » tiré de https://msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000059/?&txt=assurance%20salaire&msss_valpub&date=DESC, consulté le 14 août 2021

Ces absences représentent des coûts annuels importants pour les organisations (Statistique Canada, 2012 ; Young *et al.*, 2016). « Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont connu, entre le début des années 1990 et 2005, une augmentation de l'ordre de 30 % des coûts directs du régime d'indemnisation relatifs à l'assurance salaire » (Charest *et al.*, 2005, p. 7). En 2015, les dépenses en assurance salaire dans le réseau de la santé équivalaient à 455 millions de dollars (Daoust-Boisvert et Rousseau, 2018). En 2017, ces dépenses en assurance salaire ont entraîné plusieurs établissements du réseau de santé vers des déficits financiers (Daoust-Boisvert, 2018).

L'absentéisme élevé entraîne aussi des impacts négatifs pour les milieux de travail. Les absences peuvent être une source d'irritation pour les employeurs et les collègues en plus de perturber l'organisation du travail (Statistique Canada, 2017). Elles « entraînent une perte temporaire importante de main-d'œuvre qualifiée et expérimentée dans un contexte de rareté des ressources » (Charest *et al.*, 2005, p. 7).

De plus, la prévalence des problèmes de santé mentale est élevée. La moitié des absences seraient liées à la santé psychologique et elles ne sont pas considérées comme liées au travail⁵ (Daoust-Boisvert, 2018). En 2005, les absences pour troubles mentaux

⁵ Selon la responsable des communications du CISSS, Thaïs Dubé, rapporté au journal Le Devoir en 2018.

causaient déjà plus de 40 % des réclamations en assurance salaire (Charest *et al.*, 2005, p. 7).

1.2 La gestion des invalidités, un processus pour prévenir et gérer les invalidités

Pour limiter les conséquences de l'absentéisme lié aux problèmes de santé et les coûts en découlant, les organisations ont développé un ensemble de pratiques composant la gestion des invalidités (Amick *et al.*, 2000). Ces pratiques visent à prévenir les invalidités en les évitant ou en réduisant leur durée et leurs conséquences (Akabas *et al.*, 1992 ; Amick *et al.*, 2000 ; Cullen *et al.*, 2018). Elles forment un ensemble visant à éliminer les facteurs de risques pour la santé dans l'environnement de travail ainsi qu'à favoriser un retour rapide et durable des travailleurs absents (Akabas *et al.*, 1992). Bien que certaines pratiques de gestion des invalidités (ex. : prévention des risques, programme de retour au travail, réadaptation, etc.) ont été développées d'abord pour faire face aux invalidités découlant des problèmes de santé physique (ex. : troubles musculosquelettiques), des parallèles peuvent être établis avec les pratiques de gestion des invalidités destinées aux problèmes de santé psychologiques (Durand *et al.*, 2014 ; Loisel et Corbière, 2000).

Les périodes d'absences pour des problèmes de santé peuvent être en lien avec le travail ou non. Au Québec, les travailleurs touchés par une invalidité découlant d'un accident au travail ou d'une maladie professionnelle bénéficient d'un régime spécifique administré par la Commission des normes de l'équité salariale, de la santé et de la

sécurité du travail (CNESST)⁶. Cet organisme public fait la « promotion des droits et des obligations en matière de travail et en assure le respect, et ce, auprès tant des travailleurs que des employeurs du Québec »⁷. Il prévoit différentes mesures de prévention et de soutien des travailleurs touchés, indemnise lors d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle lorsque le travailleur est admissible à une indemnité et rembourse les frais admissibles⁸. Pour les victimes d'une lésion professionnelle, la CNESST veille à ce que le travailleur reçoive l'assistance médicale et la réadaptation nécessaires et inspecte le milieu de travail pour assurer le respect des droits et des obligations⁹.

Les invalidités qui ne sont pas assurées par le régime d'indemnisation de la CNESST sont gérées en vertu du régime d'assurance salaire de l'employeur. Dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, une personne salariée est admissible aux prestations d'assurance salaire en cas de maladie lorsqu'elle est incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi (Charest *et al.*, 2005). Pour cette étude, nous nous attarderons aux pratiques de gestion des invalidités concernant ces invalidités, c'est-à-

⁶ <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr> consulté le 28 juin 2021

⁷ <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/cnesst> consulté le 28 juin 2021

⁸ <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/cnesst/declaration-services> consulté le 28 juin 2021

⁹ <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/cnesst/declaration-services> consulté le 28 juin 2021

dire celles dont la cause n'est pas directement liée au travail. Les pratiques liées à la gestion des périodes d'absences découlant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle n'ont donc pas été étudiées (ex. : celles visant la prévention des accidents et des maladies du travail).

1.3 Enjeux d'implantation des pratiques de gestion des invalidités

La mobilisation des pratiques de gestion des invalidités et les effets qu'elles produisent demeurent limités dans plusieurs organisations (Aptel et Vézina, 2008 ; Durand *et al.*, 2014). Des limites spécifiques à l'implantation et à la mobilisation des connaissances expliqueraient cette situation.

1.3.1 Certaines pratiques sont peu implantées ou implantées de façon incomplète

Leur implantation partielle ou incomplète peut réduire l'efficacité de certaines pratiques de prévention (Cottrell, 2001 ; Sauter et Murphy, 2004). Par exemple, les investissements requis pour mettre en place certaines pratiques peuvent être un frein à leur implantation (Sauter et Murphy, 2004). Plusieurs revues de la littérature sur les pratiques de prévention et les pratiques de retour au travail montrent la dominance des initiatives centrées sur l'individu (ex. : une formation soutenant l'amélioration de la capacité des travailleurs à gérer le stress, des adaptations au poste de travail d'un travailleur, etc.) (Corbière *et al.*, 2009 ; Durand *et al.*, 2014 ; Young *et al.*, 2016). Ces pratiques individuelles ont moins de chances de réussir au fil du temps si les facteurs de risque présents au niveau organisationnel restent inchangés (Cottrell, 2001). Les interventions visant la réduction de facteurs de risque présents dans l'environnement de travail (ex. : charge de travail élevée, conditions de travail inappropriées) ont un

plus grand potentiel pour réduire de façon durable les départs en invalidité (Aptel et Vézina, 2008 ; Young *et al.*, 2016), mais leur implantation requiert des investissements supérieurs. Les pratiques ciblant le niveau individuel sont moins exigeantes et moins coûteuses à implanter (Quick, 1999). Les investissements financiers à déboursier expliqueraient pourquoi les pratiques de réduction de risques au niveau organisationnel sont peu implantées même si les avantages sont reconnus (Sauter et Murphy, 2004).

La complexité dans la mise en œuvre de certaines pratiques pourrait aussi limiter leur mobilisation. Par exemple, les pratiques qui visent des facteurs comme le climat ou la culture organisationnelle impliquent des changements complexes à développer et mettre en œuvre (Sauter et Murphy, 2004). Peu d'études examinent les effets de certaines interventions (Sauter et Murphy, 2004) entraînant peu de preuves sur leurs impacts à long terme (Żołnierczyk-Zreda, 2002).

Les nombreux acteurs impliqués dans un processus de gestion des invalidités (ex. : travailleur, collègues, supérieur immédiat, médecins, haute direction, etc.) compliquent aussi la coordination des actions, car ils ont des rôles, des priorités, des perceptions et des objectifs pouvant différer (Baril *et al.*, 2003 ; MacEachen *et al.*, 2006 ; Young *et al.*, 2016). Cet enjeu peut limiter l'implantation adéquate de certaines pratiques (ex. : la planification du retour au travail impliquant le travailleur absent, son médecin traitant, son supérieur immédiat et ses collègues) (Durand *et al.*, 2014 ; Loisel, 2005).

1.3.2 Les organisations mobilisent peu la gestion des connaissances

Pour faire face à la complexité de la gestion des invalidités, la gestion des connaissances semble offrir un potentiel important. Les apprentissages découlant des évaluations et de l'intégration des pratiques de gestion des invalidités pourraient contribuer à leur amélioration. Par exemple, l'évaluation des pratiques de gestion des invalidités à l'aide d'indicateurs liés aux objectifs poursuivis contribuerait à accroître leur efficacité (Young *et al.*, 2016). L'analyse de données (ex. : nombre et durée des invalidités, satisfaction des mesures, etc.) peut être utile pour évaluer l'efficacité des pratiques et révéler des problématiques particulières (Williams et Westmorland, 2002). L'évaluation continue des pratiques de gestion des invalidités permettrait aussi de mieux comprendre les mécanismes et les facteurs affectant la mise en œuvre et la production des effets (Young *et al.*, 2016). De tels apprentissages seraient susceptibles d'éclairer le choix des pratiques à implanter et à conserver, ainsi que les améliorations à y apporter de façon continue (Young *et al.*, 2016). Malgré leur potentiel, de telles évaluations sont peu répandues et lorsqu'elles sont réalisées, elles le sont souvent de façon ponctuelle, par exemple à la suite de l'implantation de nouvelles pratiques (Young *et al.*, 2016).

L'intégration de certaines pratiques de gestion des invalidités offrirait aussi un potentiel de mobilisation d'apprentissage. Les études et les organisations abordent généralement l'étude des pratiques de prévention de façon cloisonnée, cherchant davantage à isoler les effets d'une pratique qu'à étudier les liens entre elles (Calvet *et al.*, 2014). Pourtant, la coordination de pratiques de gestion des invalidités peut contribuer à mobiliser certains apprentissages (Aptel et Vézina, 2008 ; Calvet *et al.*, 2014). Par exemple, l'analyse des facteurs de risque à l'origine d'une invalidité peut révéler des facteurs de risques susceptibles de toucher d'autres travailleurs (St-Arnaud *et al.*, 2011). En effet,

les connaissances découlant des pratiques de gestion d'un cas précis peuvent éclairer une autre intervention visant à réduire les facteurs de risque, non pas seulement pour le travailleur en invalidité, mais aussi pour les autres travailleurs (Calvet *et al.*, 2014 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Par exemple, les changements au poste et à l'organisation du travail effectués pour soutenir le retour au travail d'un travailleur en invalidité ont aussi été déployés pour prévenir l'apparition de troubles musculosquelettiques (TMS) chez les autres travailleurs occupant des fonctions similaires (Tremblay-Boudreault *et al.*, 2011). En somme, des apprentissages résultant tant de l'évaluation que de l'intégration des pratiques de gestion des invalidités sont susceptibles de contribuer à leur amélioration.

Bien que l'apprentissage organisationnel semble étroitement lié à l'amélioration de la gestion des invalidités, les études sur le sujet mobilisent peu ce champ d'études. Dans un rare exemple, Henning *et al.* (2009) expliquent que l'introduction d'un modèle participatif engageant les travailleurs dans des cycles itératifs d'analyse et d'implantation permet des apprentissages organisationnels pouvant ensuite soutenir l'amélioration de la gestion des invalidités (Henning *et al.*, 2009). Malgré le potentiel découlant des apprentissages pour développer ou améliorer des pratiques préventives, ces auteurs n'ont pas examiné les différentes dimensions liées à la gestion des connaissances pour expliquer le phénomène. On en sait peu par rapport au rôle potentiel de la gestion des connaissances pour la gestion des invalidités.

La présente étude vise spécifiquement à mieux comprendre le rôle de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités.

1.4 Objectif de recherche

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités.

1.5 Pertinence de la recherche

En s'appuyant sur deux champs d'études ayant peu ou pas été combinés jusqu'ici, cette recherche propose un cadre d'analyse original pour mieux comprendre le rôle des apprentissages dans la gestion des invalidités.

Au niveau théorique, cette recherche pourrait permettre de raffiner la conceptualisation de la gestion des invalidités en précisant la contribution de la gestion des connaissances dans ce processus. Une telle analyse est susceptible d'offrir un apport au champ de la gestion des invalidités.

Ultimement, en permettant une meilleure compréhension du rôle de la gestion des connaissances dans l'amélioration des pratiques de gestion des invalidités, les résultats de cette recherche pourraient être utiles aux praticiens souhaitant approfondir leurs pratiques de gestion des invalidités.

CHAPITRE II

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans ce chapitre, vous trouverez la revue de la littérature pertinente à cette étude. Nous nous intéresserons d'abord à la gestion des invalidités et ensuite à la gestion des connaissances. Le cadre conceptuel développé à la lumière de cette revue de la littérature pour réaliser la présente recherche sera présenté dans le prochain chapitre.

2.1 Gestion des invalidités

La gestion des invalidités réfère à l'ensemble des pratiques visant à prévenir les périodes d'absences afin de les éviter, d'en réduire le nombre et d'en diminuer la durée (Akabas *et al.*, 1992 ; Amick *et al.*, 2000 ; Cullen *et al.*, 2018).

Une invalidité est définie comme une difficulté ou une incapacité à faire des activités en raison d'un problème de santé qui crée un écart entre les capacités personnelles et la demande environnementale (Verbrugge et Jette, 1994). Dans les organisations, la période d'invalidité concerne le moment où la condition d'un travailleur entraîne des limitations fonctionnelles qui interfèrent avec sa capacité à effectuer son travail habituel et le menant à un arrêt de travail (Akabas *et al.*, 1992). L'invalidité peut être liée à des problèmes de santé mentale (ex. : dépression, anxiété, stress, troubles d'adaptation, etc.) et physique (ex. : troubles musculosquelettiques). Ces invalidités

peuvent être causées par le travail (ex. : un accident de travail ou maladie professionnelle) ou non.

La gestion des invalidités concerne différentes situations pouvant varier selon la présence au travail (présence au travail, période d'absence, retour au travail à la suite d'une absence et absence permanente) et l'évolution de l'état de santé (avec ou sans symptômes) d'un individu (Young *et al.*, 2016). Young *et al.* (2005, 2016) distinguent cinq situations :

- 1) au travail, avec aucune incapacité ;
- 2) au travail, avec des symptômes qui interfèrent avec son travail ;
- 3) absent du travail, en raison d'un problème de santé affectant sa capacité à effectuer son travail ;
- 4) retour au travail, avec ou sans restriction ou réduction de sa capacité à travailler ;
- 5) retiré de la population active, en raison de son état de santé (incapacité à travailler).

Selon ces situations, les pratiques de gestion des invalidités poursuivent des objectifs différents. Ces objectifs ont été associés à différents types de prévention des invalidités (primaire, secondaire ou tertiaire) (Murphy, 1988). Ces types de prévention ont pour objectifs le maintien ou la préservation de la santé des individus en :

- réduisant les risques à la source (prévention primaire) ;
- évitant la progression des symptômes ou en rétablissant la santé par la réduction des risques spécifiques (prévention secondaire) et ;
- soutenant le rétablissement de l'état de santé du travailleur (prévention tertiaire) (Brun *et al.*, 2007 ; Cottrell, 2001).

Les pratiques de gestion des invalidités peuvent viser différents niveaux d'intervention. Au niveau individuel, l'employeur pourrait fournir de l'aide psychosociale à un travailleur vivant une problématique particulière (niveau individuel) (Murphy, 1988). Au niveau du groupe, une intervention pourrait cibler l'entourage du travailleur, une équipe de travail, etc. Par exemple, une formation pourrait être offerte à ce groupe (Corbière *et al.*, 2009). Des pratiques peuvent également cibler le niveau organisationnel lorsqu'elles concernent la modification des caractéristiques de l'organisation (ex. : l'organisation du travail, les politiques ou les règlements) (Corbière *et al.*, 2009).

Dans la prochaine section, nous aborderons les pratiques de gestion des invalidités selon ces principales situations et ces objectifs poursuivis.

2.1.1 Les pratiques de gestion des invalidités

Le processus de gestion des invalidités sera présenté selon quatre phases basées sur des objectifs de prévention de l'organisation (Murphy, 1988) et l'état de santé du travailleur (Young *et al.*, 2005) (voir tableau 2.1). Les quatre phases sont les suivantes :

- phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail ;
- phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité ;
- phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité ;
- phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité.

Ces phases ne sont pas linéaires, c'est-à-dire qu'un travailleur ne passe pas nécessairement à travers toutes ces phases.

Les éléments du contexte organisationnel affectant le processus de gestion des invalidités de façon transversale seront abordés dans la prochaine section.

Tableau 2.1 Phases de gestion des invalidités selon les objectifs poursuivis, l'état de santé du travailleur et le niveau d'intervention (Cottrell, 2001 ; Murphy, 1988 ; Young et al., 2005, 2016)

Phases de la gestion des invalidités	Phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail	Phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité	Phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité	Phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité
Objectifs poursuivis (type de prévention)	Préserver la santé des travailleurs en réduisant ou éliminant les risques à la source (primaire)	Éviter la progression des symptômes ou soutenir le rétablissement de la santé par la réduction de risques spécifiques pour éviter un départ en invalidité (secondaire)	Suivre les cas d'invalidité et soutenir le rétablissement des travailleurs en invalidité (tertiaire)	Favoriser le retour adéquat au travail et le maintien au travail (tertiaire)
État de santé du travailleur	En santé, aucune incapacité de travail	Avec des symptômes qui interfèrent avec le travail	Problème de santé affectant la capacité de travailler	Santé rétablie (ou en voie de se rétablir), avec ou sans restriction ou réduction de sa capacité à travailler
Niveaux d'intervention	Individuel, de groupe ou organisationnel			

2.1.1.1 Phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail

Les pratiques de cette phase visent à prévenir les impacts négatifs du travail en éliminant les facteurs de risque afin de protéger et préserver la santé des personnes au travail (Brun *et al.*, 2007 ; Żołnierczyk-Zreda, 2002). La réduction à la source des risques est plus susceptible de produire des effets durables (Cottrell, 2001) en agissant sur les causes plutôt que sur les conséquences (Brun *et al.*, 2007 ; Tremblay-Boudreault *et al.*, 2011) et en adaptant l'environnement à l'individu plutôt que l'inverse (Cooper et Cartwright, 1997).

Des pratiques peuvent agir sur des caractéristiques organisationnelles pour améliorer la sécurité ou le bien-être des travailleurs par des interventions dirigées sur l'environnement de travail pour encourager des comportements sains (Amick *et al.*, 2000 ; Sauter et Murphy, 2004). Cela pourrait s'illustrer par des changements ergonomiques pour ce qui est de la conception des postes de travail (Calvet *et al.*, 2014).

2.1.1.2 Phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité

Certains travailleurs malades demeurent au travail malgré leurs problèmes de santé limitant leur capacité à effectuer leur travail (Schultz et Edington, 2007). Une altération de la santé entraîne souvent une altération de la capacité de travail causée par des limitations fonctionnelles chez le travailleur (Young *et al.*, 2016). Les pratiques de cette phase visent les travailleurs présentant des symptômes affectant leur capacité à travailler tout en étant présents au travail (Young *et al.*, 2016). Elles ont pour objectif de soutenir le rétablissement de leur état de santé avant qu'il ne se détériore et mène à un départ en invalidité (Brun *et al.*, 2007 ; Quick, 1999). Pour ce faire, certaines pratiques peuvent être mises en place pour repérer de façon précoce les travailleurs qui évitent de rapporter leur état et de demander de l'aide pour différentes raisons personnelles (ex. : la crainte d'être perçu comme quelqu'un de faible) ou à cause des pressions du milieu de travail (ex. : la peur de subir des conséquences négatives)

(Baker-McClearn *et al.*, 2010 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Des pratiques comme l'évaluation de la capacité de travail des travailleurs permettraient d'identifier rapidement les travailleurs malades présentant des symptômes afin qu'ils reçoivent le soutien ou les soins nécessaires et ainsi éviter que leur état s'aggrave, ou qu'ils demeurent à l'emploi alors que leur condition pourrait nécessiter un arrêt de travail (Young *et al.*, 2016). Cela peut également clarifier les facteurs de risque liés à leur état de santé (Young *et al.*, 2016).

Ensuite, des pratiques peuvent être mises en place pour arrêter, ralentir ou inverser la progression des symptômes ainsi que pour favoriser l'état de santé et le maintien au travail (ex. : modification de leur poste de travail, formation sur la gestion du stress, référence programme d'aide aux employés, etc.) (Calvet *et al.*, 2014 ; Tremblay-Boudreault *et al.*, 2011). D'autres pratiques peuvent également viser le retrait ou la réduction des facteurs de risque identifiés (Brun *et al.*, 2007 ; Quick, 1999).

2.1.1.3 Phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité

Lorsque le travailleur s'absente du travail en raison d'un problème de santé, il est considéré en invalidité. Les pratiques associées à cette période de récupération du travailleur (Durand *et al.*, 2014) concernent le soutien du rétablissement de son état de santé ainsi que la gestion administrative des absences (Sauter et Murphy, 2004 ; St-Arnaud *et al.*, 2011).

En parallèle, des pratiques sont implantées par l'organisation pour soutenir le rétablissement du travailleur durant son absence (Muijzer *et al.*, 2011 ; Young *et al.*, 2016). Certaines visent un soutien clinique au travailleur. Par exemple, des échanges avec le travailleur malade permettent à l'organisation de connaître ses besoins afin de

pouvoir lui offrir les ressources nécessaires (ex. : donner accès à des services, des informations, etc.) pour améliorer son état de santé et conséquemment sa capacité de travail (Muijzer *et al.*, 2011 ; St-Arnaud *et al.*, 2011).

D'autres pratiques visent un soutien relationnel (ex. : l'établissement et le maintien d'une bonne relation avec le travailleur malade). La perception du travailleur que l'organisation a la volonté de l'aider contribue à sa motivation à coopérer aux efforts de retour au travail (Baker-McClearn *et al.*, 2010 ; MacEachen *et al.*, 2006). Cela favorise également la communication, ce qui est associé à de meilleurs taux de retour au travail (Akabas *et al.*, 1992 ; Baril *et al.*, 2003 ; Corbière *et al.*, 2009). La qualité de ce lien peut être soutenue par l'établissement d'un premier contact (St-Arnaud *et al.*, 2011) et par le maintien du lien avec le travailleur pendant son absence jusqu'à son retour au travail (Akabas *et al.*, 1992). Le contact et les échanges sont facilités lorsqu'ils sont effectués par une personne proche du travailleur (ex. : son supérieur immédiat) (St-Arnaud *et al.*, 2011). Le travailleur absent est dans une situation de vulnérabilité où son estime personnelle et sa confiance en ses capacités d'agir sont fragilisées (St-Arnaud *et al.*, 2011). Certains travailleurs se sentent coupables ou inquiets pendant leur absence (St-Arnaud *et al.*, 2007, 2011). Des pratiques peuvent contribuer à ce qu'ils ne se sentent pas oubliés (Nordqvist *et al.*, 2002). Par exemple, garder le contact avec les travailleurs absents peut les rassurer et favoriser l'établissement d'un climat de confiance, ce qui favoriserait leur collaboration par la suite, notamment pour leur retour (Baril *et al.*, 2003).

Les pratiques liées à la gestion administrative de l'invalidité visent la saine gestion des dossiers d'invalidité par le contrôle des absences (Akabas *et al.*, 1992 ; Franche *et al.*, 2005 ; Tompa *et al.*, 2008). Elles incluent la gestion des dossiers d'invalidité (ex. :

administration du régime d'indemnisation, traitement des réclamations et de l'assurance salaire) et des documents administratifs (ex. : formulaires, billets médicaux), le contrôle et le suivi administratif des absences (ex. : raisons, durée) ainsi que la mise en place de certaines mesures de surveillance (ex. : évaluation médicale, suivi du plan de traitement) (St-Arnaud *et al.*, 2011).

Puisque l'employeur possède à la fois le mandat de gérer les absences de façon administrative et de soutenir les travailleurs malades, la combinaison de ces deux rôles peut soulever des tensions (Baril *et al.*, 2003). Cela crée une dualité puisque le contrôle accru des absences laisse peu de place à la création d'un environnement favorisant des attitudes de respect, d'écoute, d'ouverture et d'empathie permettant le développement d'une dynamique positive face à la situation d'absence (St-Arnaud *et al.*, 2011). Ces tensions peuvent être accentuées lorsque les personnes responsables du contrôle des absences sont aussi chargées de l'accompagnement et du soutien des travailleurs pendant leur absence (Durand *et al.*, 2014). Par exemple, dans plusieurs organisations, le personnel du service de santé (ou du bureau de santé) est responsable de ces deux rôles créant des exigences paradoxales pour ces personnes (Durand *et al.*, 2014 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Auprès des travailleurs, cela peut créer de la confusion sur les objectifs réels de l'organisation et ainsi affecter la crédibilité des programmes de soutien au retour au travail auprès des travailleurs (St-Arnaud *et al.*, 2011). Les effets bénéfiques d'un contact régulier avec le travailleur absent peuvent être compromis si l'employé ne sent pas que l'employeur vise vraiment à l'aider (Baril *et al.*, 2003). Peu de travailleurs s'absentent sans raison valable alors les organisations ont avantage à se concentrer sur les pratiques de soutien plutôt que de contrôle (Carrier *et al.*, 2017).

2.1.1.4 Phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité

Les pratiques de gestion des invalidités de cette phase visent à favoriser le retour au travail de façon rapide et durable (Brun *et al.*, 2007 ; Cole *et al.*, 2006) en s'assurant que l'environnement de travail soit adapté à la condition du travailleur (St-Arnaud *et al.*, 2011). Les pratiques en lien avec le retour au travail concernent la planification et la réalisation du plan de retour (Cooper et Cartwright, 1997 ; Sauter et Murphy, 2004). Ces pratiques débutent généralement pendant l'absence du travailleur (Akabas *et al.*, 1992). Afin de s'assurer que le travail et l'environnement de travail du travailleur soient adaptés à sa condition, les tâches du travailleur peuvent être analysées pour évaluer la pertinence et la possibilité de les adapter (Durand *et al.*, 2014 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Ces aménagements peuvent prendre la forme de modifications aux aspects techniques, physiques ou sociaux de son travail (Baril *et al.*, 2003 ; Waddell *et al.*, 2008).

Le maintien du contact avec le travailleur pendant l'absence tel que mentionné dans la phase précédente permet également à l'employeur de développer une relation lui permettant de favoriser la participation du travailleur pour la planification et la mise en œuvre du retour au travail (Baril *et al.*, 2003 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). L'anticipation de son retour dans des conditions difficiles peut être anxiogène et nuire au processus de rétablissement (St-Arnaud *et al.*, 2011). L'implication du travailleur malade dans l'élaboration de son plan de retour peut réduire ses peurs et ses appréhensions au sujet de son retour (Briand *et al.*, 2007). Le travailleur qui a le pouvoir de suggérer des aménagements à son travail qui seront adoptés peut favoriser sa confiance en son jugement et ses capacités de penser et le motiver à revenir au travail (St-Arnaud *et al.*, 2007, 2011). Des entretiens permettent au travailleur d'identifier les obstacles à son retour, renseigner l'employeur sur ses capacités par rapport aux exigences de l'emploi et identifier des aménagements contribuant à son retour (Baril *et al.*, 2003 ; Corbière *et*

al., 2009 ; Durand *et al.*, 2014 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Cependant, ils peuvent être également perçus par les travailleurs comme une pratique visant à les ramener rapidement au travail plutôt qu'une manifestation d'une préoccupation pour leur bien-être s'ils sentent la pression d'un retour rapide par l'employeur (Baker-McClearn *et al.*, 2010).

Le supérieur immédiat peut également contribuer à la planification du retour au travail vu sa proximité et son rôle d'intermédiaire entre le travailleur et son travail (MacEachen *et al.*, 2006). Son autorité le place dans une bonne position pouvant faciliter la mise en place d'aménagements ou de mesures d'adaptation du travail et pour en assurer le suivi (Corbière *et al.*, 2009 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Le développement des compétences du supérieur immédiat sur l'identification des obstacles du retour et la mise en œuvre efficace des aménagements peut contribuer à ce qu'il effectue les ajustements nécessaires (Lemieux *et al.*, 2000 ; St-Arnaud *et al.*, 2011 ; Young *et al.*, 2016).

Le retour au travail du travailleur malade peut imposer des exigences à ses collègues telles que la prise en charge de tâches que ce dernier n'est pas en mesure d'accomplir (Young *et al.*, 2016). Une mauvaise compréhension des capacités et des limites du travailleur malade par ses collègues peut entraver la mise en œuvre des aménagements de travail (Durand *et al.*, 2014 ; St-Arnaud *et al.*, 2011) et contribuer à l'adoption de comportements négatifs à l'égard du travailleur malade peuvent limiter sa confiance en lui et sa capacité à se réapproprier son statut de travailleur (Briand *et al.*, 2007). Informer les collègues des capacités réduites du travailleur justifiant les mesures d'adaptation permet de diminuer le risque de discrimination de leur part (Durand *et al.*, 2014 ; Lemieux *et al.*, 2000 ; MacEachen *et al.*, 2006 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Cela

encourage les collègues à s'impliquer positivement dans le soutien du travailleur lors de son retour (MacEachen *et al.*, 2006).

St-Arnaud (2011) observe que la gestion des invalidités s'interrompt souvent lorsque le travailleur retourne au travail. Cependant, des pratiques peuvent être associées au suivi du retour et des aménagements afin de pouvoir procéder à des réajustements au besoin (St-Arnaud *et al.*, 2011). Un suivi effectué de façon régulière auprès du travailleur à la suite de son retour permet de l'informer de sa progression, de réévaluer ses besoins et d'ajuster ses conditions de travail lorsque son état de santé le requiert (St-Arnaud *et al.*, 2011 ; Young *et al.*, 2016).

La situation du travailleur retiré de la population active de façon permanente à cause d'une incapacité de travail (Young *et al.*, 2005) ne sera pas abordée étant donné que son lien avec l'organisation est rompu.

2.1.2 Éléments du contexte organisationnel affectant la gestion des invalidités

La performance d'un processus de gestion des invalidités dans une organisation peut se démarquer par la nature des pratiques implantées (qui ont été présentées à la section précédente), mais également par le contexte organisationnel dans lequel elles sont mises en œuvre. La présence d'un climat de confiance favorisant la collaboration entre les acteurs ainsi que le soutien de la haute direction ont été identifiés comme des facteurs déterminants.

2.1.2.1 Climat de confiance favorable à la collaboration entre les acteurs

Le climat de travail et la culture organisationnelle sont déterminants pour la gestion des invalidités (Amick *et al.*, 2000 ; Hunt *et al.*, 1993), car ils influencent les attitudes et

les comportements des nombreux acteurs impliqués (ex. : haute direction, personnel du service de santé, supérieur immédiat, collègues, représentants syndicaux, etc.) dans la gestion des invalidités (Baril *et al.*, 2003). La capacité des acteurs à collaborer pour favoriser le retour au travail des travailleurs malades est essentielle (Williams et Westmorland, 2002).

La perception du travailleur que l'organisation est de bonne volonté et la confiance des travailleurs envers celle-ci sont des éléments clés d'une culture organisationnelle qui favorise la collaboration des parties dans la gestion des invalidités (MacEachen *et al.*, 2006 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Par exemple, la confiance peut amener les acteurs à clarifier les objectifs, à échanger des informations réalistes, à rechercher des solutions aux problèmes et à s'engager à mettre en œuvre des solutions (Zand, 1972). L'instauration d'un climat de confiance contribue à une communication efficace et respectueuse entre les différents acteurs, favorisant ainsi la collaboration et la mise en œuvre de solutions cohérentes (Baril *et al.*, 2003 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). De plus, des objectifs communs aux différents acteurs facilitant la mise en œuvre des pratiques de gestion des invalidités au sein de l'organisation permettent une meilleure cohérence de celles-ci (Durand *et al.*, 2014 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). Cela minimise la fragmentation, la confusion et l'inaction concernant le processus de retour et de maintien au travail (Waddell *et al.*, 2008). Par exemple, la désignation d'un responsable qui assurerait la coordination des pratiques et l'interface entre les différents rôles des acteurs favoriserait la cohérence des pratiques et la collaboration de tous (St-Arnaud *et al.*, 2011). Les parties prenantes peuvent adopter une approche commune d'accompagnement des travailleurs guidant des actions qui témoignent d'un effort partagé tout au long du processus pour faciliter le retour au travail d'un employé absent pour cause de maladie (Durand *et al.*, 2014 ; Young *et al.*, 2016).

Les représentants syndicaux ont également un rôle important à jouer dans la gestion des invalidités (Durand *et al.*, 2014). Ils peuvent soutenir les travailleurs dans le processus de rétablissement, de retour au travail et de maintien en emploi et collaborer dans l'élaboration et la mise en œuvre du retour au travail (St-Arnaud *et al.*, 2011). Par exemple, l'organisation peut également bénéficier de la collaboration du syndicat pour résoudre certains obstacles issus des clauses de conventions collectives, par exemple pour affecter un travailleur à la suite d'une période d'invalidité à des travaux moins exigeants normalement réservés aux travailleurs ayant plus d'ancienneté (Baril *et al.*, 2003).

2.1.2.2 Soutien de la haute direction

La volonté de la haute direction de soutenir les travailleurs malades et la mise en place des ressources nécessaires peut contribuer à assurer la cohérence du processus de gestion des invalidités. La démonstration de sa préoccupation pour le bien-être des travailleurs et de son implication précoce et continue dans le processus de gestion des invalidités (Williams et Westmorland, 2002) contribue à la perception que l'organisation est de bonne volonté (Durand *et al.*, 2014 ; MacEachen *et al.*, 2006 ; Williams et Westmorland, 2002). Comme mentionné dans la section précédente, lorsque les travailleurs considèrent que l'organisation est véritablement intéressée par leur bien-être, ils sont plus motivés à collaborer dans le processus de retour au travail (Baril *et al.*, 2003).

Nous avons vu que le soutien était important dans le rétablissement des travailleurs malades. La haute direction peut favoriser une approche axée sur le soutien et le rétablissement de ceux-ci (St-Arnaud *et al.*, 2011 ; Waddell *et al.*, 2008). Par exemple, elle peut offrir des ressources sur le lieu de travail et dans le processus de gestion des

invalidités pour refléter cette approche (Durand *et al.*, 2014). Par exemple, la haute direction peut témoigner de son soutien aux supérieurs immédiats lors de la période d'absence et du processus de retour au travail en leur permettant une latitude et en leur accordant de la flexibilité par rapport aux aménagements de travail (Loisel et Corbière, 2000). Elle peut également ajuster temporairement les exigences de production ou permettre des horaires de travail plus flexibles (Lemieux *et al.*, 2000).

2.1.3 Conclusion sur gestion des invalidités

En somme, plusieurs pratiques peuvent être mises en place par les organisations pour prévenir les départs en invalidité ou en limiter la durée en favorisant le rétablissement et un retour au travail plus rapide et durable. De plus, plusieurs dimensions du contexte organisationnel influencent la cohérence du processus. Dans la prochaine section, nous nous attarderons à la littérature sur la gestion des connaissances.

2.2 Gestion des connaissances

Comme nous l'avons vu au chapitre 1, la gestion des connaissances occupe une place importante dans la gestion des invalidités. Dans les sections suivantes, nous aborderons les dimensions pertinentes à l'étude de la gestion des connaissances. Nous débuterons en abordant les multiples facettes de la connaissance qui est au cœur de l'apprentissage. Ensuite, l'apprentissage organisationnel sera présenté suivi des pratiques de gestion des connaissances visant à le soutenir.

La gestion des connaissances est un processus délibéré qui fait référence à l'ensemble des pratiques et structures interconnectées encourageant le développement et

l'utilisation des connaissances dans une organisation (Alavi et Leidner, 2001 ; Gold *et al.*, 2001). Dans cette étude, nous nous intéressons plus spécifiquement à la « gestion des connaissances » puisque nous étudions les pratiques soutenant l'apprentissage dans la gestion des invalidités. Pour terminer, les éléments du contexte organisationnel affectant la gestion des connaissances seront expliqués.

2.2.1 La connaissance

La connaissance est considérée comme un élément clé de l'apprentissage organisationnel (Chiva et Alegre, 2005 ; Nonaka, 1994), car elle est un produit de la réflexion et de l'expérience humaine (De Long et Fahey, 2000, p. 113), c'est-à-dire de l'apprentissage (Argote, 2013 ; Argyris et Schön, 2001, p. 24). La connaissance possède de multiples facettes et conceptions variées (Alavi et Leidner, 2001). Elle englobe les idées, les compréhensions et le savoir-faire pratique que les individus possèdent (Omotayo, 2015). Les connaissances ont été étudiées à l'aide de différentes perspectives peuvent être regroupées en deux catégories : la perspective objective comportant les connaissances explicites et la perspective subjective comportant les connaissances tacites (Nonaka, 1994 ; Nonaka et Takeuchi, 1995 ; Polanyi, 1966 ; dans Nonaka, 1994). Elles sont sommairement présentées dans le tableau 2.2.

Tableau 2.2 Perspectives de la connaissance

Perspectives	La connaissance comme...	Définition
Objective (connaissances explicites)	Objet	La connaissance est un objet qu'on peut stocker et manipuler (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014).
	Condition d'accès à l'information	La connaissance permet la conversion des données en information, ainsi que les informations en connaissances (Alavi et Leidner, 2001 ; Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014).
	Capacité	La connaissance est une capacité à agir dans un contexte particulier (Orlikowski, 2002) en évaluant les informations (Kordab et Raudeliūnienė, 2018) et en jugeant des situations pour prendre des décisions judicieuses (Davenport et Prusak, 2000).
Subjective (connaissances tacites)	État d'esprit	La connaissance est un état d'esprit composé de modèles mentaux, de croyances et de perspectives (Nonaka, 1994).
	Pratique	La connaissance est une pratique faisant référence à un savoir-faire concret, un comportement ou des compétences s'appliquant à un contexte spécifique (Nonaka, 1994).

2.2.1.1 Perspective objective (connaissances explicites)

Les connaissances explicites sont décrites comme objectives ou tangibles, pouvant être codifiées et stockées (Nonaka, 1994). Elles peuvent être étudiées comme étant un objet, une condition d'accès à l'information ou une capacité (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014).

2.2.1.1.1 La connaissance comme objet

La connaissance peut être représentée sous une forme matérielle (Barley *et al.*, 2018). Elle peut donc être associée à un objet qu'on peut stocker et manipuler (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014). Ces connaissances qualifiées d'explicites sont articulées plus facilement et sont transmissibles dans un langage formel et systématique (Nonaka, 1994). Elles peuvent être capturées, créées, transférées, stockées ou récupérées (Barley *et al.*, 2018). Elles peuvent être externalisées à partir d'individus grâce à l'utilisation de symboles, d'objets et du langage de manière à permettre leur transmission (Barley *et al.*, 2018). Elles peuvent être suivies, codifiées, enregistrées, documentées ou sauvegardées (Karamitri *et al.*, 2017) ainsi que communiquées à l'aide de supports électroniques ou autres (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014). On peut les retrouver, par exemple, sous la forme écrite, dans des livres ou sous la forme d'informations dans des bases de données.

2.2.1.1.2 La connaissance comme condition d'accès à l'information

Les études en technologies de l'information différencient les connaissances, les données et les informations (Alavi et Leidner, 2001). Les données constituent une matière première essentielle pour la création d'informations (Davenport et Prusak, 2000). Les données comprennent des faits bruts ou des observations pouvant être

dépourvues de contexte, de signification ou d'intention et qui seront interprétés (Anand *et al.*, 2015 ; Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014). L'information est composée de données auxquelles une forme ou un sens a été appliqué pour une finalité (Davenport et Prusak, 2000). C'est un sous-ensemble de données organisées possédant un contexte, une pertinence et un but qui rend ces données significatives (Anand *et al.*, 2015 ; Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014). La connaissance est plus riche que des données (qui sont des faits objectifs) ou des informations (qui sont des données qui ont été interprétées ou traitées) (Alavi et Leidner, 2001). Elle serait également une condition d'accès à l'information lorsque des connaissances sont nécessaires pour en mobiliser d'autres (Alavi et Leidner, 2001). Elle permet la conversion des données en information, ainsi que les informations en connaissances (Alavi et Leidner, 2001 ; Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014). C'est l'aptitude qui permet d'interpréter l'information avec une direction (Sveiby, 1997).

2.2.1.1.3 La connaissance comme capacité à agir

La connaissance a aussi été définie comme une capacité à agir ou à influencer une action dans un contexte particulier (Alavi et Leidner, 2001 ; Orlikowski, 2002). Elle a la capacité d'évaluer les informations et de les utiliser de manière productive (ex. : soutenir le processus décisionnel, résoudre des problèmes, améliorer des pratiques) (Kordab et Raudeliūnienė, 2018). La connaissance permet d'organiser, de sélectionner, d'apprendre et de juger des situations pour prendre des décisions judicieuses (Davenport et Prusak, 2000) ou encore de déterminer la signification d'une situation donnée et la manière de la gérer (Wiig, 1999). C'est une conviction justifiée qui augmenterait la capacité d'une entité à agir efficacement (Huber, 1991 ; Nonaka, 1994). Un ensemble de convictions organisationnelles peut guider l'action ou la modéliser en procédures (Argyris et Schön, 2001). Par exemple, la connaissance peut faire partie

d'une mémoire organisationnelle comprenant les connaissances développées d'une organisation pouvant être mise à contribution lors de décisions futures (Walsh et Ungson, 1991) et permettant à l'organisation de continuer à fonctionner efficacement (Stein et Zwass, 1995). C'est un moyen par lequel les connaissances du passé, les expériences et les événements influencent les pratiques organisationnelles actuelles (Stein et Zwass, 1995, p. 85). Ces façons d'utiliser la connaissance pour influencer l'action permettent l'atteinte d'un avantage concurrentiel (Amit et Schoemaker, 1993 ; Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014). La connaissance serait alors considérée comme une ressource ou un actif stratégique à posséder par les organisations et les individus, car elle permet le développement des capacités organisationnelles (Barley *et al.*, 2018 ; Cook et Brown, 1999 ; Grant, 1996).

2.2.1.2 Perspective subjective (connaissances tacites)

Les connaissances tacites sont subjectives, elles prennent la forme de croyances et de savoir-faire pouvant être intégrés de façon inconsciente (Nonaka, 1994). Ces connaissances peuvent être révélées par un état d'esprit ou une pratique (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014).

2.2.1.2.1 La connaissance comme état d'esprit

La connaissance associée à un état d'esprit est composée de modèles mentaux, de croyances et de perspectives (Nonaka, 1994). L'état d'esprit réside à l'intérieur des individus au niveau de la cognition (ex. : une idée, une intuition ou une impression subjective) (Argote et Miron-Spektor, 2011 ; Karamitri *et al.*, 2017 ; Nonaka, 1994). L'état d'esprit fait référence au fait que les connaissances peuvent être tellement enracinées qu'elles sont considérées comme acquies (Nonaka, 1994). Leur intangibilité les rend difficiles à formaliser et à articuler (Polanyi, 1962). Elles sont plus susceptibles

d'être personnelles et basées sur des expériences individuelles (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014, p. 26).

2.2.1.2.2 La connaissance comme pratique

La connaissance enracinée dans la pratique fait référence aux connaissances comportementales qui se traduisent par un savoir-faire concret, un comportement ou des compétences s'appliquant dans un contexte spécifique (Nonaka, 1994). Elles sont profondément ancrées dans l'action, l'engagement et la participation à un contexte spécifique (Polanyi, 1966 ; dans Nonaka, 1994). Elles se situent dans les corps, c'est-à-dire au niveau des comportements (Argote et Miron-Spektor, 2011 ; Karamitri *et al.*, 2017 ; Nonaka, 1994). Elles sont donc visibles dans l'action, car elles peuvent difficilement être exprimées et partagées (Polanyi, 1966 ; dans Nonaka, 1994).

Ces différentes facettes de la connaissance présentées ci-dessus contribuent à la conception de la connaissance utilisée dans cette étude. Nous comprenons la connaissance comme « [...] un mélange fluide d'expériences encadrées, de valeurs, d'informations contextuelles et de connaissances d'experts qui fournit un cadre d'évaluation et d'intégration de nouvelles expériences et d'informations. Elle prend naissance et s'applique dans l'esprit des connaisseurs.¹⁰ » (Davenport et Prusak, 1998,

¹⁰ Traduction libre de : "A fluid mix of framed experience, values, contextual information, and expert insight that provides a framework for evaluating and incorporating new experiences and information. It originates and is applied in the minds of knowers." (Davenport et Prusak, 1998, p. 4)

p. 4). Elle peut être intégrée dans des documents ou des référentiels, mais également dans des routines, des processus, des pratiques ou des normes organisationnelles (Davenport et Prusak, 1998). Comme Becerra-Fernandez et Sabherwal (2014), nous sommes d'avis que ces perspectives de la connaissance sont utiles pour examiner les connaissances, car elles mettent en lumière les différentes facettes de la connaissance.

2.2.2 L'apprentissage organisationnel

L'apprentissage organisationnel fait référence à l'ensemble des connaissances cumulées ou intégrées d'une organisation. La plupart des définitions suggèrent que l'apprentissage organisationnel implique une variation de la connaissance dans l'organisation qui survient au fur et à mesure que l'organisation acquiert de l'expérience (Argote et Miron-Spektor, 2011 ; Fiol et Lyles, 1985) générant de nouvelles réflexions et solutions (Kianto *et al.*, 2016) permettant d'améliorer les résultats futurs (Kordab et Raudeliūnienė, 2018, p. 145). Il peut émerger de processus spontanés (ex. : la socialisation informelle) (Nonaka, 1994) ou intentionnels (ex. : intervention formelle favorisant la socialisation dans le but de générer des apprentissages) (Huber, 1991).

Dans cette étude, nous nous concentrons sur les pratiques mises en place de façon délibérée par les organisations, car la capacité d'apprentissage et d'adaptation des organisations est centrale pour leur performance et leur succès à long terme (Argote et Miron-Spektor, 2011).

2.2.2.1 Perspectives de l'apprentissage

L'apprentissage organisationnel a été étudié au niveau cognitif et comportemental. L'apprentissage cognitif prend forme lorsqu'il y a eu un changement dans la façon dont les organisations ou les individus traitent l'information, développent une interprétation ou interprètent les choses (Crossan *et al.*, 1995). Ce n'est pas un apprentissage observable, car c'est un processus mental (Lipshitz *et al.*, 2007) qui se déroule à l'intérieur de têtes humaines individuelles (Simon, 1991, p. 125). L'apprentissage comportemental est observable, car il constitue un changement dans les façons de fonctionner. Il peut prendre forme lorsque des actions, des structures ou des pratiques de l'organisation sont changées ou ajoutées (Crossan *et al.*, 1995).

L'interdépendance entre les dimensions cognitive et comportementale de l'apprentissage est reconnue (Argyris et Schön, 1978 ; Cangelosi et Dill, 1965). L'apprentissage se manifeste par des changements de la cognition ou des comportements selon la nature des connaissances développées (Argote et Miron-Spektor, 2011 ; Rashman *et al.*, 2009). Les interactions entre les apprentissages cognitifs et comportementaux peuvent prendre plusieurs formes. Par exemple, des individus peuvent comprendre avant de changer de comportement ou comprendre en interprétant à posteriori leurs actions (Crossan *et al.*, 1995).

2.2.2.2 Niveaux des apprentissages

Il existe un degré raisonnable de consensus sur le fait que l'apprentissage organisationnel est un processus dynamique à plusieurs niveaux (Crossan *et al.*, 1995 ; Rashman *et al.*, 2009 ; Zollo et Winter, 2002). Il peut se produire chez un individu, un groupe ou une organisation (Cangelosi et Dill, 1965) ainsi qu'entre ces niveaux (ex. : lorsqu'un individu apprend du groupe) (Alavi et Leidner, 2001). Les apprentissages

individuels sont intégrés dans une compréhension partagée à travers des processus sociaux qui permettent de les intégrer au niveau de l'organisation (Crossan *et al.*, 1999). L'apprentissage organisationnel correspond ainsi au cumul des apprentissages des individus qui le composent pouvant être plus ou moins intégrés à l'organisation.

2.2.3 Pratiques de gestion des connaissances

La gestion des connaissances concerne l'ensemble des pratiques visant à amplifier les connaissances créées par les individus et les cristallise en tant que partie du réseau de connaissances de l'organisation (Nonaka, 1994) en lui fournissant des connaissances utiles (Gold *et al.*, 2001). Les organisations mettent en place des stratégies, systèmes, structures et pratiques pour soutenir l'apprentissage dans l'organisation (Fiol et Lyles, 1985). Les principaux modèles de gestion des connaissances se chevauchent en matière de concepts fondamentaux liés à l'apprentissage bien que les termes utilisés varient. On peut distinguer les volets objectif et dynamique du développement des connaissances.

2.2.3.1 Volet objectif du processus de gestion des connaissances

La perspective objective fait référence à un ensemble de pratiques de gestion des connaissances formant un processus linéaire et mécanique, souvent adopté dans le domaine des systèmes d'information. Cette perspective est dominante dans la littérature en gestion des connaissances pour favoriser l'opérationnalisation de l'apprentissage organisationnel afin de permettre à une organisation de stimuler et d'intégrer les apprentissages. Les pratiques de gestion des connaissances se concentrent

sur les flux de connaissances à travers un processus rationnel et cohérent qui suit des phases déterminées (Alavi et Leidner, 2001).

Ces phases ont été subdivisées en plusieurs étapes par de nombreux auteurs. Huber (1991) propose un processus en quatre étapes : acquisition, diffusion, interprétation des informations et mémoire organisationnelle. D'autres ont suggéré des façons d'organiser les connaissances (stockage) pour les rendre accessibles dans l'organisation, un processus intégrant la capture, le partage, le stockage, l'accès et finalement l'utilisation des connaissances (Barley *et al.*, 2018 ; Sibbald *et al.*, 2016). Le partage et l'intégration des connaissances dans l'organisation contribuent également à leur utilisation (Grant, 1996). Bien que la terminologie et l'organisation des étapes du processus varient, les principales conceptions du processus de gestion des connaissances distinguent quatre étapes : le développement, le stockage, le partage et l'intégration des connaissances.

2.2.3.1.1 Développement de connaissances

Le développement de connaissances est une étape impliquant la création de nouveaux contenus de connaissances (Argote et Miron-Spektor, 2011, p.1128) ou le remplacement des contenus existants de l'organisation (Alavi et Leidner, 2001 ; Pentland, 1995). Les connaissances objectives émergent à travers des données, informations et connaissances qui ont été traitées à l'aide de processus de transformation approprié (Rowley, 2007). Cette façon de voir le développement des connaissances s'appuie sur une hiérarchie qui relie les concepts de données, d'informations et de connaissances sur une échelle de valeurs (Rowley, 2007). Les données ne sont d'aucune utilité tant qu'elles ne sont pas sous une forme utilisable et pertinente (Ackoff, 1989). Les données possèdent donc moins de valeur que les

informations, et les informations ont moins de valeur que les connaissances (Rowley, 2007).

Les données constituent une matière première essentielle pour la création d'informations (Davenport et Prusak, 2000). L'information implique généralement la manipulation de données brutes (ex. : classification, réorganisation, structuration ou tri) pour obtenir une indication plus significative des tendances ou des modèles dans les données (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014 ; Bocij *et al.*, 2008 ; Curtis *et al.*, 2008). Ces manipulations peuvent être effectuées par des systèmes d'information.

Les données et les informations sont des intrants à la création de connaissances (Rowley, 2007). Les connaissances peuvent se composer de données ou informations qui ont été personnalisées (Alavi et Leidner, 2001), organisées et traitées (Rowley, 2007). De nouvelles connaissances peuvent aussi être développées par l'établissement de liens avec des connaissances déjà existantes (Despres et Chauvel, 2012). Par exemple, les connaissances antérieures peuvent servir à donner un sens aux informations reçues et créer de nouvelles connaissances (Despres et Chauvel, 2012).

Des auteurs ont expliqué le développement des connaissances explicites par des processus dynamiques intégrant des connaissances tacites. Ils seront abordés à la suite du volet objectif, dans la section 2.2.3.2 Volet dynamique du processus de gestion des connaissances.

2.2.3.1.2 Stockage

La perspective objective accorde une grande importance au stockage des connaissances (Dalkir, 2013). Cette étape du processus de la gestion des connaissances vise à

conserver et organiser les connaissances pour en faciliter l'accès, la récupération et l'utilisation ultérieure (Alavi et Leidner, 2001 ; Argote et Miron-Spektor, 2011 ; Donate et Guadamillas, 2010 ; Kordab et Raudeliūnienė, 2018 ; Pee et Kankanhalli, 2016).

La codification des connaissances joue un rôle central dans le stockage des connaissances afin qu'elles puissent être utilisées plus largement dans l'avenir par d'autres (Dalkir, 2013 ; Wiig, 1997). Cela permet une logique d'entreposage des données (ex. : par la structuration, l'étiquetage ou l'indexation) créant des objets de connaissance plus facilement utilisables et accessibles lorsqu'elles sont stockées (Dalkir, 2013 ; Meyer et Zack, 1996). Les connaissances peuvent être stockées de façon électronique ou non dans des supports structurés tels que des livres, documents, bases de données, systèmes de mémoire ou systèmes de gestion des documents (Argote et Miron-Spektor, 2011 ; Pee et Kankanhalli, 2016 ; Sangari *et al.*, 2015). De bons principes de gestion d'informations tels que l'archivage, la mise à jour et le retrait des contenus peuvent également faciliter l'utilisation future des connaissances (Dalkir, 2013).

2.2.3.1.3 Partage

Le partage des connaissances consiste à échanger des connaissances avec des individus ou groupes de l'organisation par des moyens humains et technologiques afin qu'elles soient utilisées et appliquées (Karamitri *et al.*, 2017 ; Kordab et Raudeliūnienė, 2018 ; Omotayo, 2015). Cette étape du processus de gestion des connaissances permet aux membres d'une organisation de transférer des connaissances les uns avec les autres (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014).

L'augmentation de la communication permet le partage des connaissances organisationnelles (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014). Des canaux de communication, informels ou formels, personnels ou impersonnels peuvent être développés par les organisations pour favoriser le partage de connaissances à différents niveaux (Alavi et Leidner, 2001 ; Bhatt, 2001 ; Grant, 1996). Les connaissances peuvent être réparties entre les individus à l'aide de répertoires d'experts reliant les chercheurs de connaissances à des individus possédant les connaissances (Pee et Kankanhalli, 2016). L'organisation peut créer des environnements collaboratifs (espace de communication physique ou virtuel) permettant l'échange informel d'idées (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014). Elle peut également distribuer des connaissances (ex. : par une interface en ligne) (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014).

2.2.3.1.4 Intégration

L'intégration des connaissances dans l'organisation visant l'application des connaissances créées peut se faire par des mécanismes formalisant l'utilisation des connaissances (Bolisani et Bratianu, 2018). En intégrant de façon formelle les nouvelles connaissances (ex. : à travers des routines, procédures, directives, pratiques, règles, normes ou technologies), elles contribuent à guider le comportement futur en utilisant les connaissances développées (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014 ; Crossan *et al.*, 1999). Cette intégration dans l'organisation dirige l'action d'un individu sans nécessairement partager à celui-ci toutes les connaissances sous-jacentes (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014 ; Grant, 1996). Par exemple, la personne qui reçoit des directives n'acquiert pas elle-même les connaissances et la compréhension de celles-ci, mais elle peut la mettre en application (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014).

2.2.3.2 Volet dynamique du processus de gestion des connaissances

Bien que le volet objectif de la gestion des connaissances soit dominant dans la littérature, d'autres auteurs ont démontré que le développement des connaissances découlait aussi de processus dynamiques et sociaux ne correspondant pas à la séquence développement, stockage, partage et intégration présentée précédemment.

Nonaka et Takeuchi (1995) ont mis en lumière que le développement de connaissances est loin d'être uniquement un traitement de connaissances objectives. Ces auteurs ont mis en lumière que des mécanismes dynamiques comme la socialisation ou l'internalisation contribuent aussi à l'apprentissage organisationnel (Nonaka, 1994 ; Omotayo, 2015). Même si l'organisation gère les connaissances objectives (explicites) selon un processus objectif, des apprentissages continuent à se produire en parallèle, de façon plus ou moins planifiée. Le développement des connaissances ne découle donc pas que du traitement de données, mais aussi d'échanges de savoirs inconscients n'ayant pas été objectivés (Nonaka et Takeuchi, 1995).

Nonaka et Takeuchi (1995) ont proposé une théorie dynamique de création de connaissances organisationnelles qui intègre les deux approches. Selon cette théorie, les apprentissages se développent par le biais de quatre modes d'interactions entre les connaissances (tacites et explicites) : la socialisation, l'articulation, l'internalisation et la combinaison (Nonaka, 1994 ; Nonaka et Takeuchi, 1995). Ces modes de conversion illustrent comment se créent des connaissances, mais servent également à éclairer comment une organisation peut les amplifier en soutenant différents modes d'interactions à différents niveaux (individuel, de groupe et organisationnel) (Nonaka, 1994 ; Nonaka et Takeuchi, 1995) (voir figure 2.1).

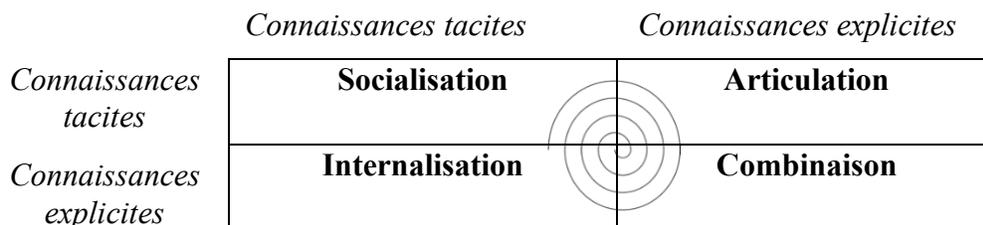


Figure 2.1 Modes de conversion des connaissances (Nonaka, 1994 ; Nonaka et Takeuchi, 1995)

2.2.3.2.1 Combinaison (explicite à explicite)

Comme présenté précédemment dans le volet objectif, la création de connaissances explicites est possible par l'échange et la combinaison de connaissances explicites existantes (Nonaka, 1994). Elle est effectuée par le tri, la fusion, l'échange, la catégorisation, la reclassification et la synthèse des connaissances explicites existantes (Autissier *et al.*, 2018 ; Nonaka, 1994). Par exemple, le résultat peut prendre la forme d'un rapport, d'une analyse, d'un résumé ou d'une nouvelle base de données.

2.2.3.2.2 Internalisation (explicite à tacite)

La création de nouvelles connaissances tacites à partir de connaissances explicites est possible grâce à l'internalisation (Nonaka, 1994). Cela se produit lorsque l'apprentissage mène à une compréhension résultant de la lecture ou de la discussion (Autissier *et al.*, 2018 ; Nonaka, 1994). Au fur et à mesure que de nouvelles connaissances explicites sont partagées au sein d'une organisation, les individus peuvent compléter ces connaissances par des connaissances tacites développées dans leur pratique (Nonaka, 1994). L'internalisation fait référence à l'intégration de

connaissances explicites dans leurs propres bases de connaissances tacites existantes (Dalkir, 2013).

2.2.3.2.3 Articulation (tacite à explicite)

L'articulation illustre le processus de conversion de connaissances tacites en nouvelles connaissances explicites, c'est-à-dire que les connaissances subjectives et inconscientes sont traduites dans un langage compréhensible par tous afin qu'elle devienne explicite (Autissier *et al.*, 2018 ; Nonaka, 1994). Par exemple, les connaissances tacites intégrées dans les pratiques peuvent être objectivées lorsqu'elles sont écrites ou dessinées pour les rendre concrètes. Par exemple, une personne peut questionner ou observer des personnes possédant des connaissances tacites afin de les extraire, modéliser et synthétiser pour les rendre explicites et ainsi augmenter leur portée en les rendant accessibles à un public plus large pouvant dorénavant les comprendre et les appliquer (Dalkir, 2013). Une fois explicitées, ces connaissances deviennent tangibles et donc peuvent être plus facilement stockées, partagées et exploitées (Dalkir, 2013).

2.2.3.2.4 Socialisation (tacite à tacite)

La socialisation est un processus par lequel des connaissances tacites sont transmises ou diffusées par le biais d'interactions sociales et d'expériences partagées entre les membres de l'organisation (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014). En groupe, les individus agissent dans un contexte partagé dans lequel ils peuvent interagir, dialoguer, analyser et réfléchir (Nonaka, 1994). Cela contribue aux échanges, à l'amplification et au développement de l'apprentissage (Nonaka, 1994).

La socialisation est utile lorsque des connaissances ne sont pas facilement convertibles en connaissances explicites. Certaines connaissances tacites sont complexes, développées et internalisées par des individus et sont presque impossibles à reproduire dans un document ou une base de données, car elles incorporent plusieurs apprentissages accumulés et intégrés (Davenport et Prusak, 1998). Les canaux personnels, tels que les apprentissages par des échanges entre travailleurs, peuvent être plus efficaces pour diffuser des connaissances très spécifiques au contexte (Becerra-Fernandez et Sabherwal, 2014).

L'objectif est qu'une personne expérimentée possédant des connaissances les partage à une autre personne moins expérimentée pour arriver à une compréhension mutuelle (Dalkir, 2013). Cela peut se faire par des mécanismes tels que le partage d'expériences basé sur l'observation, l'imitation et la pratique (Dalkir, 2013). L'organisation peut encourager le partage des connaissances tacites par la mise en place de contextes sociaux favorables aux échanges (ex. : communautés de pratique, forums de discussion, programmes de mentorat, travail en équipe, coaching, compagnonnage, etc.) (Elkjaer, 1999), ou de manière plus informelle par la promotion de réseaux sociaux au sein d'une organisation (Pee et Kankanhalli, 2016).

2.2.4 Éléments du contexte organisationnel affectant la gestion des connaissances

Plusieurs chercheurs ont étudié l'impact des facteurs organisationnels sur l'apprentissage et souligné l'importance du contexte pour la gestion des connaissances (Argote et Miron-Spektor, 2011 ; Sibbald *et al.*, 2016).

2.2.4.1 Culture organisationnelle

Plus précisément, la culture organisationnelle peut affecter de manière significative les pratiques de gestion des connaissances, car elle influence fortement la perception de la connaissance, à savoir si elle est utile, importante ou valide (De Long et Fahey, 2000). Elle serait un facteur déterminant de l'efficacité et du succès de la gestion des connaissances (Davenport et Prusak, 1998 ; De Long et Fahey, 2000 ; Theriou *et al.*, 2011). Elle fait partie des défis les plus difficiles pour les organisations qui s'engagent dans des efforts de gestion des connaissances (De Long et Fahey, 2000 ; Fahey et Prusak, 1998 ; Gold *et al.*, 2001).

Les recherches concernant les effets de la culture organisationnelle ont démontré l'impact de la présence de certaines valeurs sur l'adoption de comportements clés pour les apprentissages (Alavi *et al.*, 2005). Les valeurs de partage et d'ouverture (liées à la confiance, la sécurité psychologique, la coopération et la collaboration) sont présentes, elles mèneront à des comportements favorables à la gestion des connaissances (Alavi *et al.*, 2005 ; De Long et Fahey, 2000). Certains comportements appuyés par les gestionnaires comme la prise de risque, le dialogue ou les échanges d'idées (Lauzier *et al.*, 2013) sont déterminants pour la création d'un contexte propice à l'apprentissage (Barette *et al.*, 2012). Cependant, les valeurs favorisant le pouvoir individuel, la performance individuelle et la concurrence peuvent nuire à la gestion des connaissances, car les travailleurs auront tendance à accumuler les connaissances pour eux-mêmes (De Long et Fahey, 2000).

2.2.4.1.1 Confiance

Le sentiment de confiance (Levin et Cross, 2004) conduit à un plus grand échange de connaissances (De Long et Fahey, 2000). Les travailleurs sont plus disposés à écouter,

à absorber les connaissances (Edmondson et Moingeon, 1999 ; Penley et Hawkins, 1985). La confiance favorise également la création (Lee et Choi, 2003), l'expérimentation, la réflexion et l'action dans l'apprentissage (Edmondson et Moingeon, 1999).

2.2.4.1.2 Sécurité psychologique

La sécurité psychologique favorise des comportements associés aux apprentissages en créant un environnement de travail où les travailleurs peuvent poser des questions, admettre ou signaler des erreurs dans un climat adéquat, sans se sentir ignorants ou incompetents et sans être pénalisés par les autres (Edmondson, 2008). Les travailleurs se sentent plus libres d'exprimer leurs idées pour générer des apprentissages (Argote, 2013). Cela favorise également un meilleur partage de connaissances (Edmondson et Moingeon, 1999 ; Goh, 2002).

2.2.4.1.3 Collaboration

Plusieurs études empiriques ont démontré que la collaboration influence positivement l'efficacité de la gestion des connaissances, plus particulièrement la création (Lee et Choi, 2003) et le partage de connaissances (Goh, 2002 ; Sveiby et Simons, 2002). Comme nous l'avons vu, les échanges entre les travailleurs ont le potentiel de créer des connaissances (Gold *et al.*, 2001). La collaboration est la base de la socialisation des

connaissances puisqu'elle favorise les interactions entre les travailleurs (Nonaka et Takeuchi, 1995).

2.2.5 Conclusion sur la gestion des connaissances

En somme, l'apprentissage organisationnel peut être soutenu par différentes pratiques de gestion des connaissances. Ces pratiques concernent tant le traitement de connaissances objectives que le soutien de processus dynamique favorisant aussi les apprentissages impliquant des connaissances tacites. De plus, des dimensions du contexte organisationnel sont déterminantes pour la gestion des connaissances.

Dans la prochaine section, nous présentons le cadre conceptuel développé à la lumière de cette revue de littérature.

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL

À la lumière de l'état des connaissances qui précède, le présent chapitre explique les cadres conceptuels que nous proposons pour analyser la contribution de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités. En premier lieu, le cadre conceptuel de la gestion des invalidités est présenté. Il permettra l'analyse initiale des pratiques de gestion des invalidités du cas à l'étude. Le cadre de la gestion des connaissances sera présenté par la suite. Il sera mobilisé pour analyser le rôle de la gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités.

3.1 Cadre conceptuel de la gestion des invalidités

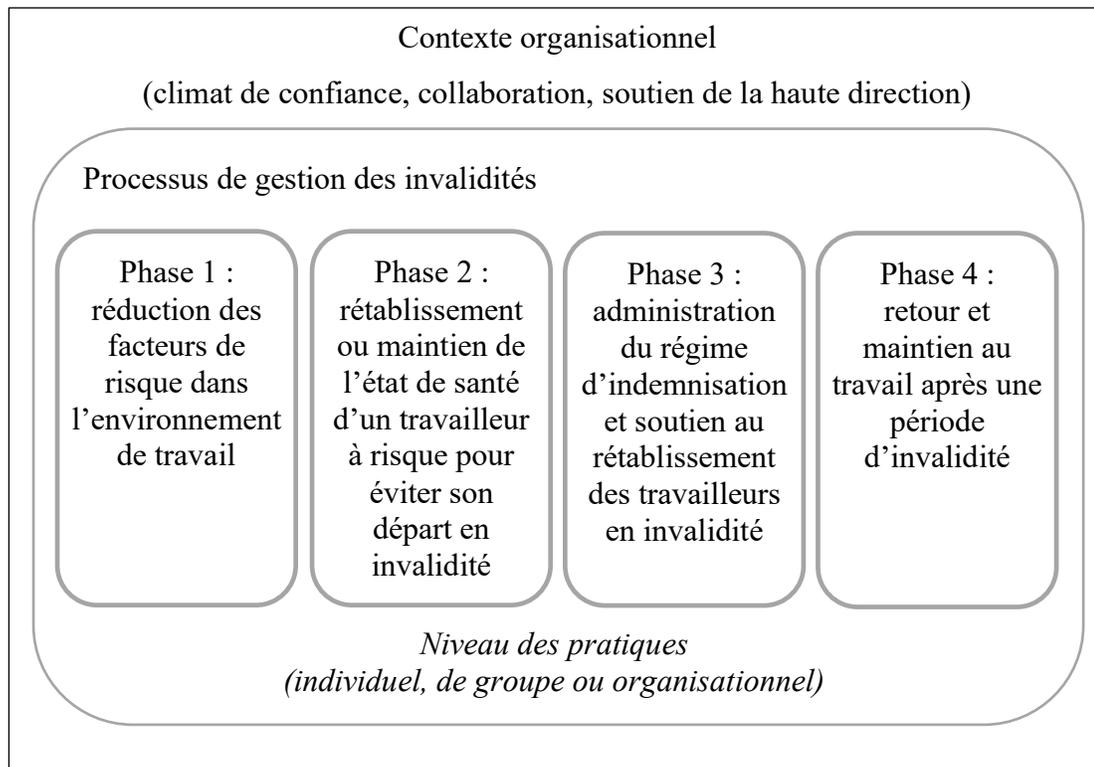


Figure 3.1 Cadre conceptuel de la gestion des invalidités

Nous retenons que les pratiques du processus de gestion des invalidités peuvent être présentées selon quatre phases variant selon l'objectif de prévention (Murphy, 1988) et à l'état de santé du travailleur (Young *et al.*, 2005) :

- phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail pour préserver la santé des travailleurs ;

- phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité ;
- phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité ;
- phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité.

La phase 1 concerne les travailleurs en santé. Dans la phase 2, les travailleurs ont des symptômes qui interfèrent avec le travail. À la phase 3, les travailleurs sont en invalidité (absent du travail) en raison d'un problème de santé affectant leur capacité de travailler. Dans la phase 4, la santé du travailleur est rétablie ou en voie de se rétablir. Il peut avoir ou non des restrictions ou une réduction de sa capacité à travailler.

Nous abordons donc la gestion des invalidités dans son ensemble de façon à englober les pratiques avant, pendant et après la période d'invalidité d'un travailleur et leur niveau d'intervention (individuel, de groupe ou organisationnel) (Cottrell, 2001). La situation du travailleur retiré de la population active de façon permanente à cause d'une incapacité de travail (Young *et al.*, 2005) ne sera pas abordée vu l'objet de l'étude sur les pratiques de gestion.

Le contexte organisationnel (Amick *et al.*, 2000) est également une dimension importante pour la cohérence du processus (St-Arnaud *et al.*, 2011). Plus précisément, nous nous attarderons au climat de confiance, à la dynamique de collaboration et au soutien de la haute direction.

3.2 Cadre conceptuel de la gestion des connaissances

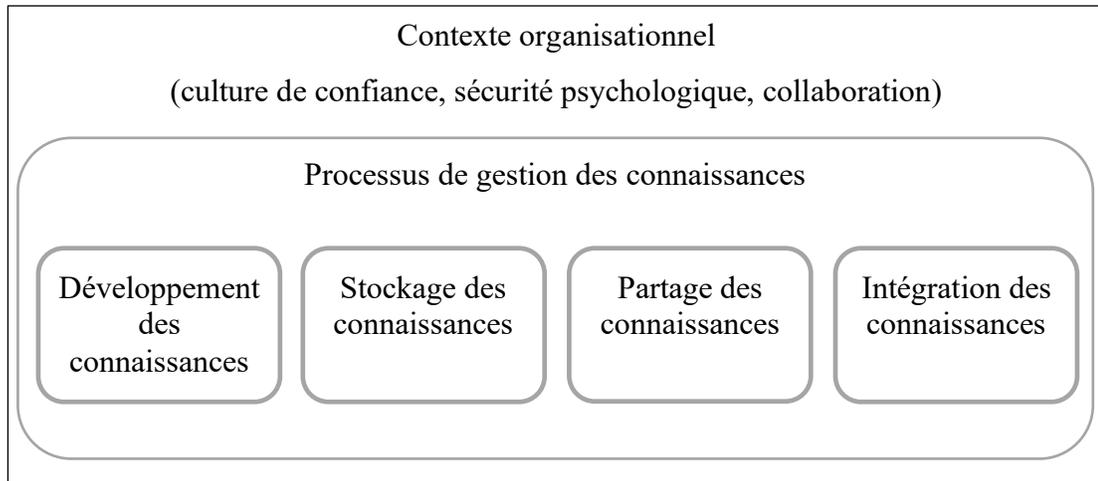


Figure 3.2 Cadre conceptuel de la gestion des connaissances

Dans le cadre de cette étude, nous nous intéresserons plus particulièrement aux dimensions associées au volet objectif du processus de gestion des connaissances (Alavi et Leidner, 2001 ; Pentland, 1995).

Les étapes du volet objectif du processus de gestion des connaissances sont :

- développement de connaissances ;
- stockage des connaissances ;
- partage des connaissances ;
- intégration des connaissances.

Le développement des connaissances fait référence aux sources de données, informations ou connaissances et aux traitements de ceux-ci. Le stockage des connaissances réfère aux pratiques visant la conservation et l'organisation des connaissances. Le partage des connaissances vise les mécanismes de transfert des connaissances. Finalement, les connaissances créées qui sont appliquées ou utilisées consistent en l'intégration des connaissances dans l'organisation.

Notre cadre inclut le contexte organisationnel (Argote et Miron-Spektor, 2011 ; Sibbald *et al.*, 2016), plus précisément la culture de confiance, le sentiment de sécurité psychologique et la collaboration.

Les modes de conversion du volet dynamique du processus de gestion des connaissances (socialisation, articulation, combinaison, internalisation) (Nonaka, 1994 ; Nonaka et Takeuchi, 1995) n'ont pas été intégrés, car les données secondaires utilisées et leur nature transversale ne permettent pas l'analyse de tels processus dynamiques. Des données permettant l'utilisation d'un devis longitudinal auraient été nécessaires.

CHAPITRE IV

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre vise à présenter et justifier le cadre méthodologique de cette recherche. Plus précisément, vous trouverez la présentation de la nature de la recherche, du devis de recherche et de la démarche d'analyse. La validité du devis de recherche et de la démarche d'analyse seront discutées après la description de chacune de ces parties.

4.1 Nature de la recherche

La nature de cette recherche est exploratoire. Les recherches exploratoires sont entreprises lorsqu'on sait peu à propos d'une situation ou lorsqu'aucune information n'est disponible sur la façon dont des problèmes similaires ont été résolus dans le passé (Sekaran, 2003). Elles sont nécessaires pour mieux comprendre la nature d'un problème ou encore dans la situation où certains faits sont connus, mais que plus d'informations sont nécessaires pour explorer davantage un sujet (Sekaran, 2003).

Comme nous l'avons vu, la gestion des invalidités est un thème déjà bien documenté. Cependant, à notre connaissance, la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités n'a jamais été étudiée en intégrant les principales notions de ces deux champs. Le choix d'une recherche exploratoire est donc

approprié, car notre étude répond à cette lacune en mobilisant ces deux champs pour analyser le cas à l'étude.

4.2 Devis de recherche

Le devis de recherche retenu pour cette recherche est l'étude de cas. « L'étude de cas est une enquête empirique qui investigate en profondeur un phénomène contemporain, situé dans son contexte réel, surtout lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes¹¹ » (Yin, 2009, p. 18). Elle est utile pour comprendre les phénomènes, des contextes, générer des théories futures et trouver des solutions à des problèmes existants et courants (Sekaran, 2003). L'accent sur la profondeur du cas ainsi que le désir de couvrir une variété plus large de conditions contextuelles (ex. : complexité organisationnelle) produisent un large éventail de sujets pouvant être couverts par une étude de cas qui va au-delà de l'étude de variables isolées (Yin, 2011).

Nous cherchons à comprendre et expliquer les interactions entre la gestion des connaissances et la gestion des invalidités, une problématique impliquant des phénomènes peu expliqués par la littérature à ce jour. L'étude de cas permettra d'identifier des événements qui peuvent traduire la réalité d'un processus de gestion des invalidités et les initiatives de gestion des connaissances. Les données recueillies

¹¹ Traduction libre

avec ce type de devis permettront de développer des connaissances sur la contribution de la gestion des connaissances dans un processus de gestion des invalidités.

Ce devis de recherche est partiellement déductif et partiellement inductif. Nous utilisons d'abord les connaissances dans la littérature scientifique pour formuler un cadre d'analyse comportant les principales dimensions d'intérêt déjà documenté dans les études sur la gestion des connaissances et celles portant sur la gestion des invalidités. Ensuite, une partie inductive permettra d'intégrer des éléments ou des liens révélés par l'analyse du cas à l'étude.

Il s'agit d'une recherche avec une intervention minimale dans un milieu naturel (Fortin et Gagnon, 2016). Pour comprendre le phénomène, il est pertinent que l'étude se fasse dans un contexte naturel avec peu de manipulation, car nous souhaitons mieux comprendre ce qui se passe dans les organisations. L'unité d'analyse est au niveau des pratiques de gestion des invalidités d'un établissement de santé au Québec. L'analyse du cas est transversale, car elle s'attarde aux pratiques en place au moment de la collecte. La collecte de données a été effectuée entre décembre 2016 et janvier 2017.

4.2.1 Cas à l'étude

Notre choix pour l'étude est un cas unique, car nous étudions un phénomène encore peu exploré à ce jour (Yin, 2018). Le cas est un terrain d'étude pertinent pour examiner les pratiques de gestion des invalidités en place dans cet établissement de santé au Québec. Le cas à l'étude a été retenu par choix raisonné, une méthode d'échantillonnage reposant sur le jugement et permettant de favoriser le respect des critères exigés pour la recherche (Royer *et al.*, 1999). Le cas a été choisi, car il permettait l'étude des pratiques de gestion des invalidités.

Le cas que nous avons choisi aborde de façon détaillée les pratiques de gestion des invalidités en place et est cohérent avec notre objectif de recherche, soit de mieux comprendre la contribution de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités. L'étude de cas unique est appropriée pour vérifier une théorie ou avancer des connaissances sur une organisation (Gagnon, 2000).

4.2.2 Validité du devis de recherche

La validité concerne l'intégrité des conclusions générées par une recherche (Bryman et Bell, 2007).

La validité interne est la force de l'étude de cas puisqu'elle fournit une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte, car les manifestations relevées sont des représentations authentiques de la réalité étudiée (Gagnon, 2000). L'étude de cas unique permet des résultats crédibles pour l'organisation à l'étude étant donné que les sources de données et le phénomène étudié proviennent du contexte réel de cette organisation.

La validité externe cherche à voir si les résultats de cette étude peuvent être généralisés au-delà du contexte spécifique de la recherche (Bryman et Bell, 2007). La validité externe est la principale faiblesse de l'étude de cas unique, car elle ne conduit pas à des généralisations des résultats ou à des possibilités de retrouver des situations similaires ailleurs (Sekaran, 2003). La spécificité et la particularité favorisées par l'étude de cas font en sorte qu'il est difficile d'atteindre l'universalité (Gagnon, 2000).

Cependant, dans cette étude exploratoire, nous ne visons pas à généraliser nos constats, mais bien à mieux comprendre le lien entre la gestion des connaissances et la gestion

des invalidités dans l'organisation à l'étude. Cette étude de cas unique permettra de développer des connaissances qui pourront éventuellement être validées dans d'autres milieux.

Malgré les limites de l'étude de cas unique, le cas à l'étude possède des caractéristiques semblables à d'autres établissements de santé au Québec. Cette recherche se penche sur un enjeu connu par la majorité du réseau de la santé au Québec, soit la prévention et la gestion de l'absentéisme lié aux invalidités. Sans être identiques, les établissements de santé ont plusieurs structures organisationnelles correspondantes. Des connaissances développées par cette recherche pourraient donc s'avérer utiles pour ces environnements similaires.

Afin de contribuer à la validité de construit, nous avons sélectionné un cas pertinent aux objectifs de la recherche et correspondant à une réalité qui concorde aux dimensions retenues pour les cadres conceptuels de l'étude (Yin, 2009). Les dimensions retenues pour l'analyse ont largement été documentées dans la littérature des champs de la gestion des connaissances et de la gestion des invalidités. Les cadres sont ensuite utilisés pour analyser les données. Cela permet de comparer les résultats empiriques avec les éléments théoriques initialement stipulés et constater la correspondance et les écarts entre l'empirique et le théorique.

4.3 Démarche d'analyse des données

Selon Yin (2009), l'analyse de données consiste à examiner, catégoriser ou combiner les preuves afin de répondre à notre objectif de recherche. Les données seront analysées

selon les cadres conceptuels présentés au chapitre précédent. L'analyse des données s'effectuera en trois temps :

- 1) traitement des données ;
- 2) analyse des données ;
- 3) description du cas.

4.3.1 Traitement des données

4.3.1.1 Sources des données

Nous avons opté pour la réutilisation des données qualitatives (RDQ) (Chabaud et Germain, 2006). La RDQ est une méthode légitime dans le domaine des sciences de gestion, car elle permet d'utiliser de façon intéressante le potentiel des données qualitatives disponibles (Chabaud et Germain, 2006). Elle est pertinente dans le cadre de cette étude, car bien que les entretiens n'aient pas été menés en vue de répondre à l'objectif de cette étude, les verbatims des entretiens sont pertinents pour la traiter.

Les données réutilisées avaient été recueillies dans le cadre d'un projet qui portait sur les incapacités au travail liées à la santé physique et mentale. Le titre de l'étude est : « Un réseau de recherche et d'intervention interdisciplinaire pour optimiser la participation au travail et la santé au travail des 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux ». Ce projet s'attardait aux pratiques organisationnelles et aux facteurs institutionnels pouvant avoir un impact sur les situations d'incapacités au travail. La collecte a été effectuée par les membres de l'équipe à l'origine de cette recherche.

Nous avons réutilisé le contenu de six entrevues semi-dirigées réalisées entre décembre 2016 et janvier 2017 avec les personnes suivantes :

- chef du bureau de santé et de la santé et sécurité au travail (SST) ;
- employée (agente administrative) ayant été en invalidité ;
- coordonnatrice en ressources humaines (RH) ;
- représentante syndicale ;
- conseillère du bureau de santé ;
- conseillère en développement organisationnel (DO).

Les outils de collecte de données qui avaient été conçus et utilisés lors des entrevues sont les suivants :

- Grille d'entrevue pour les employés de 45 ans et plus (annexe A) ;
- Grille d'entrevue pour cadres, RH, praticiens SST, représentant syndical (annexe B) ;
- Tableau récapitulatif pour prise de note pendant les entrevues (annexe C).

Ces entrevues avaient été enregistrées et retranscrites textuellement. La cueillette de données du projet initial n'a pas été effectuée dans le but d'étudier précisément la contribution de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités. Elle visait les pratiques de gestion des invalidités. Les données recueillies permettent malgré tout d'exposer le développement et l'utilisation des connaissances dans le cadre de ces pratiques.

4.3.1.2 Conformité éthique de la recherche/respect des règles éthiques

Le projet initial a obtenu un certificat d'éthique (appendice A). En mars 2019, j'ai complété une formation en ligne et j'ai obtenu un certificat d'accomplissement du cours : « Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains : Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER) » (appendice B). Les participants aux entrevues devaient signer un formulaire d'information et de consentement (appendice C). Ce formulaire les informe sur le contexte à l'étude, la nature et le déroulement du projet ainsi que la nature et la durée de leur participation. Les avantages, bénéfiques, risques, inconvénients et la confidentialité de leur participation ont également été mentionnés. Ils avaient la liberté de participation et de retrait. Des informations sur les chercheurs étaient mentionnées.

4.3.2 Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée à partir des verbatims des entrevues. Les entrevues ont été codifiées à partir d'une grille développée en se basant sur les cadres conceptuels proposés au chapitre III (voir annexe D : Grille d'analyse de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités). La codification permet d'organiser, trier et relever les informations associées directement au phénomène étudié en fonction des dimensions inclus dans les cadres conceptuels. En somme, la codification permet de condenser les données dans un format qui permettra le repérage et l'analyse des pratiques de gestion des invalidités et de gestion des connaissances. La codification a été réalisée avec le logiciel d'analyse qualitative NVivo 12.

La codification des pratiques de gestion des invalidités selon les phases a été effectuée en premier lieu. Les familles de codes suivantes ont été utilisées pour les phases de gestion des invalidités :

- phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail ;
- phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité ;
- phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité ;
- phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité.

Pour le codage du niveau visé par la pratique de gestion des invalidités, les codes suivants ont été utilisés :

- niveau individuel ;
- niveau de groupe ;
- niveau organisationnel.

Pour les éléments liés au contexte de la gestion des invalidités, « contexte organisationnel » a été utilisé pour le codage.

Des tableaux synthèses présentant les pratiques en place dans chacune des phases ont été préparés (voir annexe E : Tableau préliminaire des pratiques de gestion des invalidités).

Ensuite, les dimensions liées à la gestion des connaissances ont été codifiées selon les familles de codes suivants pour les pratiques de gestion des connaissances :

- développement de connaissances ;
- stockage des connaissances ;
- partage des connaissances ;
- intégration des connaissances.

Pour le codage des éléments liés au contexte organisationnel de la gestion des connaissances, nous avons utilisé « culture organisationnelle ».

Nous avons repéré les pratiques de gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités à l'aide d'un tableau (voir annexe F : Identification des pratiques de gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités).

Les étapes de développement et de stockage de connaissances ont été regroupées selon le développement des connaissances et les étapes de partage et d'intégration des connaissances selon l'utilisation des connaissances pour faciliter l'analyse des résultats.

4.3.3 Description du cas

Nous avons ensuite réalisé une analyse descriptive du cas à l'étude en faisant la narration du processus de gestion des invalidités. Plus précisément, les pratiques liées à chacune aux phases du processus de gestion des invalidités ont été décrites.

Ensuite, l'analyse descriptive des pratiques de gestion de connaissances repérées dans chacune des phases du processus de gestion des invalidités a été réalisée. Ces pratiques ont été décrites et leur contribution à la gestion des invalidités a été expliquée.

Les éléments contextuels pertinents relevés à l'étape précédente ont été au fur et à mesure des analyses descriptives.

4.3.4 Validité de la démarche d'analyse

La qualité de l'analyse qualitative des données est favorisée par le respect de certains critères de validité (Guba et Lincoln, 1989).

Pour assurer la crédibilité des résultats et s'assurer que les connaissances produites soient conformes à la réalité du cas (validité interne), le protocole de recherche et la démarche d'analyse ont été expliqués et suivis pour démontrer une démarche rigoureuse (Yin, 2009). Pour démontrer l'authenticité et la vraisemblance des résultats, des descriptions concrètes et précises telles que des citations tirées directement des entretiens et présentées mot à mot sont intégrées dans la présentation des résultats. Afin de favoriser l'objectivité et la crédibilité de l'étude, une contre-vérification des tableaux synthèses et de la description des résultats a été effectuée par un chercheur : le directeur de mémoire.

Bien que la validité externe ne soit pas la force principale de l'étude de cas, une description claire et détaillée du cas à l'étude est présentée pour illustrer le contexte et faciliter le jugement par le lecteur de la transférabilité potentielle de nos résultats vers d'autres contextes (Kemp, 2012). La présentation de la démarche d'analyse et les résultats détaillés rapportés favorise la reproduction fidèle de certaines dimensions de cette étude (ex. : objectif de recherche, cadre et démarche d'analyse) dans des recherches futures (Guba et Lincoln, 1989).

CHAPITRE V

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse du cas à l'étude. Après une brève mise en contexte du cas, les pratiques de gestion des invalidités identifiées par notre analyse seront présentées pour chacune des quatre phases suivantes :

- phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail ;
- phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité ;
- phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité ;
- phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité.

Dans chacune des phases, nous décrirons d'abord les pratiques de gestion des invalidités et aborderons ensuite le rôle de la gestion des connaissances dans ces pratiques. Cette analyse permettra de répondre à l'objectif poursuivi de cette étude, soit de mieux comprendre la contribution de la gestion du développement et de l'utilisation des connaissances dans la gestion des invalidités.

5.1 Mise en contexte du cas à l'étude

Le cas à l'étude concerne les pratiques de gestion des invalidités d'un centre hospitalier universitaire au Québec. Nous y ferons référence en le nommant *centre de santé* dans le texte. Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes attardés aux pratiques visant à prévenir et gérer les absences pour des raisons de santé dont la cause n'est pas considérée comme étant directement liée au travail. Le taux d'assurance salaire (ratio des dépenses en assurance salaire par heure travaillée) du centre de santé étaient en hausse au moment de la cueillette de données.

Depuis 2009, [notre taux d'assurance salaire] a toujours été au-dessus de tous les [établissements] du gouvernement. (conseillère du bureau de santé)

Les coûts liés à l'assurance salaire sont élevés pour l'employeur qui est responsable du régime d'indemnisation des deux premières années des absences pour invalidité.¹² À partir de la 3^e année, un régime financé principalement par les employés et impliquant un assureur externe prend en charge l'indemnisation de ces très longues absences.

¹² « Au Québec, depuis 1972, le régime d'assurance salaire en cas de maladie qui est en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux est assumé par un régime auto-assuré pendant les 104 premières semaines d'invalidité. Les coûts de ce régime d'invalidité relèvent directement de chacun des établissements du réseau, lesquels puisent leurs ressources financières à même leurs budgets généraux. » (Charest *et al.*, 2005, p. 7)

Plusieurs de ces absences sont liées à des problèmes de santé mentale. Ces invalidités sont très rarement reconnues comme étant causées par le travail. Malgré tout, les principaux acteurs rencontrés reconnaissent que le contexte organisationnel peut y contribuer. Par exemple, le contexte de travail dans cet établissement de santé est caractérisé par des pressions multiples pouvant affecter la santé des employés. Tout d'abord, les personnes absentes et non remplacées créent une pression sur l'équipe pouvant causer de la surcharge risquant de contribuer à de l'épuisement.

On entend beaucoup de pression des équipes quand des gens ne sont pas remplacés. On a beaucoup de plaintes, de griefs par rapport à ça justement, le fait qu'il y ait des gens qui quittent sans être remplacés. [...] S'il y a trois employés dans un service et qu'on a perdu un employé, ça lui a pris 3 à 6 mois à former une autre personne, ça fait mal. (chef du bureau de santé et de la SST)

Cette pression créée par les absences non remplacées semble s'ajouter à la surcharge de travail que plusieurs décrivent comme généralisée.

Une tâche c'est toujours vite, vite, vite. Les patrons poussent que cela aille de plus en plus vite. (représentante du bureau syndical)

C'est plate à dire, mais oui, [dans ce centre de santé] t'es dans l'action, t'es dans l'urgence, t'es en surcharge, t'es vraiment occupé plus qu'il en faut. Je n'ai jamais entendu quelqu'un dire : « Dans tel secteur, c'est plus tranquille, c'est relax. » (conseillère en DO)

C'est que nous avons beaucoup d'écho de nos employés par rapport à la charge de travail. [...] Il faut dire que les équipes sont à un niveau assez rationalisé. [...] Il y a beaucoup [de personnes] qui me disent : « J'ai travaillé à [ce centre de santé], c'est malade ! » Il y en a une que j'ai vue avant-hier, elle m'a dit : « Je travaille ailleurs maintenant et je me rends à quel point [au centre de santé] ça roulait fort, c'est capoté ». (chef du bureau de santé et de la SST)

Le gouvernement contribue également aux pressions vécues dans cet établissement. Certaines suppressions de postes d'encadrement imposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux limitent le soutien dont bénéficient les employés.

On est des équipes fortes, mais qui sont *stretchées* par la pression en termes de ratio [employés/patients], de projet, de décision ministérielle, de couper sur des postes. (coordonnatrice RH)

Ce contexte serait peu favorable à la collaboration entre les différents acteurs impliqués dans la gestion des invalidités (ex. : professionnels aux RH, gestionnaires cliniques).

Ce qu'on escamote beaucoup – c'est complexe la collaboration hein ? – c'est l'idée de faire des suivis avec toutes les personnes. Donc on aurait plus une compréhension commune. On va tomber dans un mode silo quand on est dans l'action. [...] Mais si on ne se donne pas ces espaces-là pour parler des interventions, on tombe dans le mécanisme de silo. [...] Cette espèce de mécanique là de collaboration est moins bien établie, parce qu'on n'a pas l'habitude de le faire. (coordonnatrice RH)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux exerce aussi une pression sur les établissements de santé pour les inciter à réduire leurs coûts liés à l'assurance salaire. Par exemple, une cible par rapport au nombre de dossiers d'invalidité en cours est fixée pour chaque établissement.

C'est dans ce contexte que la direction des RH de l'établissement tente de prévenir et réduire le nombre d'invalidités par ses pratiques de gestion des invalidités. Certains efforts ont été déployés pour mieux intégrer les actions des gestionnaires cliniques, professionnels à la direction des RH, etc.

La directrice voulait justement faire une fusion de deux modes de travail qui était plus d'accompagnement général et non un mode de réponse à la

demande. C'est la transformation qu'elle voulait, que les gestionnaires soient dans un mode proactif, en termes de gestion RH, tout en ayant l'influence DO avec une expertise SST, pour répondre vraiment à la question pointue. [...] Il y a des conseillers DO qui vont faire tout et vont interpeler le conseiller RH pour des obligations des conventions, et c'est conseillers RH qui font affaire avec des gestionnaires qui vont interpeler des DO dans un tel contexte. (coordonnatrice RH)

On voulait que la gestion de la présence soit coordonnée dans une perspective pas uniquement de gestion de présence ou d'absence, mais une perspective organisationnelle. (coordonnatrice RH)

Les tableaux suivants synthétisent les facteurs organisationnels liés aux absences et aux invalidités (tableau 5.1) et ceux affectant les pratiques de gestion des invalidités (tableau 5.2).

Tableau 5.1 Synthèse des principaux facteurs organisationnels liés aux absences et aux invalidités

Facteurs organisationnels liés aux absences et aux invalidités
<p>État de la situation sur les absences pour invalidité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hausses des absences et du taux d'assurance salaire - Hausses des absences pour maladie psychologique - Coûts en assurance salaire est élevé - Taux d'absence pour invalidité plus élevé dans ce centre de santé comparé aux autres <p>Contexte organisationnel et de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexte de travail sous pression : <ul style="list-style-type: none"> o des absences non remplacées créent de la pression sur les équipes de travail (risque de surcharge et d'épuisement des travailleurs) ; o la surcharge de travail est généralisée ; o le Ministère exerce de la pression pour réduire les dépenses (particulièrement en assurance salaire). - Volonté de la direction des RH de favoriser la prévention et d'intégrer les pratiques liées à la gestion des invalidités auxquelles participent plusieurs acteurs.

Tableau 5.2 Synthèse des principaux facteurs organisationnels affectant les pratiques de gestion des invalidités

Facteurs organisationnels affectant les pratiques de gestion des invalidités
<ul style="list-style-type: none"> - La collaboration entre les différentes branches de la direction des RH et entre les différents acteurs est variable (liens ponctuels). - Le soutien de la haute direction pour ce qui est des ressources financières est limité. Le manque de temps et de budget limite les pratiques de prévention et les analyses plus profondes des situations problématiques. - La charge de travail des supérieurs immédiats (ex. : chefs de service, gestionnaires cliniques) est élevée. Des ratios d'encadrement, des changements (ex. : déménagements) et la gestion opérationnelle limitent leur disponibilité et leur accessibilité pour faire de la prévention, identifier les cas à risque, intervenir pour éviter les invalidités, faire le suivi avec les travailleurs, etc. - Les conseillers au bureau de santé tentent d'établir un lien de confiance avec le travailleur malade pour favoriser son retour. Cependant, la gestion administrative des absences limite le lien de confiance.

Dans les prochaines sections, nous présenterons les résultats de l'analyse des pratiques de gestion des invalidités. Dans chacune des phases, nous présenterons les pratiques de gestion des invalidités et analyserons le rôle de la gestion des connaissances dans ce processus.

5.2 Phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail

La phase 1 concerne les pratiques visant la prévention des invalidités par la réduction à la source de risques organisationnels pour protéger la santé des travailleurs et éviter les absences pouvant découler de sa dégradation (voir tableau 5.3).

Tableau 5.3 Objectif des pratiques de gestion des invalidités, situation de travail du travailleur et état de santé du travailleur de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail

Phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail	
Objectif :	Réduire les facteurs organisationnels pouvant mener à des invalidités avant qu'ils n'affectent la santé des travailleurs
Situation de travail :	Au travail
État de santé :	En santé, aucune incapacité de travail

5.2.1 Pratiques de gestion des invalidités de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail

La prévention par la réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail implique des pratiques visant d'une part l'identification des risques organisationnels et d'autre part à intervenir pour réduire ces risques. Le tableau 5.4 présente les pratiques de gestion des invalidités de la phase 1 et leurs fonctions.

Tableau 5.4 Fonctions et pratiques de gestion des invalidités de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail

Phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail	
<i>Fonctions des pratiques :</i>	<i>Pratiques de gestion des invalidités :</i>
1) Identification des risques dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Observer les risques organisationnels - Identifier les facteurs de risque lié à des situations particulières
2) Réduction des risques identifiés dans l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuler les interventions par le partage d'informations sur les facteurs de risque identifiés (ex. : entre les gestionnaires et les conseillers au département des RH) - Mettre en place des interventions par l'équipe de conseillers en DO

L'identification des risques organisationnels se fait de différentes façons. Ces risques peuvent être repérés par des observations de certains acteurs (ex. : par un conseiller DO ou un gestionnaire clinique) dans le cadre de leur travail.

Au niveau du bureau de santé et SST, on s'intéresse à cette prévention et se demande : « Est-ce qu'il y a des équipes qui sont en difficulté ? » Des fois, on va le savoir par la conseillère en DO, parce qu'on accompagne les équipes dans des changements. Donc, même sans avoir d'invalidité, on sait qu'il y a des équipes qui sont fragilisées. (chef du bureau de santé et de la SST)

Ces observations peuvent être échangées entre différents acteurs (ex. : entre un conseiller RH et un conseiller DO).

Quand je vais regarder [au département X], je vais dire aux conseillers RH : « Actuellement, ça ne va pas. Il y a une grosse charge de travail. Il y a eu le déménagement, il y a un incident qui a miné un peu le climat de travail qui est déjà difficile. » Les gens sont épuisés au niveau professionnel et on voit qu'il y a une charge de stress émotive qui est assez élevée. (conseillère en DO)

Les risques présents dans l'environnement de travail de l'analyse des cas d'invalidité seraient peu développés.

Les conseillers ont fait un travail d'analyse des cas [d'absence pour invalidité], je le sais, mais de facteurs environnementaux qui expliquent la raison pour laquelle les gens seraient en absence, je ne suis pas sûre qu'ils soient rendus là. [...] Ils ont fait une analyse de chacun des cas, à savoir : « Est-ce qu'il y a des choses à faire pour cette personne-là ? » [afin de] comprendre un peu sa situation. Mais est-ce qu'ils ont fait une analyse d'un pas en arrière pour dire que dans mon environnement, ça pourrait expliquer telle situation, je ne pense pas. (coordonnatrice RH)

Des facteurs de risque liés à des situations particulières peuvent aussi être identifiés.

On a eu le déménagement vers le nouveau bâtiment. C'est certain qu'on s'est dit qu'il ne faudrait pas se surprendre que dans la phase du déménagement il y ait des réclamations, que des gens disent : « Nous on ne se sent pas préparé, on se cherche, on le vit un petit peu ». (chef du bureau de santé et de la SST)

Lorsque des risques organisationnels sont identifiés, des interventions peuvent être développées par l'équipe de conseillers en développement organisationnel pour limiter leur présence ou leur impact sur la santé des travailleurs. Par exemple, des interventions par les professionnels en DO ont été mises en place pour limiter l'impact des suppressions de postes effectuées dans un secteur.

Dans certains cas, les risques sont perçus par les responsables de la gestion des invalidités comme étant difficiles à éviter.

On essaie fort de faire des interventions pour ramener les gens, en même temps, je me dis toujours, quand 100 invalidités arrivent dans un mois, au lieu de 70, je ne peux rien faire pour cela. Il y a le déménagement et boum ! Je tombe à 100 invalidités dans ce mois-là ! Il y a des affaires sur lesquelles je n'ai pas beaucoup de contrôle. (chef du bureau de santé et de la SST)

Des pratiques non associées à la gestion des invalidités contribuent également à réduire certains facteurs de risque. Des interventions visant l'amélioration du bien-être ou du climat de travail peuvent affecter la santé mentale des travailleurs. Par exemple, un programme de prévention du harcèlement et de la violence a mené à l'identification d'ambassadeurs devant contribuer à préserver un climat sain dans leur milieu de travail. Ces interventions n'ayant pas été mises en place en lien avec la gestion des invalidités, elles n'ont pas été documentées dans le cadre de cette étude.

5.2.2 Contribution de la gestion des connaissances aux pratiques de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail

L'analyse réalisée démontre que la gestion des connaissances est au cœur des pratiques de gestion des invalidités de la phase 1. Les pratiques liées à la gestion des connaissances visent d'abord à développer des connaissances en identifiant les facteurs de risque dans l'environnement et ensuite à mobiliser ces connaissances pour réduire leur présence.

5.2.2.1 Développement des connaissances

Le développement des connaissances fait référence aux sources de données, informations et connaissances ainsi qu'aux pratiques de traitement et de stockage de ceux-ci.

Différentes sources d'informations sont mobilisées pour identifier les risques organisationnels présents. Des observations et des analyses par des conseillers DO, des gestionnaires cliniques ou des professionnels du bureau de santé permettent l'identification de risques. Par exemple, lors d'une intervention en milieu de travail, un conseiller DO a observé des risques organisationnels (ex. : un déménagement, un incident) en lien avec le climat de travail. Des risques dans l'environnement de travail des équipes sont également repérés par des gestionnaires cliniques.

Les conseillers du bureau de santé reçoivent aussi des informations utiles à l'identification des risques organisationnels lors de leurs échanges avec les gestionnaires et du traitement des dossiers d'invalidité (ex. : les causes d'une invalidité permettent d'identifier des risques susceptibles d'affecter d'autres travailleurs). Les échanges entre les professionnels du bureau de santé et les conseillers en DO seraient moins présents.

Admettons que plusieurs personnes sont parties, je vais continuer à intervenir avec la gestionnaire et l'équipe terrain. Je n'ai jamais fait le lien avec [le conseiller au bureau de santé] pour voir ce qui s'est passé. [Le conseiller au bureau de santé] a une boule d'informations que la personne ou la gestionnaire lui dit. Mais [de l'information sur] la dynamique d'intervention que [les conseillers DO ont] fait, je ne sais pas. (coordonnatrice RH)

L'organisation actuelle du travail ne semble pas toujours offrir l'espace pour effectuer des analyses plus approfondies des facteurs de risque environnementaux repérés par l'analyse des cas d'absences. Les gestionnaires sont surchargés.

J'ai eu la conversation avec la gestionnaire [clinique] pour lui dire : « qu'est-ce que tu peux faire par rapport à chacun de ces cas-là d'absence pour faire un lien avec ton environnement, parce que les gens sont partis un moment ? » Elle m'a répondu : « regarde avec le déménagement oublie ça, je n'ai pas le temps ». Elle le sait, elle est consciente, elle est d'accord. (coordonnatrice RH)

Le manque de ressources limiterait la réalisation de certaines analyses dans les départements.

Du côté patronal, ils nous disent toujours qu'ils n'ont pas de budget pour faire de la prévention et faire des enquêtes dans les départements pour voir quelles sont les anomalies qui causent des problèmes. (représentante syndicale)

5.2.2.2 Utilisation des connaissances

L'utilisation des connaissances fait référence aux pratiques visant le partage et l'intégration des connaissances sur la présence des risques pour en limiter la présence dans l'environnement.

Pour ce faire, des informations sur les risques présents sont échangées entre les conseillers RH et les gestionnaires cliniques. Par exemple, un gestionnaire a communiqué au conseiller RH ses observations à l'égard des réticences des employés concernant un changement. Le conseiller RH a ensuite partagé ces informations au conseiller DO qui a été en mesure de mettre en place une intervention pour limiter les tensions présentes.

La réduction des risques peut être limitée lorsque les connaissances développées à l'égard de leur présence ne sont pas communiquées aux acteurs ayant la capacité d'intervenir pour les réduire. Les gestionnaires cliniques et les professionnels de la direction des RH ne partagent pas systématiquement leurs connaissances sur les risques présents.

Mais c'est sûr que [le conseiller DO] ne fait pas toujours la boucle avec le conseiller RH. Lui, il est interpellé parce qu'il a des personnes qui ne se comportent pas adéquatement. (coordonnatrice RH)

Admettons que plusieurs personnes sont parties [en invalidité], je vais continuer à intervenir avec la gestionnaire et l'équipe terrain. Je n'ai jamais fait le lien avec [la conseillère du bureau de santé] pour voir ce qui s'est passé [avec les personnes en invalidité]. (coordonnatrice RH)

Malgré la présence d'une volonté d'intervenir pour réduire les risques, la mise en place d'interventions serait limitée par la charge de travail actuelle qui laisse peu de temps et de ressources pour la prévention.

C'est tout un défi, la charge de travail de l'opérationnel. Pour faire le mode préventif, ça prend de l'espace. (coordonnatrice RH)

Bien que des risques dans l'environnement de travail puissent être repérés par l'analyse des cas d'absences, ces informations seraient peu mobilisées pour intervenir de façon à réduire leur présence. Des cas d'invalidité liés à un facteur de risque sont parfois identifiés à la suite d'une intervention initialement mise en place sans faire de lien avec ces cas.

Ce n'est pas un individu, pas une personne [en invalidité] qui va faire en sorte qu'on va le faire [intervenir dans un secteur]. Annonce de coupure dans le secteur, ça pète, on va les rencontrer, on fait l'intervention

d'accompagnement et on s'aperçoit que telle ou telle personne est en absence et on se dit que c'est en lien avec le climat. Mais la personne du bureau de santé fait des interventions avec l'individu. (coordonnatrice RH)

Le tableau 5.5 suivant propose un récapitulatif de la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 1.

Tableau 5.5 Récapitulatif de la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement

Phase 1 : réduction des facteurs de risque dans l'environnement de travail		
<i>Pratiques de gestion des invalidités selon leurs fonctions :</i>	<i>Pratiques de développement des connaissances :</i>	<i>Pratiques d'utilisation des connaissances :</i>
<p>1) Identification des risques dans l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observer les risques organisationnels - Identifier les facteurs de risque lié à des situations particulières 	<p>Sources d'informations pour l'identification des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observations des conseillers DO, gestionnaires cliniques et travailleurs <p>Analyse des informations recueillies par les sources (ex. : facteurs de risques organisationnels observés)</p>	
<p>2) Réduction des risques identifiés dans l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimuler les interventions par le partage d'informations sur les facteurs de risque identifiés - Mettre en place des interventions par l'équipe de conseillers en DO 		<p>Partage des connaissances à l'égard des risques présents et les besoins d'interventions (ex. : échanges entre gestionnaires et conseillers)</p> <p>Mise en place d'intervention visant à réduire les risques (ex. : accompagnement par l'équipe en DO)</p>

5.3 Phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité

Cette phase vise à prévenir les invalidités en intervenant de façon précoce auprès des travailleurs à risque pour favoriser le rétablissement ou maintien de leur état de santé et ainsi éviter un arrêt de travail (voir tableau 5.6).

Tableau 5.6 Objectif des pratiques de gestion des invalidités, situation de travail du travailleur et état de santé du travailleur de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité

Phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité	
Objectif :	Intervenir auprès des travailleurs à risque pour éviter leur départ en invalidité
Situation de travail :	Au travail
État de santé :	Santé affectée avec des symptômes qui interfèrent avec le travail pouvant mener à une invalidité

5.3.1 Pratiques de gestion des invalidités de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité

Les pratiques de cette phase concernent d'abord le repérage des travailleurs à risque alors qu'ils sont au travail. Le tableau 5.7 présente les pratiques de gestion des invalidités de la phase 2 et leurs fonctions.

Tableau 5.7 Fonctions et pratiques de gestion des invalidités de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité

Phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité	
<i>Fonctions des pratiques :</i>	<i>Pratiques de gestion des invalidités :</i>
1) Identification des travailleurs à risque avant que leur problème de santé ne mène à une absence pour invalidité	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser les données administratives - Suivre les indicateurs d'absentéisme et d'assiduité - Recevoir le témoignage de travailleurs - Rencontrer le travailleur à risque pour comprendre son cas et explorer les aménagements possibles
2) Pratiques pour éviter l'invalidité	<ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la mise en place d'interventions (ex. : trouver un arrangement pour le travailleur à risque) - Mettre en place l'intervention

Les travailleurs avec une santé affectée risquant d'être en invalidité sont identifiés par les professionnels RH et les gestionnaires cliniques à l'aide d'analyse de données administratives et par le témoignage de travailleurs. L'analyse des données administratives permet d'effectuer le suivi d'indicateurs sur le bien-être et l'absentéisme. Ces analyses permettent de repérer d'abord les secteurs et ensuite les travailleurs à risque. Un secteur à risque peut être révélé par son taux d'assurance salaire au-dessus de la moyenne ou un résultat faible au sondage de bien-être au travail.

Les travailleurs particulièrement à risque sont ensuite repérés par l'analyse des données sur l'assiduité (absences de courte durée) et l'absentéisme (taux d'absences sur 5 ans) de chaque personne de ce secteur. Parfois, le témoignage d'un travailleur qui se confie sur sa situation (ex. : à son gestionnaire clinique, à un représentant du syndicat ou au personnel du bureau de santé) permet d'identifier qu'il est à risque de se retrouver en invalidité. Des actions supplémentaires peuvent être réalisées pour mieux comprendre ces cas, par exemple en organisant une rencontre entre le gestionnaire et le travailleur. Les conseillers à la direction des RH sensibilisent les gestionnaires sur l'importance de capter chez le travailleur des informations qui vont servir à cerner si sa situation est susceptible de mener à une invalidité. Ils soutiennent les gestionnaires dans le développement de leurs habiletés utiles à la mise en place d'interventions auprès des employés à risque (ex. : par l'animation d'ateliers).

Les conseillers DO et du bureau de santé soulignent la pertinence d'intervenir lorsque la santé d'un travailleur est à risque pour réduire les absences pour invalidité. Ils encouragent les gestionnaires cliniques à intervenir auprès des travailleurs ayant été identifiés comme étant à risque de partir en invalidité.

On conseille fortement aux gestionnaires de prendre un arrangement, de prendre une entente avec l'employé et de voir après si le comportement va changer. (conseillère DO)

Les gestionnaires sont incités à miser sur la collaboration et à faire preuve de flexibilité dans la gestion de l'assiduité et dans l'octroi de congés. L'approche disciplinaire axée sur les sanctions est considérée à éviter, car elle risque de produire l'effet inverse, soit favoriser le départ en invalidité.

Si la fille a des nausées, a des rendez-vous médicaux, [on dit au gestionnaire clinique :] « Sois conciliant ». Avant, le gestionnaire pouvait dire [à une employée] : « c'est marqué que tu peux travailler jusqu'à 9 h sur ton certificat de retrait préventif ». Là, qu'est-ce qui arrivait ? [la travailleuse présentait] un certificat d'arrêt de travail marqué « complications de grossesse ». (chef du bureau de santé et de la SST)

Le travailleur considéré à risque peut aussi être dirigé vers des ressources ou des services adéquats disponibles (ex. : des groupes d'échange pour les problèmes de toxicomanie ou d'alcool, une consultation avec un médecin). Il pourrait également être orienté vers des services de soutien avec des conseillers (ex. : 6 séances avec un psychothérapeute, psychologue, travailleur social, thérapeute, etc. par année sont accessibles par le programme d'aide aux employés).

5.3.2 Contribution de la gestion des connaissances aux pratiques de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité

Plusieurs pratiques visant à éviter le départ en invalidités des personnes considérées à risque sont étroitement liées au développement et à l'utilisation des connaissances. Elles visent à développer des connaissances sur les travailleurs avec une santé affectée ou à risque de s'absenter et à intervenir avant qu'ils s'absentent en s'appuyant sur ces connaissances.

5.3.2.1 Développement des connaissances

Lors de l'identification des cas à risque, plusieurs sources d'informations sont mobilisées pour identifier les secteurs. Des données administratives tirées des résultats à un sondage (ex. sondage sur le bien-être) et de différents systèmes de gestion des absences (logiciels Virtuo, Logibec, etc.) sont traitées pour repérer les secteurs à risque.

À partir de certaines données administratives, la direction des RH produit un rapport listant les unités administratives en ordre décroissant selon leurs dépenses en assurance salaire. Pour faciliter l'analyse de ces informations, un code de couleur est attribué aux unités administratives selon leur taux d'assurance salaire par rapport à la moyenne du centre de santé. La couleur rouge est attribuée à celles ayant un taux plus élevé que la moyenne. Le jaune illustre celles proches de la moyenne de l'établissement et le vert celles faisant mieux. Ces connaissances développées sur les secteurs à risque sont ensuite utilisées pour développer celles sur les travailleurs à risque.

Des rapports d'assiduité et d'absences au niveau individuel sont produits à l'aide du logiciel Logibec à partir de l'analyse de données administratives. Les conseillers RH accompagnent certains gestionnaires cliniques dans l'analyse de ces données.

Les données par rapport à l'assiduité sont sorties par Logibec. Les gestionnaires ont accès à une banque d'information sur l'assiduité de leurs employés par Logibec, incluant les vacances et la paye, de même que les conseillers RH. (conseillère en DO)

Le gestionnaire doit sortir sa liste du taux d'assiduité de tous ses employés. Mais il y a des gestionnaires plus autonomes que d'autres, alors les conseillers RH les accompagnent dans la mesure du possible. (conseillère en DO)

Un travailleur est identifié comme à risque lorsque son taux d'absences annuel (taux d'assiduité) est en haut de 5 %, c'est-à-dire lorsque ses absences sont au-delà des 9,6 journées d'absences autorisées ou lorsque son taux d'absentéisme (incluant les absences de longues durées telles que les congés sans solde) est supérieur à 30 % sur 5 ans.

Ça peut être une liste de 30 personnes et là-dessus il y en a 15 qui sont au-dessus de 5 %, alors on se questionne. On regarde avec le gestionnaire. [...] C'est de voir, est-ce qu'il y a un *pattern* ? (conseillère en DO)

L'absentéisme c'est quelqu'un qui a une absence de 30 % et plus, calculé sur un minimum de 5 ans. [...] À partir de là, c'est de faire l'analyse avec le conseiller RH et le gestionnaire [clinique]. Des fois le conseiller SST peut être interpellé. Et de voir avec la personne qu'on rencontre. (conseillère en DO)

À la suite de l'identification des personnes par l'analyse des données administratives, les professionnels en RH incitent les gestionnaires cliniques à effectuer une investigation auprès des personnes identifiées pour développer des connaissances plus approfondies concernant la présence et les causes d'un risque d'un départ en invalidité. Des rencontres sont organisées pour approfondir les connaissances sur la situation du travailleur et ses besoins.

La combinaison des informations fournies par le travailleur, le médecin traitant et les connaissances des conseillers RH permettent au gestionnaire d'avoir les connaissances permettant d'intervenir. Il arrive que ce soit le médecin traitant qui formule une demande de réduction du temps de travail.

Le médecin va envoyer par l'employé un certificat de diminution, un certificat de réduction d'horaire. (conseillère du bureau de santé)

L'investigation des travailleurs à risque et des causes peut impliquer la tenue d'échanges plus informels. Des outils et des formations sont offerts pour développer les compétences relationnelles (ex. : mieux écouter le travailleur) des gestionnaires favorisant l'accès à de telles informations. De l'accompagnement (ex. : coaching, rôle-conseil) est offert pour identifier les risques, connaître les interventions potentielles à

mettre en place et sensibiliser les gestionnaires pour les guider dans le questionnement des travailleurs ainsi que pour améliorer leur leadership et leur écoute.

À partir du moment où un gestionnaire [clinique] remarque vraiment que la personne est à 8 %, le conseiller RH devrait dire, sais-tu pourquoi ? Il va dire non, j'ai remarqué que depuis 6 mois elle est comme ça, peut-être qu'il se passe quelque chose. Le conseiller RH va dire, peut-être tu devrais la rencontrer. Il va le coacher dans cette rencontre-là, il va dire : « tu vas le questionner, tu vas dire j'ai sorti le relevé d'assiduité pour tous les employés et j'ai remarqué que tu avais une assiduité de tant %, ce n'est pas parce que t'es parti en maladie, mais pour des congés. » (conseillère en DO)

Mais avant tout, il veut voir s'il y a quelque chose qui peut l'aider pour venir changer ce comportement. (Conseillère en DO)

Les pratiques d'investigation sont parfois limitées par la charge de travail des supérieurs immédiats (ex. : chefs de service) qui est élevée à cause des ratios d'encadrement limitant leur disponibilité pour rencontrer les travailleurs.

[Au département X], il y a 100 et quelques employés, il y avait peut-être 60 personnes à rencontrer. (conseillère DO)

Là, on est dans la relation avec les personnes, avec des gestionnaires qui sont essoufflés. Les ratios d'encadrement sont très élevés [...] en termes de ratio d'employés, on a deux chefs pour 200 employés, c'est énorme. (coordonnatrice RH)

5.3.2.2 Utilisation des connaissances

Les connaissances acquises sur les travailleurs considérés à risque peuvent permettre la mise en place d'interventions. Des interventions peuvent être proposées par le travailleur, les gestionnaires à la suite de leur analyse de la situation, les conseillers du bureau de santé si le gestionnaire les consulte ou le médecin traitant.

Une fois que les facteurs à la source des situations à risque sont identifiés, la mobilisation de ces connaissances peut être limitée par certains obstacles. Par exemple, une réduction du temps de travail demandée pour éviter un arrêt pour invalidité n'était prévue qu'à la suite d'une absence pour invalidité. Les conseillers du bureau de santé ont innové pour développer une intervention répondant aux besoins identifiés. Des congés particuliers ont été utilisés pour permettre la réduction du temps de travail demandé. C'est une pratique de plus en plus suggérée par les professionnels du bureau de santé aux gestionnaires pour éviter le départ en invalidité du travailleur, bien qu'elle ne soit pas officielle.

Ce n'est pas officialisé, mais on sensibilise les gestionnaires à ce qu'ils acceptent. (conseillère du bureau de santé)

Cela devient donc une solution qui peut être proposée pour aider un travailleur susceptible de s'absenter du travail.

Souvent, ces gestionnaires vont même nous appeler pour demander : « Qu'est-ce que je peux faire ? On peut-tu lui demander une réduction d'horaire ? Qu'est-ce que t'en penses ? Je n'ose pas. Ça se fait-tu ? » Oui, ça se fait, fais-le le plus vite possible avant qu'il tombe au combat. (conseillère du bureau de santé)

L'intégration des informations disponibles est variable lorsque les connaissances utiles aux interventions ne sont pas toujours partagées et connues par les personnes qui pourraient l'utiliser (ex. : si le gestionnaire n'est pas au courant que la réduction du temps de travail est possible, il ne peut pas appliquer cette solution). Le tableau 5.8 suivant propose un récapitulatif de la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 2.

Tableau 5.8 Récapitulatif de l'analyse de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité

Phase 2 : rétablissement ou maintien de l'état de santé d'un travailleur à risque pour éviter son départ en invalidité		
<i>Pratiques de gestion des invalidités selon leurs fonctions :</i>	<i>Pratiques de développement des connaissances :</i>	<i>Pratiques d'utilisation des connaissances :</i>
<p>1) Identification des travailleurs à risque avant que leur problème de santé ne mène à une absence pour invalidité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyser des données - Suivre des indicateurs - Recevoir le témoignage de travailleurs - Rencontrer le travailleur à risque pour comprendre son cas et explorer les aménagements possibles 	<p>Sources et traitements de données pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérer les secteurs à risque : <ul style="list-style-type: none"> o données sur le bien-être, analysés, convertis en indicateurs o données sur les absences, convertis en indicateurs (dépenses en assurances salaire) - Repérer les travailleurs à risque : <ul style="list-style-type: none"> o données sur les absences, production de rapports sur l'assiduité et l'absentéisme - Intervenir : <ul style="list-style-type: none"> o le travailleur et le médecin traitant 	
<p>2) Pratiques pour éviter l'invalidité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimuler la mise en place d'interventions - Mettre en place l'intervention 		<p>Partage des connaissances sur les besoins et options d'interventions</p> <p>Mise en place d'intervention visant à éviter l'invalidité</p>

5.4 Phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité

Cette phase se déroule lorsque le travailleur est absent en raison d'une invalidité et vise à favoriser la saine gestion du régime d'indemnisation et le rétablissement du travailleur en invalidité (voir tableau 5.9).

Tableau 5.9 Objectif des pratiques de gestion des invalidités, situation de travail du travailleur et état de santé du travailleur de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité

Phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité	
Objectif :	Favoriser la saine gestion du régime d'indemnisation et le rétablissement du travailleur en invalidité
Situation de travail :	Absent, en arrêt de travail pour invalidité
État de santé :	Avec un problème de santé affectant la capacité de travailler

5.4.1 Pratiques de gestion des invalidités de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité

Pour favoriser la saine gestion du régime d'indemnisation, des pratiques sont en place pour confirmer la présence de l'invalidité et indemniser son invalidité. Ensuite, d'autres pratiques visent à identifier les besoins du travailleur malade, l'accompagner et soutenir son rétablissement. Le tableau 5.10 présente les pratiques de gestion des invalidités de la phase 3 et leurs fonctions.

Tableau 5.10 Fonctions et pratiques de gestion des invalidités de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité

Phase 3 : Administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité	
<i>Fonctions des pratiques :</i>	<i>Pratiques de gestion des invalidités :</i>
1) Confirmation de la présence de l'invalidité	<ul style="list-style-type: none"> - Administrer le régime d'indemnisation (ex. : réception des documents, appels) - Vérifier des notes médicales au dossier - Convoquer le travailleur à une rencontre lorsqu'il y a un doute - Convoquer le travailleur en expertise médicale (si le doute persiste)
2) Décision d'indemnisation	<ul style="list-style-type: none"> - Indemniser ou non l'invalidité selon le régime en place
3) Identification des besoins du travailleur malade	<ul style="list-style-type: none"> - Consulter le formulaire de réclamation médicale d'assurance salaire (ex. : pour connaître le diagnostic) - Échanger avec le travailleur, son gestionnaire et son médecin traitant
4) Accompagnement du travailleur en invalidité pour soutenir son rétablissement	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir au niveau clinique (ex. : accès à des ressources) - Soutenir au niveau relationnel

Les arrêts de travail font l'objet d'un contrôle administratif par les professionnels du bureau de santé pour l'administration du régime d'indemnisation. Le personnel du bureau de santé est informé lors de la réception du certificat d'arrêt de travail du travailleur malade ou lorsqu'un gestionnaire les informe qu'un travailleur est en arrêt de travail.

L'employé sait qu'il doit communiquer avec son gestionnaire, c'est même conventionné. Ils vont laisser un message : « j'ai vu mon médecin, je suis en arrêt de travail. » (conseillère au bureau de santé)

Lorsque le certificat d'arrêt de travail a été complété à l'extérieur du pays, l'absence est considérée comme non autorisée.

Ça commence à se savoir, si tu soumetts un certificat d'arrêt de travail « hors Canada », c'est un refus automatique. Tu es considéré en absence non autorisée. Quand tu vas revenir, toute la période de ton absence, c'est du sans solde, non autorisé. Ça commence à se savoir là. [...] (conseillère du bureau de santé)

Lorsque des doutes sur la présence de l'invalidité sont soulevés, des mesures sont mises en place pour investiguer le cas. Par exemple, les conseillers du bureau de santé peuvent faire venir les notes médicales pour étudier le dossier ou demander à rencontrer le travailleur. Des appels chez le travailleur peuvent également valider la présence d'une invalidité.

Je rentre toujours entre Noël et le Jour de l'An, je me mets des petites notes d'appeler un tel, pour valider qu'ils sont bel et bien à la maison et qu'ils vont être capables de prendre un appel. [...] j'en ai trois que je dois appeler entre Noël et le Jour de l'An qui sont marqués dans mon agenda. J'ai déjà tout prévu ça. C'est une minorité, mais ce sont toujours les mêmes. (conseillère du bureau de santé)

Ce n'est pas évident, car les conseillers du bureau de santé veulent également établir la confiance des travailleurs.

On va faire venir ceux pour lesquels on a un doute. On leur envoie une lettre officielle leur demandant de venir pour discuter du dossier. C'est difficile en même temps, il faut établir la relation de confiance. (conseillère au bureau de santé)

Si le doute persiste, une expertise médicale peut être exigée pour valider le diagnostic du travailleur en arrêt de travail. Les professionnels du bureau de santé doivent composer avec des membres de la direction qui misent davantage sur de telles mesures de contrôle des absences qui peuvent sembler efficaces pour réduire les coûts d'assurance salaire.

Aussitôt que quelqu'un part en assurance salaire, la consigne de la direction est de le faire expertiser jour 1. (conseillère du bureau de santé)

Une telle approche est considérée comme problématique par des professionnels du bureau de santé, car le recours excessif aux expertises médicales peut provoquer des effets négatifs. La confiance peut être compromise et la période d'invalidité prolongée. En effet, une expertise médicale pourrait être interprétée par le travailleur que l'organisation doute de lui, surtout lorsqu'elle est demandée dès le début de l'invalidité.

C'est parce que l'impression que ça donne à l'employé, c'est que l'on conteste systématiquement son invalidité. Comme quoi, on ne le croit pas. Tu t'absentes, tu mets ton équipe dans le trouble, on va prouver que tu veux juste profiter du système, alors on te fait expertiser. (conseillère du bureau de santé)

Le médecin effectuant l'expertise médicale peut même considérer que ce geste est un facteur aggravant contribuant à l'invalidité.

Il [le médecin effectuant l'expertise médicale] va marquer : « La direction des ressources humaines a exigé une expertise Jour 1 », l'employé va lui dire ce qui se passe, le médecin, à juste titre, trouve là un facteur aggravant et il va prolonger l'arrêt de travail. (conseillère du bureau de santé)

L'expérience nous a démontré que si on fait expertiser Jour 1 et qu'il y a vraiment un problème de santé mentale, l'arrêt de travail sera beaucoup plus long que si on n'en a pas. L'employé dit, je ne file pas, probablement que 4 semaines vont me faire du bien, je vais revenir et si on l'envoie en expertise, c'est 12 semaines. C'est récurrent et on le dit aux gestionnaires. (conseillère du bureau de santé)

Toutes les fois qu'on l'a fait, c'est ce qui est arrivé. (conseillère du bureau de santé)

Pour éviter le risque de prolonger l'arrêt de travail tout en assurant l'administration du régime d'indemnisation, les professionnels du bureau de santé tentent de sensibiliser le gestionnaire aux risques et aux inconvénients liés aux expertises médicales.

[Le gestionnaire] appelle et dit : « je suis tanné, fais-le expertiser ». Je lui rappelle que c'est son budget personnel qui va payer les 2 500 \$ d'expertise que ça va coûter, ça va passer directement dans ses frais directs de budget, plus l'assurance salaire et que ça va probablement la faire durer davantage. (conseillère du bureau de santé)

À moins que ce soit très grossier comme arrêt de travail, autrement on essaie de sensibiliser le gestionnaire au fait que ça risque de prolonger. (conseillère du bureau de santé)

Les conseillers du bureau de santé proposent comme stratégie alternative pour retarder l'expertise médicale du dossier de faire venir les notes médicales pour prendre connaissance du dossier. Si le doute persiste, ce sera le moment de convoquer le travailleur en expertise médicale. Parfois, la direction impose le recours à l'expertise médicale qui ne peut alors être évité.

Si l'avis vient d'un [membre de la direction], on n'a pas le choix de le faire. [...] On en a encore un qui est parti en arrêt de travail et là, [la direction], en parlant aux gestionnaires : « Tu vas le faire expertiser, ça presse ». (conseillère du bureau de santé)

Lorsque la présence d'une invalidité est reconnue, le travailleur est indemnisé par le versement d'une prestation d'assurance salaire.

Pour identifier les besoins du travailleur malade, les professionnels du bureau de santé s'informent du diagnostic. Pour ce faire, ils consultent le formulaire de réclamation médicale d'assurance salaire.

Souvent, on va lire : « stress au travail, pression au travail, surcharge de travail ». Quand on a cette indication liée au travail, on communique avec le conseiller aux relations au travail. On lui explique ce qui est écrit et lui demande de voir ce qui se passe de son côté. [...] Souvent, ça se confirme. Occasionnellement, c'est la personne qui est tellement en détresse qu'elle n'arrive plus à fournir une prestation qui est normale. Mais il y a aussi la réalité des vacances ou les absences maladie non remplacées qui vont s'étirer, ça génère une surcharge sur celles qui restent. (conseillère du bureau de santé)

Environ une semaine après le début de l'invalidité, le travailleur malade est contacté pour échanger sur sa situation.

Quand c'est possible, on appelle aussi l'employé pour savoir ce qui l'a amené en arrêt de travail. (conseillère du bureau de santé)

Comme l'explique une employée ayant été en invalidité, ces échanges peuvent être constructifs.

On a fait état de toute la situation qui m'avait amenée jusque-là, les comportements, les façons d'agir. [...] Elle était ouverte, elle comprenait.

[...] Elle me disait : « J'ai déjà des pistes de solution, ça prendrait une rencontre, des tâches établies ». (employée ayant été en invalidité)

Le gestionnaire responsable de la personne en invalidité peut également être consulté pour avoir des informations sur le contexte de travail.

On a l'habitude de questionner le gestionnaire pour savoir si un événement quelconque s'est passé dans le service ou l'unité pour comprendre ce qui pourrait amener l'arrêt de travail. (conseillère du bureau de santé)

Pendant l'invalidité, les professionnels du bureau de santé poursuivent les échanges. Ils effectuent périodiquement des suivis par téléphone avec le travailleur pour s'enquérir de son état.

Mais de temps en temps, quand je lui envoyais mes papiers, elle m'appelait pour me dire qu'elle les avait reçus et voulait savoir comment j'allais, elle prenait de mes nouvelles. [...] Ce n'était pas trop. C'est sûr qu'il y a des moments ou des périodes où j'allais moins bien, j'aurais passé mon tour. Mais sinon, ça me faisait plaisir de savoir qu'elle se souciait quand même de ma santé. (employée ayant été en invalidité)

Lorsque l'invalidité est prolongée, un suivi est également effectué.

On fait le suivi quand un certificat de prolongation rentre, quand ça fait plusieurs semaines que je n'ai pas parlé à l'employé. J'en profite pour l'appeler pour prendre de ses nouvelles : « Comment votre état évolue ? » (conseillère du bureau de santé)

Dans certains cas, un soutien au rétablissement d'un travailleur malade lui est offert par les professionnels du bureau de santé. Ils peuvent faciliter l'accès à certains services de santé. Par exemple, des consultations avec des professionnels de la santé

supplémentaires à celles prévues au programme d'aide aux employés (PAE) ont déjà été offertes.

Quand j'arrivais à la fin, elle m'a dit : « Gêne-toi pas, si tu as besoin, tu m'appelles ». Donc, je redemandais et elle me rallongeait tout de six séances. (employée ayant été en invalidité)

Dans certains cas d'invalidité pour des raisons de santé psychologique, des expertises médicales spécialisées ont été utilisées pour soutenir le rétablissement du travailleur. Par exemple, les conseillers du bureau de santé peuvent demander au travailleur en invalidité de voir un médecin spécialiste (expertise médicale) dans le but d'améliorer le plan de traitement initial proposé par le médecin traitant (ex. : lors d'un cas de santé mentale, une expertise médicale peut être demandée pour avoir un médecin spécialisé dans des cas psychologiques pour proposer des améliorations au plan de traitement).

Quand [la conseillère du bureau de santé] m'a parlé [d'aller en expertise médicale spécialisée], j'ai dit : « Ça va se passer comment, parce que j'ai eu une mauvaise expérience [dans le passé avec une expertise médicale générale] ». Elle m'a dit : « Non, non, elle est là pour t'aider et elle est pour toi, pas contre toi ». Donc, je suis arrivée avec cette idée qu'elle était là pour m'aider et c'est vraiment ça qu'elle a fait. Elle m'a fait plein de recommandations. (employée ayant été en invalidité)

Le soutien prend aussi la forme du développement d'une relation de confiance avec les travailleurs en invalidité. Cette relation peut être entretenue par un conseiller du bureau de santé ou avec le gestionnaire du travailleur.

On essaie dans l'approche qu'on a d'avoir une bonne relation de confiance avec les employés, dans la façon qu'on les traite, qu'on les considère. (chef du bureau de santé et de la SST)

Comme nous l'avons vu, les professionnels du bureau de santé tentent d'établir et conserver un lien avec le travailleur en communiquant avec lui régulièrement pendant l'invalidité. Ils accompagnent également les gestionnaires pour améliorer leur capacité à maintenir leur relation avec les travailleurs de leur équipe pendant leur invalidité.

On dit aux gestionnaires, essayez de maintenir le lien avec l'employé pour garder une bonne entente. Vous pouvez l'appeler pour lui dire : « on pense à toi, on s'ennuie, l'équipe demande de tes nouvelles, je veux juste te dire que t'as toujours ta place dans l'équipe, c'est le temps des fêtes, j'espère que ça va bien se passer pour toi et qu'on va se revoir en 2017 bientôt. » Démontrez que vous tenez à vos employés. La petite tape sur l'épaule peut faire toute la différence, au lieu de la taloche dans la face. (conseillère du bureau de santé)

5.4.2 Contribution de la gestion des connaissances aux pratiques de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité

Dans la phase 3, la gestion des connaissances concerne principalement le développement des connaissances sur l'état de santé du travailleur, les ressources dont ils disposent pour se rétablir et les besoins à combler pour soutenir son rétablissement. Ces connaissances sont utilisées pour administrer le régime d'indemnisation et accompagner le travailleur malade pour favoriser son rétablissement.

5.4.2.1 Développement des connaissances

En ce qui concerne l'administration du régime d'indemnisation, des informations provenant de plusieurs sources sont mobilisées par les professionnels du bureau de santé. Le certificat d'arrêt de travail est une source d'information importante pour valider la présence d'une invalidité. D'autres informations peuvent provenir de notes du dossier médical du travailleur, de rencontres avec le travailleur ou d'appels effectués

à la maison du travailleur absent par les professionnels du bureau de santé (ex. : pour vérifier la présence du travailleur susceptible d'être en voyage). Un médecin externe (lors des expertises médicales générales) peut également donner son avis sur le diagnostic du travailleur.

Pour ce qui est de la collecte d'informations pour identifier les besoins du travailleur, plusieurs sources d'informations sont mobilisées par les professionnels du bureau de santé. Le formulaire de réclamation médicale d'assurance salaire fournit de l'information sur la nature de l'invalidité ou le diagnostic. Le travailleur malade lors des échanges avec les conseillers du bureau de santé est une source importante pour connaître le contexte de travail lors de son départ, son état de santé et ses besoins. Le gestionnaire est également consulté pour avoir des informations sur le contexte de travail qui pourrait informer des besoins au niveau du soutien au travailleur.

Le médecin traitant est aussi une source d'information importante par le biais des informations communiquées sur le formulaire de réclamation médicale d'assurance salaire, mais aussi lors de certains échanges avec les professionnels du bureau de santé. Ce sont des occasions d'échanger de l'information pour mieux accompagner le travailleur.

Quand on appelle le médecin et qu'on lui dit : « On est préoccupé. Il se passe telle chose, l'employé est en arrêt de travail. De notre côté, on a fait telle démarche, voici ce qu'on est prêt à faire avec vous. Vous connaissez votre patient, avez-vous des informations que vous pourriez nous donner ? » (conseillère du bureau de santé)

Les médecins experts consultés par les professionnels du bureau de santé pour réaliser des expertises médicales fournissent aussi des informations utiles sur son état de santé, sa capacité à faire le travail ou le traitement requis.

Chaque professionnel de la direction des RH peut être une source d'information. Plusieurs sont en lien avec le gestionnaire responsable et connaissent le secteur du travailleur (ex. : présence de conflits). Ce savoir n'est pas toujours partagé entre eux. Par exemple, lorsque le conseiller DO intervient sur le terrain, il dispose d'informations sur l'environnement de travail qui pourraient être utiles à la compréhension du contexte de travail d'un salarié absent, mais ces savoirs ne sont pas toujours communiqués au personnel du bureau de santé.

Je suis convaincue que les conseillères [du bureau de santé] font beaucoup de démarches [pour les travailleurs malades], mais je trouve qu'on n'est pas assez arrimé entre les secteurs. [Les conseillers en DO] auraient un point de vue qui pourrait aider la conseillère à comprendre dans quel environnement la personne travaille. [Les conseillers du bureau de santé] sont en contact avec les employés. [...] Alors que nous, comme on accompagne beaucoup [les gestionnaires], on est plus à l'affût des changements dans leur secteur. (coordonnatrice RH)

C'est rare que ça vient du bureau de santé vers nous ou vice versa. [...] Ils passent par les RH qui vont faire de l'accommodement. Le retour, quand il y a un employé parti, ils vont faire l'accompagnement de l'individu, mais dans le bout intervention, je ne suis pas sûre. (coordonnatrice RH)

5.4.2.2 Utilisation des connaissances

Les connaissances développées par les professionnels du bureau de santé sur l'état de santé sont utilisées pour éclairer des décisions administratives (ex. : indemnisation ou non de l'arrêt de travail). Celles portant sur les besoins des travailleurs sont utilisées

pour mettre en place des interventions de soutien au niveau clinique et relationnel (ex. : suggestions découlant d'une expertise médicale qui sont intégrées au plan de traitement du travailleur par son médecin traitant).

Certaines connaissances développées ne peuvent être intégrées dans les pratiques. Les acteurs qui disposent de ces connaissances ne sont pas toujours en mesure de le faire. Par exemple, nous avons vu que les professionnels du bureau de santé ont développé des connaissances sur les risques du recours excessif aux expertises médicales, mais d'autres acteurs sont en mesure d'imposer le recours aux expertises médicales sans égard à ses connaissances. Le tableau 5.11 suivant propose un récapitulatif de la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 3.

Tableau 5.11 Récapitulatif de l'analyse de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité

Phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité		
<i>Pratiques de gestion des invalidités selon leurs fonctions :</i>	<i>Pratiques de développement des connaissances :</i>	<i>Pratiques d'utilisation des connaissances :</i>
<p>1) Confirmation de la présence de l'invalidité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrer le régime d'indemnisation - Vérifier des notes médicales au dossier - Convoquer le travailleur à une rencontre lorsqu'il y a un doute - Convoquer le travailleur en expertise médicale 	<p>Sources d'informations pour gérer les cas invalidités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le certificat d'arrêt de travail - Le dossier médical du travailleur - Le travailleur - Le médecin 	
<p>2) Décision d'indemnisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indemniser ou non l'invalidité selon le régime en place 		<p>Intégration des informations recueillies sur l'arrêt de travail par la décision d'indemniser ou pas</p>

Tableau 5.12 Récapitulatif de l'analyse de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité (suite)

Phase 3 : administration du régime d'indemnisation et soutien au rétablissement des travailleurs en invalidité		
<i>Pratiques de gestion des invalidités selon leurs fonctions :</i>	<i>Pratiques de développement des connaissances :</i>	<i>Pratiques d'utilisation des connaissances :</i>
3) Identification des besoins du travailleur malade : <ul style="list-style-type: none"> - Consulter le formulaire de réclamation médicale d'assurance salaire - Échanger avec le travailleur, son gestionnaire et son médecin traitant 	Sources d'informations pour soutenir : <ul style="list-style-type: none"> - Le formulaire de réclamation médicale d'assurance salaire - Le travailleur - Le gestionnaire - Le médecin traitant et spécialiste - Les professionnels au département des RH 	
4) Accompagnement du travailleur en invalidité pour soutenir son rétablissement : <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir au niveau clinique - Soutenir au niveau relationnel 		Intégration des connaissances sur les besoins du travailleur malade pour la mise en œuvre des mesures de soutien

5.5 Phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité

Cette phase concerne les pratiques visant à favoriser un retour au travail rapide et durable à la suite d'une période d'invalidité (voir tableau 5.13).

Tableau 5.13 Objectif des pratiques de gestion des invalidités, situation de travail du travailleur et état de santé du travailleur de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité

Phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité	
Objectif :	Favoriser un retour rapide et durable après une période d'invalidité
Situation de travail :	Retour au travail à la suite d'une invalidité
État de santé :	Santé rétablie (ou en voie de se rétablir) de l'invalidité, avec ou sans restriction ou réduction de sa capacité à travailler

5.5.1 Pratiques de gestion des invalidités de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité

Les pratiques de gestion des invalidités de cette phase concernent la planification du retour au travail en fonction des besoins du travailleur absent et la mise en place des pratiques pour soutenir ce retour. Le tableau 5.14 présente les pratiques de gestion des invalidités de la phase 4 et leurs fonctions.

Tableau 5.14 Fonctions et pratiques de gestion des invalidités de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité

Phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité	
<i>Fonctions des pratiques :</i>	<i>Pratiques de gestion des invalidités :</i>
1) Identification des besoins du travailleur dans le cadre de son retour au travail	<ul style="list-style-type: none"> - Investiguer les besoins, facteurs de risque, obstacles, conditions facilitantes, etc. - Explorer les interventions possibles
2) Pratiques pour adapter les conditions du retour au travail aux besoins du travailleur	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier et trouver les aménagements possibles adéquats - Mettre en place les interventions nécessaires

Les professionnels du bureau de santé ont développé des connaissances à travers l'expérience de plusieurs cas. L'importance de la gestion du retour découle du fait que les rechutes à la suite d'un retour peuvent entraîner des arrêts beaucoup plus longs.

Pour favoriser le retour, les professionnels tentent d'identifier les facteurs de risque dans l'environnement de travail pour les réduire, car retourner le travailleur dans le même environnement peut provoquer une rechute.

Si je n'ai pas cette information et que je ramène l'employé à la même situation de conflit, je signe sa rechute et son arrêt. On ne veut pas de rechute, car l'arrêt sera plus long que le précédent. (conseillère du bureau de santé)

Pour identifier les besoins du travailleur concernant son retour, les obstacles potentiels et les facteurs favorables sont identifiés lors des échanges avec ce dernier. Ces échanges permettent aux professionnels du bureau de santé d'identifier si des caractéristiques de son environnement de travail ayant contribué à son départ sont toujours présentes et d'explorer les interventions possibles pour mieux répondre à ses besoins.

Souvent, je vais demander à l'employé durant son arrêt de travail : « qu'est-ce que ça prendrait comme condition optimale pour favoriser ton retour ? » Parce que j'ai beau proposer plein de choses, mais finalement l'employé voudrait quelque chose de facile à mettre en place. (conseillère du bureau de santé)

Des interventions peuvent être mises en place pour adapter la charge de travail aux capacités du travailleur. Par exemple, la mise en place d'un retour progressif à la suite d'un arrêt de travail est un moyen privilégié pour adapter le travail au retour du travailleur. Le médecin traitant peut proposer la durée et la cadence du retour progressif ou d'autres aménagements pour faciliter le retour.

On va accommoder des gens sur des quarts de travail, lui enlever certaines tâches stressantes. Il faut faire confiance aux gens un peu, sinon on sait que si on est trop rigide, on les perd. On essaie d'avoir l'approche inclusive. On essaie de comprendre ce que vit la personne, comment on peut l'aider, comment elle peut s'impliquer et ça va mieux. (chef du bureau de santé et de la SST)

D'autres interventions visent à réduire le stress lié au retour. Par exemple, le gestionnaire clinique peut intervenir auprès du salarié à la demande des professionnels du bureau de santé dans le but de le sécuriser en clarifiant les conditions de son retour.

Je voudrais que tu [le gestionnaire] l'appelles [le travailleur en invalidité] pour lui dire ce qui a changé dans le service, le retour est prévu dans 3

semaines, appelle-le donc tout de suite pour lui donner son horaire, cela lui fera un élément de stress de moins, il va savoir quel jour il rentre et qui il rencontre. (conseillère du bureau de santé)

Des interventions peuvent viser à accommoder la situation du travailleur pour éviter que la personne revienne dans le contexte de travail ayant contribué à son départ.

Des fois, quand c'est entre autres dans des conflits, je vais systématiquement autoriser qu'on change l'employé de secteur sans pénalité, parce que si l'employé démissionne de son poste, il ne peut pas réappliquer avant 3 ou 6 mois sur un autre. Je fais les démarches pour éviter les pénalités, qu'on prenne l'employé et qu'on le sorte tout de suite. On va favoriser son retour. [...] Si je prends les 2 derniers mois, j'ai 3 retours où j'ai permis à l'employé de se retirer du poste qu'elle occupait pour appliquer sur autre chose. Si je peux favoriser un retour heureux, ça ne me dérange pas de le faire. (conseillère du bureau de santé)

Selon les interventions envisagées (ex. : retour au travail progressif, aménagements de travail, etc.), les professionnels du bureau de santé vérifient auprès des différents acteurs concernés (ex. : médecin traitant, syndicat, conseillers en SST ou en relations de travail) les possibilités et coordonnent ensuite leur mise en place.

Comme nous l'avons vu, des pratiques peuvent être associées au suivi du travailleur une fois qu'il est de retour au travail (St-Arnaud *et al.*, 2011). Dans l'établissement de santé étudié, le processus formel de gestion des invalidités supervisé par le personnel du bureau de santé se termine au moment où le travailleur est de retour au travail. Dans certains cas, un suivi informel de l'expérience du travailleur peut être effectué par le gestionnaire, mais leur charge de travail élevée pourrait limiter leur disponibilité.

Il y a [ma supérieure immédiate] qui se soucie de moi tous les jours. Elle me dit ça va tu ? [...] Elle n'a pas beaucoup de temps, fait que... [...] Je

sentais que je n'avais pas le temps de répondre plus [précisément à sa question]. (employée ayant été en invalidité)

5.5.2 Contribution de la gestion des connaissances aux pratiques de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité

Dans la phase 4, le développement des connaissances permet d'identifier les obstacles de l'environnement de travail et les besoins du travailleur absent concernant son retour au travail. Ces connaissances sont ensuite utilisées pour mettre en place des aménagements favorisant son retour adéquat. Des connaissances peuvent aussi être recueillies à la suite du retour au travail, mais nos données suggèrent qu'elles ne le sont pas de façon systématique.

5.5.2.1 Développement des connaissances

Pour identifier les besoins du travailleur concernant son retour au travail, différentes sources sont mobilisées par les professionnels du bureau de santé. Les facteurs de l'environnement de travail ayant contribué à l'absence qui ont été identifiés dans la phase précédente (ex. : dans le formulaire de réclamation médicale d'assurance salaire) peuvent être utiles pour s'assurer qu'ils ne seront plus présents au retour du travailleur. Les échanges avec le travailleur absent sur les obstacles susceptibles d'entraver son retour et les interventions qui pourraient faciliter le retour sont la source d'information principale pour planifier cette étape.

« Qu'est-ce que tu penses qui serait mis en place pour favoriser ton retour ? Qu'est-ce qui serait plus rassurant ? » Il répond : « J'aimerais ça que mon boss m'appelle, j'ai entendu dire qu'il y avait plein de changement, ça me stresse. Peux-tu me dire quel jour je vais rentrer ? » (conseillère du bureau de santé)

« Est-ce qu'il y a des conditions facilitantes pour votre retour au travail ? »
 Si la personne nous dit : « J'aimerais avoir une bonne rencontre avec la personne, j'aimerais changer de secteur ». On va envisager des pistes. (chef du bureau de santé et de la SST)

Ça peut être aussi des gens qui vont nous dire : « Moi, travailler la nuit, ça ne me fait pas. J'ai un poste de nuit depuis 6 mois, je ne dors plus ». Au bureau de santé, quand on s'intéresse à la personne et qu'on lui pose la question : « Qu'est-ce qui fait que vous ne serez pas capable de retourner au travail ? Ce serait quoi les meilleures conditions ? » et la personne dit : « Moi, si je change de quart, ça m'aiderait de diminuer mon nombre d'heures de travail. » (chef du bureau de santé et de la SST)

5.5.2.2 Utilisation des connaissances

Les professionnels du bureau de santé mobilisent les connaissances développées pour coordonner la mise en place des interventions favorisant le retour rapide et durable du travailleur.

C'est déjà arrivé que la personne nous dise : « moi je ne veux plus remettre les pieds là ». On fait alors des liens, par exemple, avec la dotation, on dit : « regardez, vous êtes infirmière, on a des portes ouvertes au [centre de santé], des postes vacants, vous avez des opportunités différentes que de retourner à votre poste d'origine. » (chef du bureau de santé et de la SST)

La mise en place de certaines interventions exige un partage de connaissances entre plusieurs acteurs. Les conseillers en relations de travail (RT) et des membres de l'exécutif du syndicat du travailleur peuvent être impliqués. Dans un cas, une telle coopération a permis de trouver une solution répondant aux besoins du travailleur.

Donc, la conseillère SST a communiqué avec le conseiller en RT pour dire : « Écoute, j'ai une employée qui me dit que pour elle, travailler de nuit, ça ne fonctionne pas ». Le conseiller en RT va regarder avec la dotation, les postes vacants, les opportunités et va dire : « J'ai peut-être quelque chose

pour toi ». Là, on va impliquer le syndicat. (chef du bureau de santé et de la SST)

Des changements structurels peuvent être nécessaires pour mettre en place des interventions cohérentes avec les connaissances développées. Par exemple, le retour progressif n'était possible qu'à la suite des absences de huit semaines ou plus, mais les professionnels du bureau de santé avaient appris qu'une telle mesure gagnerait à être offerte à la suite d'un arrêt de travail plus court. Ces connaissances ont été utilisées pour apporter les modifications nécessaires à la convention collective.

La convention précédente disait que pour bénéficier d'un retour progressif, tu dois être absente huit semaines. Donc, si à six semaines tu reviens, je regrette, mais tu n'es pas dessus. Les gens repartaient deux semaines pour se qualifier. (conseillère du bureau de santé)

Donc, on est parti de là [...] à oui, on va faire un retour progressif après 3, 4 semaines. (conseillère du bureau de santé)

Le tableau 5.15 suivant propose un récapitulatif de la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 4.

Tableau 5.15 Récapitulatif de l'analyse de la gestion des connaissances dans les pratiques de la phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité

Phase 4 : retour et maintien au travail après une période d'invalidité		
<i>Pratiques de gestion des invalidités selon leurs fonctions :</i>	<i>Pratiques de développement des connaissances :</i>	<i>Pratiques d'utilisation des connaissances :</i>
<p>1) Identification des besoins du travailleur dans le cadre de son retour au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investiguer les besoins, facteurs de risque, obstacles, conditions facilitantes, etc. - Explorer les interventions possibles 	<p>Sources d'informations pour connaître les besoins du travailleur pour le retour au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les facteurs de l'environnement de travail ayant contribué à l'absence (identifiées dans la phase 3) - Le travailleur pour connaître ses besoins 	
<p>2) Pratiques pour adapter les conditions du retour au travail aux besoins du travailleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier et trouver les aménagements possibles adéquats - Mettre en place les aménagements nécessaires 		<p>Partage des connaissances entre acteurs concernés (ex. : médecin traitant, syndicat, professionnels RH, etc.) sur les aménagements pertinents</p> <p>Intervention réduisant les obstacles du retour (ex. : faciliter le retour progressif pour les arrêts de travail plus court)</p>

CHAPITRE VI

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Nous avons débuté cette recherche avec l'objectif de mieux comprendre le rôle de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités. Dans ce chapitre, nous discuterons d'abord nos résultats à la lumière de la littérature afin d'en souligner les principales contributions. De façon générale, nos résultats confirment le potentiel de la gestion des connaissances pour mieux comprendre la gestion des invalidités. Plus précisément, nos résultats permettent quatre principales contributions. Tout d'abord, ils démontrent que le développement et l'utilisation des connaissances occupent une place centrale dans les pratiques de toutes les phases du processus de gestion des invalidités. Ensuite, nos résultats permettent une meilleure compréhension de l'interaction entre certaines pratiques de phases différentes. De plus, notre étude permet de mieux comprendre certains enjeux de la gestion des invalidités ayant déjà été documentés. Finalement, nos résultats permettent également de préciser le rôle de la confiance dans le développement des connaissances. Après avoir présenté ces contributions, nous aborderons les principales limites de l'étude. Pour terminer, des pistes de recherche futures seront présentées.

6.1 La gestion des connaissances au cœur des pratiques dans chacune des phases du processus de gestion des invalidités

Nous avons vu que certains ont relevé le potentiel de la gestion des connaissances pour mieux faire face aux enjeux de la gestion des invalidités. Par exemple, le potentiel des connaissances découlant de pratiques d'évaluation (Young *et al.*, 2016) ou de l'interaction entre différentes pratiques (Aptel et Vézina, 2008 ; Calvet *et al.*, 2014) a été relevé, mais le rôle de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités n'a, à notre connaissance, jamais été étudié de façon spécifique. Nos résultats confirment que, dans chacune des phases de gestion des invalidités, des pratiques ont pour fonction le développement des connaissances alors que d'autres concernent leur utilisation (voir figure 6.1).

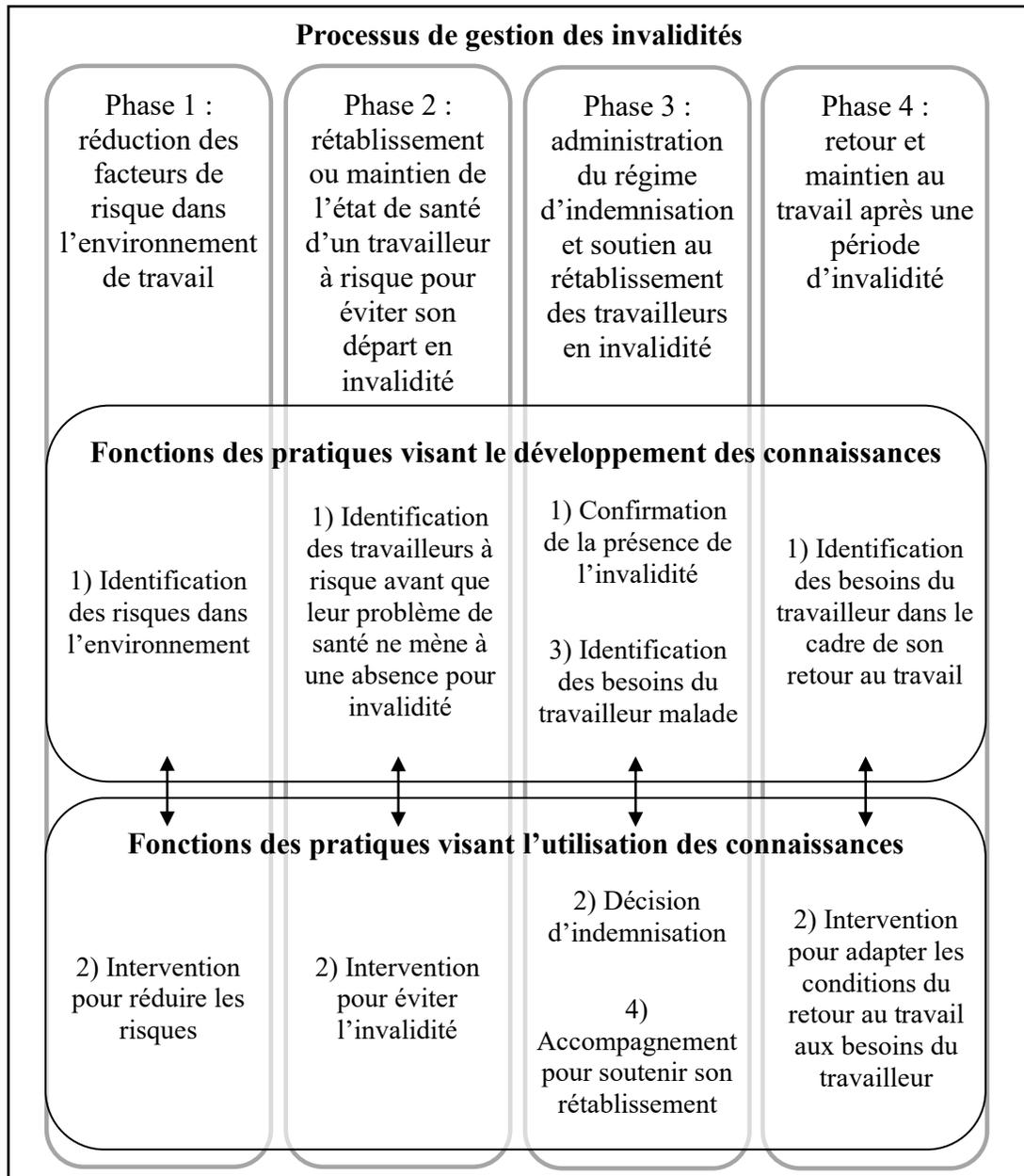


Figure 6.1 Principales fonctions de gestion des connaissances réalisées par les pratiques de chacune des phases de gestion des invalidités

Nos résultats indiquent qu'à la phase 1, des pratiques visent spécifiquement le développement de connaissances sur les risques organisationnels. D'autres pratiques de cette phase consistent à mobiliser ces connaissances dans des interventions visant à réduire leur présence dans l'environnement de travail.

À la phase 2, nous avons vu l'ensemble de pratiques en place pour développer des connaissances sur les travailleurs à risque de partir en invalidité (analyse de données administratives, suivi d'indicateurs d'absentéisme et d'assiduité, échange avec les travailleurs à risque pour comprendre son cas et explorer les aménagements possibles). Nos résultats ont démontré que ces connaissances étaient déterminantes pour la mise en place d'interventions permettant d'éviter le départ en invalidité de ces travailleurs en favorisant leur rétablissement ou en évitant la détérioration de leur état de santé.

L'analyse des pratiques de la phase 3 a mis en lumière que plusieurs visent le développement de connaissances sur l'état et les besoins des travailleurs absents en raison d'une invalidité. Ces connaissances sont utilisées d'une part pour réaliser la gestion administrative du régime d'assurance salaire et d'autre part pour soutenir le rétablissement de la santé du travailleur.

Dans la phase 4 concernant le retour rapide et durable à la suite d'une invalidité, des pratiques permettent de produire des connaissances concernant les besoins du travailleur, les obstacles au retour dans son environnement de travail et les aménagements pertinents. Ces connaissances sont ensuite mobilisées pour adapter le travail à son état et éviter l'exposition aux risques lors de son retour au travail.

En somme, nos résultats démontrent que la gestion des connaissances est au cœur de chacune des phases de la gestion des invalidités.

6.2 La gestion des connaissances permet de mieux comprendre les interactions entre les pratiques de gestion des invalidités

Les pratiques de gestion des invalidités sont souvent traitées de façon cloisonnée malgré le potentiel de leur intégration (Calvet *et al.*, 2014). L'analyse des facteurs ayant contribué au départ en invalidité d'un travailleur peut révéler des facteurs de risque qui sont susceptibles d'affecter d'autres travailleurs exposés à la même situation à risque (Calvet *et al.*, 2014 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). La gestion du retour au travail d'un travailleur peut révéler des risques et proposer des aménagements également bénéfiques pour les autres travailleurs (St-Arnaud *et al.*, 2011).

Nos résultats confirment la présence d'interactions potentielles entre certaines pratiques de gestion des invalidités de phases différentes. Par exemple, des connaissances sur les besoins et les causes de l'invalidité provenant d'informations développées à la phase 3 (ex. : formulaire de réclamation d'assurance salaire, échanges avec travailleur en invalidité) pourraient être mobilisées pour intervenir dans le but d'éliminer des risques organisationnels au bénéfice de l'ensemble des travailleurs (phase 1).

En plus de confirmer le potentiel d'intégration de différentes pratiques de gestion des invalidités, nos résultats permettent de mieux comprendre certains freins à leur intégration. Par exemple, ils démontrent que l'intégration peut être freinée par le partage limité des connaissances. En effet, la gestion en silo peut entraver le développement d'une telle intégration. Par exemple, des informations sur le contexte de travail menant à un arrêt de travail recueillies au moment du départ en invalidité du travailleur (phase 3) permettent d'identifier des facteurs de risque dans

l'environnement de travail, mais ces connaissances ne sont pas toujours accessibles aux acteurs qui pourraient les mobiliser.

Nos résultats ont également démontré la présence d'interactions entre des pratiques de différentes phases n'ayant pas, à notre connaissance, été documentées auparavant. Par exemple, les informations sur le climat de travail recueillies par les professionnels en DO lors d'une intervention visant à réduire le stress lors d'un changement organisationnel (phase 1) peuvent mener aux développements de connaissances sur les causes de certains cas d'invalidité. Des professionnels en DO ont fait une intervention à la suite d'annonces de suppression de postes et ont compris que ce contexte pourrait avoir contribué à certains départs en invalidité. Ces connaissances peuvent mener à la mise en place d'interventions pour soutenir le rétablissement de ces travailleurs (à la phase 3) et leur retour au travail (à la phase 4). Malgré le potentiel d'utilisation de ces connaissances, le partage restreint de ces informations entre les professionnels du bureau de santé et les autres de la direction RH peut expliquer l'intégration limitée observée.

En somme, nos résultats confirment la présence des interactions entre différentes pratiques de gestion des invalidités. Ils permettent d'illustrer que leur intégration est étroitement liée au développement et à l'utilisation des connaissances. Ils démontrent aussi le rôle clé du partage des connaissances dans l'utilisation des connaissances développées.

6.3 La gestion des connaissances permet de mieux comprendre certains enjeux de gestion des invalidités

Nos résultats permettent de mieux comprendre les mécanismes derrière certains enjeux pour la gestion des invalidités ayant déjà été documentés.

6.3.1 Nombres d'acteurs

Les nombreux acteurs impliqués dans le processus rendent plus difficiles la coordination et la cohérence des pratiques (Durand *et al.*, 2014 ; Loisel, 2005), car leurs rôles, priorités, perceptions et objectifs peuvent différer (Baril *et al.*, 2003 ; MacEachen *et al.*, 2006 ; Young *et al.*, 2016). L'analyse de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités permet de mieux comprendre cet enjeu. Nos résultats suggèrent que ces difficultés ne découlent pas que du nombre, mais de leurs interdépendances pour développer et utiliser des connaissances utiles à la gestion des invalidités.

Premièrement, nous avons vu que des acteurs disposent des connaissances sans pouvoir intervenir alors que d'autres pourraient intervenir, mais ne disposent pas des connaissances nécessaires. Par exemple, pour intervenir auprès des travailleurs à risque, les professionnels de la direction des RH dépendent en partie des gestionnaires cliniques dont la proximité avec le travailleur permet d'obtenir des informations importantes sur son état de santé (MacEachen *et al.*, 2006). Dans ce contexte, les professionnels du bureau de santé accompagnent les gestionnaires cliniques pour favoriser leur accès aux informations nécessaires.

L'interdépendance des acteurs peut aussi entraver l'utilisation des connaissances. Par exemple, des acteurs ayant développé des connaissances ne peuvent imposer leur

utilisation. Par exemple, le personnel du bureau de santé connaît les risques liés au recours excessif aux expertises médicales, mais la haute direction est en mesure d'y recourir malgré tout. Dans ce cas, l'utilisation des connaissances dépend de leur capacité à les partager pour influencer ces décideurs. Nos résultats illustrent que le partage des connaissances est parfois le seul mécanisme disponible pour favoriser l'utilisation des connaissances.

6.3.2 Accès aux ressources

L'analyse de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités permet de mieux comprendre les enjeux de gestion des invalidités liés à l'accès aux ressources. L'accès aux ressources nécessaires est déterminant pour la gestion des invalidités (Durand *et al.*, 2014). Des interventions visant la réduction des risques dans l'environnement de travail ne sont pas implantées à cause des coûts qu'elles engendrent (Sauter et Murphy, 2004). Les pratiques ciblant les travailleurs sont souvent considérées comme moins exigeantes et moins coûteuses (Quick, 1999). Des ressources sous la forme d'une latitude décisionnelle sont aussi déterminantes dans la mise en place de pratiques dont l'efficacité est reconnue comme l'aménagement de l'organisation du travail (Loisel et Corbière, 2000) ou des exigences de production (Lemieux *et al.*, 2000).

Nos résultats confirment le caractère déterminant de l'accès aux ressources pour la mise en place de telles pratiques. La réduction des risques dans l'environnement de travail nécessite du temps et des ressources dont l'organisation ne dispose pas. Nous avons vu que des informations sur les milieux de travail pourraient orienter des interventions, mais l'organisation actuelle du travail (manque de temps et de ressources, gestionnaires surchargés) limite leur mise en place malgré la volonté de la direction des RH et des

professionnels du bureau de santé. Par exemple, un employé de la direction des RH souligne que la charge de travail actuelle laisse peu de temps et de ressources pour effectuer des interventions de prévention.

Nos résultats démontrent aussi que la mise en place d'intervention peut être compromise en amont, lorsque l'accès limité aux ressources empêche le développement des connaissances requises. Par exemple, nous avons vu que les gestionnaires cliniques font le suivi des indicateurs d'absences et d'assiduité de façon ponctuelle, car ils n'ont pas le temps nécessaire pour le faire plus régulièrement (ex. : surcharge de travail au niveau opérationnel). L'accès limité aux ressources peut donc entraver de façon spécifique le développement des connaissances avant que l'enjeu de leur utilisation puisse être soulevé.

6.4 La gestion des connaissances permet de mieux comprendre le rôle de la dynamique relationnelle de confiance dans les pratiques de gestion des invalidités

L'analyse de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités permet de mieux comprendre le rôle clé de la dynamique relationnelle de confiance. Plusieurs auteurs ont souligné l'importance du climat de confiance dans la gestion des invalidités (Amick *et al.*, 2000 ; Hunt *et al.*, 1993). La confiance contribue à une meilleure communication et au développement d'une relation favorisant la collaboration entre acteurs et la mise en œuvre de solutions cohérentes (Baril *et al.*, 2003 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). La confiance permet aux acteurs de clarifier les objectifs, échanger des informations réalistes, rechercher des solutions aux problèmes et s'engager à mettre en œuvre des solutions (Zand, 1972). Plus spécifiquement, la perception du travailleur que

l'organisation est de bonne volonté serait un élément clé pour la collaboration des parties (MacEachen *et al.*, 2006 ; St-Arnaud *et al.*, 2011). L'importance de la confiance a aussi été documentée dans des études portant sur la gestion des connaissances (Alavi *et al.*, 2005 ; De Long et Fahey, 2000). La confiance favorise le partage de connaissances (Alavi *et al.*, 2005 ; De Long et Fahey, 2000 ; Levin et Cross, 2004). Les personnes sont également plus disposées à créer de nouvelles connaissances (Lee et Choi, 2003), écouter et absorber les connaissances des autres (Edmondson et Moingeon, 1999). La confiance est importante pour le travailleur absent qui est dans une situation de vulnérabilité où son estime personnelle et sa confiance en ses capacités d'agir sont fragilisées (St-Arnaud *et al.*, 2011). Les effets bénéfiques d'un contact régulier avec le travailleur absent peuvent être compromis si l'employé doute des intentions de son employeur (Baril *et al.*, 2003).

Nos résultats précisent que la dynamique relationnelle de confiance affecte spécifiquement le développement des connaissances. Le développement peut être limité si la relation de confiance entre l'organisation et le travailleur est compromise. Dans le processus de gestion des invalidités étudié, les professionnels du bureau de santé tentent d'établir une relation de confiance avec le travailleur malade afin d'avoir accès à des informations nécessaires (ex. : nature de l'invalidité et les besoins du travailleur malade) pour soutenir son rétablissement. Cependant, le personnel du bureau de santé doit aussi s'occuper de l'administration du régime d'indemnisation (ex. : confirmer les invalidités) entraînant certaines actions pouvant compromettre la relation de confiance avec le travailleur. Les conseillers du bureau de santé ont remarqué que contrôler la présence des invalidités tout en voulant développer une relation de confiance peut être difficile. Par exemple, lorsque le travailleur est convoqué à une expertise médicale générale, il a l'impression que son invalidité est

contestée de façon systématique et que l'organisation doute de lui. Cela nuit à leur relation et peut empêcher le travailleur de transmettre des informations utiles au personnel du bureau de santé.

En somme, nos résultats confirment l'importance de la dynamique relationnelle de confiance et permettent de mieux comprendre son impact sur le développement des connaissances.

Les contributions de ce mémoire sont synthétisées dans le tableau 6.1 suivant.

Tableau 6.1 Récapitulatif de la discussion des résultats

Contributions	Littérature	Discussion des résultats
6.1 La gestion des connaissances au cœur des pratiques dans chacune des phases du processus de gestion des invalidités	Différentes pratiques sont associées aux différentes phases du processus de gestion des invalidités caractérisées par la présence au travail, l'état de santé (Young <i>et al.</i> , 2016) et selon des objectifs de prévention (primaire, secondaire ou tertiaire) (Murphy, 1988).	Nos résultats ajoutent la distinction que dans chaque phase, plusieurs pratiques de gestion des invalidités sont des pratiques propres au développement de connaissances. Les apprentissages issus de ces pratiques sont mobilisés dans des pratiques d'utilisation des connaissances.
6.2 La gestion des connaissances permet de mieux comprendre les interactions entre les pratiques de gestion des invalidités	La gestion de cas d'invalidité peut servir à identifier des facteurs de l'environnement de travail susceptibles de toucher d'autres travailleurs (Calvet <i>et al.</i> , 2014 ; St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011). La gestion en silo entraîne un manque de partage des connaissances pouvant limiter l'intégration entre des pratiques de gestion des invalidités (Calvet <i>et al.</i> , 2014).	Nos résultats illustrent les interactions entre les pratiques de gestion des invalidités et précisent que la gestion en silo peut entraver le développement des connaissances (ex. : accès limité à l'information recueillie dans d'autres phases) et ainsi limiter l'application de certaines pratiques potentielles.

Contributions	Littérature	Discussion des résultats
<p>6.3 La gestion des connaissances permet de mieux comprendre certains enjeux de gestion des invalidités.</p> <p>6.3.1 Nombres d'acteurs</p>	<p>La coordination et la cohérence des pratiques sont plus difficiles (Durand <i>et al.</i>, 2014 ; Loisel, 2005), car leurs rôles, priorités, perceptions et objectifs peuvent différer (Baril <i>et al.</i>, 2003 ; MacEachen <i>et al.</i>, 2006 ; Young <i>et al.</i>, 2016).</p>	<p>Nos résultats démontrent comment les interdépendances entre les acteurs peuvent entraver autant le développement (ex. : accès limité aux informations détenues par d'autres) que l'utilisation des connaissances (ex. : contrôle limité des pratiques qui pourraient être améliorée à la lumière des connaissances développées).</p>
<p>6.3.2 Accès aux ressources</p>	<p>L'accès aux ressources permet de mettre en place les bonnes pratiques de gestion des invalidités (Durand <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Certaines pratiques ne sont pas implantées à cause des coûts qu'elles engendrent (Sauter et Murphy, 2004).</p>	<p>Nos résultats confirment l'importance d'avoir accès aux ressources nécessaires pour mettre en place des pratiques et effectuer des interventions. De plus, nos résultats précisent que les ressources sont nécessaires pour développer des connaissances nécessaires (ex. : analyses) et ensuite les utiliser (ex. : mise en œuvre des pratiques).</p>

Contributions	Littérature	Discussion des résultats
6.4 La gestion des connaissances permet de mieux comprendre le rôle de la dynamique relationnelle de confiance dans les pratiques de gestion des invalidités	La confiance est déterminante (Amick <i>et al.</i> , 2000 ; Hunt <i>et al.</i> , 1993), car elle favorise la collaboration des parties impliquées dans la gestion des invalidités (MacEachen <i>et al.</i> , 2006 ; St-Arnaud <i>et al.</i> , 2011) et le partage d'informations et des connaissances (Alavi <i>et al.</i> , 2005 ; De Long et Fahey, 2000 ; Levin et Cross, 2004).	La dynamique relationnelle affecte le développement de connaissances (ex. : relation de confiance permet des échanges avec les travailleurs qui donnent accès à des informations concernant les facteurs de risques menant à l'invalidité et ses besoins en termes de soutien).

6.5 Contribution théorique et sociale

L'utilisation d'un cadre de gestion des connaissances pour étudier la gestion des invalidités est un outil éclairant pour mieux comprendre le processus de gestion des invalidités, aborder les enjeux limitant sa performance et le rôle de la confiance dans la mise en œuvre des pratiques. Les résultats contribuent à la littérature sur la gestion des invalidités en précisant la théorisation de ce processus.

Les résultats de cette recherche pourront aussi être utiles aux praticiens souhaitant approfondir leurs connaissances sur les pratiques de gestion des invalidités. Ils pourront viser l'amélioration des pratiques liées au développement et à l'utilisation des connaissances.

6.6 Limites de la recherche

L'étude de cas a été effectuée à partir de données secondaires récoltées dans le cadre d'un projet qui portait sur les incapacités au travail liées à la santé physique et mentale. Les données secondaires disponibles sont limitées (6 entretiens). Puisque les données n'ont pas été recueillies en visant l'identification des concepts liés à la gestion des connaissances, il est possible que des informations pertinentes concernant la gestion des connaissances n'aient pas été recueillies. Cela a mené au regroupement de certaines dimensions liées à la gestion des connaissances. Bien que les modes de conversion du volet dynamique du processus de gestion des connaissances (socialisation, articulation, combinaison, internalisation) aient été présentés dans la revue de littérature, ils n'ont pu être repérés avec les données disponibles. Le fait que les données n'étaient pas longitudinales a limité l'identification des éléments liés aux processus dynamiques de

développement des connaissances. La nature objective des données recueillies a limité l'identification des éléments tacites.

6.7 Pistes de recherche future

Des recherches futures pourront étudier la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités de plusieurs établissements. La réalisation d'études de cas multiples pourrait contribuer à mettre en évidence l'impact de contextes variés sur les résultats présentés dans cette étude.

Considérant l'importance de la confiance dans le processus de gestion des invalidités étudié et dans la gestion des connaissances, les enjeux liés à la dynamique des acteurs et à la collaboration pourraient être investigués davantage dans une recherche future.

La gestion des connaissances pourrait être déterminante pour l'amélioration des pratiques de gestion des invalidités, puisque plusieurs pratiques de gestion des invalidités découlent d'un développement et d'une utilisation de connaissances. Elle pourrait contribuer au changement des pratiques de gestion des invalidités. Dans une recherche future, il serait intéressant d'étudier dans quelle mesure l'amélioration de la gestion des connaissances dans un processus de gestion des invalidités pourrait contribuer à améliorer la gestion des invalidités d'une organisation ainsi que les impacts sur les absences causées par des invalidités.

CONCLUSION

Bien que certains ont noté le rôle de l'apprentissage dans l'amélioration de certaines pratiques préventives et d'interventions en milieu de travail, peu d'études ont mobilisé le champ de l'apprentissage organisationnel pour étudier la gestion des invalidités. Les différentes dimensions liées à la gestion des connaissances n'avaient pas été utilisées pour investiguer leur rôle dans la gestion des invalidités. Cette recherche répondait à cette lacune. Elle avait pour objectif de mieux comprendre le rôle de la gestion des connaissances dans les pratiques d'un processus de gestion des invalidités.

L'analyse des résultats a permis plusieurs contributions. Nos résultats démontrent que la gestion des connaissances est au cœur des fonctions réalisées par les pratiques de chacune des phases du processus de gestion des invalidités. Cette analyse permet de mieux comprendre les implications de l'intégration des pratiques de gestion des invalidités. Pour terminer, certains enjeux de gestion des invalidités ont été précisés par nos résultats. Ils ont permis de mieux comprendre comment la présence de nombreux acteurs rend plus complexe la coordination des pratiques de gestion des invalidités et que l'accès aux ressources peut limiter des interventions potentielles découlant des connaissances développées. Pour terminer, nos résultats confirment l'importance de la dynamique relationnelle de confiance par son impact sur le développement et l'utilisation des connaissances.

Puisque l'étude de cas a été effectuée à partir de données secondaires, les données n'ont pas été recueillies en visant l'identification des éléments de développement et d'utilisation des connaissances. Nous recommandons que pour une recherche future, de nouvelles données soient collectées pour tester le cadre d'analyse présenté et

permettre des résultats en matière de processus de gestion des connaissances plus complets. Les modes de conversion du volet dynamique du processus de gestion des connaissances (socialisation, articulation, combinaison, internalisation) pourraient être intégrés au cadre d'analyse de la gestion des connaissances. L'étude de la contribution de la gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités de plusieurs établissements pourrait contribuer à mettre en évidence l'impact de contextes variés sur les résultats présentés dans cette étude. D'autres recherches pourront aussi étudier l'impact de l'amélioration de la gestion des connaissances dans un processus de gestion des invalidités ainsi que les impacts sur les absences causées par des invalidités.

Les résultats contribuent théoriquement à la littérature de la gestion des invalidités avec la proposition d'un cadre d'analyse permettant de préciser le rôle du développement et de l'utilisation des connaissances dans ce processus.

Les résultats permettent de contribuer de façon empirique en fournissant des précisions sur le processus de gestion des invalidités avec des exemples concrets. Les résultats permettent de mieux comprendre la mobilisation des apprentissages dans la gestion des invalidités.

Cette recherche contribue aussi à la pratique de la gestion des invalidités en permettant aux praticiens désirant améliorer leur processus d'avoir une meilleure compréhension du rôle de la gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités.

ANNEXE A

GRILLE D'ENTREVUE POUR LES EMPLOYÉS DE 45 ANS ET PLUS

GRILLE D'ENTREVUE (employé de plus de 45 ans)

Titre de l'étude : Un réseau de recherche et d'intervention interdisciplinaire pour optimiser la participation au travail et la santé au travail des 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Code du participant	
Poste ou profession	
Établissement	
Date	
Durée de l'entrevue	Début (heure) : Fin (heure) :
Nom de l'intervieweur	

Contexte du projet :

Expliquer l'intérêt, la spécificité du projet, les objectifs

Revoir avec les participants les grandes lignes du formulaire de consentement.

- *Anonymat, confidentialité*
- *Enregistrement*

Personne rencontrée (fonction, rôles, etc.)
Situation générale à l'égard des absences

A. INFORMATIONS SUR LE RÉPONDANT ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL GÉNÉRAL

1. Présentation générale

Pouvez-vous vous présenter brièvement ? Quel poste occupez-vous actuellement ? quels sont précisément vos rôles et responsabilités dans ce poste ? Quelles sont vos expériences professionnelles précédentes.

2. Contexte organisationnel

Parlez-nous des principaux défis en santé et sécurité au travail et de l'absentéisme dans le contexte actuel de réforme des établissements de santé.

Comment les changements actuels affectent-ils selon vous les conditions d'emploi des travailleurs ?

B. SITUATION DE L'ETABLISSEMENT / DEPARTEMENT / SERVICE PAR RAPPORT AUX PROBLÈMES (TMS et santé mentale chez le travailleur âgé) CIBLÉS DANS CETTE ÉTUDE

Dans votre secteur d'activité (*ou catégorie d'emploi*), pouvez-vous nous parler des différents types d'absentéisme rencontrés et de leur évolution dans le contexte actuel de réforme

- Evolution, ampleur,
- Par secteurs, services, facteurs de risque associés
- Pour les travailleurs âgés
- Pour les problématiques de TMS et de santé mentale

Est ce qu'il y a des enjeux plus spécifiques aux travailleurs âgés ?

C. INTERVENTIONS DE L'ORGANISATION PAR RAPPORT AUX PROBLEMES CIBLÉS / ACTIVITÉS ET POLITIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Nous souhaitons maintenant parler du processus de gestion des absences, en commençant par le départ, pendant l'absence et lors du retour au travail.

Est-ce que vous avez été confronté à une situation d'absentéisme et pouvez-vous nous en parler ?

1. Au moment du départ

Pouvez-vous nous décrire comment se déroule le début d'une absence ?

- Informations données par l'employé ?
- Procédures et protocoles ? Qui les met en place ?
- Différences selon les catégories d'emploi ?

Existe-t'il des particularités concernant les absences liées à des TMS et à des problématiques de santé mentale ?

2. Durant l'absence

Durant l'absence, existe-t-il un suivi particulier ?

- Qui communique avec l'employé ? A quel moment ?
- Protocoles ?
- Différence entre les catégories d'emploi ?
- Actions/interventions/pratiques mises en place pour accompagner le travailleur durant la période d'invalidité ? Qui les met en place ?

Existe-t'il des particularités concernant les absences liées à des TMS et à des problématiques de santé mentale ?

3. Lors du retour au travail

Pouvez-vous nous décrire comment se déroule le retour au travail ?

- Gestion du retour de la personne (accueil)
- Retour progressif/graduel
- Réaffectation, aménagement du travail
- Procédures et protocoles (programmes spécifiques)
- Différence entre les catégories d'emploi

Si programmes spécifiques, qui les met en place ? Ces programmes sont-ils connus et utilisés par les employés et automatiquement proposés ?

Existe-t'il des particularités concernant les absences liées à des TMS et à des problématiques de santé mentale ?

- Gestion du retour de la personne (accueil)
- Retour progressif/graduel
- Réaffectation, aménagement du travail
- Procédures et protocoles (programmes spécifiques)
- Différence entre les catégories d'emploi

4. Prévention globale

Qu'est-ce qui est fait pour réduire les absences (et favoriser la présence) ?

- Comment ses actions agissent-elles ? (Modèle logique)
- Comment ont-elles été développées (par qui) ?
- Quels acteurs sont mobilisés ? Impliquent-elles les employés et de quelle façon ?
- Est-ce qu'elles fonctionnent ? Comment sont-elles évaluées (par qui) ?

Existe-t'il des particularités dans la prévention des problématiques de TMS et de santé mentale spécifiquement auprès des travailleurs âgés ?

Qu'est-ce qui vous limite dans la recherche de solutions pour réduire les absences ? (Par exemple difficultés à améliorer l'expérience au travail dans le contexte actuel ?). Pensez-vous à d'autres actions pertinentes ? Qu'est ce qui limite leur implantation ?

Conclusion

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

ANNEXE B

GRILLE D'ENTREVUE POUR CADRES, RH, PRATICIENS SST,
REPRÉSENTANT SYNDICAL

GRILLE D'ENTREVUE (cadres supérieurs, cadres intermédiaires, praticiens en santé et sécurité au travail, gestionnaires, RH, représentants syndicaux)

Titre de l'étude : Un réseau de recherche et d'intervention interdisciplinaire pour optimiser la participation au travail et la santé au travail des 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Code du participant	
Poste ou profession	
Établissement	
Date	
Durée de l'entrevue	Début (heure) : Fin (heure) :
Nom de l'intervieweur	

Contexte du projet :

Expliquer l'intérêt, la spécificité du projet, les objectifs

Revoir avec les participants les grandes lignes du formulaire de consentement.

- *Anonymat, confidentialité*
- *Enregistrement*

Personne rencontrée (fonction, rôles, etc.)
Situation générale à l'égard des absences

A. INFORMATIONS SUR LE RÉPONDANT ET CONTEXTE ORGANISATIONNEL GÉNÉRAL

1. Présentation générale

Pouvez-vous vous présenter brièvement ? Quel poste occupez-vous actuellement ? quels sont précisément vos rôles et responsabilités dans ce poste ? Quelles sont vos expériences professionnelles précédentes.

2. Contexte organisationnel

Comment votre établissement est affecté par la réforme actuelle ? Quels sont les principaux défis qu'il rencontre ?

B. SITUATION DE L'ETABLISSEMENT / DEPARTEMENT / SERVICE PAR RAPPORT AUX PROBLÈMES (TMS et santé mentale chez le travailleur âgé) CIBLÉS DANS CETTE ÉTUDE

Parlez-nous de l'absentéisme dans votre établissement :

- Evolution, ampleur,
- Par secteurs, services, facteurs de risque associés
- Pour les travailleurs âgés
- Pour les problématiques de TMS et de santé mentale

Comment en êtes-vous informé ? Préoccupation pour la direction ?

Existe-t-il des enjeux plus spécifiques aux travailleurs âgés ?

C. INTERVENTIONS DE L'ORGANISATION PAR RAPPORT AUX PROBLEMES CIBLÉS / ACTIVITÉS ET POLITIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Nous souhaitons maintenant parler du processus de gestion des absences, en commençant par le départ, pendant l'absence et lors du retour au travail.

1. Au moment du départ

Pouvez-vous nous décrire comment se déroule le début d'une absence ?

- Informations données par l'employé ?
- Procédures et protocoles ? Qui les met en place ?
- Différences selon les catégories d'emploi ?

Quel est votre rôle ?

Existe-t'il des particularités concernant les absences liées à des TMS et à des problématiques de santé mentale ?

2. Durant l'absence

Durant l'absence, existe-t-il un suivi particulier ?

- Qui communique avec l'employé ? A quel moment ?
- Protocoles ?
- Différence entre les catégories d'emploi ?
- Actions/interventions/pratiques mises en place pour accompagner le travailleur durant la période d'invalidité ? Qui les met en place ?

Quel est votre rôle ?

Existe-t'il des particularités concernant les absences liées à des TMS et à des problématiques de santé mentale ?

3. Lors du retour au travail

Pouvez-vous nous décrire comment se déroule le retour au travail ?

- Gestion du retour de la personne (accueil)
- Retour progressif/graduel
- Réaffectation, aménagement du travail
- Procédures et protocoles (programmes spécifiques)
- Différence entre les catégories d'emploi

Si programmes spécifiques, qui les met en place ? Ces programmes sont-ils connus et utilisés par les employés et automatiquement proposés ?

Quel est votre rôle ?

Existe-t'il des particularités concernant les absences liées à des TMS et à des problématiques de santé mentale ?

- Gestion du retour de la personne (accueil)
- Retour progressif/graduel
- Réaffectation, aménagement du travail
- Procédures et protocoles (programmes spécifiques)
- Différence entre les catégories d'emploi

4. Prévention globale

Qu'est-ce qui est fait pour réduire les absences (et favoriser la présence) ?

- Comment ses actions agissent-elles ? (Modèle logique)
- Comment ont-elles été développées (par qui) ?
- Quels acteurs sont mobilisés ? Impliquent-elles les employés et de quelle façon ?
- Est-ce qu'elles fonctionnent ? Comment sont-elles évaluées (par qui) ?

Existe-t'il des particularités dans la prévention des problématiques de TMS et de santé mentale spécifiquement auprès des travailleurs âgés ?

Qu'est-ce qui vous limite dans la recherche de solutions pour réduire les absences ? (Par exemple difficultés à améliorer l'expérience au travail dans le contexte actuel ?). Pensez-vous à d'autres actions pertinentes ? Qu'est ce qui limite leur implantation ?

Conclusion

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

ANNEXE C

TABLEAU RÉCAPITULATIF POUR PRISE DE NOTE PENDANT LES ENTREVUES

Personne rencontrée (fonction, rôles, etc.) Situation générale à l'égard des absences			
	Général	TMS	Santé mentale
Départ pour incapacité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui communique ? Quand ? ▪ Procédures/protocoles ? Par qui ? ▪ Différences catégories d'emploi ? 			
Durant l'absence <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions/interventions/pratiques durant la période d'invalidité ? Par qui ? ▪ Qui communique ? Quand ? ▪ Procédures/protocoles ? Par qui ? ▪ Différences catégories d'emploi ? 			
Retour au travail <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions/interventions/pratiques au retour ? Qui les met en place ? ▪ Qui communique ? Quand ? ▪ Procédures/protocoles ? Par qui ? ▪ Réaffectation, aménagement ▪ Différences catégories d'emploi ? 			
Prévention <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions/interventions/pratiques au retour ? Qui les met en place ? ▪ Comment ses actions agissent-elles ? (Modèle logique) ▪ Développées comment ? par qui ? ▪ Impliquent-elles les employés et de quelle façon ? ▪ Est-ce qu'elles fonctionnent ? Sont évaluées (par qui) ? 			

ANNEXE D

GRILLE D'ANALYSE DE LA GESTION DES CONNAISSANCES DANS LA GESTION DES INVALIDITÉS

Grille d'analyse de la gestion des connaissances dans la gestion des invalidités						
		Développement des connaissances	Stockage	Partage	Intégration	
Phase 1	Niveau individuel, de groupe ou organisationnel					
Phase 2	Niveau individuel, de groupe ou organisationnel					
Phase 3	Niveau individuel, de groupe ou organisationnel					
Phase 4	Niveau individuel, de groupe ou organisationnel					
Contexte organisationnel (ex. : confiance, sécurité psychologique, collaboration, soutien de la haute direction)						

ANNEXE E

TABLEAU PRÉLIMINAIRE DES PRATIQUES DE GESTION DES
INVALIDITÉS

Tableau préliminaire des pratiques de gestion des invalidités

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Individuel	PAE	<p>Référer vers le PAE, bureau de santé, médecin</p> <p>Rencontres (RH, gestionnaire, SST) avec travailleur ayant cumulé plusieurs absences</p> <p>Accommodements favorisés (pas toujours effectués)</p>	<p>Gestion des absences et réclamations (billet médical, formulaires, contestations, expertises médicales, etc.)</p> <p>Contact du bureau de santé avec l'employé</p> <p>PAE prolongé</p>	<p>Planification du retour au travail initié et accompagné par les professionnels à la direction des RH</p> <p>Favoriser les retours progressifs et la possibilité d'étendre la période</p> <p>Aménagements (ex. : retour de l'employé dans un autre service)</p> <p>Suivi entre les professionnels du bureau de santé et l'employé (suivi plus régulier, soutien auprès de l'employé)</p>

Groupe	Des interventions (ex. : sur la dynamique de l'équipe ou sur le climat) peuvent être effectuées auprès d'une équipe de soutien d'un secteur par un conseiller DO	Atelier créé avec les gestionnaires pour la présence au travail outils aux gestionnaires pour améliorer le leadership et l'écoute avec les employés Conseiller RH sollicite la participation des gestionnaires pour rencontrer les employés dont le taux d'absence est élevé et voir quels arrangements il est possible de trouver	Mesure de l'assurance salaire par unités administratives Implication du syndicat Outils développés pour accompagner les gestionnaires, mais pas utilisés par tous	Implication des relations de travail lors d'absence en lien avec une problématique au travail (pour éviter le risque de rechute) Syndicat impliqué généralement durant la période d'absence ou de retour au travail
Organisationnel	Identification des facteurs de risque	Suivi des statistiques sur les absences Sondage bien-être au travail Indicateurs sur les dépenses en assurance salaire	Expertises générales et spécialisées effectuées Suivi du nombre d'invalidités (assurance salaire) après le délai de carence	

Contexte organisationnel	<p>Contexte interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Changements organisationnels récents (réforme, déménagements) - Contexte de travail sous pression (épuiement, surcharge) <p>État de situation sur les absences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hausses des absences et du taux d'assurance salaire (TMS et maladie psychologique) <p>Ressources financières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution des ressources financières - Pression budgétaire par rapport aux dépenses en assurance salaire - Manque de budget pour prévention et analyses plus profondes des situations problématiques <p>Vision :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volonté de changer, de faire plus de prévention, d'intégrer les actions - Manque d'harmonisation entre la vision et les opérations <p>Collaboration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volonté de décloisonner les interventions, actuellement peu de collaboration <p>Leadership :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes de leadership (perception de l'employeur défavorable, chefs de services peu accessibles)
--------------------------	---

ANNEXE F

IDENTIFICATION DES PRATIQUES DE GESTION DES CONNAISSANCES DANS LES PRATIQUES DE GESTION DES INVALIDITÉS

Identification des pratiques de gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités				
Pratiques de gestion des invalidités	Processus de gestion des connaissances dans les pratiques de gestion des invalidités			
	Développement des connaissances (traitement des données, informations et connaissances)	Stockage	Partage	Intégration
<p>1) Prévenir (éviter ou réduire) les situations pouvant mener à des invalidités :</p> <p>a) Identifier les risques organisationnels</p> <p>b) Effectuer des liens entre les cas d'absences et des risques organisationnels</p> <p>c) Intervenir sur les risques organisationnels</p>	<p>Source d'informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des observations sont effectuées par les conseillers DO sur le terrain - Des informations sur les milieux de travail sont reçues par : <ul style="list-style-type: none"> - le bureau de santé à travers certains travailleurs malades - conseiller DO par des gestionnaires 	<p>Dans la tête des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - travailleurs qui ont été impactés par des facteurs de risque - conseillers du bureau de santé lorsque les travailleurs en invalidité communiquent des éléments de risques - gestionnaires par rapport à leur milieu de travail ou leur équipe - conseillers DO à la suite de leurs observations sur le terrain 	<p>partage du travailleur vers le bureau de santé lors des échanges (ex. : lorsque les causes de l'arrêt sont investiguées, lorsque les obstacles du retour sont investigués) partage entre le gestionnaire et le conseiller RH peu de liens formels entre les différentes branches du département RH</p>	<p>lien entre le climat de travail et un cas d'invalidité lors d'une intervention DO intervention DO à la suite de l'appel d'un gestionnaire</p>
<p>2) Repérer les cas à risque :</p> <p>a) Développer de l'information et des indicateurs (sur le bien-être et les absences)</p> <p>b) Suivi et identification des secteurs et individus à risque</p>	<p>Données du sondage sur le bien-être et sur les absences pour avoir des informations sur les niveaux de bien-être (analyse des résultats du sondage) et sur les absences (taux d'assiduité et d'absences, dépenses en assurance salaire)</p>	<p>Les données et informations sur les absences sont tirées de Virtuo et Logibec. Les données sur le bien-être au travail sont tirées du sondage.</p>	<p>Entre les conseillers du département RH Entre les conseillers RH et les gestionnaires</p>	<p>Identification des individus à risque mène à des interventions au niveau des individus à risque (informe la pratique suivante)</p>

	Développement d'indicateurs sur le bien-être au travail et les dépenses en assurances salaire, l'assiduité (absences de court-terme) et l'absentéisme (sur 5 ans) pour connaître les secteurs et les individus à risque	Des informations sont stockées dans des rapports (top 22, rapport sur l'assiduité, etc.), dans les résultats du sondage. par secteurs	Coaching des gestionnaires dans le suivi des cas	
3) Comprendre les cas à risque : a) S'informer de la situation du travailleur b) Écouter le travailleur et repérer les situations critiques lors des échanges avec les travailleurs (parfois, c'est le travailleur qui se confie au syndicat, au bureau de santé ou au gestionnaire)	connaissance des cas à risque connaissance chez les RH (de l'importance de capter des informations qui vont servir à comprendre les cas à risque) informations fournies par le travailleur pour informer l'intervention auprès du travailleur à risque	Dans la tête des travailleurs à risque, des conseillers RH.	Coaching ou rôle-conseil aux gestionnaires pour qu'ils rencontrent les travailleurs à risque Accompagner les gestionnaires pour suivre, repérer et intervenir dans les cas à risque (rôle-conseil, coaching, formations, ateliers, outils)	Intégration explicite de la connaissance sur l'importance de capter des informations qui vont servir : développement d'outils, formations et ateliers pour que les gestionnaires réussissent à bien comprendre la situation du travailleur. Les connaissances développées sont intégrées lorsqu'ils informent la pratique suivante (choix de l'intervention)
4) Intervenir sur les cas à risque : a) Soutenir le rétablissement pour éviter l'arrêt de travail ou favoriser la prise d'un arrangement ou	Connaissance RH : il faut intervenir et aider le travailleur pour éviter ou retarder le départ en invalidité, car les inconvénients (arrêt de travail) sont plus graves si on ne fait rien	Dans la tête des conseillers RH du bureau de santé	la connaissance a été partagée au niveau du bureau de santé. Le bureau de santé tente de partager les pratiques à	L'intégration est effectuée pour ce qui est des pratiques du bureau de santé, mais ce ne sont pas toujours eux qui peuvent la mettre en application

<p>d'une entente avec le travailleur (ex. : diriger le travailleur vers des ressources ou des services adéquats disponibles, offrir une réduction la cadence de travail ou accepter une réduction d'horaire)</p>	<p>Connaissance RH : la rigidité/discipline pour garder l'employé à risque en poste est néfaste et l'employé finit par partir en invalidité. (Dans l'intervention, il faut éviter d'être trop rigide dans l'assiduité et dans les permissions, être indulgent avec la situation du travailleur)</p>		<p>adopter aux gestionnaires</p>	<p>l'intégration touchant les gestionnaires implique le transfert des connaissances acquises au bureau de santé. Du coaching est effectué pour sensibiliser et convaincre les gestionnaires à intervenir. Lorsque les gestionnaires échangent avec le bureau de santé, ils reçoivent des conseils pour intégrer cette connaissance.</p>
<p>5) Soutenir le travailleur malade :</p> <p>a) Identifier les causes de l'arrêt de travail (surtout si c'est un arrêt pour santé mentale)</p> <p>b) Identifier les besoins du travailleur pour soutenir le rétablissement de son état de santé (ex. : suivi, garder le lien)</p> <p>c) Intervention pour soutenir le travailleur malade (ex. : offrir des</p>	<p>Cueillette d'informations pour savoir comment soutenir le travailleur malade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - travailleur, gestionnaire et médecin traitant - conseillers du département RH qui sont en lien avec le gestionnaire ou le secteur du travailleur - formulaire de réclamation médicale d'assurance salaire 	<p>Accompagner le gestionnaire lors du suivi et du soutien avec son travailleur malade Coaching/rôle-conseil par le bureau de santé</p>	<p>Connaissance intégrée dans la mise en œuvre des mesures pour soutenir le travailleur malade</p>

ressources, préciser le plan de traitement)				
6) Gérer administrativement les absences/fausses invalidités : a) Surveiller les absences (ex. : envoyer le dossier en expertise médicale générale, suivi)	Il y a des situations où de faire expertiser est bénéfique (habituellement des expertises médicales spécialisées pour mieux accompagner, pour valider un diagnostic, etc.). Lorsque l'expertise est systématique, peut prolonger l'arrêt de travail (habituellement des expertises médicales générales qui entraînent un facteur aggravant à la situation, le travailleur sent qu'on doute de lui).	Apprentissage sur les expertises médicales est chez les conseillers du bureau de santé	Partage variable aux personnes qui ont l'autorité pour demander et faire des expertises médicales.	Il y a un enjeu de partage qui limite l'intégration. Ce n'est pas toujours possible de faire appliquer l'apprentissage effectué au bureau de santé, car ces derniers ont une autorité limitée par rapport aux gestionnaires.
7) Planifier et organiser le retour du travailleur : a) Identifier les obstacles potentiels et des facteurs favorisant le retour : i) Questionner le travailleur ii) Identifier les causes de l'arrêt (lien avec le travail ou non)	Connaissance des RH : si on évite les obstacles et on met en place des mesures qui favorisent le retour, on favorise un retour durable (évite une rechute). On veut éviter une rechute, car l'arrêt sera plus long que le précédent. Si l'arrêt est causé par un facteur de risque de l'environnement de travail, retourner le travailleur dans le	- Travailleur - Médecin traitant - formulaire de réclamation de l'assurance salaire - acteurs pour les aménagements possibles : - conseiller du bureau de santé,		mise en place des moyens possibles à la lumière de ce qu'ils savent (tiré de leur cueillette d'informations) et de ce qui est possible (avec l'aide des acteurs concernés)

<p>iii) Explorer les possibilités et mises en place des moyens pour le travailleur en impliquant des acteurs concernés</p>	<p>même environnement va amener à une rechute. Cueillette d'informations (le bureau de santé prend contact avec le travailleur et le questionne, s'informe auprès du médecin et vérifie le formulaire de réclamation de l'assurance salaire) pour connaître les obstacles potentiels, des facteurs favorisant le retour et des causes de l'arrêt Connaissance des acteurs sur ce qui est possible de mettre en place comme moyens (explorer et réfléchir aux aménagements possibles)</p>	<p>RT ou SST, syndicat</p>		
<p>b) Mettre en place des moyens favorisant le retour adéquat (ex. : retours progressifs, changement de poste ou de quart, retour du travailleur dans un autre service, demander au gestionnaire de reprendre contact avec son travailleur)</p>	<p>connaissance sur le retour progressif : Importance du retour progressif pour le travailleur à la suite d'un arrêt de travail Connaissance sur la durée et la cadence du retour progressif : étirer la durée et ralentir la cadence du retour progressif favorise un retour durable</p>	<p>Conseillers du bureau de santé</p>		<p>On fait modifier la convention collective pour être capable d'offrir le retour progressif, même pour les arrêts de travail plus court. Intégration variable selon la possibilité d'étirer ou non le retour progressif</p>

APPENDICE A

CERTIFICAT ÉTHIQUE DU PROJET INITIAL

PAR COURRIEL UNIQUEMENT

Le 10 août 2016

Monsieur Carl-Ardy Dubois, Ph. D.
Professeur titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Objet : Résultat positif de l'examen éthique et de l'examen scientifique du projet de recherche

Numéro du projet : MP-HRDP-16-10P

Titre du projet : « Un réseau de recherche et d'intervention interdisciplinaire pour optimiser la participation au travail et la santé au travail des 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux »

Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal (ci-après CÉR), qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, déclare par la présente que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est positif.

Le document joint en annexe à la présente lettre décrit comment notre CÉR a procédé pour effectuer l'examen éthique de ce projet.

Notre CÉR confirme également que vous avez déposé les documents requis pour établir que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique dont le résultat est positif;

Comme le prévoit l'article 11.1 du *Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement*, vous pouvez déposer une copie de la présente lettre de notre CÉR auprès des établissements publics du RSSS à qui vous demanderez l'autorisation de réaliser la recherche dans leurs murs ou sous leurs auspices.

Si un établissement vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CÉR, veuillez-vous entendre

avec cet établissement pour que notre CÉR reçoive une copie du document modifié indiquant clairement les modifications apportées.

Sur demande d'un établissement qui a autorisé la réalisation de cette recherche, nous lui fournirons les extraits de nos procès-verbaux se rapportant à ce projet.

Si la réalisation de cette recherche se poursuit pendant plus d'un an, notre CÉR en confirmera chaque année l'acceptabilité éthique, à la date anniversaire de la présente lettre, à condition que vous déposiez auprès du CÉR avant la date anniversaire un rapport d'étape annuel décrivant dans son ensemble l'état d'avancement du projet de recherche.

Enfin, cette approbation finale suppose que vous vous engagiez :

- à respecter la présente décision;
- **à fournir :**
 - **L'approbation signée relative à l'examen de convenance du projet au CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal;**
 - **La version finale française du questionnaire;**
 - **Le lien qui sera transmis aux participants pour prendre connaissance du formulaire d'information et de consentement et répondre au questionnaire en ligne;**
- à remettre au CÉR un rapport annuel faisant état de l'avancement du projet, lequel rapport est nécessaire au renouvellement de l'approbation éthique;
- à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet;
- à aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout *incident* en cours de projet ainsi que tout *changement ou modification* que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire de consentement;
- à notifier au CÉR dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- à communiquer au CÉR toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- à informer le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CÉR;
- à notifier au CÉR l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- à remettre au CÉR un rapport final et un résumé faisant état des résultats de la recherche.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner dans votre correspondance le numéro attribué à votre demande par le CÉR évaluateur.

En vous souhaitant la meilleure des chances pour la réalisation de votre projet, veuillez agréer, mes salutations distinguées.



Élodie Petit, Présidente
Comité d'éthique de la recherche
Hôpital Rivière-des-Prairies
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

EP/kb

p. j. Annexe décrivant la teneur de l'examen éthique effectué

Documents approuvés

- 01_Lettre invitation-Questionnaire_Projet CRSH_2016-08-01
- 02_Lettre invitation-Entrevue_Projet CRSH_2016-08-01
- 03_Formulaire de consentement-Questionnaire_Projet CRSH_2016-08-10
- 04_Formulaire de consentement-Entrevue_Projet CRSH_2016-08-10
- 05_Infolettre_annonce pour diffusion_Projet CRSH_Commentaires_2016-08-10
- 06_Protocole_But et description du projet_2016-08-01
- 08_Demande-autorisatio-transmission-coordonnees_Projet-CRSH_2016-08-10
- 09_Canevas telephonique _ contact entrevue - Projet CRSH_2016-08-10
- 10_Formulaire de consentement-Capsules-video_Projet CRSH_2016-08-10
- 11_Formulaire de consentement-Atelier_Projet-CRSH_2016-08-10
- Grille_entrevue_Volets-2-3_2016-06-01
- Questionnaire_2016-06-01

N.B. Établissements sollicités pour le projet de recherche :

1. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM);
2. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine);
3. CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal;
4. CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal;
5. CISSS de Laval;
6. CISSS des Laurentides;
7. CISSS de la Montérégie-Centre;
8. CISSS de la Montérégie-Ouest;
9. CISSS de Lanaudière;
10. Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval (CHU de Québec – Université Laval);
11. CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

ANNEXE

À LA LETTRE DU CÉR ÉVALUATEUR DONNANT LE RÉSULTAT POSITIF DE L'EXAMEN ÉTHIQUE

Date de la lettre du CÉR évaluateur donnant le résultat positif de l'examen éthique :

10 août 2016

Numéro de référence donné au projet par le CÉR évaluateur :

MP-HRDP-16-10P

Numéro de protocole ou autre numéro d'identification :

n/a

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE PROJET DE RECHERCHE

1. Titre complet du projet de recherche, tel qu'il apparaît sur la page frontispice du protocole, dans la langue originale :

Un réseau de recherche et d'intervention interdisciplinaire pour optimiser la participation au travail et la santé au travail des 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux

2. Titre en français du projet, le cas échéant :

3. Nom et les coordonnées du chercheur principal :

Nom : Carl Ardy-Dubois

Adresse : C.P. 6128 Succ. Centre-ville, Montréal Québec H3C 3J7

Téléphon 514-343-7293

e :

Courriel : carl.ardy.dubois@umontreal.ca

SECTION 2 – DOCUMENTS EXAMINÉS PAR LE CÉR ÉVALUATEUR

1) Liste des documents évalués lors du dépôt initial :

- Lettre de présentation adressée à Madame Bédard (datée du 27 mai 2016);
- Protocole de recherche (daté du 24 mai 2016);
- DG-52 annexe 2 - Obligation du chercheur principal (signée et datée du 12 mai 2016);
- DG-52 annexe 3 – Questionnaire – synthèse (signée et datée du 1^{er} juin 2016);

- DG-52 annexe 5 - Engagement à la confidentialité pour l'équipe de recherche (signée par l'équipe);
- Demande de subvention présentée au CRSH;
- Commentaires du comité d'évaluation du CRSH;
- Lettre de confirmation de subvention accordée par le CRSH, datée du 1^{er} avril 2016;
- Outils de collecte de données (incluant le questionnaire ainsi que le guide d'entrevue), sans date de version;
- Lettre d'invitation aux répondants du questionnaire (version papier et en ligne) (sans date de version);
- Lettre d'invitation aux entrevues (sans date de version);
- Formulaire de consentement –questionnaire- participants majeurs (daté du 8 mars 2016);
- Formulaire de consentement –entrevue- participants majeurs (daté du 8 mars 2016);
- Curriculum vitae de Messieurs Carl-Ardy Dubois, Frédéric Gilbert, Jean-Pierre Bonin et José Pérez, ainsi que de Mesdames Julie Côté, Anne-Marie Laflamme, Suzy Pavlova Ntsame Ngomo, Kathleen Bentein.

2) La liste des documents approuvés se trouve au bas de la lettre d'approbation finale.

SECTION 3 – TENEUR DE L'EXAMEN ÉTHIQUE EFFECTUÉ PAR LE CÉR ÉVALUATEUR ET DE SES ÉCHANGES AVEC LE CHERCHEUR

4. Réunion(s) au cours de laquelle le CÉR a commencé ou poursuivi l'examen éthique du projet
- Date : 15 juin 2016 en comité plénier en comité restreint
- Date : 20 juillet 2016 en comité plénier en comité restreint
- Date : 3 août 2016 en comité plénier en comité restreint
5. Remarques au sujet de l'une ou l'autre de ces réunions (quorum, présence du chercheur pour répondre aux questions du CÉR, consultation d'experts externes, etc.)
6. Au cours de son examen, le CÉR évaluateur a examiné les éléments suivants :
- L'acceptabilité, sur le plan éthique, des aspects scientifiques du projet ;
- Le CÉR évaluateur s'est assuré que le chercheur et l'équipe de recherche, si c'est le cas, ont les compétences nécessaires pour mener à bien le projet en vérifiant, entre autres, le nombre de projets de recherche en cours qui sont sous la responsabilité de ce chercheur et l'adéquation des procédures prévues relativement à la gestion des projets ;

Le CÉR évaluateur s'est assuré de la pertinence du projet eu égard, notamment, aux conséquences de celui-ci sur la communauté, c'est-à-dire les personnes et la population visées par le projet, et à la possibilité que cette communauté bénéficie des résultats. Le CÉR évaluateur a examiné, notamment, les points suivants:

~~- l'accès, à un prix abordable, à la thérapie expérimentée qui se sera révélée efficace pour les personnes qu'elle visait ;~~

- la façon dont les résultats de la recherche seront portés à la connaissance des sujets de recherche et des communautés visées par la recherche ;

Le CÉR évaluateur a examiné la pertinence, sur le plan éthique, des critères de sélection qui ont été fixés pour les sujets pressentis et il a vérifié si ces sujets constituent une population vulnérable ou injustement exclue ;

Le CÉR évaluateur a déterminé si le rapport entre les avantages et les risques pour les sujets est positif:

- dans le cas d'un projet qui touche des personnes majeures aptes : en vérifiant si le risque couru n'est pas hors de proportion avec le bienfait que l'on peut raisonnablement espérer du projet,

- dans le cas d'un projet qui touche des personnes mineures ou inaptes : en vérifiant si le projet est susceptible d'apporter un bienfait au sujet, lorsque l'activité ne concerne que lui, ou à des personnes ayant les mêmes caractéristiques d'âge, de maladie ou de handicap lorsque l'activité concerne plusieurs sujets ;

Le CÉR évaluateur s'est assuré que les modalités relatives au respect de la vie privée et à la protection de la confidentialité sont adéquates ;

Le CÉR évaluateur s'est assuré que les modalités du recrutement des sujets pressentis sont adéquates (ex. : petite annonce, publicité sur Internet) ;

Le CÉR évaluateur s'est assuré que les modalités relatives à l'obtention du consentement des sujets sont adéquates (ex. : formulaire de consentement, autres documents destinés aux sujets pressentis) ;

Le CÉR évaluateur a vérifié l'existence ou la possibilité d'une situation de conflit de devoirs ou de conflit d'intérêts, réel ou apparent;

Le CÉR évaluateur a fixé les moyens appropriés au suivi continu de l'éthique du projet dans sa lettre d'approbation finale.

7. Résumé des commentaires transmis au chercheur par le CÉR évaluateur et des explications fournies par le chercheur.

Informations disponibles sur demande.

SECTION 4 – MOYENS PASSIFS DE SUIVI ÉTHIQUE CONTINU (VOIR LETTRE D’APPROBATION FINALE)

Les éléments sont énumérés dans la lettre d’approbation finale.

SECTION 5 – DIVERS

8. Autres commentaires du CÉR évaluateur au sujet de l’examen éthique qu’il a effectué : Aucun

APPENDICE B

CERTIFICAT : ÉNONCÉ DE POLITIQUE DES TROIS CONSEILS : ÉTHIQUE
DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS : FORMATION EN
ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (EPTC 2 : FER)



Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Thuc-Thao Christine Tran

*a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains :
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*

23 mars, 2019

APPENDICE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**D. FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT –
ENTREVUE**



Formulaire de consentement – Entrevue (Volets 2 et 3 du projet, toutes catégories d'informateurs)

Titre de l'étude :

Un réseau de recherche et d'intervention interdisciplinaire pour optimiser la participation au travail et la santé au travail des 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux

CHERCHEUR PRINCIPAL*		
Dubois, Carl-Ardy	Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal	2375 ch. de la Côte-Ste-Catherine, bureau 5103; Montréal, Québec (H3T 1A8); (514) 343-7293 carl.ardy.dubois@umontreal.ca
CO-CHERCHEURS universitaires		
Bonin, Jean-Pierre	Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal	2375 ch. de la Côte-Ste-Catherine, bureau 6061; Montréal, QC, H3T 1A8; (514) 343-7403; jean-pierre.bonin@umontreal.ca
Ntsame Ngomo, Suzy Pavlova	Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Chicoutimi	555 boul. de l'Université; Chicoutimi, QC, G7H 2B1; (418) 545-5011, poste 4641; Local V2-1380; Suzy_Ngomo@uqac.ca
Bentein, Kathleen	École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal	315, rue Sainte-Catherine Est, local R-3490; Montréal, QC, H2X 3X2; (514) 987-3000, poste 1717; bentein.kathleen@uqam.ca
Gilbert, Frédéric	Département d'organisation et ressources humaines de l'Université du Québec à Montréal	315, rue Sainte-Catherine Est, local R-3430; Montréal, QC, H2X 3X2; (514) 987-3000, poste 1753; gilbert.frederic@uqam.ca
Laflamme, Anne-Marie	Faculté de droit de l'Université Laval	Pavillon Charles-De Koninck; 1030, avenue des Sciences-Humaines, bureau 2109; Québec, QC, G1V0A6; (418) 656-2131, poste 5311; anne-marie.laflamme@fd.ulaval.ca
Côté, Julie	Department of Kinesiology and Physical Education de l'Université McGill	475 avenue des Pins ouest, Montréal, QC, H2W 1S4; (514) 398-4184, poste 0539; julie.cote2@mcgill.ca
CO-CHERCHEURS d'établissement		
Bélanger, Denise	Direction des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	CHU Sainte-Justine, 3175 Chemin de la Côte Ste-Catherine, Étage-Bloc C-7; Montréal, QC, H3T1C5; (514) 345-4703; denise.belanger.hsj@ssss.gouv.qc.ca
Battaglini, Alex	Comité scientifique et d'éthique de la recherche de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé du CSSS de Laval	1755, boulevard René-Laennec, Laval (QC), H7M 3L9 (450) 668-1010, poste 55376; abattaglini.csssl@ssss.gouv.qc.ca

*Organismes subventionnaire : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) / Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Introduction :

Au Québec, les travailleurs âgés de 45 ans et plus sont parmi les plus touchés par les situations d'incapacités au travail et celles-ci sont liées pour une grande part aux troubles musculo squelettiques (TMS) et aux problèmes de santé mentale. Dans un contexte où plusieurs établissements de santé est aux prises avec d'importantes difficultés de recrutement et de rétention de leurs effectifs, cette étude vise à développer des connaissances qui doivent permettre d'améliorer la participation au travail et la santé au travail des 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux. Nous vous invitons à participer à ce projet car votre expérience nous aidera à identifier les groupes les plus à risque de situations d'incapacités au travail, les facteurs qui contribuent à ces situations et les leviers sur lesquels on peut agir pour améliorer la santé des travailleurs.

Avant d'accepter de participer à ce volet du projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Description du projet :

Tenant compte de la part prépondérante attribuable aux TMS et aux problèmes de santé mentale dans l'incapacité au travail, ce projet vise à remédier aux contraintes posées par ces deux problèmes sur la participation au travail et la santé au travail des 45 ans et plus.

L'étude sera organisée en trois volets.

Le premier volet consiste en une recension systématique des connaissances sur les troubles musculo squelettiques et problèmes de santé mentale.

Le deuxième volet consiste en une analyse des problèmes ciblés dans les milieux de travail au Québec par l'intermédiaire de : 1) un sondage auprès des travailleurs des 45 ans et plus 2) des entrevues auprès d'informateurs clés et de travailleurs de 45 ans et plus et 3) l'enregistrement de capsules vidéo qui seront utilisées pour le volet 3.

Le troisième volet consiste en : 1) des entrevues auprès d'informateurs clés et de travailleurs de 45 ans plus et 2) des ateliers incluant des travailleurs, des gestionnaires, des représentants syndicaux, des décideurs et intervenants. Ces ateliers serviront à développer des interventions permettant de mieux prévenir et prendre en charge ces problèmes. L'étude s'échelonnera sur une période de deux ans.

Nature de la participation et durée de l'étude :

Votre participation au **2^e volet (ou 3^{ème} volet)** de cette étude consiste à rencontrer un chercheur ou un agent de recherche pour une entrevue de 60 minutes. L'entrevue se déroulera à (lieu), le (date et heure). Cette entrevue portera sur les pratiques organisationnelles et les facteurs institutionnels qui peuvent avoir un impact sur les situations d'incapacités au travail [pour le volet 3, préciser quelle situation a été ciblée] L'entrevue pourra se dérouler durant les heures de travail et l'employé(e) peut se coordonner avec son supérieur immédiat pour réserver le temps qui soit nécessaire pour participer à l'entrevue. L'entrevue sera enregistrée en format audio, puis transcrite.

Quelques participants intéressés seront sélectionnés pour participer à la production de capsules filmées, reprenant des témoignages sur des éléments marquants de leur expérience de travail. Ces capsules seront utilisées dans le volet 3 par un groupe de travail dans le cadre d'ateliers visant à développer des interventions pour répondre aux problèmes ciblés dans cette étude. Si vous êtes sélectionnés, un formulaire d'information et de consentement vous sera expliqué et transmis à ce moment-là.

Avantages et bénéfices :

En participant à cette recherche, vous contribuerez à développer l'état de connaissances disponibles pour améliorer la participation au travail et la santé au travail des 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les connaissances issues de cette recherche seront hautement utiles pour identifier les sous-groupes les plus vulnérables aux problèmes ciblés de santé au travail (troubles musculo squelettiques et problèmes de santé mentale) et développer, en collaboration avec les parties prenantes, des interventions permettant de mieux prévenir et prendre en charge ces problèmes.

Inconvénients et risques :

Le risque, quoique faible, à contrôler pour cette étude est le bris de confidentialité. L'équipe de recherche a mis en œuvre toutes les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des participants aux entrevues et éviter qu'un bris de confidentialité avec votre employeur ne survienne. Le principal désagrément que l'on puisse envisager est lié au temps demandé pour l'entrevue. Il est aussi possible que certains individus soient mal à l'aise de participer à une entrevue. Si vous ressentez un malaise durant l'entrevue, l'équipe de recherche a une liste de ressources disponibles qu'elle vous remettra au besoin.

Confidentialité :

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Aucun retour d'information ne sera effectué auprès de votre établissement, que ce soit votre superviseur ou la Direction de ressources humaines. Afin de préserver la confidentialité de vos données, vous ne serez identifié que par un numéro de code auquel seule l'équipe de recherche aura accès. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée à l'Université de Montréal par le chercheur responsable. Pendant la durée de l'étude, les données papier seront entreposées dans un classeur sous clé à l'Université de Montréal. Seuls les chercheurs mentionnés plus haut et les agents de recherche autorisés, ayant signé le formulaire d'engagement à la confidentialité, auront accès à ces données. Les données informatisées seront placées dans un dossier créé à cet effet sur le serveur du système informatique de l'Université de Montréal. L'accès à ce dossier sera possible au moyen d'un code d'accès fourni aux seuls membres de l'équipe de recherche.

L'ensemble des données de recherche y compris les enregistrements audio sera conservé pendant sept ans après la fin de l'étude et sera détruit par la suite.

Les résultats de cette étude feront l'objet de communications et de publications dans des revues scientifiques. Aucun nom ou adresse de participants ou d'établissements ne sera mentionné, de quelque manière que ce soit.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que les chercheurs doivent permettre l'accès à votre dossier de recherche au Comité d'éthique de la recherche de l'HRDP du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal et aux organismes subventionnaires de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur principal de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements que vous avez donnés et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de

préservé l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

Responsabilité en cas de préjudice :

En signant ce formulaire d'information et de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'établissement et l'organisme subventionnaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

Participation volontaire et possibilité de retrait :

La participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y contribuer en totalité ou en partie. Dans le cas où vous acceptez, vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation, et ce, sur simple avis verbal sans explication. Votre participation, votre refus de participer ou votre retrait de l'étude n'aura pas d'impact sur votre dossier d'emploi ou la relation avec votre employeur puisque l'équipe de recherche ne lui communique aucune information. Si votre retrait de l'étude survient après avoir passé une entrevue, tous les renseignements que vous avez fournis, conservés soit sous un format électronique ou papier, seront effacés de nos fichiers de données et détruits par la suite.

Compensation et indemnisation :

Aucune compensation financière n'est prévue pour les participants à cette recherche.

Communication des résultats généraux :

Plusieurs canaux seront utilisés pour communiquer les résultats généraux directement auprès des participants à la recherche : page web avec lien sur les sites web des établissements et autres partenaires (ex. syndicats), infolettre transmise à tous les participants, conférences dans les établissements, article de vulgarisation dans les journaux et infolettres des établissements. Les établissements partenaires participeront tout au long de l'étude à des ateliers de modélisation des résultats qui seront utilisés pour transmettre les résultats et examiner les conditions de leur application. Une copie du rapport final, des communications ou des articles pourra être obtenue sur demande. Les résultats de cette étude feront l'objet de communications et de publications dans des revues scientifiques. Aucun nom ou adresse de participants ou d'établissements ne sera mentionné, de quelque manière que ce soit.

Si vous êtes intéressés à recevoir une copie des résultats généraux, veuillez-l'indiquer ci-après:

- Oui
- Non

Nom des personnes-ressources :

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'étude) avec :

Carl-Ardy Dubois, Ph.D.
Chercheur principal
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
(514) 343-7293
carl.ardy.dubois@umontreal.ca

José Pérez, MSc
Agent de recherche
Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal
(514) 343-1111, poste 3975
jose.perez@umontreal.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement : **[coordonnées à adapter]**

Pour le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal :

Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal,
et territoire de Bordeaux-Cartierville et de Saint-Laurent
Téléphone : 514 338-2259,
Télécopieur : 514 338-2222, poste 7310

Hôpital Rivière-des-Prairies,
et territoires d'Ahuntsic et de Montréal-Nord
et de La Petite-Patrie et de Villeray
Téléphone : 514 384-2000, poste 3316
Télécopieur : 514 687-4764

Consentement pour l'entrevue (volets 2 et 3) :

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom du participant

Date

Signature du participant

Consentement à être recontacté pour une capsule filmée

Accepteriez-vous d'être contacté à nouveau pour participer à la production d'une capsule filmée. Si vous êtes contacté, nous vous expliquerons les détails un formulaire d'information et de consentement distinct.

- Oui, je consens
 Non, je ne suis pas intéressé

Nom du participant

Date

Signature du participant

Signature de la personne qui obtient le consentement :

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de l'agent de recherche responsable du recrutement

Signature de l'agent de recherche responsable du recrutement

Date

Engagement et signature du chercheur principal :

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans aucune conséquence négative. Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Approbation par le comité d'éthique de la recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'HRDP du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal a approuvé le projet et assurera le suivi du projet, pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec participants.

- 1- Copie équipe de recherche
- 2- Copie participant(e)

BIBLIOGRAPHIE

- Ackoff, R. L. (1989). From data to wisdom. *Journal of applied systems analysis*, 16(1), 3-9.
- Akabas, S. H., Gates, L. B. et Galvin, D. E. (1992). *Disability management: a complete system to reduce costs, increase productivity, meet employee needs, and ensure legal compliance*. AMACOM. [1 online resource (xv, 282 pages) : illustrations].
- Alavi, M., Kayworth, T. R. et Leidner, D. E. (2005). An Empirical Examination of the Influence of Organizational Culture on Knowledge Management Practices. *Journal of Management Information Systems*, 22(3), 191-224.
<https://doi.org/10.2753/MIS0742-1222220307>
- Alavi, M. et Leidner, D. E. (2001). Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues. *MIS Quarterly*, 25(1), 107. <https://doi.org/10.2307/3250961>
- Amick, B. C., Habeck, R. V., Hunt, A., Fossel, A. H., Chapin, A., Keller, R. B. et Katz, J. N. (2000). Measuring the Impact of Organizational Behaviors on Work Disability Prevention and Management. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10(1), 21-38.
<http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1023/A:1009437728024>
- Amit, R. et Schoemaker, P. J. H. (1993). Strategic Assets and Organizational Rent. *Strategic Management Journal*, 14(1), 33-46.
- Anand, A., Kant, R., Patel, D. P. et Singh, M. D. (2015). Knowledge Management Implementation: A Predictive Model Using an Analytical Hierarchical Process. *Journal of the Knowledge Economy*, 6(1), 48-71.
<https://doi.org/10.1007/s13132-012-0110-y>
- Aptel, M. et Vézina, N. (2008). *Quels modèles pour comprendre et prévenir les TMS ?*, 27.
- Argote, L. (2013). *Organizational Learning*. Springer US.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5251-5>

- Argote, L. et Miron-Spektor, E. (2011). Organizational Learning: From Experience to Knowledge. *Organization Science*, 22, 1123-1137.
<https://doi.org/10.1287/orsc.1100.0621>
- Argyris, C. et Schön, D. A. (1978). *Organizational learning*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Argyris, C. et Schön, D. A. (2001). Chapitre 1. Quelles conditions une organisation doit-elle réunir pour espérer apprendre ? *Management*, 23-54.
- Autissier, David., Vandangeon Derumez, Isabelle., Vas, Alain. et Johnson, K. J. (2018). *Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs* (3e édition.). Dunod.
- Baker-McCleary, D., Greasley, K., Dale, J. et Griffith, F. (2010). Absence management and presenteeism: the pressures on employees to attend work and the impact of attendance on performance. *Human Resource Management Journal*. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2009.00118.x>
- Barette, J., Lemyre, L., Corneil, W. et Beauregard, N. (2012). Organizational Learning Facilitators in the Canadian Public Sector. *International Journal of Public Administration*, 35(2), 137-149.
<https://doi.org/10.1080/01900692.2011.625179>
- Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S. et Cole, D. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & Medicine*, 57(11), 2101-2114. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00131-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00131-X)
- Barley, W. C., Treem, J. W. et Kuhn, T. (2018). Valuing Multiple Trajectories of Knowledge: A Critical Review and Agenda for Knowledge Management Research. *Academy of Management Annals*, 12(1), 278-317.
<https://doi.org/10.5465/annals.2016.0041>
- Becerra-Fernandez, I. et Sabherwal, R. (2014). *Knowledge management: Systems and processes*. Routledge.
- Bhatt, G. D. (2001). Knowledge management in organizations: examining the interaction between technologies, techniques, and people. *Journal of*

Knowledge Management, 5(1), 68-75.
<https://doi.org/10.1108/13673270110384419>

- Bocij, P., Greasley, A. et Hickie, S. (2008). *Business information systems: Technology, development and management*. Pearson education.
- Bolisani, E. et Bratianu, C. (2018). The Emergence of Knowledge Management. Dans E. Bolisani et C. Bratianu (dir.), *Emergent Knowledge Strategies : Strategic Thinking in Knowledge Management* (p. 23-47). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-60657-6_2
- Briand, C., Durand, M.-J., St-Arnaud, L. et Corbière, M. (2007). Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 444-457. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.014>
- Brun, J.-P., Biron, C., Ivers, H. et IRSST (Québec). (2007). *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
<http://ra.ocls.ca/ra/login.aspx?inst=centennial&url=https://www.deslibris.ca/ID/214229>
- Bryman, A. et Bell, E. (2007). *Business Research Methods second edition Oxford University Press UK*.
- Calvet, B., Vézina, N., Nastasia, I., Laberge, M., Paula, R., Hélène, S.-T., Toulouse Georges et Durand, Marie-José. (2014). *PRÉVENTION INTÉGRÉE : QUELLE DÉFINITION ET QUELLE PRATIQUE POUR LES ERGONOMES?*, 9.
- Cangelosi, V. E. et Dill, W. R. (1965). Organizational Learning: Observations Toward a Theory. *Administrative Science Quarterly*, 10(2), 175-203.
<https://doi.org/10.2307/2391412>
- Carrier, P.-A., Landry, M., Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux et Direction des communications (1999-). (2017). *Cadre de référence sur le soutien et la réintégration au travail : vers une approche axée sur la collaboration*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3028187>

- Chabaud, D. et Germain, O. (2006). La réutilisation de données qualitatives en sciences de gestion : un second choix ? *M@n@gement*, 9(3), 199-221. <https://doi.org/10.3917/mana.093.0199>
- Charest, R.-M., Québec (Province), Groupe de travail sur l'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale du personnel réseau et ministériel et Québec (Province). (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*. Direction générale du personnel réseau et ministériel, Santé et des services sociaux Québec.
- Chen, L. et Fong, P. S. W. (2015). Evaluation of knowledge management performance: An organic approach. *Information & Management*, 52(4), 431-453. <https://doi.org/10.1016/j.im.2015.01.005>
- Chiva, R. et Alegre, J. (2005). Organizational Learning and Organizational Knowledge: Towards the Integration of Two Approaches. *Management Learning*, 36(1), 49-68. <https://doi.org/10.1177/1350507605049906>
- Cole, D. C., Eerd, D. V., Bigelow, P. et Rivilis, I. (2006). Integrative interventions for MSDs: Nature, evidence, challenges & directions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(3), 359-74. <http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1007/s10926-006-9032-5>
- Cook, S. D. N. et Brown, J. S. (1999). Bridging Epistemologies: The Generative Dance Between Organizational Knowledge and Organizational Knowing. *Organization Science*, 10(4), 381-400. <https://doi.org/10.1287/orsc.10.4.381>
- Cooper, C. L. et Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00392-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00392-3)
- 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. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0846>
- Cottrell, S. (2001). Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *Journal of*

Psychiatric and Mental Health Nursing, 8(2), 157-164.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00373.x>

- Crossan, M. M., Lane, H. W. et White, R. E. (1999). An Organizational Learning Framework: From Intuition to Institution. *The Academy of Management Review*, 24(3), 522-537.
- Crossan, M. M., Lane, H. W., White, R. E. et Djurfeldt, L. (1995). Organizational Learning: Dimensions for a Theory. *International Journal of Organizational Analysis (1993 - 2002)*, 3(4), 337. <https://doi.org/10.1108/eb028835>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D. et Amick, B. C. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- Curtis, G., Cobham, D. et Cobham, D. P. (2008). *Business information systems: Analysis, design and practice*. Pearson Education.
- Dalkir, K. (2013). *Knowledge Management in Theory and Practice* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780080547367>
- Daoust-Boisvert, A. (2018, 2 mars). Les congés de maladie coûtent cher au réseau de la santé. *Le Devoir*, section Société.
<https://www.ledevoir.com/societe/sante/521628/le-reseau-de-la-sante-coute-cher-en-conges-de-maladie>
- Daoust-Boisvert, A. et Rousseau, M.-L. (2018, 6 mars). Santé : le taux d'assurance salaire a monté en flèche. *Le Devoir*, section Société.
<https://www.ledevoir.com/societe/sante/521963/sante-le-taux-d-assurance-salaire-a-monte-en-fleche>
- Davenport, T. H. et Prusak, L. (1998). *Working knowledge how organizations manage what they know*. Boston, Mass. Harvard Business School Press.

- Davenport, T. H. et Prusak, L. (2000). Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know. *Ubiquity*, 2000(August).
<https://doi.org/10.1145/347634.348775>
- De Long, D. W. et Fahey, L. (2000). Diagnosing cultural barriers to knowledge management. *Academy of Management Perspectives*, 14(4), 113-127.
<https://doi.org/10.5465/ame.2000.3979820>
- Despres, C. et Chauvel, D. (2012). *Knowledge horizons*. Routledge.
- Donate, M. J. et Guadamillas, F. (2010). The effect of organizational culture on knowledge management practices and innovation. *Knowledge and Process Management*, 17(2), 82-94. <https://doi.org/10.1002/kpm.344>
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589. <https://doi.org/10.3233/WOR-141914>
- Edmondson, A. C. (2008). Managing the Risk of Learning: Psychological Safety in Work Teams. Dans M. A. West, D. Tjosvold et K. G. Smith (dir.), *International Handbook of Organizational Teamwork and Cooperative Working* (p. 255-275). John Wiley & Sons Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9780470696712.ch13>
- Edmondson, A. et Moingeon, B. (1999). Learning, Trust and Organizational Change: Contrasting Models of Intervention Research in Organizational Behaviour. Dans *Organizational Learning and the Learning Organization: Developments in Theory and Practice* (p. 157-175). SAGE Publications Ltd.
<https://doi.org/10.4135/9781446218297.n9>
- Elkjaer, B. (1999). In Search of a Social Learning Theory. Dans *Organizational Learning and the Learning Organization: Developments in Theory and Practice* (p. 75-91). SAGE Publications Ltd.
<https://doi.org/10.4135/9781446218297.n5>
- Fahey, L. et Prusak, L. (1998). The Eleven Deadliest Sins of Knowledge Management. *California Management Review*, 40(3), 265-276.
<https://doi.org/10.2307/41165954>

- Fiol, C. M. et Lyles, M. A. (1985). Organizational Learning. *The Academy of Management Review*, 10(4), 803-813. <https://doi.org/10.2307/258048>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation,.
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J. et The Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8038-8>
- Gagnon, Y.-C. (2000). *L'étude de cas comme méthode de recherche, 2e édition*. Les Presses de l'Université du Québec.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/uqam/detail.action?docID=3278154>
- Goh, S. C. (2002). Managing effective knowledge transfer: an integrative framework and some practice implications. *Journal of Knowledge Management*, 6(1), 23-30. <https://doi.org/10.1108/13673270210417664>
- Gold, A. H., Malhotra, A. et Segars, A. H. (2001). Knowledge Management: An Organizational Capabilities Perspective. *Journal of Management Information Systems*, 18(1), 185-214, 4753208.
<https://doi.org/10.1080/07421222.2001.11045669>
- Grant, R. M. (1996). Toward a knowledge-based theory of the firm. *Strategic Management Journal*, 17(S2), 109-122.
<https://doi.org/10.1002/smj.4250171110>
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. SAGE.
- Henning, R., Warren, N., Robertson, M., Faghri, P., Cherniack, M. et The CPH-NEW Research Team. (2009). Workplace Health Protection and Promotion through Participatory Ergonomics: An Integrated Approach. *Public Health Reports*, 124(4_suppl1), 26-35. <https://doi.org/10.1177/00333549091244S104>
- Huber, G. P. (1991). Organizational Learning: The Contributing Processes and the Literatures. *Organization Science*, 2(1), 88-115.
<https://doi.org/10.1287/orsc.2.1.88>

- Hunt, H. A., Habeck, R. V., VanTol, B. et Scully, S. M. (1993, 1^{er} septembre). *Disability Prevention Among Michigan Employers, 1988-1993*. W.E. Upjohn Institute. <https://doi.org/10.17848/tr94-004>
- Karamitri, I., Talias, M. A. et Bellali, T. (2017). Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32(1), 4-18. <https://doi.org/10.1002/hpm.2303>
- Kemp, S. J. (2012). *Constructivist Criteria for Organising and Designing Educational Research*, 8, 10.
- Kianto, A., Vanhala, M. et Heilmann, P. (2016). The impact of knowledge management on job satisfaction. *Journal of Knowledge Management*, 20(4), 621-636. <https://doi.org/10.1108/JKM-10-2015-0398>
- Kordab, M. et Raudeliūnienė, J. (2018). Knowledge management cycle: a scientific literature review. Dans *10th International Scientific Conference "Business and Management 2018"*. VGTU Technika. <https://doi.org/10.3846/bm.2018.16>
- Lauzier, M., Barrette, J., Lemyre, L. et Corneil, W. (2013). Validation francophone de l'inventaire des facilitateurs de l'apprentissage organisationnel (IFAO) : étude comparative de l'apprentissage perçu au niveau des individus, des groupes et de l'organisation. *European Review of Applied Psychology*, 63(6), 353-362. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2013.07.006>
- Lee, H. et Choi, B. (2003). Knowledge Management Enablers, Processes, and Organizational Performance: An Integrative View and Empirical Examination. *Journal of Management Information Systems*, 20(1), 179-228.
- Lemieux, P., Corbière, M. et Durand, M.-J. (2000). *Retour et réintégration au travail de personnes avec un trouble mental*, 24.
- Levin, D. Z. et Cross, R. (2004). The Strength of Weak Ties You Can Trust: The Mediating Role of Trust in Effective Knowledge Transfer. *Management Science*, 50(11), 1477-1490.
- Lipshitz, R., Friedman, V. et Popper, M. (2007). *Demystifying Organizational Learning*. <https://doi.org/10.4135/9781452204239>

- Loisel, P. (2005). Intervention for return to work—what is really effective? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(4), 245-247. <https://doi.org/10.5271/sjweh.879>
- Loisel, P. et Corbière, M. (2000). *Compétences requises de l'intervenant qui facilite le retour ou la réintégration au travail de personnes à risque d'une incapacité prolongée*, 26.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.-L., Irvin, E. et Workplace-based Return to Work Literature Review Group. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(4), 257-269. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1009>
- Meyer, M. H. et Zack, M. H. (1996). The Design and Development of Information Products. *Sloan Management Review*, 37(3), 43-59.
- Muijzer, A., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H. B. et Brouwer, S. (2011). Influence of Efforts of Employer and Employee on Return-to-Work Process and Outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 513-519. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9293-5>
- Murphy, L. R. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention. *Cause, Coping and Consequences of Stress at Work*.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14-37, 7098440. <https://doi.org/10.1287/orsc.5.1.14>
- Nonaka, I. et Takeuchi, H., 1946-. (1995). *The knowledge-creating company : how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York : Oxford University Press.
- Nordqvist, C., Holmqvist, C. et Alexanderson, K. (2002). Views of Laypersons on the Role Employers Play in Return to Work When Sick-Listed. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10.
- Omotayo, F. O. (2015). *Knowledge Management as an important tool in Organisational Management: A Review of Literature*, 24.

- Orlikowski, W. J. (2002). Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing. *Organization Science*, 13(3), 249-273.
<https://doi.org/10.1287/orsc.13.3.249.2776>
- Pee, L. G. et Kankanhalli, A. (2016). Interactions among factors influencing knowledge management in public-sector organizations: A resource-based view. *Government Information Quarterly*, 33(1), 188-199.
<https://doi.org/10.1016/j.giq.2015.06.002>
- Penley, L. E. et Hawkins, B. (1985). Studying interpersonal communication in organizations: A leadership application. *Academy of Management Journal*, 28(2), 309.
- Pentland, B. T. (1995). Grammatical Models of Organizational Processes. *Organization Science*, 6(5), 541-556. <https://doi.org/10.1287/orsc.6.5.541>
- Polanyi, M. (1962). Tacit Knowing. *Philosophy Today*, 6(4).
<http://search.proquest.com/docview/1301476068/citation/C31DD325D56D4966PQ/1>
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. Garden City, N.Y. Doubleday.
- Quick, J. C. (1999). Occupational health psychology: Historical roots and future directions. *Health Psychology*, 18(1), 82. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.1.82>
- Rashman, L., Withers, E. et Hartley, J. (2009). Organizational learning and knowledge in public service organizations: A systematic review of the literature. *International Journal of Management Reviews*, 11(4), 463-494.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00257.x>
- Rowley, J. (2007). The wisdom hierarchy: representations of the DIKW hierarchy. *Journal of Information Science*, 33(2), 163-180.
<https://doi.org/10.1177/0165551506070706>
- Royer, I., Zarlowski, P. et Thietart, R. A. (1999). Méthodes de recherche en management. *Dunod, Paris*, 139-168.
- Sangari, M. S., Hosnavi, R. et Zahedi, M. R. (2015). The impact of knowledge management processes on supply chain performance. *International Journal of*

- Logistics Management*, 26(3), 603-626.
<http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1108/IJLM-09-2012-0100>
- Sauter, S. L. et Murphy, L. R. (2004). Work organization interventions: state of knowledge and future directions. *Sozial- und Preventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 49(2), 79-86. <https://doi.org/10.1007/s00038-004-3085-z>
- Schultz, A. B. et Edington, D. W. (2007). Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), 547-79. <http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1007/s10926-007-9096-x>
- Sekaran, U. (2003). *Research methods for business : a skill-building approach* (4th ed.). New York : John Wiley & Sons.
- Sibbald, S. L., Wathen, C. N. et Kothari, A. (2016). An empirically based model for knowledge management in health care organizations: *Health Care Management Review*, 41(1), 64-74.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000046>
- Simon, H. (1991). Bounded Rationality and Organizational Learning. *Organization Science*, 2(1), 125-134. <https://doi.org/10.1287/orsc.2.1.125>
- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M. et Rhéaume, J. (2007). Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 62(4), 690-713.
<https://doi.org/10.7202/016957ar>
- St-Arnaud, L., Briand, C., Corbière, M. et Durand, M.-J. (2011). *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale : conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Statistique Canada. (2012). *Taux d'absence du travail 2011 (71-211-X)*. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/71-211-x/71-211-x2012000-fra.htm>
- Statistique Canada. (2017, 27 décembre). *Heures perdues selon la raison d'absence, données annuelles (x 1 000)*. Gouvernement du Canada.
<https://doi.org/10.25318/1410012201-fra>

- Statistique Canada, G. du C. (2020). *Tableau 14-10-0190-01 Absence du travail chez les employés à temps plein selon la géographie, données annuelles*. Récupéré le 18 juin 2020 de <https://doi.org/10.25318/1410019001-fra>
- Stein, E. W. et Zwass, V. (1995). Actualizing Organizational Memory with Information Systems. *Information Systems Research*, 6(2), 85-117. <https://doi.org/10.1287/isre.6.2.85>
- Sveiby, K. Erik. (1997). *The new organizational wealth : managing & measuring knowledge-based assets* (1st ed.). Berrett-Koehler Publishers.
- Sveiby, K. et Simons, R. (2002). Collaborative climate and effectiveness of knowledge work – an empirical study. *Journal of Knowledge Management*, 6(5), 420-433. <https://doi.org/10.1108/13673270210450388>
- Theriou, N., Maditinos, D. et Theriou, G. (2011). Knowledge Management Enabler Factors and Firm Performance: An Empirical Research of the Greek Medium and Large Firms. *European Research Studies*, 14(2), 97-134.
- Tompa, E., de Oliveira, C., Dolinschi, R. et Irvin, E. (2008). A Systematic Review of Disability Management Interventions with Economic Evaluations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 16-26. <https://doi.org/10.1007/s10926-007-9116-x>
- 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). <https://doi.org/10.4000/pistes.1721>
- Verbrugge, L. M. et Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1-14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)
- Waddell, G., Burton, A. K. et Kendall, N. A. S. (2008). *Vocational rehabilitation – what works, for whom, and when? (Report for the Vocational Rehabilitation Task Group)*. TSO. <http://www.tsoshop.co.uk/bookstore.asp?FO=1279028&DI=607388>

- Walsh, J. P. et Ungson, G. R. (1991). Organizational Memory. *Academy of Management Review*, 16(1), 57-91.
<https://doi.org/10.5465/AMR.1991.4278992>
- Wiig, K. M. (1997). Knowledge Management: An Introduction and Perspective. *Journal of Knowledge Management*, 1(1), 6-14.
<https://doi.org/10.1108/13673279710800682>
- Wiig, K. M. (1999). What future knowledge management users may expect. *Journal of Knowledge Management*, 3(2), 155-166.
<https://doi.org/10.1108/13673279910275611>
- Williams, R. M. et Westmorland, M. (2002). Perspectives on workplace disability management: A review of the literature. *Work*, 19(1), 87-93.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE.
- Yin, R. K. (2011). *Applications of Case Study Research*. SAGE.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : design and methods* (Sixth edition.). SAGE.
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., Poppel, M. N. M. van et Anema, J. R. (2005). A Developmental Conceptualization of Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 557-68.
<http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1007/s10926-005-8034-z>
- Young, A. E., Viikari-Juntura, E., Boot, C. R. L., Chan, C., de Porras, D. G. R., Linton, S. J. et The Hopkinton Conference Working Group on Workplace Disability Prevention. (2016). Workplace Outcomes in Work-Disability Prevention Research: A Review with Recommendations for Future Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(4), 434-447.
<https://doi.org/10.1007/s10926-016-9675-9>
- Zand, D. E. (1972). Trust and Managerial Problem Solving. *Administrative Science Quarterly*, 17(2), 229-239. <https://doi.org/10.2307/2393957>
- Zollo, M. et Winter, S. G. (2002). Deliberate Learning and the Evolution of Dynamic Capabilities. *Organization Science*, 13(3), 339-351.
<https://doi.org/10.1287/orsc.13.3.339.2780>

Żołnierczyk-Zreda, D. (2002). The Effects of Worksite Stress Management Intervention on Changes in Coping Styles. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 8(4), 465-482.
<https://doi.org/10.1080/10803548.2002.11076548>