

## Trousse du programme de retour au travail

---

Travailler en collaboration pour faciliter la réintégration au travail

Vous trouverez dans la présente trousse les exemples et modèles suivants :

- Programme de retour au travail – Guide de discussion
- Registre des communications
- Programme de retour au travail – deux modèles
- Rapport d'évolution de retour au travail
- Rapport de fermeture/d'évaluation du programme de retour au travail

Veillez noter qu'il s'agit d'un exemple visant à guider la discussion et l'élaboration d'un programme de retour au travail pour un travailleur en particulier. Cet exemple ne prévoit pas toutes les situations.

## Élaboration de programmes de retour au travail personnalisés

Un programme de retour au travail (RT) est un document élaboré en collaboration avec le travailleur blessé, son superviseur ou chef de service, le professionnel de la santé (grâce aux renseignements sur les capacités fonctionnelles) et, le cas échéant, le coordonnateur du retour au travail et le représentant syndical. Il indique ce qui doit être fait et quand pour favoriser le retour au travail du travailleur blessé.

Un programme de retour au travail comprend ce qui suit :

- **L'objectif du programme de retour au travail**  
L'objectif principal du programme de retour au travail est de permettre au travailleur de retourner travailler dans un emploi qui est approprié et disponible. Un emploi approprié est sécuritaire, productif, compatible avec les capacités fonctionnelles du travailleur et, si possible, lui permet de toucher les gains qu'il touchait avant la lésion. Idéalement, le travailleur retournera à son emploi d'avant la lésion, adapté au besoin. Cependant, il peut parfois être nécessaire de chercher un autre travail approprié temporaire pendant que le travailleur blessé se rétablit.
- **Les mesures à prendre et les activités requises pour atteindre l'objectif du programme de RT**  
Le programme doit indiquer les responsabilités du travailleur, du superviseur ou chef de service, des professionnels de la santé traitants, des représentants syndicaux et des compagnons de travail qui aideront le travailleur. Le programme doit décrire en termes simples les activités et adaptations requises pour atteindre l'objectif de RT et les personnes responsables de celles-ci.
- **Les délais à observer pour l'atteinte des objectifs**  
Ils fournissent les critères servant à mesurer les progrès du travailleur. Il est important que le programme ait un début et une fin. Une adaptation, comme le retour graduel au travail, est un moyen d'effectuer un retour à l'emploi occupé avant la lésion et non pas une fin en soi. Assurez-vous d'inclure une définition précise de ce qu'on considère comme un progrès. Par exemple, le travailleur peut accomplir une journée de travail de cinq heures durant la troisième semaine ou certaines tâches durant la cinquième semaine.
- **Besoins en matière de soins de santé**  
Dans les cas où le travailleur doit se présenter à des rendez-vous médicaux pendant les heures de travail, ces visites doivent être coordonnées selon les exigences du programme de retour au travail proposé. Les compagnons de travail qui sont affectés par ces rendez-vous médicaux doivent aussi en être informés (avec la permission du travailleur).

Vous trouverez dans les pages suivantes des exemples de formats que vous pouvez utiliser pour élaborer vos programmes de retour au travail. Si vous n'êtes pas en mesure de trouver un travail approprié après la rencontre de discussion sur le retour au travail, communiquez avec la CSPAAT pour demander de l'aide. Un représentant de la CSPAAT rencontrera le travailleur blessé et l'employeur pour les aider à trouver un travail approprié.

## Utilisation des modèles dans la trousse de retour au travail

Le tableau suivant explique quand et comment utiliser les modèles inclus dans ce guide.

| <b>Modèle</b>   |  |
|---|--|
| <b>Guide de discussion sur le retour au travail</b>                         | <ul style="list-style-type: none"><li>Le Guide de discussion sur le retour au travail aide à faciliter la discussion sur le retour au travail entre l'employeur et le travailleur. Il fournit des directives sur le genre de renseignements qui sont nécessaires à la planification du retour au travail du travailleur. Ces renseignements comprennent le rétablissement du travailleur, ses capacités fonctionnelles et les adaptations requises pour éliminer les obstacles au retour au travail.</li></ul>   |
| <b>Registre des communications</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>Les recherches démontrent qu'il est important d'établir un contact rapide entre l'employeur et le travailleur et de le maintenir. Cela fournit l'occasion d'établir la communication et de partager les renseignements. Idéalement, le contact devrait s'établir aussitôt que possible après qu'un travailleur subit une lésion ou contracte une maladie. Cependant, il est important de souligner que le moment où le contact peut être établi variera selon le cas d'un travailleur en particulier.</li><li>Le registre des contacts sert à prendre en note les contacts établis avec le travailleur ainsi qu'avec les autres parties concernées par le processus, comme les professionnels de la santé et les gestionnaires de cas.</li></ul> |
| <b>Programme de retour au travail</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>Le programme de retour au travail est un document qui décrit les mesures à prendre pour aider un travailleur à retourner à un travail approprié et disponible. Comme il s'agit d'un programme personnalisé et élaboré par l'employeur et le travailleur travaillant en collaboration, il garantit que les deux parties comprennent ce qui va se passer durant le processus de retour au travail du travailleur, qui est responsable des activités du programme et quand les activités auront lieu.</li><li>Le programme de retour au travail peut être utilisé à la fois pour les lésions et maladies reliées et non reliées au travail.</li></ul>   |
| <b>Rapport d'évolution de retour au travail</b>                             | <ul style="list-style-type: none"><li>Pour s'assurer que les objectifs de retour au travail seront atteints, il est important de se rencontrer régulièrement pour discuter de l'évolution du programme de retour au travail et des progrès du travailleur. Des rencontres et des communications régulières permettent aux deux parties d'avoir l'occasion de parler de toute difficulté que le travailleur pourrait éprouver.</li><li>Servez-vous du rapport d'évolution de retour au travail pour suivre de près et documenter les progrès du travailleur.</li></ul>  |
| <b>Rapport de fermeture/ d'évaluation du programme de retour au travail</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>Une fois le programme de retour au travail terminé, il est important d'évaluer les résultats en demandant au travailleur et au superviseur ou chef de service du travailleur de remplir un rapport de fermeture ou d'évaluation du programme de retour au travail.</li><li>En plus de documenter les résultats de retour au travail du programme, le rapport fournit à l'employeur des renseignements sur les aspects qui ont bien fonctionné et les possibilités d'amélioration.</li></ul>  |

## EXEMPLE : Programme de retour au travail – Guide de discussion

|  |
|--|
| La divulgation des renseignements personnels, y compris les renseignements médicaux, est laissée à la discrétion du travailleur.   |
| Sujets de discussion possibles ou pertinents pour l'élaboration du programme de retour au travail.   |
| Rétablissement (décrire l'état de santé actuel). <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Siège(s) de la lésion</li><li>▪ Périodes de guérison prévue</li><li>▪ Capacités fonctionnelles (voir les détails ci-dessous)</li><li>▪ Rendez-vous médicaux</li><li>▪ Type/durée du traitement</li><li>▪ Temps d'attente/retards</li><li>▪ Planification des rendez-vous/ Accès</li><li>▪ Effets secondaires des traitements ou médicaments</li><li>▪ Coûts du traitement/préoccupations</li><li>▪ Programme d'aide aux employés</li><li>▪ Appui affectif</li><li>▪ Soutien de la famille</li><li>▪ Autre (veuillez préciser)</li></ul> |
| Commentaires :   |
| <b>Capacités fonctionnelles</b> (décrire les capacités actuelles) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Précautions médicales</li><li>▪ Degrés de tolérance</li><li>▪ Restrictions de soulèvement</li><li>▪ Méthodes/habitudes de travail</li><li>▪ Rétablissement au travail</li><li>▪ Limitations fonctionnelles préexistantes</li><li>▪ Degré de risque de nouvelle lésion</li><li>▪ Auxiliaires médicaux</li><li>▪ Capacité de se déplacer</li><li>▪ Exigences de la vie quotidienne</li><li>▪ Autre (veuillez préciser)</li></ul>   |
| Commentaires :   |

**Adaptations** (préciser les effets de la lésion ou de la maladie sur les activités à la maison et au travail)

Exigences de l'emploi

- Analyse des exigences physiques
- Tâches essentielles
- Considérations pour l'entreprise
  
- Productivité/normes
- Milieu de travail
- Autre (veuillez préciser)

Équilibre travail-vie privée

- Soins des enfants, parents âgés
- Exigences de la vie quotidienne
- Changement d'école pour les enfants
- Nouveau travail
- Horaire de travail (variable)
- Autre (veuillez préciser)

Emploi/travail

- Caractère approprié de l'emploi ou des tâches
- Caractère approprié du poste de travail
- Productivité/normes
  
- Horaire de travail
- Habitudes de travail
- Formation/plan de perfectionnement
- Autre (veuillez préciser)

En planifiant les résultats de retour au travail, considérez :

- si le rétablissement peut se réaliser au travail;
- si les capacités fonctionnelles du travailleur lui permettent de remplir les exigences physiques de l'emploi;
- sinon, quelles modifications particulières pourraient éliminer les obstacles au retour au travail ?;
- si d'autres obstacles ont été cernés lors de vos discussions.

Commentaires :



## EXEMPLE : Programme de retour au travail n° 1

La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que les parties du lieu de travail (travailleurs et employeurs) collaborent entre elles et avec la CSPAAT dans le processus de retour au travail du travailleur blessé. L'objectif des activités de réintégration au travail des parties du lieu de travail est de faciliter le retour du travailleur à son emploi d'avant la lésion avec adaptations au besoin.

|   |   |     |
|---|---|-----|
| Travailleur :   | Dossier n°:   |     |
| Emploi d'avant la lésion (joindre la description de tâches) :   | Date de la lésion :   |     |
| Lieu de l'emploi d'avant la lésion :  |   |     |
| <b>Objectif du retour au travail</b>  |   |     |
| Date du début du programme :  | Date de la fin du programme :   |     |
| Objectif du programme de retour au travail (en choisir un) :  |   |     |
| <input type="checkbox"/> Emploi d'avant la lésion   |   |     |
| <input type="checkbox"/> Emploi d'avant la lésion adapté  |   |     |
| <input type="checkbox"/> Autre emploi. Dans le cas d'un autre emploi, fournir le titre du poste et la description du travail. |   |     |
| <b>Rétablissement</b>   |   |     |
| Siège(s) de la lésion accepté(s) :  |   |     |
| Y a-t-il un plan de traitement actif qui a un effet sur le retour au travail?   |   |     |
| <input type="checkbox"/> Non  |   |     |
| <input type="checkbox"/> Oui, préciser  |   |     |
| Professionnel(s) de la santé traitant(s) :  | N° de téléphone   |     |
| <b>Capacités fonctionnelles</b>   |   |     |
| Capacités fonctionnelles (ce que le travailleur peut accomplir):  |   |     |
| Liste des précautions, s'il y a lieu.   |   |     |
| Provenance des renseignements sur les capacités fonctionnelles :  | Date de réception :   |     |
| <input type="checkbox"/> Page 3 du formulaire 8   | Si les renseignements sur les capacités fonctionnelles n'ont pas été reçus, quand seront-ils disponibles? |     |
| <input type="checkbox"/> DCF (Détermination des capacités fonctionnelles)   |   |     |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez :  |   |     |
| <b>Tâches de l'emploi d'avant la lésion :</b>   |   |     |
|   | Oui   | Non |

| Les exigences physiques de l'emploi correspondent-elles aux capacités fonctionnelles du travailleur?          |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
|---|---------------|---|--------------|------|------|------|------|--|---------|
| Les tâches essentielles de l'emploi correspondent-elles aux capacités fonctionnelles du travailleur?          |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Liste des tâches de travail que le travailleur peut effectuer :   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Liste des tâches de travail que le travailleur ne peut pas effectuer :  |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Adaptations ou solutions  |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
|   |               | Oui   | Non          |      |      |      |      |  |         |
| Des adaptations ou modifications aux tâches de travail sont-elles requises?                                   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Des adaptations ou modifications au lieu de travail ou au poste de travail sont-elles requises?               |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Une formation est-elle requise?   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Fournir des renseignements sur le genre d'adaptations requises<br>Joindre des pages supplémentaires au besoin |               | Date d'entrée en vigueur                                | Durée prévue |      |      |      |      |  |         |
|   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
|   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
|   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Horaire de travail  |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Période de travail du/au  |               | Jours prévus chaque semaine et nombre d'heures par jour |              |      |      |      |      | Autres commentaires sur l'horaire de travail |         |
|   |               | Dim.  | Lun.         | Mar. | Mer. | Jeu. | Ven. |  | Sam.    |
| 7 sept. 2011  | 13 sept. 2011 | 0 heure   | 4            | 4    | 5    | 5    | 6    | 0  | Exemple |
|   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
|   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
|   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
|   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Comment le travailleur sera-t-il payé pendant le programme de retour au travail?                              |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Taux de rémunération (p. ex. à l'heure) :   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| Le travailleur sera rémunéré pour les heures travaillées seulement ou <input type="checkbox"/>                |               |   |              |      |      |      |      |  |         |
| L'employeur lui versera son plein salaire régulier <input type="checkbox"/>                                   |               |   |              |      |      |      |      |  |         |

## Échéancier de suivi

Indiquer les dates de suivi pour surveiller l'évolution du programme :

**S'il y a des préoccupations au cours du programme de retour au travail, veuillez en discuter immédiatement. Si vous n'êtes pas en mesure de résoudre les problèmes, communiquez avec le gestionnaire de cas de la CSPAAT.**

**Songez à fournir une copie du programme de retour au travail approuvé au gestionnaire de cas de la CSPAAT s'il s'agit d'une lésion ou d'une maladie reliée au travail.**

**J'ai convenu d'adopter ce programme :**

Travailleur(euse) : \_\_\_\_\_  
Signature du travailleur ou de la travailleuse : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Superviseur : \_\_\_\_\_  
Signature du superviseur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Programme approuvé (si une approbation est requise) :**

Nom du chef de service : \_\_\_\_\_  
Signature du chef de service : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## EXEMPLE : Programme de retour au travail n° 2

La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que les parties du lieu de travail (travailleurs et employeurs) collaborent entre elles et avec la CSPAAT dans le processus de retour au travail du travailleur blessé. L'objectif des activités de réintégration au travail des parties du lieu de travail est de faciliter le retour du travailleur à son emploi d'avant la lésion, avec adaptations au besoin.

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Dossier de la CSPAAT n° :          |                                  |
| Travailleur :                      | Téléphone :                      |
| Titre du poste d'avant la lésion : |                                  |
| Date de début du programme de RT : | Date de fin du programme de RT : |

### Renseignements sur l'emploi d'avant la lésion :

- Description de l'emploi jointe  Oui  Non
- Tâches et exigences de l'emploi jointes  Oui  Non

### Objectif de retour au travail

- Objectif de retour au travail (en choisir un) :
  - Emploi d'avant la lésion
  - Autre emploi. Dans le cas d'un autre emploi, fournir le titre du poste et la description du travail.
  - Emploi d'avant la lésion adapté

### Capacités fonctionnelles

- Les renseignements sur les capacités fonctionnelles ont-ils été reçus?  Oui  Non
- Ont-ils été joints au programme de retour au travail?  Oui  Non  
Sinon, quand les renseignements sur les capacités fonctionnelles seront-ils reçus?  
Date : \_\_\_\_\_

### Adaptations

- D'après les renseignements reçus, des adaptations sont-elles requises?  Oui  Non
- Les adaptations sont-elles temporaires ou permanentes?
- Si elles sont temporaires, quelle est la durée prévue des adaptations?

**Joindre des pages additionnelles pour indiquer des renseignements sur les adaptations à mettre en œuvre, les dates de mise en œuvre et leur durée prévue.**

### Traitement

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Professionnel(s) de la santé traitant(s) : | Nom et n° de téléphone : |
| Type de traitement :                       |                          |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Date(s) et heure(s) des rendez-vous : |  |
|---------------------------------------|--|

### Horaire de travail

Déterminer le cycle des suivis pour surveiller les progrès du retour au travail. Par exemple, hebdomadaires, toutes les deux semaines, etc. Fournir la date du prochain suivi.

| Période de travail<br>Du/au |                  | Jours prévus chaque semaine et nombre d'heures<br>par jour |      |      |      |      |      |      | Autres<br>commentaires<br>sur l'horaire de<br>travail |
|-----------------------------|------------------|--|------|------|------|------|------|------|---|
|                             |                  | Dim.   | Lun. | Mar. | Mer. | Jeu. | Ven. | Sam. |   |
| 7 sept.<br>2011             | 13 sept.<br>2011 | 0<br>heure   | 4    | 4    | 5    | 5    | 6    | 0    | <b>Exemple</b>  |
|                             |                  |  |      |      |      |      |      |      |   |
|                             |                  |  |      |      |      |      |      |      |   |
|                             |                  |  |      |      |      |      |      |      |   |
|                             |                  |  |      |      |      |      |      |      |   |

De quelle façon le travailleur sera-t-il rémunéré pour la durée du programme de retour au travail?

Taux de rémunération (p. ex. à l'heure) :

Pour les heures travaillées seulement ou

L'employeur lui versera son plein salaire régulier

**S'il y a des préoccupations au cours du programme de retour au travail, veuillez en discuter immédiatement. Si vous n'êtes pas en mesure de résoudre les problèmes, communiquez avec le gestionnaire de cas de la CSPAAT.**

**Songez à fournir une copie du programme de retour au travail approuvé au gestionnaire de cas de la CSPAAT s'il s'agit d'une lésion ou d'une maladie reliée au travail.**

**J'ai convenu d'adopter ce programme :**

Travailleur(euse) : \_\_\_\_\_  
Signature du travailleur ou de la travailleuse : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Superviseur : \_\_\_\_\_  
Signature du superviseur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## EXEMPLE : Rapport d'évolution de retour au travail

|                               |
|-------------------------------|
| Date :                        |
| Dossier no :                  |
| Travailleur :                 |
| Chef de service/superviseur : |

**Objectif de retour au travail :** *(décrit dans le programme de retour au travail)*

- Emploi d'avant la lésion
- Emploi d'avant la lésion adapté
- Autre emploi. Dans le cas d'un autre emploi, fournir le titre du poste.

| Semaine 1   |
|---|
| Période de l'examen (du (date) au (date)):              |
| Précautions :   |
| Tâches :  |
| Dates et heures travaillées :                           |
| Examen de la semaine 1                                  |
| Observations du coordonnateur du retour au travail :    |
| Remarques et préoccupations du travailleur :            |
| Remarques et préoccupations du superviseur :            |
| Suite donnée aux préoccupations :                       |
| Rempli le :   |
| Rempli par : (p.ex. coordonnateur du retour au travail) |

| Semaine 2                                  |
|--|
| Période de réexamen (du (date) au (date)): |
| Précautions :                              |
| Tâches :                                   |
| Dates et heures travaillées :              |

## Examen de la semaine 2

|   |
|---|
| Remarques et observations du coordonnateur du retour au travail : |
| Remarques et préoccupations du travailleur :                      |
| Remarques et préoccupations du superviseur :                      |
| Suite donnée aux préoccupations :                                 |
| Rempli le :   |
| Rempli par : (p.ex. coordonnateur du retour au travail)           |

**Les adaptations ou solutions cernées dans le programme de retour au travail ont-elles permis d'atteindre les objectifs prévus de retour au travail?**

Oui  Non Sinon, pourquoi?

**Le programme de retour au travail est-il encore à jour?**

Oui  Non Sinon, pourquoi?

**Étapes suivantes :**

- Continuer le programme de retour au travail actuel
- Réviser le programme de retour au travail actuel
- Mettre fin au programme de retour au travail. Objectif de retour au travail atteint.

**Date du prochain suivi :**

**Rempli par :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## EXEMPLE : Rapport de fermeture/d'évaluation du programme de retour au travail

Ce rapport doit être rempli séparément par le chef de service ou superviseur et le travailleur, lorsque le résultat final est atteint. Le formulaire rempli doit ensuite être envoyé au coordonnateur de retour au travail.

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Date :                                       | Dossier de la CSPAAT n° : |
| Travailleur :                                |                           |
| Superviseur(e) du(de la) travailleur(euse) : |                           |

| Résultats du programme de retour au travail  |  |
|--|--|
| Quelle a été la durée à partir de la date à laquelle la lésion ou maladie a été déclarée jusqu'à celle du retour au travail final?                     |  |
| Quel était l'objectif prévu de retour au travail?  | Quel objectif de retour au travail a-t-il été atteint en réalité?  |
| <input type="checkbox"/> Emploi d'avant la lésion<br><input type="checkbox"/> Emploi d'avant la lésion adapté<br><input type="checkbox"/> Autre emploi | <input type="checkbox"/> Emploi d'avant la lésion<br><input type="checkbox"/> Emploi d'avant la lésion adapté<br><input type="checkbox"/> Autre emploi |
| Commentaires :   |  |

Qu'est-ce qui a bien fonctionné dans le processus de retour au travail?

Quelles améliorations doit-on y apporter? Par exemple, quelles modifications apporteriez-vous au processus, si vous le pouviez ?)

**Rempli par :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Merci d'avoir rempli ce formulaire. Nous veillerons à ce que ces renseignements demeurent confidentiels. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre coordonnateur de retour au travail.