



TRAVAILLER

À SA SANTÉ

TRAVAILLER

À SA SANTÉ

TROUSSE À L'INTENTION DES EMPLOYEURS

RESSOURCES DU PROGRAMME TRAVAILLER À SA SANTÉ
GUIDE DE L'EMPLOYEUR POUR UN RETOUR AU TRAVAIL RAPIDE ET SÉCURITAIRE,
ET LA PRÉVENTION DE L'INCAPACITÉ AU TRAVAIL

LE TRAVAIL EST BON POUR VOUS.

Ce fait fondamental motive nos efforts en vue d'appuyer le retour au travail rapide et en toute sécurité des travailleurs blessés. Le retour au travail aide les travailleurs à demeurer actifs et leur donne un but à atteindre. Il leur procure également une stabilité financière. Le travail est aussi bon pour leur santé physique et mentale. En fait, il aide souvent à accélérer la guérison.

Les programmes de retour au travail sont également avantageux pour les employeurs puisqu'ils leur permettent de minimiser la perte de productivité; de conserver un travailleur ayant des compétences et de l'expérience; de réduire les coûts liés à trouver un remplaçant; et de diminuer les coûts de réclamation qui peuvent ensuite réduire la cotisation.

Cependant, le travail d'équipe est nécessaire pour établir des modalités de travail sécuritaires pour les travailleurs blessés. Les travailleurs, les employeurs et les fournisseurs de soins de santé doivent tous aider à mettre l'accent sur ce qu'une personne peut faire au lieu de travail plutôt que sur ce qu'elle ne peut pas faire.

L'employeur joue un rôle essentiel :

- Il reste en contact avec le travailleur blessé tout au long du processus de rétablissement pour lui montrer qu'il est valorisé et qu'il a un lien avec le lieu de travail.
- Il offre au travailleur des tâches modifiées qui sont intéressantes, productives, sécuritaires et conformes à ses capacités.
- Il assure que les superviseurs et les collègues du travailleur lui prêtent leur appui pendant le processus.
- Il communique le plan de retour au travail aux employés.



- Il communique et collabore avec toutes les parties jouant un rôle dans le plan de retour au travail.

Travail sécuritaire NB a préparé des outils pour les employeurs. La trousse d'outils vous aidera, vous et vos employés, à demeurer en santé et en sécurité pendant un processus de retour au travail. Nous voulons vous faciliter la tâche pour que vous et vos employés puissiez rester informés et maintenir un lien.

Apprenez-en plus sur le retour au travail et Travailler à sa santé en visitant le site travailsecuritairenb.ca et travailleursasantenb.ca.

SEPT PRINCIPES POUR UN RETOUR AU TRAVAIL RÉUSSI

Réduisez la durée de l'incapacité au travail et les coûts connexes au sein de votre entreprise.

- 1 Les parties présentes au lieu de travail prennent un engagement sincère quant à la santé et à la sécurité.

 - Les gestes sont plus éloquents que les mots.
 - La direction consacre du temps et de l'argent à l'amélioration de la sécurité et au soutien de programmes de retour au travail coordonnés.
 - Les travailleurs participent à la prise de décisions qui ont un effet sur leur travail quotidien.
 - Il existe une communication ouverte et les personnes se sentent à l'aise d'exprimer des inquiétudes et de faire des suggestions.
- 2 L'employeur fait une offre de travail modifié (aussi connu sous le nom de mesures d'adaptation) aux travailleurs blessés / malades afin qu'ils puissent reprendre rapidement et en toute sécurité des activités professionnelles adaptées à leurs capacités.

 - Dans la mesure du possible, faire reprendre le travail à un travailleur dans son propre secteur de travail (il connaît le milieu, les personnes et les pratiques).
 - Lorsqu'on a de la difficulté à mettre en place des mesures d'adaptation appropriées, il faut envisager de consulter un ergothérapeute ou un autre spécialiste en ergonomie.
- 3 Le coordonnateur du programme de retour au travail s'assure que le plan appuie le travailleur qui retourne au travail sans désavantager ses collègues et ses superviseurs.

Les plans de retour au travail qui prévoient et évitent les pièges suivants auront de meilleurs résultats :

 - Les travailleurs ont l'impression que le lieu de travail n'est pas prêt pour leur retour.
 - Les collègues sont mécontents vis-à-vis du travailleur blessé, car ils ont dû assumer une partie de ses tâches.
 - On s'attend à ce que les superviseurs assurent un niveau égal de service ou de production malgré les mesures d'adaptation d'un travailleur blessé.
- 4 Les superviseurs sont formés pour prévenir l'incapacité au travail et font partie de la planification du retour au travail.

 - En raison de leur proximité avec les travailleurs et de leur capacité à gérer le milieu de travail immédiat, les superviseurs sont des intervenants importants pour la réussite de ce processus.
 - Les superviseurs devraient avoir reçu une formation en pratiques de travail sécuritaires et en pratiques ergonomiques.
 - Les superviseurs devraient avoir reçu et encourager une formation sur la communication précoce positive et empathique avec les travailleurs.
 - Les superviseurs devraient assurer un suivi et résoudre des problèmes régulièrement.
- 5 L'employeur établit rapidement et avec empathie le contact avec le travailleur blessé / malade.

 - Il devrait communiquer avec le travailleur blessé au cours de la première ou de la deuxième semaine, et avoir une nouvelle communication après chaque 10 jours d'absence.
 - De préférence, le superviseur communique avec le travailleur.
 - Cette communication devrait éviter la cause de la blessure ou le blâme. Le superviseur devrait exprimer ses préoccupations relatives à la santé et au bien-être du travailleur.
- 6 Quelqu'un a la responsabilité de coordonner le retour au travail du travailleur.

Le coordonnateur :

 - devrait être digne de confiance et respecté par les travailleurs et la direction;
 - fournit une planification individualisée adaptée aux besoins initiaux et continus du travailleur;
 - veille à ce que la communication nécessaire ne se détériore pas;
 - s'assure que tous les membres de l'équipe de retour au travail comprennent à quoi s'attendre.
- 7 Avec le consentement du travailleur, l'employeur et les fournisseurs de soins de santé ont, au besoin, des échanges sur les exigences du lieu de travail.

 - Plus les fournisseurs de soins de santé connaissent les particularités du poste du travailleur et la capacité du lieu de travail à fournir des mesures d'adaptation, plus ils peuvent participer à la prise de décisions éclairées sur le retour au travail.

- Choisir divers moyens de communication : par écrit (exigences et options de l'emploi); par téléphone (exigences de l'emploi) et des visites du lieu de travail effectuées par des fournisseurs de soins de santé.

– Texte adapté de *Seven “Principles” for Successful Return to Work* de l'Institut de recherche sur le travail et la santé.

EXEMPLE D'UNE POLITIQUE SUR LE PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

L'**EMPLOYEUR A** s'engage à faire son possible pour éviter les blessures subies au travail et les maladies professionnelles en conservant un milieu de travail sain et sécuritaire. Si un travailleur subit une blessure ou tombe malade, l'**EMPLOYEUR A** s'engage à prendre toutes les mesures raisonnables pour assurer un retour au travail sécuritaire et rapide, dans le cadre du rétablissement, en proposant un autre travail ou un travail modifié selon le programme de retour au travail.

L'**EMPLOYEUR A** travaillera en collaboration avec le travailleur (et le représentant syndical, s'il y a lieu) pour déterminer un travail convenable et élaborer un plan de retour au travail individualisé selon les renseignements sur les capacités fonctionnelles fournis par les fournisseurs de soins de santé et Travail sécuritaire NB.

Le processus de retour au travail commence immédiatement après une blessure ou une maladie, lorsque la blessure ou la maladie a un effet sur la capacité du travailleur à accomplir les fonctions quotidiennes de son travail.

La présente politique s'applique à tous les travailleurs qui ne sont pas capables d'effectuer l'ensemble ou une partie de leur travail normal en raison d'une blessure ou d'une maladie. Tous les employeurs doivent offrir leur pleine collaboration au retour au travail sécuritaire et rapide de travailleurs blessés ou malades.

Signature d'un représentant de la haute direction

Date

ÉLABORATION D'UNE PROCÉDURE DE RETOUR AU TRAVAIL

Les procédures donnent un aperçu de chaque étape du processus et devraient répondre aux questions ci-dessous.

Signaler la blessure et remplir le formulaire

- À qui le travailleur doit-il signaler la blessure?
- Qui remplit le Formulaire 67 – *Rapport sur l'accident ou la maladie professionnelle* avec le travailleur?
- Qui transmet le formulaire rempli à Travail sécuritaire NB et à quel moment?
- Si l'incident a fait l'objet d'une enquête, qui communique les résultats au travailleur et comment?
- Comment et quand le travailleur doit-il communiquer avec l'employeur et vice versa?
- Si le travailleur ne peut pas retourner au travail, qui est chargé de poursuivre la communication, et à quelle fréquence?

Planification du retour au travail

- Qui organise la réunion de planification du retour au travail et quand?
- Qui devrait participer à la réunion ?
- Comment un travail convenable / sécuritaire est-il défini?
- Qui prend note du plan de retour au travail?

Mise en œuvre et surveillance du plan de retour au travail

- Qui coordonne l'achat ou la modification de tout équipement ou outil nécessaire?
- Qui communique le plan de retour au travail aux collègues en cause?
- Qui surveille le plan de retour au travail et à quelle fréquence?
- Que se passe-t-il si l'une des parties a des inquiétudes au sujet du plan de retour au travail?

Évaluation du programme

- Qui fait l'évaluation du plan de retour au travail? Quand est-elle communiquée et qui la reçoit?
- Qui effectue les évaluations du programme de retour au travail et à quelle fréquence?
- Quels sont certains des moyens utilisés pour évaluer le programme?
- Qui communique les modifications apportées au programme?

Confidentialité

- Comment l'entreprise assurera-t-elle la confidentialité des documents?

EXEMPLE D'UN PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

Nom du travailleur : _____

Poste occupé avant l'accident : _____

Superviseur avant l'accident : _____

Superviseur pendant le travail modifié (s'il ne s'agit pas du même) : _____

Date d'entrée en vigueur : _____ Date de fin prévue : _____

Poste

- Travail avant l'accident – tâches / heures modifiées
- Autre travail, avec ou sans modification
- Tâches regroupées
- Poste initial

Restrictions et limitations fonctionnelles qui demandent des mesures d'adaptation

Détails du plan de retour au travail (Décrire les fonctions, les tâches et les modifications du poste, notamment les outils, l'équipement et la formation nécessaires)

Heures (inclure un calendrier de progression, s'il y a lieu)

Jours et heures prévus chaque semaine								
Semaine de travail (date)	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Commentaires

Surveillance / examen (Décrire le calendrier pour la surveillance et l'examen réguliers)

Vérifications informelles quotidiennes avec le superviseur à _____ (endroit, date et heure)

Réunion d'examen de suivi avec _____ (nom)

à _____ (endroit, date et heure)

De plus, si le travailleur, l'employeur ou Travail sécuritaire NB a des difficultés ou des inquiétudes au sujet du plan de travail modifié, veuillez communiquer avec :

Signatures

En signant le présent document, nous confirmons notre participation à l'élaboration du plan. Nous comprenons nos rôles dans le cadre de la mise en œuvre et de la surveillance du plan et nous acceptons de prendre une part active aux points énumérés ci-dessus.

Superviseur / gestionnaire : _____ Date : _____

Travailleur : _____ Date : _____

Représentant syndical (s'il y a lieu) : _____ Date : _____



OFFRE D'UN RETOUR AU TRAVAIL RAPIDE ET SÉCURITAIRE

Nom / Emplacement de l'employeur : _____

Nom du travailleur : _____ N° de réclamation : _____

Nous sommes engagés à aider les travailleurs à retourner au travail rapidement et en toute sécurité. Le travail est aussi bon pour leur santé physique et mentale. En fait, il aide souvent à accélérer la guérison.

Nous offrons les tâches modifiées suivantes :

Décrire les tâches précises et les exigences physiques de chacune, ou joignez une description d'emploi.

Nous offrons les heures suivantes :

- Temps plein
- Heures modifiées (veuillez préciser : _____)

Nous aimerions de l'aide à déterminer des tâches modifiées.

Personne-ressource auprès de l'employeur chargé du programme de retour au travail : _____

N° de téléphone de la personne-ressource : _____

Signature de l'employeur : _____

Veuillez envoyer le formulaire rempli par courriel au moyen du portail de Mes services ou par télécopieur au 1 888 629-4722.

TRAVAILLER À SA SANTÉ

FORMULAIRE MÉDICAL 8-10

Maintenir un lien avec le lieu de travail est essentiel au rétablissement. Des tâches modifiées ou des heures réduites aident les travailleurs à demeurer productifs à la suite d'une blessure ou d'une maladie. Le *Formulaire médical 8-10*, qui tient compte des recommandations de l'Association médicale canadienne et du programme Choisir avec soin, encourage les patients à demeurer au travail et à retourner au travail rapidement et de façon sécuritaire.

Votre employé vous remettra la page 2.

WORKSAFE NB **Formulaire médical 8-10**

Besoin d'aide? Balayez le code QR (à droite) pour obtenir plus de renseignements ou téléphonez-nous au 1-877-647-0777. nbsafeworkers.ca/formulaire-medical-8-10

Vouslez envoyer ce formulaire par courriel au moyen du portail de Mes services ou par télécopie au 1 888 629-4722. Si le formulaire a été envoyé par courriel ou par télécopie, NE PAS envoyer l'original par la poste.

Premier rapport du médecin sur l'accident ou la maladie professionnelle Rapport d'évolution médicale

PATIENT

N° d'assurance-maladie: _____ N° de réclamation: _____ Date et heure de la visite: _____

Nom: _____ Prénoms: _____ Sexe: Homme Femme Autre: _____

Adresse: _____ Ville / Village: _____ Province: _____

Code postal: _____ N° de téléphone: _____ Date de l'accident: _____

Employeur: _____ Titre de poste: _____

FOURNISSEUR

Entorse ou foulure aiguë Fracture Commotion cérébrale / Traumatisme cérébral léger, blessures à la tête avec: _____ Autre blessure ou blessure antérieure qui a un effet sur le rétablissement: _____

Lésion attribuable au travail répertorié Autre blessure / maladie (par exemple, lésion ou blessure psychologique) (veuillez préciser): _____

Abaissement de l'état mental Anomalie focale Ataxie Perte de connaissance

Description de la blessure ou maladie liée au travail (veuillez indiquer les constatations objectives / subjectives): _____

Partie du corps: Gauche Droite Partie dorsale Gauche Droite

Épaule: Main / Doigt:

Coude: Hanche / Genou:

Poignet: Genou:

Avant-bras: Cheville / Pied:

Autre structure anatomique (sans mentionner plus haut): _____ (Veuillez préciser): _____

ST: s'agit d'un rapport d'évaluation médicale: _____

Évaluation objective: Méditivation Ajustement Déhiscence

Évaluation subjective: Amélioration Ajustement Déhiscence

En plus de ce formulaire, veuillez joindre les notes ou rapports cliniques qui s'appliquent.

Diagnostique préliminaire: _____ Tests diagnostiques demandés: Tomodensitométrie EMS IRM Radiographie

Autre: _____ Établissement: _____

Le plan de traitement comprend: Chiropratique Physiothérapie Remède à un spécialiste: _____ Traitement: _____

NOTE POUR L'EMPLOYEUR

Recommandations du médecin sur les capacités fonctionnelles: (Veuillez remettre la page 2 de ce formulaire au patient.) Autres limitations (heures réduites, limitations attribuables à la prise de médicaments): _____

1. Capable d'accomplir ses tâches habituelles du point de vue médical.

2. Capable / Incapable d'accomplir les tâches qui figurent plus bas du point de vue médical. Travail sécuritaire NB peut prendre des mesures en vue d'une évaluation structurée des capacités fonctionnelles.

Tâche	Capable	Incapable	Tâche	Capable	Incapable	Tâche	Capable	Incapable
Se pencher / S'étendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pousser / Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se servir des membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stationner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduire un véhicule à moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliser du transport en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduire du matériel lourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valable pour _____ jours (maximum de deux semaines sans un autre examen)

COMPTE DU FOURNISSEUR

Type de fournisseur de soins de santé: _____ Code du bénéficiaire de Travail sécuritaire NB: _____ Adresse du fournisseur: _____

Médecin d'urgence Médecin de famille Infirmière praticienne Médecin spécialiste Clinique sans rendez-vous

Code(s) de service du bureau du fournisseur: _____ Province: _____ Code postal: _____ N° de téléphone: _____

Le paragraphe 41(10) de la Loi sur les accidents du travail vous autorise à divulguer les renseignements demandés. En remplissant ce formulaire, j'atteste que selon moi la blessure ou la maladie est conforme à l'exposition ou à l'accident survenu au travail. En présentant ce document, j'atteste que les renseignements sont exacts et que les normes relatives aux meilleures pratiques ont été respectées. Je comprends qu'un paiement ne sera effectué que si le formulaire est rempli de façon fiable.

Nom (en lettres majuscules): _____ Signature: _____

IMPORTANT - VOUS DEVEZ DONNER LA PAGE 2 AU TRAVAILLEUR POUR QU'IL LA REMETTE À SON EMPLOYEUR.

WORKSAFE NB **Formulaire médical 8-10**

Page 2

Premier rapport du médecin sur l'accident ou la maladie professionnelle Rapport d'évolution médicale

PATIENT

N° de réclamation: _____ Date et heure de la visite: _____

Nom: _____ Prénoms: _____ Sexe: Homme Femme Autre: _____

Adresse: _____ Ville / Village: _____ Province: _____

Code postal: _____ N° de téléphone: _____ Date de l'accident: _____

Employeur: _____ Titre de poste: _____

Les renseignements médicaux ont été omis de la copie de l'employeur conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé.

NOTE POUR L'EMPLOYEUR

Recommandations du médecin sur les capacités fonctionnelles: _____ Autres limitations (heures réduites, limitations attribuables à la prise de médicaments): _____

1. Capable d'accomplir ses tâches habituelles du point de vue médical.

2. Capable / Incapable d'accomplir les tâches qui figurent plus bas du point de vue médical. Travail sécuritaire NB peut prendre des mesures en vue d'une évaluation structurée des capacités fonctionnelles.

Tâche	Capable	Incapable	Tâche	Capable	Incapable	Tâche	Capable	Incapable
Se pencher / S'étendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pousser / Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se servir des membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stationner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduire un véhicule à moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliser du transport en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduire du matériel lourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valable pour _____ jours (maximum de deux semaines sans un autre examen)

COMPTE DU FOURNISSEUR

En remplissant ce formulaire, j'atteste que selon moi la blessure ou la maladie est conforme à l'exposition ou à l'accident survenu au travail. En présentant ce document, j'atteste que les renseignements sont exacts et que les normes relatives aux meilleures pratiques ont été respectées. Je comprends qu'un paiement ne sera effectué que si le formulaire est rempli de façon fiable.

Nom (en lettres majuscules): _____ Signature: _____

IMPORTANT - VOUS DEVEZ DONNER CETTE PAGE AU TRAVAILLEUR POUR QU'IL LA REMETTE À SON EMPLOYEUR.

La note pour l'employeur donne des détails sur les capacités fonctionnelles.

Les limitations pourraient comprendre les heures de travail ou des préoccupations à l'égard de facultés affaiblies en raison de médicaments.

LIGNES DIRECTRICES POUR UN RETOUR AU TRAVAIL RAPIDE ET SÉCURITAIRE (ENTORSES / FOULURES)

Assurer un travail approprié dans le cadre d'un plan de retour au travail efficace.

Cou

ASSUREZ :

- que le travailleur peut établir son propre rythme ou prendre de petites pauses.
- les activités qui exigent une extension du bras au-dessus des épaules ou une extension vers le bas;
- les activités qui exigent le soulèvement et le transport de charges légères ou moyennes;
- l'accrochage de poids;
- les activités où il faut grimper à une échelle.

ÉVITEZ :

- le soulèvement et le transport d'objets avec les bras au-dessus des épaules;
- des positions extrêmes pour regarder vers le haut, vers le bas ou derrière soi, surtout si la position est soutenue pendant plus de quelques secondes.

Coude / Avant-bras

ASSUREZ :

- que le travailleur peut établir son propre rythme ou prendre de petites pauses.
- les activités où il faut s'agripper de façon répétitive ou pour une période soutenue, surtout lorsqu'il faut appliquer beaucoup de force;
- le soulèvement et le transport de charges légères ou moyennes;
- les flexions répétées du coude;
- la durée totale du temps passé au clavier ou au volant;
- l'usage d'outils à percussion (y compris les outils électriques et les marteaux).

ÉVITEZ :

- l'accrochage de poids;
- la rotation des avant-bras;
- la pression exercée sur le coude / l'avant-bras.

Région lombaire

ASSUREZ :

- que le travailleur peut établir son propre rythme ou prendre de petites pauses;
- que le travailleur peut alterner entre la marche, la position debout et la position assise.
- la marche sur un terrain inégal;
- le soulèvement et le transport de charges légères ou moyennes selon la fréquence et les postures.
- les secousses;
- les flexions répétitives;
- des périodes prolongées en position debout statique ou assise;
- les flexions ou les extensions extrêmes du dos;
- les torsions du dos.

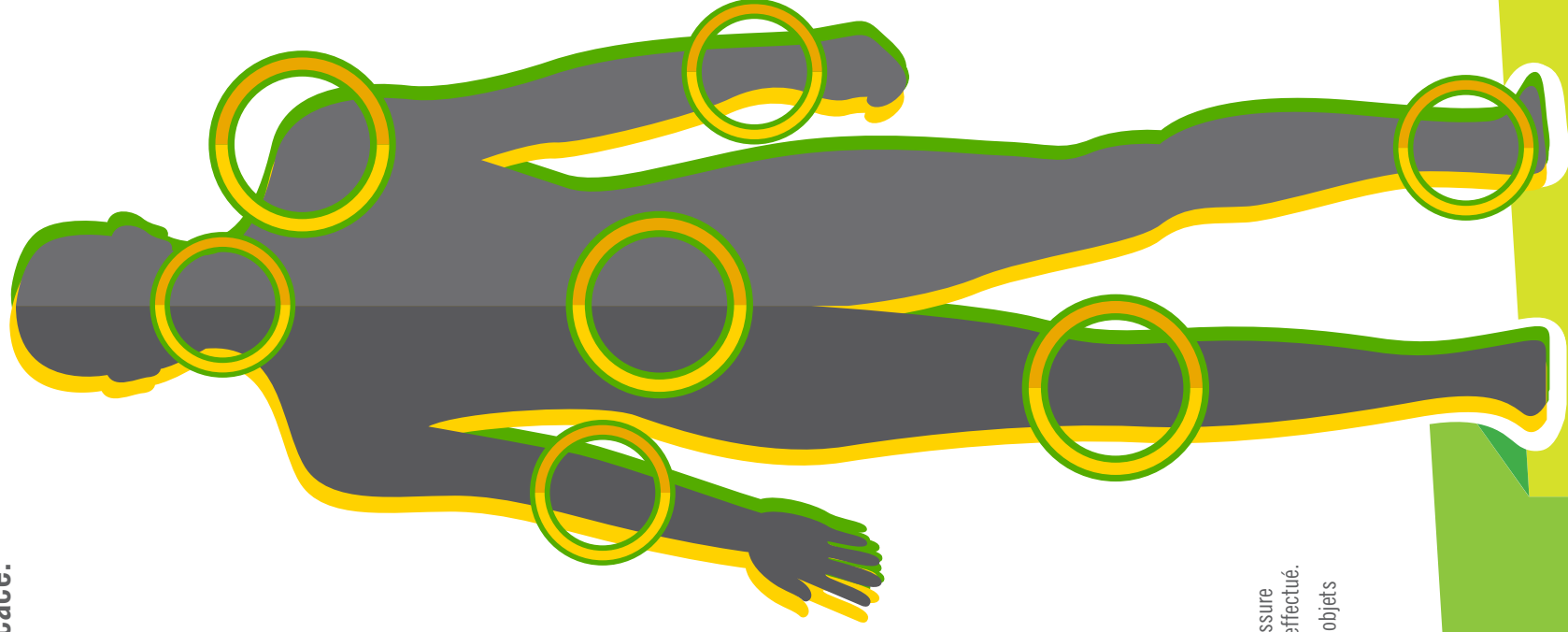
ÉVITEZ :

- les secousses;
- les flexions répétitives;
- des périodes prolongées en position debout statique ou assise;
- les flexions ou les extensions extrêmes du dos;
- les torsions du dos.

Catégories de force pour la manutention d'objets

La Classification nationale des professions (CNP) est la classification des professions au Canada reconnue sur le plan national. Elle assure une structure normalisée pour ce qui est de définitions comme tirer, pousser, soulever ou déplacer des objets dans le cadre du travail effectué. Voici les définitions de la CNP, en ce qui a trait à la force appliquée pour manipuler des objets (tirer, pousser, soulever ou déplacer des objets dans le cadre du travail effectué) :

- **Limitée** : Les activités exigent le soulèvement de charges pesant jusqu'à 5 kg.
- **Légère** : Les activités exigent le soulèvement de charges pesant entre 5 et 10 kg.
- **Moyenne** : Les activités exigent le soulèvement de charges pesant entre 10 et 20 kg.
- **Forte** : Les activités exigent le soulèvement de charges pesant plus de 20 kg.



TRAVAILLER À SA SANTÉ

Épaule

ASSUREZ :

- que le travailleur peut établir son propre rythme ou prendre de petites pauses.
- les activités où il faut grimper à une échelle;
- les activités qui exigent une extension du bras au-dessus des épaules ou une extension vers le bas;
- les activités qui exigent le soulèvement et le transport de charges légères ou moyennes.

ÉVITEZ :

- l'extension du bras pendant des périodes prolongées, surtout en tenant une charge et en appliquant de la force;
- le soulèvement et le transport d'objets avec le bras au-dessus des épaules.

Poignet / Main

ASSUREZ :

- que le travailleur peut établir son propre rythme ou prendre de petites pauses.
- les activités où il faut s'agripper de façon répétitive, surtout lorsqu'il faut appliquer beaucoup de force ou de la force de façon soutenue;
- le soulèvement et le transport de charges légères ou moyennes;
- les activités où il faut s'agripper de façon répétitive ou pour une période soutenue, surtout lorsqu'il faut appliquer beaucoup de force;
- l'usage d'outils à percussion (y compris les outils électriques et les marteaux);
- la durée totale du temps passé au clavier ou au volant.

ÉVITEZ :

- les postures extrêmes du poignet, surtout celles où il faut appliquer de la force.

Genou

ASSUREZ :

- que le travailleur peut établir son propre rythme ou prendre de petites pauses;
- que le travailleur peut élever le genou à l'occasion;
- que le travailleur peut souvent alterner entre la position debout, la marche et la position assise.

LIMITEZ :

- la marche sur un terrain inégal.

ÉVITEZ :

- la position debout ou la marche pendant de longues périodes;
- les accroupissements complets et les agenouillements (avec ou sans charge);
- les pivots du genou;
- les activités dans le cadre desquelles il faut maintenir son équilibre, courir ou sauter;
- l'usage d'escaliers et d'échelles.

Chevilles

ASSUREZ :

- que le travailleur peut établir son propre rythme ou prendre de petites pauses;
- que le travailleur peut élever la cheville à l'occasion.
- l'usage d'escaliers.

LIMITEZ :

- l'usage d'escaliers.

ÉVITEZ :

- la position debout ou la marche pendant de longues périodes;
- la marche sur un terrain inégal;
- les activités où il faut grimper à une échelle;
- les accroupissements complets et les agenouillements (avec ou sans charge);
- les activités dans le cadre desquelles il faut maintenir son équilibre, s'accrocher, courir ou sauter.

UN TRAVAILLEUR A SUBI UNE BLESSURE. ET MAINTENANT?

TRAVAILLER
À SA SANTÉ

Le travailleur peut-il continuer à faire le travail qu'il faisait avant sa blessure sans modification?

NON

OUI

Le travailleur retourne au travail qu'il faisait avant sa blessure.

Le travailleur peut-il continuer à faire le travail qu'il faisait avant sa blessure avec des modifications?

NON

OUI

Le travailleur retourne au travail qu'il faisait avant sa blessure avec des modifications.

Le travailleur peut-il faire un autre travail sans modification?

NON

OUI

Le travailleur fait un autre travail.

Le travailleur peut-il faire un autre travail avec des modifications?

NON

OUI

Le travailleur fait un autre travail avec des modifications.

Le travailleur reçoit toujours des traitements et de la réadaptation pour améliorer ses capacités fonctionnelles.

QUESTIONS À SE POSER POUR TROUVER DES OPTIONS POUR UN RETOUR AU TRAVAIL RAPIDE ET SÉCURITAIRE

Les questions suivantes pourraient vous aider à trouver un autre travail d'une certaine valeur à l'entreprise. N'oubliez pas, si le travailleur ne peut pas accomplir ses tâches habituelles, avec ou sans modifications, il faut chercher un travail convenable au sein de la division avant d'en envisager un ailleurs au sein de l'entreprise.

Département ou secteur	Questions à se poser	Exemples d'idées
Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des tâches administratives à accomplir? • Quels seront nos besoins dans les prochains 6 à 12 mois? 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement des reçus pour fins d'impôts • Entrée de données • Classement et réorganisation
Amélioration des activités	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il de nouveaux systèmes ou processus qui pourraient améliorer les activités? 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un système de classement • Préparation de formulaires pour améliorer l'efficacité • Mise à jour du contenu du manuel de formation • Mise à jour d'un système d'assurance de la qualité
Promotion, marketing, ventes	<ul style="list-style-type: none"> • Quel travail pourrait promouvoir les activités? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventes par téléphone ou appels aux clients • Élaboration de matériel promotionnel • Études de marché : questionnaires sur la satisfaction des clients • Mise à jour des bases de données des clients
Main-d'œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il quelqu'un qui a besoin d'aide? 	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyage et organisation • Recherches sur des outils et de l'équipement ou achat de ces derniers • Prise de l'inventaire • Organisation de pièces et de matériaux • Trouver de nouveaux fournisseurs (plus rentables ou meilleurs matériaux)
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il une formation que le travailleur pourrait suivre qui profiterait à l'entreprise? • Existe-t-il une possibilité de formation réciproque (autres tâches) au sein de l'entreprise? 	<ul style="list-style-type: none"> • Cours d'ordinateur • Formation de sécurité • Compétences techniques • Formation des autres employés de l'entreprise
Ensemble de l'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> • Le travail peut-il être effectué de façon plus sécuritaire? 	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des outils ou de l'équipement (comme des chariots, des poignées, des appareils de levage et des outils électriques) ou des mesures d'ergonomie qui pourraient réduire les exigences? • Les tâches peuvent-elles être réorganisées pour réduire les risques? • Peut-on changer les conditions dans la zone de travail, comme la température et l'éclairage?
Ensemble de l'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des tâches qui n'ont pas été terminées? • Y a-t-il des tâches qui pourraient être regroupées? 	<ul style="list-style-type: none"> • Projets non terminés • Aspects qui exigent des recherches • Redistribution de tâches (assurer que les autres travailleurs ne seront pas à risque de subir une blessure)

EXEMPLE D'UNE ANALYSE DES TÂCHES

Date :	Employeur :
Titre du poste :	Superviseur :

HORAIRE DE TRAVAIL						
Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
À temps plein	À temps partiel	Saisonnier (détails) :				
Détails du quart de travail (heure de début + durée) :						
Pauses pour se reposer / dîner (quand + durée) :						
Renseignements sur le calendrier (inclure les jours de travail consécutifs / les jours de congé / les rotations des quarts de travail) :						

FONCTIONS ESSENTIELLES DE L'EMPLOI

ÉQUIPEMENT, OUTILS ET MATÉRIEL MANIPULÉS

LISTE DE CONTRÔLE DES CONDITIONS AMBIANTES

Cochez (✓) le pourcentage d'exposition à chaque condition / danger indiqué pendant une journée de travail.

Catégorie de danger	Conditions ambiantes / dangers	Aucune exposition	À l'occasion De 0 à 33 %	Fréquemment De 34 à 66 %	Constamment De 67 à 100 %
Dangers chimiques	Gaz / vapeurs				
	Poussières / fumée				
	Liquides / solides				
Dangers biologiques	Moisissure				
	Bactéries				
	Liquides organiques				
Dangers physiques	Conditions météorologiques extérieures				
	Conditions humides et mouillées (environnement industriel intérieur)				
	Froid extrême (environnement industriel intérieur)				
	Travail près de pièces mécaniques mobiles				
	Risques de choc électrique				
	Risque de radiation				
	Travail à partir de hauteurs				
	Vibrations				

Indiquez l'exposition au niveau de bruit du travailleur.

Dangers physiques	Niveaux de bruit*	Inférieur à 85 dBA	Supérieur à 85 dBA	Inconnu

*Au Nouveau-Brunswick, il faut porter de l'équipement de protection de l'ouïe lorsque le niveau de bruit dépasse 85 dBA. [dBA = décibels calculés à l'échelle A d'un sonomètre]

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE NÉCESSAIRE

EXIGENCES SUR L'UTILISATION DES VÉHICULES À MOTEUR

Capacité à utiliser un véhicule requise? Oui Non Types de véhicules :

MESURES ESSENTIELLES DU LIEU DE TRAVAIL

LISTE DE CONTRÔLE DES EXIGENCES PHYSIQUES

Cochez (✓) le pourcentage d'une journée de travail équivalant à l'activité faisant l'objet de l'analyse.

Activité physique / Position	Non nécessaire	À l'occasion De 0 à 33 %	Fréquemment De 34 à 66 %	Constamment De 67 à 100 %
S'asseoir				
Se tenir debout				
Marcher (terrain égal)				
Marcher (terrain inégal)				
Sur les pieds				
Se tordre				
Se plier / Se pencher				
S'accroupir				
S'agenouiller				
Ramper				
Étendre les bras (vers l'avant)				
Étendre les bras (au-dessus de la tête)				
Étendre les bras (de l'autre côté du corps)				
Équilibre				
Manipuler (prise simple)				
Manipuler (prise ferme)				
Manipuler avec précision				
Utiliser des commandes à pied				
Monter (escaliers)				
Monter (échelles)				

LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AU CODAGE DES EXIGENCES PHYSIQUES

Servez-vous de ces lignes directrices pour remplir une liste de contrôle des exigences physiques dans le cadre d'une analyse des tâches.

S'asseoir : Choisissez cette exigence si les tâches essentielles du travailleur exigent qu'il s'assoie. Ne tenez pas compte du fait que le travailleur pourrait s'asseoir pendant les pauses et l'heure du dîner puisqu'il s'agit d'une question de préférence. Il faut choisir s'asseoir peu importe le siège utilisé (tabouret, chaise de bureau, boîte, etc.). Si les sièges disponibles ne sont pas appropriés, précisez qu'il s'agit d'un facteur de risque.

Se tenir debout : Choisissez cette exigence lorsque le travailleur doit se tenir debout dans un espace clos sans possibilité d'alterner le positionnement des pieds.

Marcher : Cette activité physique a deux catégories, soit la marche sur un terrain égal et celle sur un terrain inégal. Il faut tenir compte de ce détail important en élaborant le plan de retour au travail d'un travailleur atteint d'une blessure à un membre inférieur ou au bas du dos.

Sur les pieds : Cette catégorie porte sur les tâches qui exigent que le travailleur reste debout pendant une courte période tout en alternant avec la marche.

Se tordre : Faites attention lorsque vous choisissez cette exigence. Pour qu'il s'agisse d'un mouvement de torsion, les pieds du travailleur doivent demeurer immobiles lorsqu'il tord la partie supérieure du torse pour effectuer une tâche. Si le travailleur a l'espace nécessaire pour placer ses pieds dans le sens de la tâche, il peut éviter de se tordre.

Se plier / Se pencher : Déterminez si le travailleur doit se plier / se pencher. Une éducation sur la bonne mécanique corporelle pourrait réduire l'exigence physique. Le travailleur n'a parfois d'autre choix que de se plier ou de se pencher, par exemple lorsqu'il vide un chariot à linge.

S'accroupir : Déterminez si la tâche peut être effectuée de façon à minimiser la pression exercée sur le bas du dos. Parlez aux travailleurs, observez leurs mouvements et analysez la tâche pour déterminer les exigences physiques nécessaires.

S'agenouiller : Indiquez si le travailleur doit se mettre sur un genou ou les deux.

Ramper : Le travailleur pourrait avoir à ramper pour de courtes périodes s'il doit effectuer des tâches de nettoyage ou de charpenterie, etc.

Étendre les bras : Cette exigence est divisée en quatre positions distinctes : extension vers l'avant, au-dessus de la tête, sur le côté et de l'autre côté du corps. Indiquez qu'il s'agit d'un facteur de risque si les extensions au-dessus de la tête et de l'autre côté du corps sont fréquentes. Vous pourriez faire des modifications au poste de travail ou repositionner le travailleur pour réduire le nombre d'extensions.

Équilibre : Choisissez cette exigence lorsque des travaux sont effectués au-dessus du sol, comme sur un échafaudage ou une échelle, ou dans toute autre situation où il faut maintenir l'équilibre, comme travailler dans un espace clos ou avec une posture malaisée.

Manipuler : La manutention a deux catégories : prise simple et prise ferme. La façon la plus facile de trouver la bonne catégorie est de déterminer s'il y a un risque pour le travailleur ou ses collègues dans les environs si le travailleur échappe le matériel ou l'outil manipulé. Des exemples d'une prise simple seraient de tenir une feuille de papier, un téléphone ou un stylo. Une prise ferme est nécessaire en travaillant avec des outils électriques ou pneumatiques, ou en transportant des produits fragiles ou matériaux lourds.

Manipuler avec précision : Choisissez cette exigence lorsque le travailleur contrôle des machines à l'aide de boutons, fait de l'entrée de données sur un clavier ou manipule de petits objets comme des médicaments.

Utiliser des commandes à pied : Choisissez cette exigence lorsque le travailleur fait fonctionner une courroie de convoyeur, remonte de l'équipement comme une chaise de coiffeuse ou conduit des véhicules.

Monter : Cette activité a deux catégories : monter une échelle ou un escalier. Modifiez le formulaire pour décrire d'autres activités où il faut monter, comme sur un échafaudage ou une grosse machine (buteur, chargeuse, grue, etc.).

EXEMPLE DE REGISTRE DE COMMUNICATION

Communications par : _____

Nom du travailleur : _____

Nom du superviseur : _____

Date prévue de retour au travail : _____

Date de la communication	Personne avec qui on a communiqué	Moyen de communication	Détails	Suivi nécessaire
Exemple Le 17 novembre 2019	Travailleur blessé à la maison	Téléphone	Demandé comment il allait et s'il avait besoin de quelque chose. Il a répondu : « Je vais bien et je n'ai rien besoin. » Je ferai un suivi dans quelques jours.	Communiquer avec le travailleur de nouveau entre le 20 et le 22 novembre.

EXEMPLE D'UN FORMULAIRE DE SUIVI POUR LE RETOUR AU TRAVAIL

Utilisez ce formulaire pour suivre les progrès du travailleur dans le cadre du plan de retour au travail.

Nom du travailleur : _____

Superviseur avant l'accident : _____

Superviseur pendant le travail modifié (s'il ne s'agit pas du même) : _____

Période d'examen : (du) _____ (au) _____

Heures travaillées (présence)

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Tâches attribuées (énumérez les tâches attribuées pendant la période d'examen)

Commentaires ou inquiétudes

Date de l'examen	Commentaires du travailleur	Commentaires de l'employeur	Autres commentaires (syndicat, ressources humaines, Travail sécuritaire NB)	Mesures prises

Le travail modifié ou le plan de retour au travail aide-t-il à atteindre les buts établis? Oui Non (Si non, veuillez expliquer.)

Avez-vous d'autres suggestions pour améliorer le plan?

Prochaines étapes (par exemple, réexaminer le plan actuel, poursuivre le plan, mettre fin au plan, but en matière de retour au travail atteint)

Date du suivi (au besoin) : _____

Signatures

Employeur : _____ Date : _____

Travailleur : _____ Date : _____

EXEMPLE D'UNE ÉVALUATION DU RETOUR AU TRAVAIL

Ce formulaire d'évaluation aidera l'entreprise à améliorer les plans de retour au travail à venir ainsi que son programme de retour au travail.

Question	Oui / Non / Sans objet	Commentaires ou suggestions
Le superviseur a-t-il maintenu des rapports avec le travailleur pendant la période où ce dernier ne pouvait pas travailler?		
Le plan de retour au travail a-t-il été préparé et mis en œuvre dans un délai raisonnable?		
Le travailleur a-t-il pris part à la détermination d'un travail convenable et à l'élaboration du plan de retour au travail?		
A-t-on tenu compte des capacités fonctionnelles du travailleur pour déterminer un travail convenable?		
Le travail attribué présente-t-il une valeur à l'entreprise?		
L'employeur et le travailleur ont-ils signé le plan et gardé une copie de ce dernier?		
Le plan de retour au travail a-t-il été surveillé périodiquement?		
Le plan de retour au travail a-t-il été modifié au besoin?		
A-t-on respecté le caractère confidentiel du plan de retour au travail? Tout renseignement confidentiel a-t-il été communiqué avec le consentement du travailleur?		
Les inquiétudes ou problèmes soulevés ont-ils été abordés dans un délai raisonnable?		
Les buts du plan de retour au travail ont-ils été atteints?		

Qu'est-ce qui s'est bien déroulé dans le cadre du processus et du programme de retour au travail?

Suggestions visant à améliorer le processus et le programme de retour au travail

Formulaire rempli par : _____ Date : _____

LISTE DE CONTRÔLE À L'INTENTION DES EMPLOYEURS

PRÉVENTION

- Assurer que mon lieu de travail satisfait aux exigences législatives en matière d'hygiène et de sécurité au travail.
- Dépasser les exigences législatives. Trois autres mesures en matière de prévention ou de mieux-être que je prendrai :
 - _____
 - _____
 - _____

POLITIQUE ET PROCÉDURE

- Élaborer une politique sur le plan de retour au travail (avec les employés, le comité mixte d'hygiène et de sécurité, ainsi que le syndicat, s'il y a lieu).
- Élaborer une procédure de retour au travail (avec les employés, le comité mixte d'hygiène et de sécurité, ainsi que le syndicat, s'il y a lieu).

ÉDUCATION ET PROMOTION

- Élaborer un élément d'apprentissage sur le retour au travail (y compris les valeurs, la politique et la procédure) qui sera intégré à l'orientation des nouveaux employés.
- Élaborer un élément d'apprentissage additionnel sur le retour au travail pour les superviseurs et les gestionnaires.
- Faire connaître aux employés les valeurs et les avantages du retour au travail périodiquement.
Je ferai la promotion des valeurs et des avantages du retour au travail des deux façons suivantes :
 - _____ QUAND / À QUELLE FRÉQUENCE? _____
 - _____ QUAND / À QUELLE FRÉQUENCE? _____

MEMBRES DE L'ÉQUIPE

- Connaître mon rôle et mes responsabilités relativement au retour au travail, ainsi que ceux des travailleurs, des fournisseurs de soins de santé et de Travail sécuritaire NB.
- Créer des liens avec les fournisseurs de soins de santé approuvés par Travail sécuritaire NB.
- Savoir comment l'équipe de retour au travail travaille ensemble.

COORDINATION

- Nommer un coordonnateur du programme de retour au travail.
- Assurer que le coordonnateur du programme de retour au travail a des connaissances et des compétences.
- Créer un modèle de plan de retour au travail.
- Être au courant de la note pour l'employeur dans le *Formulaire médical 8/10* (qui décrit les capacités du travailleur).

OPTIONS D'EMPLOIS CONVENABLES

- Faire une analyse des tâches pour chaque emploi.
- Élaborer des options de modification des tâches pour chaque emploi.
- Élaborer d'autres tâches modifiées pour chaque emploi.
- Fixer des dates pour l'examen annuel des trois activités susmentionnées.
- Adapter le tableau *Questions à se poser pour trouver des options pour un retour au travail rapide et sécuritaire* à mon lieu de travail.
- Bien connaître le tableau *Un travailleur a subi une blessure. Et maintenant?*
- Bien connaître le document *Lignes directrices pour un retour au travail rapide et sécuritaire (entorses / foulures)*.

SUIVI ET ÉVALUATION

- Élaborer un registre de communication pour le retour au travail.
- Élaborer un formulaire de suivi pour le retour au travail.
- Élaborer un formulaire d'évaluation du retour au travail.
- Fixer des dates pour l'examen annuel (ou des examens plus fréquents) de votre programme de retour au travail (y compris la formation, l'éducation, la promotion, les plans de retour au travail, le rôle de coordonnateur, les options d'emplois convenables, le suivi et l'évaluation).

TRAVAILLER

À SA SANTÉ