

LIGNES DIRECTRICES GÉNÉRALES

SUR LE RETOUR AU TRAVAIL

Remarque : Ces lignes directrices sont de nature générale et visent à fournir un cadre de base pour vous aider tout au long du processus de retour au travail.

- Les obligations légales spécifiques sont définies par la loi sur l'emploi, les droits de la personne, la santé et la sécurité et les accidents du travail qui s'applique à votre organisme : provinciale, territoriale ou fédérale, selon le cas. Il est important que l'employeur comprenne et respecte les bonnes exigences législatives.
- Les exemples de formulaires fournis ici constituent l'essentiel. Les instances externes impliquées dans une blessure ou la maladie d'un employé, par exemple les compagnies d'assurance invalidité et les commissions des accidents du travail, auront leurs propres formulaires spécifiques à remplir.
- Veuillez consulter vos politiques / votre loi en matière de santé et de sécurité pour les autres obligations spécifiques en cas de blessure ou de maladie liée au travail.
- Chaque situation de retour au travail est unique et doit être évaluée en fonction de circonstances spécifiques.
- En cas de doute, il est fortement conseillé de parler à un professionnel des ressources humaines et/ou à un(e) avocat(e) du travail.

Mieux vaut prévenir que guérir. - Benjamin Franklin

APERÇU

L'une des situations les plus difficiles en matière de ressources humaines consiste à traiter avec un(e) employé(e) qui est absent(e) du travail en raison d'une blessure ou d'une maladie, liée au travail ou non. Dans les deux cas, l'employeur a des obligations légales (droits de la personne, santé et sécurité, indemnisation des accidents du travail, selon le cas), y compris le retour au travail et les mesures d'adaptation. La pire chose à faire est de jouer à l'autruche : se mettre la tête dans le sable et espérer que le problème se règle tout seul (c'est rarement le cas). Chaque situation doit être évaluée et gérée selon ses propres mérites. Une planification réfléchie et une exécution diligente sont donc essentielles.

Un retour au travail rapide est bénéfique à la fois pour l'organisme et pour l'employé(e). Les recherches montrent que plus l'absence d'un(e) employé(e) est longue, plus il est difficile de revenir au travail. C'est là qu'une communication régulière, y compris des encouragements et des mises à jour sur le milieu de travail, devient importante dans le processus de retour au travail afin que l'employé(e) ne se sente pas isolé(e) et mal à l'aise de retourner dans un environnement qui pourrait avoir changé. Élaborer une politique de retour au travail et la communiquer à tous les employés est une bonne première étape. Les employés savent alors à quoi s'attendre s'ils sont incapables de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure qui nécessite une absence prolongée.

Clés de la réussite du processus de retour au travail :

1. Assurez-vous d'avoir en place une politique / procédure de retour au travail.
2. Si ce n'est pas le ou la superviseur(e) immédiat(e), nommez une personne au sein de l'organisme qui gèrera de manière vigilante et diligente l'ensemble du processus dès le départ. N'attendez pas que l'employé(e) communique avec vous quand il ou elle est prêt(e) à retourner au travail.
3. Collaborez dès le début avec la commission des accidents du travail ou la compagnie d'assurance invalidité, selon le cas. Ces parties externes traitent chaque jour avec des processus liés aux blessures, à la maladie et au retour au travail et sont d'excellents partenaires pour gérer avec succès les situations de retour au travail - si vous collaborez avec elles de manière sincère. Si votre organisme n'a pas d'assurance invalidité, ou si la maladie ou blessure n'est pas une question liée aux accidents de travail, vous avez tout de même des obligations en matière de retour au travail et de mesures d'adaptation.
4. Restez en contact avec l'employé(e) - respectueusement, sans être une nuisance. Dites-lui que vous souhaitez sincèrement l'aider à reprendre le travail rapidement et en toute sécurité, expliquez-lui le processus et son rôle.

5. Conservez une documentation détaillée à chaque étape du processus de retour au travail.
6. Assurez-vous de disposer des informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées.
7. Respectez la vie privée et la confidentialité. Les renseignements médicaux ne doivent être partagés que si cela est vraiment nécessaire et ils doivent rester confidentiels.
8. Suivez le processus jusqu'à la fin.

Tout le monde gagne quand un retour au travail est réussi.

EXEMPLE DE POLITIQUE DE RETOUR AU TRAVAIL

NOM DE L'EMPLOYEUR s'engage à créer un environnement de travail sécuritaire et sain. Un programme de retour au travail est une pratique exemplaire alliant une approche responsable en vue du retour d'employés malades ou blessés, tout en maintenant notre engagement de protéger la santé et le bien-être de tous les employés. Notre programme de retour au travail s'efforce d'aider les employés blessés ou malades à retourner rapidement et en toute sécurité à leurs tâches habituelles. Le processus de retour au travail commence immédiatement après la notification d'une blessure ou d'une maladie.

Dans le cas où un(e) employé(e) souffre d'une blessure ou d'une maladie, **NOM DE L'EMPLOYEUR** s'engage à prendre toutes les mesures raisonnables pour s'efforcer d'assurer le retour au travail sécuritaire et rapide de l'employé(e), incluant lui offrir un travail transitoire, alternatif ou modifié, dans la mesure du possible et selon les restrictions médicales. Dans la mesure du possible, il est prévu que l'employé(e) augmente la proportion des tâches qu'il effectuait avant la blessure / la maladie pendant le programme afin d'assurer un retour progressif au travail préalable à la blessure / maladie.

Le travail modifié est un moyen de s'adapter aux restrictions médicales d'un(e) employé(e) et représente un travail qui peut être effectué en toute sécurité par un employé dont les capacités sont diminuées à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Les personnes à qui des tâches modifiées ont été confiées ont tendance à reprendre leurs fonctions préalables à la blessure plus rapidement et avec moins de problèmes persistants. Une approche globale de l'adaptation qui reconnaît les circonstances uniques de chaque cas sera adoptée. Ceci peut inclure des modifications du travail préalable à la blessure, une affectation temporaire à un autre travail ou une modification des heures de travail. Les tâches modifiées / mesures d'adaptation seront déterminées au cas par cas et doivent être significatives, productives et utiles pour l'organisme. **NOM DE L'EMPLOYEUR** tentera d'assigner tous les employés en fonction des recommandations de leur médecin. Toutefois, il ne sera peut-être pas toujours possible d'offrir un travail modifié et / ou de fournir des mesures d'adaptation.

Notre retour au travail ne peut être réussi que si toutes les parties y participent pleinement. C'est pourquoi cette politique s'applique à tous les employés de l'organisme. **NOM DE L'EMPLOYEUR** travaillera en collaboration avec les employés qui sont incapables d'accomplir leur travail habituel

en raison d'une blessure ou d'une maladie afin d'essayer d'identifier le travail approprié et d'élaborer des plans de retour au travail personnalisés en fonction des informations sur les capacités fonctionnelles fournies par les prestataires de soins de santé. Les employés blessés ou malades doivent coopérer avec le processus de retour au travail. Les collègues devraient soutenir et encourager les employés participant au programme de retour au travail.

EXEMPLE DE PROCÉDURES DE RETOUR AU TRAVAIL

(Cet exemple suppose que le ou la supérieur(e) immédiat(e) gérera l'ensemble du processus. Si ce n'est pas le cas, remplacez « supérieur(e) immédiat(e) » par coordonnateur(trice) du retour au travail / RH / autre intitulé de poste)

Communiquez

1. Si une blessure ou une maladie entraîne une absence du travail, l'employé(e) contactera le ou la supérieur(e) immédiat(e) pour l'informer de la durée de l'absence prévue et pour commencer à discuter du retour au travail et de toute mesure d'adaptation qui pourrait être nécessaire à son retour.
2. Le ou la superviseur(e) restera en contact avec l'employé(e) chaque semaine et/ou à des intervalles appropriés. L'employé(e) est tenu(e) d'informer le ou la superviseur(e) de tout changement dans son état de santé.
3. L'employé(e) et le ou la superviseur(e) sont responsables, au besoin, de maintenir le contact avec toute instance externe pouvant aussi être impliquée, tel qu'un fournisseur d'assurance invalidité ou une commission des accidents du travail, et de fournir la documentation nécessaire.

Recueillez des informations

4. Le ou la superviseur(e) doit créer un dossier qui contiendra des notes détaillées de toutes les conversations, rencontres, demandes, recherches, décisions, concernant le cas, ainsi que toute correspondance avec les employés, les spécialistes de la santé et les autres intervenants.
5. La description de poste de l'employé(e) doit être révisée pour s'assurer qu'elle est à jour, ou créée si elle n'existe pas, et contenir suffisamment d'informations pour aider l'évaluation d'un professionnel de la santé concernant le retour au travail d'un(e) employé(e), avec ou sans tâches modifiées ou mesures d'adaptation.
6. Le ou la superviseur(e) doit s'assurer que l'employé(e) reçoit une lettre de retour au travail et un formulaire de consentement, un formulaire de détermination des capacités fonctionnelles (DCF) et sa description de poste à présenter à son médecin afin de lui demander des informations sur sa capacité de reprendre le travail, soit le travail préalable à la blessure / maladie ou des tâches modifiées, le cas échéant.
 - L'autorisation médicale écrite du médecin de l'employé(e) est requise **avant** que la personne ne retourne au travail, que ce soit à son travail initial ou à des tâches modifiées. Cela est nécessaire pour assurer la sécurité de l'employé(e) blessé(e) / malade ainsi que la sécurité des autres employés.

Évaluez la situation et les options

7. Sur réception d'un formulaire de détermination des capacités fonctionnelles dûment rempli, le ou la superviseur(e) comparera le formulaire DCF aux exigences du travail préalable à la maladie / blessure.
 - Si l'employé(e) est jugé(e) apte à retourner au travail sans aucune restriction de la part du médecin, il / elle doit reprendre le travail préalable à la blessure / maladie.
 - Si le ou la médecin de l'employé(e) a souligné une ou des restrictions spécifiques concernant la capacité à travailler de l'employé(e), le ou la superviseur(e) explorera les options de mesures d'adaptation disponibles qui correspondent aux renseignements médicaux fournis, tout en étant logiques pour l'organisme. Les mesures d'adaptation ne servent pas à satisfaire les goûts ou préférences d'un(e) employé(e). Les employeurs ont l'obligation de prendre des mesures d'adaptation jusqu'au point de la contrainte excessive qui peut être un seuil exigeant. Discutez d'abord de tout refus de mesures d'adaptation avec un(e) conseiller(ère) ou un(e) avocat(e).

Élaborez un plan de retour au travail

8. Quand l'employé(e) est apte à retourner au travail avec des modifications / mesures d'adaptation, comme l'a confirmé le ou la médecin traitant, le ou la superviseur(e) et l'employé(e) doivent discuter des modifications / mesures d'adaptation et, si possible, élaborer ensemble un plan de retour au travail.
9. Le ou la superviseur(e) fera une offre de travail modifié et un plan de retour au travail par écrit que l'employé(e) pourra examiner et signer, indiquant que les restrictions nécessaires sont respectées et précisant le nombre de semaines, les heures de travail, toute mesure d'adaptation, les dates de révision et toute autre information pertinente.
10. L'employé(e) a l'obligation de participer activement au processus de retour au travail.

Mettez en œuvre le plan de retour au travail

11. Le ou la superviseur(e) rencontrera l'employé(e) le premier jour de son retour au travail pour l'accueillir, examiner à nouveau le plan de retour au travail et répondre à toutes les questions que l'employé(e) pourrait avoir.
12. Le ou la superviseur(e) surveillera l'efficacité du plan de retour au travail en communiquant avec l'employé(e) au moins une fois par semaine pour comparer son progrès au plan de retour au travail et apporter les modifications raisonnables au besoin et, le cas échéant, selon les recommandations du médecin de l'employé(e).

13. La durée du plan de retour au travail dépendra des circonstances. Des prolongations peuvent être fournies quand l'avis médical le justifie.

RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DES EMPLOYEURS ET DES EMPLOYÉS

(Ceci est une liste abrégée et non exhaustive)

Responsabilités de l'employé(e)

- ⇒ Signaler le plus rapidement possible toute blessure / maladie au supérieur immédiat.
- ⇒ Coopérer et participer pleinement au processus de retour au travail.
- ⇒ Obtenir et remplir tous les documents nécessaires.
- ⇒ Maintenir un contact régulier avec le ou la supérieur(e) immédiat(e), dès le début de la maladie / blessure et pendant toute la période de rétablissement. Au minimum, sauf circonstances atténuantes, l'employé(e) doit appeler chaque semaine pour informer le ou la superviseur(e) de son progrès et de tout changement.
- ⇒ Informer le ou la médecin traitant du programme de retour au travail et des possibilités de tâches modifiées / mesures d'adaptation.
- ⇒ Fournir au ou à la médecin traitant le formulaire de détermination des capacités fonctionnelles (DCF), la description de poste et son consentement à communiquer le formulaire DCF dûment rempli à son employeur afin que le ou la médecin puisse clarifier les restrictions en matière de santé et décrire le type de modifications / mesures d'adaptation qui seraient le plus efficaces pour faciliter le retour au travail de l'employé(e).
- ⇒ Retourner le plus rapidement possible au ou à la superviseur(e) immédiat(e) le formulaire DCF rempli par le ou la médecin traitant.
- ⇒ Laisser à l'employeur un délai raisonnable pour examiner le formulaire DCF et/ou pour répondre aux demandes de mesures d'adaptation.
- ⇒ Participer aux discussions sur les solutions possibles de modifications / mesures d'adaptation, envisager toute option raisonnable proposée par l'employeur et, si possible, participer à l'élaboration d'un plan de retour au travail spécifique.
- ⇒ S'efforcer de répondre aux attentes définies dans le plan de retour au travail une fois que les modifications / mesures d'adaptation sont fournies.
- ⇒ Communiquer avec le ou la supérieur(e) immédiat(e) de manière continue pendant le processus de retour au travail, y compris en cas de difficultés ou de préoccupations concernant les tâches ou les mesures d'adaptation fournies, et l'informer quand son état s'améliore / change.

Responsabilités de l'employeur

- ⇒ Répondre rapidement à la notification de maladie ou de blessure de l'employé(e).
- ⇒ Rester en contact régulier avec l'employé(e) pendant son absence du travail.
- ⇒ S'assurer que l'employé(e) est au courant de la politique / du processus de retour au travail.
- ⇒ Prendre des notes et tenir un registre de toutes les discussions et de toutes les questions liées à la blessure / maladie et au retour au travail et s'assurer que les documents nécessaires sont remplis et soumis à temps.
- ⇒ Fournir à l'employé(e) une lettre de retour au travail et un formulaire de consentement, un formulaire de détermination des capacités fonctionnelles (DCF) et sa description de poste à présenter à son médecin.
- ⇒ Conserver tout renseignement médical reçu de manière confidentielle.
- ⇒ Communiquer avec les instances externes qui peuvent également être impliquées, comme le fournisseur d'assurance invalidité ou la commission des accidents du travail, selon le cas.
- ⇒ Examiner les renseignements médicaux et les informations sur les capacités fonctionnelles pour évaluer et étudier les options de travail modifié / mesures d'adaptation, si possible et si nécessaire.
- ⇒ Si nécessaire, demander plus de temps pour évaluer les demandes de mesures d'adaptation quand le préavis est court et / ou des informations supplémentaires si les demandes suscitent des préoccupations.
- ⇒ Travailler avec l'employé(e) pour discuter et concevoir le plan de retour au travail, dans la mesure du possible.
- ⇒ Formaliser le plan de retour au travail par écrit avec l'employé(e).
- ⇒ Rencontrer régulièrement l'employé(e) pendant le retour au travail pour suivre les progrès et répondre à toute préoccupation de celui-ci et apporter les modifications, le cas échéant et avec attestation médicale si nécessaire.
- ⇒ Si nécessaire, demander conseil à tout moment pendant le processus.

EXEMPLE DE LETTRE DE RETOUR DE TRAVAIL À UN(E) EMPLOYÉ(E)

DATE

NOM
ADRESSE
VILLE, PROVINCE, CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

Cher / Chère NOM DE L'EMPLOYÉ(E) :

Nous sommes désolés d'apprendre votre **maladie / blessure** et nous vous souhaitons un prompt rétablissement. Nous attendons avec impatience votre retour à un emploi actif et nous nous engageons à essayer de vous fournir un travail de transition et / ou un travail modifié afin de tenir compte de votre **maladie / blessure**. Nous comprenons nos obligations et sommes convaincus que le fait de fournir un travail approprié pour répondre à vos capacités pendant le processus de guérison de votre **blessure / maladie** est la méthode la plus positive pour assurer une réadaptation réussie et un retour au travail en toute sécurité.

Afin de nous adapter à toute restriction que vous pourriez avoir, nous demandons à votre professionnel de la santé traitant de remplir un formulaire de détermination des capacités fonctionnelles (DCF). À cette fin, nous avons joint à cette lettre un formulaire de détermination des capacités fonctionnelles et une description de poste que vous pourrez apporter à votre médecin. Nous avons également joint une lettre d'explication à l'intention du médecin dans laquelle nous vous demandons de signer votre consentement à ce que le ou la médecin nous transmette le formulaire DCF dûment rempli. Le formulaire DCF nous aidera à évaluer vos capacités à retourner au travail et à déterminer si nous avons du travail approprié disponible. Le cas échéant, un plan de retour au travail sera ensuite élaboré et vous sera fourni.

Veuillez nous retourner le formulaire de détermination des capacités fonctionnelles dûment rempli immédiatement après votre visite chez votre médecin. Nous apprécierions que ce formulaire nous soit retourné au plus tard le **DATE**. Si votre médecin facture des frais pour avoir rempli le formulaire DCF, veuillez envoyer cette facture à **NOM DE L'EMPLOYEUR** pour obtenir un remboursement.

Nous vous rappelons aimablement que, pendant ce processus, vous avez l'obligation de rester en contact avec nous régulièrement et de coopérer avec notre programme de retour au travail.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à m'appeler au **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE**.

Sincèrement,

NOM
Poste

EXEMPLE DE LETTRE À UN(E) PROFESSIONNEL(LE) DES SOINS DE SANTÉ

DATE

<NOM DU MÉDECIN>
<ADRESSE DU MÉDECIN>

Concernant : **NOM DE L'EMPLOYÉ(E)**

Cher / Chère Docteur(e) :

NOM DE L'EMPLOYEUR s'engage au bon retour au travail des employés blessés ou malades, que ce soit leur travail préalable à la blessure / maladie ou un travail modifié transitoire à la suite d'une blessure ou d'une maladie. Pour nous assurer que l'employé(e) est en mesure de retourner au travail en toute sécurité et le plus rapidement possible, nous demandons que le formulaire de détermination des capacités fonctionnelles suivant soit rempli afin de nous fournir des informations sur les capacités actuelles de l'employé(e). Nous avons aussi inclus la description de travail de l'employé(e) à titre de référence.

Dans la mesure du possible, nous tenterons d'adapter le travail aux restrictions médicales de **NOM DE L'EMPLOYÉ(E)**, y compris d'éventuelles modifications (temporaires) de ses tâches et / ou de ses heures de travail habituelles, si nécessaire.

Si vous souhaitez obtenir des informations ou des éclaircissements supplémentaires, n'hésitez pas à me contacter au **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE**.

La signature de l'employé(e) ci-dessous confirme son consentement à ce que vous partagiez ces informations avec nous.

Sincèrement,

Nom
Poste

Pièces jointes : Formulaire de détermination des capacités fonctionnelles et description de poste.

.....

Consentement de l'employé(e) / du ou de la patient(e)
à la divulgation d'informations sur les capacités fonctionnelles

Je _____ (imprimer le nom de l'employé(e)) autorise tout(e) professionnel(le) de la santé qui me soigne à fournir à mon employeur (**NOM DE L'EMPLOYEUR**) et, le cas échéant, au fournisseur d'assurance et / ou à la commission des accidents du travail, des informations sur mes capacités fonctionnelles et sur les limites / restrictions affectant ma capacité à retourner au travail tel qu'indiqué dans le formulaire de détermination des capacités fonctionnelles ci-joint.

Signature de l'employé(e) / du ou de la patient(e)

Date

**EXEMPLE DE FORMULAIRE DE DÉTERMINATION DES COMPÉTENCES
FONCTIONNELLES - INFORMATIONS SUR LE RETOUR AU TRAVAIL**

NOM DE L'EMPLOYÉ(E) : _____ NOM DU MÉDECIN : _____

	Aucune restriction	Restrictions requises	Lignes directrices spécifiques
1. MOUVEMENT			
a) Marcher			
b) Se lever			
c) S'asseoir			
d) Monter			
e) S'agenouiller			
f) Se pencher			
g) Pousser / Tirer			
h) Se tordre			
j) Autre			
2. SOULEVER DES OBJETS			
a) Au-dessus du niveau de la poitrine			
b) Sous les genoux			
c) Limites de poids			Peut soulever jusqu'à ____ kg / lb.
d) Transporter			
e) Autre			
3. UTILISATION DES MEMBRES SUPÉRIEURS			
Côté causant des problèmes : D G			
a) Mouvement au-dessus de l'épaule			
b) Saisir / mouvement de la main			
c) Utilisation répétée de _____			
4. AUTRE			
a) Attention / Concentration			

b) Capacité à effectuer plusieurs tâches			
c) Communication			
d) Organisation / planification			
e) Capacité à conduire / à utiliser des équipements potentiellement dangereux en toute sécurité			
f) Autres facteurs / problèmes qui affecteront son travail? Veuillez les décrire.			

5. Capacité du ou de la patient(e) à retourner au travail (COCHER UNE CASE SEULEMENT) :

- Capable de retourner au travail immédiatement sans restrictions.
- Incapable de participer à toute forme de travail, y compris des tâches modifiées pendant : _____ jours ou _____ semaines.
- Capable de reprendre des tâches modifiées :
- i. Durée des restrictions : _____ jours _____ semaines
 - ii. Heures de travail recommandées : __ Temps plein ____ Modifiées ____ Graduelles
 - iii. Autres commentaires concernant : les recommandations, les restrictions, les mesures d'adaptation, les effets des médicaments, les délais pour l'augmentation des tâches en vue du retour de l'employé(e) à son poste complet préalable à la blessure / la maladie, autres :

6. Prévoit-on une récupération complète? _____ Oui _____ Non _____ Incertain

- i. Si « Oui », quand prévoyez-vous un retour complet au travail de l'employé(e) préalable à sa blessure / maladie?**

7. Prochain rendez-vous : _____

Nom du médecin (veuillez imprimer)

Date

Signature du médecin

Numéro de téléphone

Adresse : _____

EXEMPLE DE LETTRE D'OFFRE DE TRAVAIL MODIFIÉ ET DE PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

NOM DE L'EMPLOYÉ(E)

Cher / Chère employé(e) :

Nous attendons avec impatience votre retour à un emploi actif. Dans ce document, nous vous fournissons un plan de retour au travail adapté à votre maladie / blessure afin de faciliter votre retour en toute sécurité. Les deux parties devraient coopérer à la mise en œuvre de ce plan et communiquer entre elles afin de parvenir à un résultat positif.

Tel que discuté lors de notre rencontre le _____, nous reconnaissons vos restrictions médicales actuelles :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

et consentons à fournir les mesures d'adaptation temporaires suivantes en fonction de ces restrictions :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Date de début : _____ Heures de travail : _____

Date de révision : _____ Autre : _____

Vous devez faire tout votre possible pour vous présenter au travail. Si vous ne pouvez pas le faire, vous devez en informer immédiatement votre superviseur.

Nous reconnaissons qu'un plan de retour au travail peut impliquer un processus continu d'essais et d'évaluation et que des modifications au plan peuvent s'avérer nécessaires. Si vous avez des préoccupations à quelque moment que ce soit, vous devez les signaler immédiatement afin que nous puissions travailler à les résoudre. Travailler ensemble assurera que votre retour au travail est sécuritaire, rapide et favorise votre rétablissement complet.

Merci de votre collaboration.

Nom
Poste

Je _____ (imprimer le nom de l'employé(e)),

accepte les tâches modifiées que mon employeur m'offre.

refuse les tâches modifiées que mon employeur m'offre.

(veuillez
cocher une
seule case)

Signature de l'employé(e)

Date