



Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

26-2 | 2024
Varia

La prévention intégrée au travail : une conceptualisation basée sur les perspectives des parties prenantes canadiennes

Integrative Prevention at Work: A Conceptualization based on the Perspectives of Canadian Stakeholders

La prevención integrada al trabajo: una conceptualización basada en las perspectivas de las partes interesadas canadienses

Lily Bellehumeur-Béchamp, Andrée-Anne Drolet, Marie-Ève Major, Valérie Lederer, Claude Vincent et Alexandra Lecours



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/pistes/8352>

DOI : 10.4000/12j7o

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Ce document vous est fourni par Université du Québec à Trois-Rivières



Référence électronique

Lily Bellehumeur-Béchamp, Andrée-Anne Drolet, Marie-Ève Major, Valérie Lederer, Claude Vincent et Alexandra Lecours, « La prévention intégrée au travail : une conceptualisation basée sur les perspectives des parties prenantes canadiennes », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 26-2 | 2024, mis en ligne le 30 septembre 2024, consulté le 23 octobre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/8352> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/12j7o>

Ce document a été généré automatiquement le 19 octobre 2024.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

La prévention intégrée au travail : une conceptualisation basée sur les perspectives des parties prenantes canadiennes

*Integrative Prevention at Work: A Conceptualization based on the Perspectives of
Canadian Stakeholders*

*La prevención integrada al trabajo: una conceptualización basada en las
perspectivas de las partes interesadas canadienses*

**Lily Bellehumeur-Béchamp, Andrée-Anne Drolet, Marie-Ève Major, Valérie
Lederer, Claude Vincent et Alexandra Lecours**

1. Introduction

- 1 La prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité prolongée au travail n'est pas un sujet nouveau, étant au cœur des intérêts de la communauté scientifique depuis plusieurs années (p. ex., Feuerstein, 1991; Van Oostrom et coll., 2009). Or, les statistiques témoignent encore de l'ampleur des enjeux associés aux lésions professionnelles et à l'incapacité au travail. Par exemple, une augmentation de 7,9% des dossiers d'accidents du travail et de 27,8% de ceux de maladies professionnelles a été observée au Québec (Canada) entre 2017 et 2021 (CNESST, 2022a). Cette augmentation atteste de la pertinence de poursuivre les efforts d'amélioration de la prévention en milieu de travail. Cette pertinence se justifie aussi par les coûts humains associés aux lésions professionnelles et à l'incapacité au travail (p. ex., souffrance, douleur) qui représentent 61% des frais totaux associés aux lésions professionnelles au Québec (Lebeau, 2015; Lebeau et coll. 2014). De plus, les conséquences financières liées à ce fléau représentent des coûts d'environ 5 milliards de dollars annuellement pour la province de Québec uniquement (Duguay et coll., 2017). Aux États-Unis, le montant

annuel moyen relié aux lésions professionnelles s'élève à 250 milliards de dollars (Leigh, 2011). D'autres études ont également mis en lumière les coûts élevés associés aux lésions professionnelles dans plusieurs autres pays, dont la Croatie, la Thaïlande, l'Italie, la Finlande et l'Allemagne. (Bađun, 2017; Thepaksorn et Pongpanich, 2014; Tompa et coll., 2021). Ces statistiques sont préoccupantes et reflètent l'idée que les conséquences des lésions professionnelles ne se limitent pas seulement à l'individu, mais concernent également les organisations de travail et la société en général. Devant l'ampleur du problème, les sociétés se mobilisent et investissent pour améliorer les pratiques de prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité au travail. Au Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) a accordé près de 3,5 millions de dollars en subventions pour encourager l'adoption de programmes de prévention dans les entreprises, et ce, seulement pour l'année 2022 (CNESST, 2023). Toujours en 2022, le gouvernement du Québec a débloqué un budget de plus de 2,4 millions de dollars pour améliorer la prévention des lésions professionnelles de type psychologique en milieu de travail (Gouvernement du Québec, 2023). Ces investissements démontrent l'engagement des instances gouvernementales à explorer de nouvelles approches préventives au sein des organisations québécoises.

- 2 Traditionnellement, la prévention en milieu de travail se manifeste par des actions visant à empêcher ou à diminuer le développement de lésions professionnelles ou encore l'aggravation et le maintien dans le temps de celles-ci (Vézina et coll, 2018). Une lésion professionnelle peut prendre la forme d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, qu'elle soit de nature physique ou psychologique (CNESST, 2022b). Les écrits scientifiques décrivent le continuum de la prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité prolongée au travail selon trois niveaux d'action : primaire, secondaire et tertiaire (OMS, 1948; Vézina et coll., 2018). La prévention primaire a pour but d'agir en amont de l'apparition d'une lésion professionnelle et concerne principalement l'environnement et l'organisation du travail (Tremblay-Boudreault et coll., 2011; Vézina et coll., 2018). Par exemple, la mise en place d'une politique contre le harcèlement pourrait représenter une façon de minimiser les risques de lésions professionnelles de nature psychologique. La prévention secondaire mise plutôt sur l'arrêt ou la diminution de la progression d'une lésion professionnelle avec la mise en place d'actions préventives auprès de l'individu (Tremblay-Boudreault et coll., 2011; Vézina et coll., 2018). Par exemple, offrir une formation sur la manutention de charges en vue de réduire les risques liés au travail manuel pourrait représenter une action de prévention secondaire pour les travailleurs, notamment en ce qui concerne les blessures au dos. Enfin, la prévention tertiaire a pour but de prévenir l'aggravation, la répétition ou la chronicisation d'une lésion professionnelle pour éviter l'incapacité prolongée au travail (Vézina et coll., 2018). Ce type de prévention pourrait s'illustrer par une intervention psychoéducatrice réalisée auprès d'un travailleur vivant un épuisement professionnel. Des auteurs ont aussi suggéré l'importance de ne pas négliger la promotion de la santé dans le continuum de prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité prolongée au travail (p. ex., Cooklin et coll., 2017; Sorensen et coll., 2013). L'OMS définit d'ailleurs la promotion de la santé comme les actions sociales et environnementales visant à permettre aux individus de maîtriser davantage leur santé et leur qualité de vie en leur donnant des moyens de l'améliorer (OMS, 2016). Des activités sportives organisées sur le lieu de travail représenteraient un exemple de promotion de la santé.

- 3 La gestion de la prévention en milieu de travail est un phénomène complexe. Les enjeux sociétaux récents, comme la pandémie de la COVID-19, le virage numérique ou encore la pénurie de la main-d'œuvre ont exacerbé certains risques professionnels. Ces risques comprennent la surcharge de travail liée au manque de personnel, les défis reliés au télétravail, ainsi que l'augmentation du stress et de l'anxiété (Diab-Bahman et Al-Enzi, 2020; Lecours et coll., 2022; Montreuil et Lippel, 2003; Salari et coll., 2020). Ces derniers peuvent être difficiles à gérer avec les moyens traditionnels de prévention. De plus, le fait que plusieurs parties prenantes soient impliquées dans le continuum de la prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité prolongée au travail ajoute à cette complexité. En effet, des auteurs font état du rôle des employeurs, travailleurs, professionnels de la santé, assureurs et du gouvernement (Franche et Krause, 2002; Johansson et coll., 2010; Larsson et Gard, 2003; Loisel et coll., 2001; Park et coll., 2012) dans ce processus. Or, les écrits scientifiques suggèrent que ces différentes parties prenantes sont surtout impliquées dans les actions liées à un niveau spécifique de prévention (p. ex. primaire), sans nécessairement considérer les autres (p. ex., tertiaire) (Tremblay-Boudreault et coll., 2011; Vézina et coll., 2018). Par exemple, les préventionnistes axent généralement leurs interventions sur la prévention primaire, en assurant que l'environnement soit sécuritaire, alors que les professionnels de la réadaptation œuvrent principalement en prévention tertiaire, en soutenant le travailleur dans le développement de stratégies favorisant un retour au travail après une période d'invalidité. Cette idée d'aborder la prévention en vase clos a été soulignée initialement par Vézina et ses collaborateurs (2018) qui ont relevé que les différentes parties prenantes mettent en place des actions qui concernent les trois niveaux de prévention, mais le font généralement de façon isolée, c'est-à-dire que chaque niveau est considéré de façon séparée et sans tenir compte des effets engendrés sur les autres niveaux. Ainsi, le cloisonnement des niveaux de prévention peut occasionner des difficultés de collaboration et de communication entre les acteurs et nuire aux efforts de prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité prolongée au travail (Calvet et coll., 2021; Vézina et coll., 2018). Pour illustrer les impacts découlant de la séparation des actions préventives et de l'absence de concertation entre les parties prenantes, Vézina et ses collaborateurs (2018) expliquent que, dans certains milieux organisationnels, des postes de travail de type « léger » sont parfois retirés du système de rotation afin d'accommoder uniquement des personnes en assignation temporaire (prévention tertiaire). Cela a comme conséquence d'exposer davantage l'ensemble des travailleurs aux risques découlant des postes « plus exigeants » puisque les bénéfices de la rotation des postes (prévention primaire) disparaissent.
- 4 Considérant cette complexité de la gestion de la prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité prolongée au travail, qui présente plusieurs défis perdurant dans le temps, il importe de trouver de nouvelles avenues pour l'aborder et la mettre en œuvre. La prévention intégrée au travail est un concept prometteur, mais émerge dans les écrits scientifiques. La première conceptualisation de la prévention intégrée a d'abord été proposée par les ergonomes, qui ont suggéré que « la prévention intégrée [...] suppose la gestion intégrée d'actions de prévention réalisées par les acteurs d'un milieu de travail. [...] la prévention intégrée vise la conception ou la transformation des situations de travail par des actions coordonnées de prévention menées par les acteurs du milieu de travail » (Vézina et coll., 2018). Toujours en ergonomie, une vision plus globale de la prévention intégrée a ensuite été proposée, en suggérant qu'elle relève de l'intégration des trois niveaux de prévention dans l'objectif de réduire les lésions

professionnelles et de contribuer au bien-être organisationnel en considérant la réalité des parties prenantes impliquées (Calvet et coll., 2021; Roquelaure, 2016). Des auteurs d'autres disciplines ont aussi écrit sur ce sujet. En santé publique, il est suggéré qu'une approche de prévention intégrée au travail est constituée, entre autres, d'une combinaison de la promotion et de la protection de la santé des travailleurs (Sorensen et coll., 2013). Dans le domaine de la médecine industrielle, on promeut plutôt l'idée d'intégrer les actions en prévention au travail avec les soins de santé et de réadaptation (Rudolph et coll., 2001). Le domaine des ressources humaines utilise cette approche comme moyen de reconnaître l'interrelation entre la santé de la main-d'œuvre et la productivité d'une organisation (Goetzel et coll., 2008). Dans les écrits en psychologie, la prévention intégrée est décrite comme permettant simultanément de prévenir les risques au travail, de promouvoir les forces et compétences des travailleurs et de gérer les problèmes de santé de la main-d'œuvre (LaMontagne et coll., 2019). La définition du concept de la prévention intégrée au travail comporte toutefois certaines limites. Notamment, les définitions varient selon les disciplines et peu d'information est actuellement disponible pour en comprendre certaines caractéristiques comme les antécédents (ou prérequis) à la mise en place du concept. Certains auteurs ont rapporté que ces limites rendent le concept difficilement opérationnalisable (Calvet et coll., 2014; Vézina et coll., 2018), ce qui en limite l'applicabilité réelle dans la pratique.

- 5 En somme, l'augmentation préoccupante des lésions professionnelles et des coûts y étant liés, de même que les transformations du travail qui en exacerbent les risques, requièrent des changements innovateurs dans la gestion de la prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité au travail. Reconnaissant la nécessité d'aller au-delà des façons traditionnelles d'aborder la prévention, des investissements monétaires ont été faits par les instances gouvernementales et des auteurs se sont penchés sur le développement de nouvelles avenues. La prévention intégrée au travail a le potentiel d'améliorer la gestion de la prévention en milieu de travail, mais des enjeux de clarté conceptuelle en limitent l'application. Afin de combler cette brèche, il importait d'abord de produire une conceptualisation de la prévention intégrée au travail qui unifie les diverses définitions et qui mette en exergue ses variables opérationnelles. Ce travail théorique a été réalisé par notre équipe de recherche.

2. Cadre théorique

- 6 Dans les dernières années, notre équipe a mené une étude d'analyse de concept (Walker et Avant, 2011) à partir d'une revue méta-narrative de la littérature incluant 20 manuscrits liés à la prévention intégrée au travail dans diverses disciplines et champs de connaissances (Lecours et coll., 2023). Ce travail de recherche et d'analyse documentaire a fait ressortir les attributs (c.-à-d., les variables permettant de reconnaître un concept dans la réalité), les antécédents (c.-à-d., les caractéristiques qui doivent être présentes avant qu'un concept puisse se manifester) et les conséquents (c.-à-d., les retombées) de la prévention intégrée au travail.
- 7 Ces travaux suggèrent que la prévention intégrée au travail se définit par l'actualisation de cinq attributs, soit :
- 8 1) **Coordination des trois niveaux de prévention.** Cet attribut signifie d'intégrer et d'organiser les trois niveaux de prévention (c.-à-d., primaire, secondaire et tertiaire),

puisque'une action menée à un niveau peut entraîner des retombées à d'autres niveaux (p. ex., l'adaptation d'un poste de travail peut aider un travailleur blessé ou non blessé).

- 9 2) **Intégration de la promotion de la santé à la prévention.** Cet attribut découle de l'idée que la prévention intégrée inclut également la promotion de comportements sains chez les travailleurs (p. ex., alimentation, activité physique), tant au travail que dans les autres sphères de leur vie.
- 10 3) **Compréhension commune du but.** Cet attribut implique que, malgré leurs domaines distincts, il importe que les parties prenantes (p. ex., gestionnaires, professionnels de la santé, assureurs, etc.) aient une compréhension commune du but de la prévention intégrée.
- 11 4) **Engagement des parties prenantes.** Cet attribut propose que chaque acteur comprenne et exécute adéquatement son rôle, tout en collaborant avec les autres, afin de faciliter la mise en œuvre d'actions de prévention respectant les divers domaines de compétences.
- 12 5) **Variété d'actions.** Cet attribut signifie qu'il importe d'offrir une variété d'actions préventives, telles que celles liées à l'environnement de travail ou la formation des travailleurs et des superviseurs.
- 13 La mise en place de ces attributs permettrait d'engendrer des conséquents positifs, comme 1) une réduction des lésions professionnelles, 2) une amélioration des habitudes de vie ou encore 3) une bonification des conditions de travail. Toutefois, pour que l'on puisse actualiser les attributs et générer les conséquents, des antécédents sont d'abord requis. Il est impératif que les personnes concernées aient accès à des ressources (p. ex., financières, temporelles, opérationnelles), b) qu'elles reconnaissent les bénéfices de la prévention intégrée et c) qu'elles aient la motivation requise pour s'engager dans un processus de changement. L'ensemble de ces attributs, conséquents et antécédents sont d'ailleurs intrinsèquement liés dans un processus de changement continu. Ces travaux, basés sur les écrits scientifiques, ont ainsi permis de mettre en lumière une définition opérationnelle et uniforme de la prévention intégrée au travail, qui servira de cadre théorique pour cette étude.
- 14 Malgré la richesse de cette conceptualisation théorique de la prévention intégrée au travail, il est possible qu'elle demeure incomplète en raison de la quantité limitée d'écrits portant sur ce sujet. Ainsi, l'ajout de données empiriques serait utile afin d'avoir accès à des informations supplémentaires quant au concept et pouvoir le raffiner (Asgari et coll., 2021; Hermanns et Mastel-Smith, 2012).
- 15 Ainsi, **l'objectif de cette étude est de raffiner la définition de la prévention intégrée au travail établie théoriquement, en considérant les perspectives des personnes exposées au concept.**

3. Méthodologie

3.1. Devis

- 16 Un devis descriptif interprétatif (Gallagher et Marceau, 2020; Hunt, 2009) a été utilisé pour structurer cette étude. Ce devis a été choisi puisqu'il permet d'explorer un phénomène (c.-à-d., la prévention intégrée au travail) à partir de la perspective des personnes, d'identifier les éléments qui le composent et d'examiner les liens entre

ceux-ci. De plus, certains auteurs ont suggéré que ce devis permet de produire une compréhension riche d'un phénomène à même son contexte naturel (Creswell et Poth, 2018; Denzin et Lincoln, 2018; Laperrrière, 1997), ce qui est pertinent en regard de l'objectif de la présente étude.

3.2. Participantes et participants

- 17 Des parties prenantes impliquées dans le continuum de la prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité prolongée au travail (Loisel et coll., 2001; Persoon et coll., 2019; Schwarz et coll., 2018) ont été recrutées, soit des 1) ergothérapeutes, 2) ergonomes, 3) préventionnistes, 4) gestionnaires et directeurs d'organisations de travail, 5) représentants en santé et sécurité au travail et 6) représentants syndicaux. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient avoir au moins deux années d'expérience dans leur travail qui les impliquent dans le continuum de la prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité prolongée au travail au Québec. Ils devaient aussi parler et comprendre le français. Une méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été utilisée pour recruter les participants et leur sélection a été basée sur une approche à variation maximale (Patton, 2002). Une attention particulière a été portée afin d'obtenir des participants avec divers profils, notamment en matière d'environnements de pratique, de niveaux de formations, d'âges, de sexes et d'années d'expérience. Les participants ont été sollicités par des annonces sur les médias sociaux, des recherches sur le web et par le réseau des membres de l'équipe de recherche. Concernant le nombre de participants à recruter dans le but de raffiner une conceptualisation théorique d'un concept, certains auteurs mettent de l'avant l'importance de la qualité des données obtenues dans les entrevues en rapport à leur quantité (p. ex., Jasemi et coll., 2017; Olive, 2003). Dans cette perspective, il est généralement considéré que trois à six entrevues peuvent être suffisantes (Olive, 2003). Toutefois, considérant le nombre de parties prenantes à représenter dans notre étude et pour assurer une compréhension approfondie des perspectives diversifiées, les entrevues se sont poursuivies jusqu'à l'atteinte d'une redondance dans les données collectées, indiquant ainsi l'atteinte de la saturation des données (Asgari et coll., 2021; Jasemi et coll., 2017; Rafii et coll., 2020; Tsimane et Downing, 2020). Au total, 12 participants, dont sept femmes et cinq hommes, ont pris part à l'étude. L'âge moyen des participants, qui provenaient de diverses régions du Québec (Canada), était de 42,67 ± 6,50 ans. Les parties prenantes représentées étaient des 1) ergothérapeutes, 2) ergonomes, 3) préventionnistes, 4) gestionnaires et directeurs d'organisations de travail, 5) représentants en santé et sécurité au travail (SST) et 6) représentants syndicaux. Deux tiers des participants ont rapporté travailler dans un milieu privé (8/12). Les participants détenaient presque tous une formation universitaire (11/12) et avaient une moyenne de 13 ans ± 8,95 d'expérience dans leur poste actuel.

3.3. Procédure

- 18 Des entrevues individuelles par vidéoconférence ont été menées à l'aide d'un guide d'entrevue validé lors d'un prétest auprès d'un individu respectant les critères d'inclusion retenus pour la sélection des participants. Les entrevues visaient à documenter les perspectives des participants sur les caractéristiques définissant le concept de la prévention intégrée au travail, afin d'en raffiner notre définition

(Schwartz-Barcott, 2000). En effet, plusieurs études ayant pour but d'approfondir la compréhension d'un concept ont utilisé des méthodes combinant l'analyse de données théoriques et empiriques (Castro et coll., 2019; Jasemi et coll., 2017; Sherriff et coll., 2014; Taleghani et coll., 2023). Suivant les recommandations de ces auteurs, nous avons d'abord établi une définition opérationnelle du concept en s'appuyant sur les écrits scientifiques existants. Par la suite, nous avons collecté les perspectives des personnes exposées au concept (Castro et coll., 2019; Jasemi et coll., 2017; Rafii et coll., 2020; Sherriff et coll., 2014; Taleghani et coll., 2023). Ainsi, une collecte de données auprès de personnes impliquées dans le continuum de la prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité au travail a permis d'ajouter une vision pratique plus représentative et réaliste du concept, tel qu'il est compris aujourd'hui dans les milieux de pratique. Pour faire cette collecte en concordance avec les écrits décrivant la méthode d'analyse de concept menée avec des données théoriques, puis empiriques (p. ex., Castro et coll., 2019; Rafii et coll., 2020; Schwartz-Barcott, 2000), nous avons fourni aux participants un document synthétisant notre conceptualisation théorique de la prévention intégrée au travail préalablement à l'entrevue (Sherriff et coll., 2014). Cette procédure permet d'assurer une compréhension initiale commune du concept par les participants. En se basant sur des études ayant une méthodologie similaire (p. ex., Asgari et coll., 2021; Morin et coll., 2001; Rafii et coll., 2020; Sherriff et coll., 2014), les questions d'entrevue ont porté sur quatre thèmes : 1) les connaissances générales en lien avec la prévention intégrée (p. ex., *Parlez-moi de comment vous concevez la prévention intégrée au travail? Quelle en est votre définition?*), 2) les attributs (p. ex., *Parlez-moi de ce qui caractérise la prévention intégrée? Comment peut-on concrètement faire de la prévention intégrée?*), 3) les antécédents (p. ex., *Parlez-moi des prérequis nécessaires pour faire de la prévention intégrée? Quelles sont les ressources requises?*), et 4) les conséquents (p. ex., *Selon vous, quelles sont les retombées de la prévention intégrée au travail? Pour les travailleurs? Pour l'entreprise? Pour la société?*). Pour terminer, une question générale permettant aux participants d'ajouter des précisions ou des éléments non abordés dans l'entrevue a été posée pour offrir une flexibilité et s'assurer d'avoir accès à l'ensemble des perspectives des participants sur le sujet (p. ex., *Avez-vous d'autres choses à ajouter en ce qui concentre la prévention intégrée au travail?*). Toutes les entrevues ont été réalisées en français et ont été enregistrées numériquement. La durée des entrevues variait entre 27 et 53 minutes, avec un temps moyen de 40 ± 13 minutes.

3.4. Analyses

- 19 Les enregistrements ont été transcrits sous forme de verbatim et une stratégie d'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2016) a été appliquée pour analyser l'ensemble du corpus de données. Un processus analytique en cinq étapes a été réalisé par deux membres de l'équipe de recherche : 1) des lectures répétées du corpus de données assurant un sentiment d'immersion des chercheurs; 2) un codage initial : des codes descriptifs ont été attribués aux unités de signification trouvées dans le corpus; 3) les unités de signification ont ensuite été transformées en expressions révélatrices des perspectives des participants; 4) la synthèse des expressions a permis l'organisation des données en une structure générale (les codes [niveau micro] ont été regroupés en catégories [niveau méso] et/ou en thèmes [niveau macro]). Étant donné les écrits scientifiques portant sur la définition d'un concept (Walker et coll. Avant, 2011), nous avons trois thèmes a priori (c.-à-d., attributs, antécédents et conséquents) et nous

avons également adopté une posture d'ouverture pour laisser d'autres thèmes émerger; 5) des allers-retours entre les données brutes et la structure générale ont permis la clarification et l'interprétation des données, tout en respectant la perspective des participants. Le logiciel QDA Miner 5 a été utilisé pour soutenir le processus d'analyse.

- 20 Les 12 entrevues ont été analysées indépendamment par deux membres de l'équipe de recherche, qui se rencontraient après l'analyse de chaque entrevue pour comparer leur codage et forger un consensus sur les codes et la structure. Un troisième membre de l'équipe de recherche vérifiait par la suite la version de la structure de codes générée par la combinaison du travail des deux analystes afin d'en assurer la cohérence. Cette procédure permet de réduire le risque de biais en empêchant le codage de refléter la perception d'une seule personne. Des discussions périodiques ont eu lieu avec les autres membres de l'équipe de recherche. Ce processus itératif a permis de créer différentes versions successives de la structure et s'est poursuivi jusqu'à ce que les membres de l'équipe de recherche aient convenu que les analyses représentaient les données le plus fidèlement possible.
- 21 L'étude a obtenu la certification éthique du Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale du CIUSSS de la Capitale-Nationale (2022-2326). Pour assurer la rigueur dans la communication des résultats de notre étude, cet article est rédigé selon les critères Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (O'Brien et coll., 2014).

4. Résultats

- 22 L'analyse des données a permis de faire émerger cinq attributs, trois antécédents et cinq conséquents qui définissent le concept de la prévention intégrée au travail, de même que des éléments contextuels à considérer. La figure 1 présente les résultats qui ont émané de l'analyse des données.
- 23 L'analyse des données a permis de faire émerger cinq attributs, trois antécédents et cinq conséquents qui définissent le concept de la prévention intégrée au travail, de même que des éléments contextuels à considérer. La figure 1 présente les résultats qui ont émané de l'analyse des données.



Figure 1. Attributs, antécédents, conséquents et facteurs contextuels liés à la prévention intégrée au travail

4.1. Attributs

- 24 L'attribut de **vision holistique de la santé (1)** implique une vision globale de la santé des personnes, au-delà du milieu de travail. Cela suggère que la prévention intégrée au travail permet de *promouvoir les saines habitudes de vie* dans le milieu de travail, mais aussi de favoriser un transfert de ces habitudes dans le quotidien des travailleurs, à l'extérieur du travail « que ce soit au niveau de l'alimentation, que ce soit de l'exercice physique, que ce soit des méthodes de travail » [P12]. Dans le contexte du travail, avoir une vision holistique de la santé passe notamment par le fait de *favoriser les comportements sains au travail*, comme le suggère cette participante : « Je m'attends à ce qu'elle [la personne] applique les recommandations en matière de posture [et qu'elle] modifie son environnement au besoin pour prévenir d'éventuelles blessures, mais aussi qu'elle fasse une bonne manutention des charges, peu importe la charge, peu importe l'environnement » [P07]. Cette vision globale, décrite par les participants, fait aussi référence au besoin de *prévenir les problématiques de santé mentale et de santé physique* dans une approche de prévention intégrée. Cela peut se justifier, entre autres, par le fait qu'« il y a beaucoup de problèmes physiques qui arrivent après qu'un employé soit moins bien disposé [sur le plan de la santé mentale] cette journée-là à effectuer son travail » [P06]. Ces deux types d'enjeux sont donc interreliés et doivent donc être abordés de façon intégrée, selon une vision holistique de la santé.
- 25 La **compréhension commune du but de la prévention intégrée (2)** fait référence à l'importance que les parties prenantes obtiennent un consensus sur l'objectif visé par l'approche de prévention, ainsi que sur les actions qui seront posées pour l'atteindre, malgré leurs champs d'expertise et leurs rôles distincts. Cela fait allusion au souhait « que tout le monde aille dans le même sens, qu'il y ait un consensus [...]. C'est que tout le monde s'entende qu'on s'en va vers ça [le but commun] » [P12]. En allant dans la même direction, il est plus facile pour les parties prenantes de mettre en place les moyens requis pour parvenir à l'objectif de façon efficiente.
- 26 Un autre attribut de la prévention intégrée au travail est le **la communication entre les parties prenantes (3)**. Pour que la communication soit optimale, il faut *favoriser les échanges* entre les personnes. La prévention intégrée au travail requiert que les informations circulent et que la communication soit efficace entre les parties prenantes impliquées auprès d'un même travailleur ou groupe de travailleurs, incluant les professionnels de la santé, les assureurs et les gens au sein de l'organisation de travail, dont les travailleurs eux-mêmes :
- « Il faut que l'employé comprenne vers quelle direction on va pour justement comprendre les prises de décisions [...]. Donc je pense que le rôle premier de l'employeur est justement de communiquer et de démystifier [les décisions concernant la prévention]. C'est de prendre le temps d'expliquer pourquoi on a pris ces décisions-là et voir le feedback » [P08].
- 27 Un autre volet indispensable à la communication dans le cadre de la prévention intégrée est la nécessité de *signaler les enjeux*. En effet, on vise que les parties prenantes « soient conscientes qu'aussitôt qu'elles voient un problème de santé et de sécurité,

qu'elles doivent le rapporter tout de suite, qu'elles ne le gardent pas pour elles, pour qu'on puisse le régler. Cela permet de l'identifier, et après de le régler » [P06].

- 28 La **collaboration entre les parties prenantes (4)** est, quant à elle, un élément au cœur de la prévention intégrée. La collaboration passe d'ailleurs par *l'engagement équitable et continu* entre les différents acteurs. Cet engagement doit être endossé par « l'employé de première ligne, jusqu'aux plus hautes sphères d'une entreprise » [P06]. En effet, dans une optique d'équité, « c'est tout le monde qui est orienté pour faire de la prévention en santé et sécurité au travail » [P06]. L'engagement équitable et continu est un principe important dans la collaboration, puisqu'il réfère également au sentiment d'être important et d'avoir un certain pouvoir d'agir dans son milieu :

« Ça [l'engagement], c'est un caractère primordial pour moi. C'est ça qui détermine le moteur qui fait bouger les choses. Et l'engagement des acteurs, le mot le dit, il faut que les gens sentent qu'ils sont acteurs aussi » [P08].

- 29 Un autre élément important à la collaboration entre les parties prenantes consiste à *favoriser une prise de décision partagée*, ce qui représente essentiellement « un dialogue où l'on prend les décisions ensemble. Une solution gagnante et qui n'est pas seulement dans l'intérêt d'une partie prenante ou d'une autre » [P08]. La décision partagée peut représenter un défi à l'intérieur de certaines organisations et apporter son lot de conséquences. Par exemple, « si les procédures ou les processus viennent juste de la direction [...] ça peut être déconnecté de la réalité [des travailleurs], ça peut même nuire; on peut même parfois empirer des choses, indirectement » [P09]. L'action de favoriser une prise de décision partagée peut parfois amener « des divergences d'opinions » [P12], mais elle implique essentiellement « que tout le monde ait la même grande voix » dans le processus de décision [P12].

- 30 Enfin, la **coordination des actions préventives (5)** ressort comme un élément important dans la conceptualisation de la prévention intégrée, puisqu'elle représente la façon dont les différentes actions préventives sont organisées dans un milieu de travail. C'est une pratique qui implique *d'agir simultanément sur les trois niveaux de prévention* en essayant de « relier, d'interconnecter les différents niveaux » [P05]. À cet effet, il semble important *d'intégrer une diversité d'actions préventives* dans les organisations. La diversité des actions peut toucher différents niveaux de prévention et être mise en place par différentes parties prenantes dans l'organisation. Notamment, une prévention intégrée « coordonnerait l'ensemble des actions des différents acteurs dans une approche qui est cohérente et qui est autant connue des employés, que du syndicat, que des différents niveaux hiérarchiques » [P11]. La coordination des actions préventives doit également se faire avec sensibilité; il est donc essentiel *d'agir en considérant les effets des actions* préventives, notamment sur les personnes impliquées. Dans certaines organisations où des mesures préventives sont instaurées, il peut être un défi d'arrimer les différentes actions afin qu'elles soient bénéfiques à tous :

« Il faut faire attention aux effets négatifs qu'on peut créer en adaptant un poste pour un travailleur X. Si l'on ne considère pas que ses collègues sont beaucoup plus grands ou beaucoup plus petits et qu'au final, ils l'utilisent plus que le travailleur pour qui j'ai été mandaté, alors, sans le savoir, je peux nuire à la prévention primaire pour d'autres travailleurs » [P05].

4.2. Antécédents

- 31 Un premier prérequis à la prévention intégrée au travail est la **disposition de l'organisation et des individus (a)**. Cette disposition passe, entre autres, par une *culture organisationnelle ouverte au changement* : « Ça nous prend aussi un milieu qui est ouvert [...] ce n'est pas dans tous les milieux, je pense, que la prévention est bien vue » [P04]. Les participants mentionnaient que cette culture au sein d'une organisation et de ses travailleurs rend possible l'implantation des initiatives de prévention intégrée. Cela nécessite « une ouverture de tous, que ce soit au niveau de l'employeur, que ce soit au niveau des employés. Une ouverture à changer des choses, des comportements, etc. » [P12]. Cette culture d'ouverture se caractérise par une volonté d'agir, une ouverture de dialogue et de la bienveillance au sein de l'organisation. De même, la disposition favorable inclut une *reconnaissance de l'importance de la prévention*. La prévention doit être vue comme indispensable : « Ce n'est pas toujours prioritaire dans les compagnies, je pense que c'est là où est l'erreur justement. Les priorités se changent, mais ça [la prévention] ne devrait pas être quelque chose qui se change » [P08]. Cette importance doit être vue de façon prioritaire et de façon continue : « Je pense qu'intégrer [la prévention], c'est vraiment dans le quotidien de chaque personne, c'est de toujours parler de sécurité, de penser sécurité. Il faut que ce soit la priorité numéro un, donc avant d'être performant, [il faut être sécuritaire] » [P10]. La disposition de l'organisation et des individus s'actualise également par le *leadership*, que ce soit d'un individu ou d'une organisation qui montre l'exemple des bonnes pratiques au sein du continuum de la prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité au travail, afin que les autres suivent dans cette démarche.
- 32 Il est également souhaitable d'avoir des entreprises modèles « qui sont innovatrices au niveau des ressources humaines, au niveau de cette flexibilité-là, au niveau du développement d'indicateurs peut-être aussi de la santé mentale des employés. Puis, de changer les paradigmes de gestion aussi et d'essayer de nouvelles façons » [P08].
- 33 Un autre aspect important dans la mise en place de la prévention intégrée consiste au développement des **connaissances et à la compréhension du contexte (b)**. En effet, dans l'optique de mettre en place des actions préventives, il faut avant tout posséder des *connaissances pertinentes* pour le faire. Ces connaissances peuvent, entre autres, porter sur les méthodes pour favoriser la santé au travail. Une des façons de développer ces connaissances se traduit par la méthode d'analyse comparative, soit le « benchmarking », c'est-à-dire « d'aller voir ailleurs ce qui se passe [...] quand on a une entreprise similaire à la nôtre et qu'on voit que ça fonctionne bien [sur le plan de la prévention]. Parfois, ça éveille un peu les gens à se dire : c'est possible de mettre en place des actions de prévention qui fonctionnent » [P12]. L'intégration des connaissances de certains professionnels peuvent d'ailleurs favoriser l'implantation d'actions préventives: « Je pense que nous [les professionnels de la santé] sommes mieux outillés avec nos connaissances, nous avons la connaissance de c'est quoi l'impact d'une blessure et nous avons aussi la connaissance de c'est quoi l'avantage de prévenir cette blessure-là » [P03]. Une autre façon de bonifier les connaissances liées à la prévention intégrée consiste à développer celles des parties prenantes concernant les droits et règlements, qui touchent autant l'organisation que les travailleurs. Certains participants ont mis en lumière que « beaucoup de personnes ne connaissent pas leurs droits en santé-sécurité, ni les obligations de l'employeur » [P01]. C'est un

apprentissage qui peut être fait de « bouche-à-oreille ou via quelqu'un qui a eu une expérience négative, puis là ils deviennent conscientisés de leurs droits » [P08]. Un autre aspect de cet antécédent de la prévention intégrée au travail est la *compréhension de la réalité du milieu de travail*. Il a été relevé que cette compréhension se développe par l'écoute de l'expérience vécue des travailleurs, les principaux concernés par les actions de prévention intégrée au travail : « Les travailleurs sont capables d'exprimer les enjeux [liés à la prévention dans leur milieu] et il faut valoriser ce savoir-là pour considérer les risques et les solutions » [P01]. Cette idée découle du fait qu'« au final, la personne qui se blesse, c'est souvent quelqu'un qui travaille sur le plancher. Puis, c'est de comprendre cette réalité-là, ce qui a causé cette problématique-là [...]. Ce n'est pas juste de faire des changements pour changer, mais c'est d'approfondir notre compréhension » [P08].

- 34 Enfin, la **relation entre les parties prenantes (c)** semble essentielle dans la mise en place de la prévention intégrée au travail. Pour le développement d'une relation de travail menant à l'intégration d'actions préventives, celle-ci doit d'abord être basée sur un *partage de valeurs communes entre les parties prenantes*. Plus spécifiquement, les valeurs qui incarnent l'entreprise doivent d'abord être concordantes avec celles du travailleur, mais elles doivent aussi être concrètement traduites en actions. Une participante nomme d'ailleurs que :

« Quand je parle de valeurs, quand une entreprise incarne des valeurs [...], il faut qu'elle les incarne vraiment. Ce ne sont pas juste de belles paroles pour sauver de l'argent. C'est qu'elle tient à ses employés et que c'est important qu'ils restent en santé [...]. Sinon, c'est ressenti que c'est juste pour sauver de l'argent » [P11].

- 35 Une autre façon d'établir une relation de travail menant au développement d'actions préventives est *l'établissement d'un lien de confiance entre les parties prenantes*. Un participant nomme, entre autres, que : « le monde doit créer un lien de confiance, [...] que c'est le premier prérequis » [P01]. La confiance doit également être entretenue à plusieurs niveaux, comme elle peut affecter plusieurs acteurs :

« Je dirais aussi que ça nécessite [...] un lien de confiance entre les niveaux hiérarchiques dans l'entreprise et entre les autres parties prenantes. Ça m'est déjà arrivé d'avoir été approchée par une entreprise où les diverses hiérarchies avaient établi un lien de confiance envers moi, mais puisqu'entre elles, il n'y avait pas de lien de confiance, cela a affecté le résultat » [P02].

4.3. Conséquents

- 36 À la suite de l'analyse des données, des conséquents qui découlent de la mise en place de la prévention intégrée au travail ont émergé. Il convient de noter que, contrairement aux attributs et aux antécédents, notre processus d'analyse a permis de comprendre que bons nombres de conséquents représentent des spéculations des participants sur ce que pourraient être les retombées de la prévention intégrée au travail, n'ayant pas toujours fait l'objet d'une démonstration formelle dans les milieux de travail. Il convient de garder cette information à l'esprit lors de l'interprétation de cette partie des résultats de l'étude.
- 37 **L'amélioration des processus (i)** est un conséquent qui pourrait être perçu sur le plan de l'entreprise et du travailleur. Il regroupe entre autres *l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre*. En effet, « s'il y a moins de blessures, bien il y a plus de monde qui va rester [dans l'entreprise]. De plus, la nouvelle génération [de travailleurs] veut des

bonnes conditions de travail, [...] des choses qui sont en lien avec ses valeurs, donc souvent ça l'attire. » [P02]. Dans le même ordre d'idées, *une meilleure réputation de l'organisation* serait remarquée à la suite de l'implantation de la prévention intégrée. Comme mentionné par un participant : « Ça protège aussi l'organisation au niveau de sa réputation, en plus de la faire rayonner » [P09]. La *facilitation du retour au travail* après une période d'absence a été nommée fréquemment comme retombée potentielle. On mentionne que : « Si l'environnement, l'organisation et les collègues sont déjà optimisés en matière de prévention, ça peut être très facilitant pour la réintégration [au travail]. Durant le processus de réadaptation, ça peut aider [le travailleur] à reprendre des capacités » [P05].

- 38 Les **bénéfices financiers (ii)** pourraient être perçus au niveau de la société, de l'organisation et des travailleurs. Pour ce qui est de la société : « Ça va coûter moins cher au niveau de la société, de façon générale. Si on a moins de blessures, il y a moins d'IRM [imagerie par résonance magnétique], il y aura moins de dépenses. Dans notre système à nous, où c'est gouvernemental, les examens médicaux sont payés par la société, donc c'est coûteux » [P03]. En outre, mettre en place de la prévention intégrée pour une organisation entraînerait « tellement de retombées positives et l'employeur va économiser des coûts énormes, autant pour son taux de cotisation à [l'assureur public], que pour des remplacements de maladies [...] » [P01]. Les travailleurs au sein d'une telle organisation pourraient bénéficier aussi de retombées positives à prévenir les lésions professionnelles potentielles, notamment en n'ayant pas de perte de revenus.
- 39 Une retombée perçue de la prévention intégrée est un **climat positif au travail (iii)**. Au sein d'une organisation, le *climat positif dans l'organisation* fait référence au fait que les employés « sentent qu'ils travaillent dans un milieu sain, un milieu sécuritaire » [P06]. Un climat positif au travail renvoie aussi au *sentiment positif en regard du travail* qui pourrait être ressenti par les travailleurs grâce aux actions de prévention intégrée. On peut y associer un sentiment de sécurité, de valorisation et de motivation au travail. Par exemple, un travailleur peut « être motivé et avoir un sentiment d'appartenance face à l'organisation » [P05].
- 40 La **diminution des risques et enjeux (iv)** pourrait également découler de l'instauration de la prévention intégrée. Sur le plan sociétal, cela pourrait se traduire par la *diminution d'enjeux sociétaux* actuels. Plus spécifiquement, la *diminution de la pénurie de main-d'œuvre* a été nommée comme retombée possible : « Si les employés ne se blessaient pas, s'ils n'étaient pas malades, c'est sûr qu'on ne serait pas autant en pénurie de main-d'œuvre » [P06]. La *diminution des préjugés en regard des travailleurs en période d'invalidité* semble également être une forme d'enjeu amélioré par la prévention intégrée. En effet, la représentation d'un travailleur blessé pourrait être modifiée avec des actions de prévention intégrée au travail puisqu'il y aurait « peut-être une meilleure vision de ce qu'est un travailleur blessé. Parce que la réalité quand une personne se blesse au travail, la vision c'est : 'bon encore, il a fait exprès ou il profite du système', ce qui n'est pas la majorité des cas » [P03]. La prévention intégrée au travail pourrait améliorer certains enjeux sociaux, mais pourrait également contribuer à la *diminution des enjeux légaux* dans les organisations, puisque « même au niveau légal, tu n'es pas à risque de poursuite parce que tu respectes les bonnes pratiques d'affaires » [P09]. Les comportements des travailleurs pourraient aussi être plus sécuritaires, entre autres, en misant sur la *diminution des risques* auxquels ils sont exposés : « Souvent,

quand on n'a pas peur de se blesser, on se met moins à risque de se blesser. Je trouve que c'est une retombée qui est hyper intéressante pour les travailleurs » [P03].

- 41 Enfin, le **maintien de la santé (v)** a été mis en lumière dans les conséquents possibles de la prévention intégrée au travail. La *santé sociétale* a notamment été relevée dans ce conséquent. Elle touche les travailleurs directement, mais également les personnes les entourant :

« Si les gens vont bien, si les gens se sentent professionnellement accomplis, nécessairement ça doit avoir une répercussion positive aussi sur leur vie familiale ou leur vie sociale. Assurément, quelqu'un qui s'accomplit professionnellement doit avoir des impacts positifs dans son entourage. Donc j'imagine qu'une société complète, heureuse, ça doit être encore plus plaisant » [P12]. Donc j'imagine qu'une société complète, heureuse, ça doit être encore plus plaisant ! » [P12].

- 42 Un autre élément intéressant concernant la retombée consiste au *maintien de la santé des travailleurs*. C'est une conséquence découlant « des actions qui sont mises en place dans l'organisation pour maintenir la santé, prévenir des blessures ou des accidents de travail ou des lésions professionnelles, tout simplement » [P04].

4.4. Contexte

- 43 La prévention intégrée au travail s'inscrit généralement dans un contexte qui valorise l'**objectif de favoriser le maintien de la santé (I)** par les parties prenantes. Certains participants nomment que le maintien de la santé est « central dans tout ce que je fais » [P05]. De surcroît, un autre participant souligne un lien fort entre le besoin de faire de la prévention intégrée pour maintenir la santé de la main-d'œuvre : « Le maintien de la santé au travail, pour nous, passe d'abord par la prévention, parce qu'il ne peut pas avoir de maintien [de la santé] si ton milieu de travail est toxique ou s'il y a des enjeux de santé-sécurité. Donc, pour nous, tout tourne autour [de ça] » [P01].

- 44 De plus, la prévention semblerait **s'inscrire dans un processus continu de changement (II)**, c'est-à-dire la mise en place d'actions préventives quotidiennes dans plusieurs opérations d'une organisation. Cela signifie de « s'assurer d'intégrer les éléments de santé et de sécurité dans l'ensemble des processus d'affaires. [...] Quand on parle d'intégrer cela dans les processus d'affaires, cela veut dire que chacun des acteurs, directement ou indirectement, a un rôle à jouer en matière de santé et de sécurité » [P09]. Ces processus doivent aussi témoigner d'un changement continu pour favoriser l'actualisation des interventions de prévention intégrée : « Donc, pour nous, c'est [la mise en place d'actions préventives intégrées dans] un cycle de discussions, de révision... » [P01]. La fréquence idéale des actions préventives est également abordée par un participant : « Pour ma part, la santé et sécurité au travail devrait être au quotidien, ça devrait être quelque chose, un réflexe, quelque chose qui est intégré à ta personne, à ton discours et non quelque chose que tu fais trois fois par semaine » [P12].

- 45 Enfin, l'**approche paritaire de la prévention (III)** a été soulevée comme étant un élément particulièrement important du contexte entourant la mise en place de la prévention intégrée. Un participant définit l'approche paritaire par « une représentation équivalente, autant de la part des employeurs que des travailleurs » [P01]. Plus spécifiquement, cette représentation doit être présente dans les groupes prenant des décisions concernant les mesures préventives : « Puis dans les comités de

santé-sécurité, c'est la même chose, donc c'est vraiment cette vision-là qu'on préconise, que ce soit paritaire » [P01].

5. Discussion

- 46 Cette étude contribue à l'avancement des connaissances selon trois idées principales : 1) l'interrelation entre la communication et la collaboration au sein de la prévention intégrée au travail, 2) le rôle clé de l'organisation en tant qu'antécédent de la prévention intégrée au travail, et 3) l'importance du contexte.

5.1. L'interrelation entre la communication et la collaboration

- 47 La communication et la collaboration, comme l'avaient précédemment soulevé Lecours et ses collaborateurs (2023), ont été identifiées comme des attributs de la prévention intégrée au travail. La présente étude permet ainsi de différencier ces concepts afin d'apporter certaines nuances et de mettre en lumière leur complémentarité en regard de la prévention intégrée au travail. Toutefois, ces deux attributs ne vont pas toujours de pair. Par exemple, certaines organisations peuvent implanter une communication efficace entre les acteurs, sans pour autant promouvoir ou optimiser la collaboration entre ces derniers. La communication et la collaboration ne sont pas non plus des attributs mutuellement exclusifs; les résultats de notre étude suggèrent qu'il existe certains recoupements. Par exemple, la communication pourrait être perçue comme une des différentes façons de collaborer dans un milieu de travail. L'action de communiquer lors d'un travail de collaboration est d'ailleurs à la base de la compréhension humaine ainsi que le transfert de connaissances dans un milieu organisationnel (Patel et coll., 2012). Bien que la distinction entre la communication et la collaboration ne soit pas toujours explicite dans les écrits (Hayes et Saleeb, 2016; Lecours et coll., 2023), il convient de souligner qu'elle revêt une importance pratique. En identifiant et en distinguant explicitement ces deux attributs du concept de la prévention intégrée au travail, il devient possible de reconnaître que la communication seule ne garantit pas nécessairement une collaboration efficace. Par exemple, un employé signalant à son gestionnaire un enjeu de sécurité dans l'organisation (communication) pourrait être exclu de la prise de décision en regard des actions envisagées afin de le résoudre (collaboration). Nos résultats suggèrent ainsi que la collaboration exige un engagement actif, une coordination des efforts et une volonté de travailler ensemble et de prendre des décisions de manière concertée. En comprenant cette distinction, il devient possible de mettre en place des mesures spécifiques pour aborder les éventuelles difficultés relationnelles et favoriser une collaboration authentique entre les différents acteurs de la prévention intégrée. À cet effet, il serait important d'apporter des nuances à cette conclusion puisque des auteurs reconnaissent l'influence des relations de pouvoir dans la qualité de la collaboration (Gaboury et coll., 2009). En effet, cette notion, se présentant parfois de manière subtile ou encore symbolique dans les processus de collaboration d'une organisation, peut aussi influencer les parties prenantes de façons différentes (p. ex., donner plus de responsabilités à une personne perçue comme plus compétente en raison de ses études ou la reconnaissance de son métier) (Gaboury et coll., 2009). Il est ainsi important de rester vigilant face à l'impact des relations de pouvoir, notamment sur la volonté de

s'engager dans un processus de collaboration ainsi qu'au sentiment d'aisance à signaler des enjeux de sécurité à un gestionnaire.

5.2. Le rôle clé de l'organisation en tant qu'antécédent de la prévention intégrée au travail

48 Nos résultats suggèrent que la disposition de l'organisation est primordiale pour mettre en place la prévention intégrée au travail. Cet antécédent englobe d'abord la reconnaissance des bienfaits de la prévention intégrée, ce qui est en accord avec les résultats d'études antérieures (Lecours et coll., 2022; Nelson et coll., 2015; Vézina et coll., 2018). La présente étude renchérit sur l'importance de la disposition de l'organisation, en suggérant que le leadership et la culture organisationnelle sont des éléments influençant la possibilité d'implanter une approche de prévention intégrée au travail. Dans les écrits scientifiques concernant la prévention des lésions professionnelles, le leadership a été associé à la gestion de divers enjeux, comme l'intimidation en milieu de travail (Hepworth et Towler, 2004; Kurtulmuş, 2020). Par exemple, le leadership charismatique permettrait entre autres une diminution des agressions rapportées en milieu de travail (Hepworth et Towler, 2004). Toutefois, peu d'auteurs se sont intéressés au leadership en contexte de prévention intégrée (Eriksson et coll., 2017). Nos résultats suggèrent pourtant son importance et nous croyons que des travaux de recherche doivent être entrepris pour en améliorer la compréhension. La culture organisationnelle fait, quant à elle, l'objet d'études en lien avec la prévention des lésions professionnelles, notamment en ce qui concerne les problématiques de santé mentale ainsi que la violence au travail (Handran, 2013; Hertzog et coll., 2008). Des auteurs ont fait ressortir que des éléments liés à la culture organisationnelle (p. ex., engagement au travail, valeurs) permettent de favoriser de meilleures connaissances, attitudes et pratiques préventives des employés (Sinkowitz-Cochran et coll., 2012). Nos résultats renforcent cette idée de l'importance que l'organisation adopte une culture ouverte face au changement et qu'elle valorise la prévention pour favoriser le succès de l'implantation d'une approche de prévention intégrée.

5.3. Importance du contexte

49 Les résultats de cette étude ont permis d'identifier trois éléments-clés du contexte qui doivent être présents afin de favoriser la mise en place des antécédents, l'actualisation des attributs et l'émergence des conséquents de la prévention intégrée au travail, ce qui a été peu abordé dans les écrits scientifiques ayant traité du concept (p. ex., Calvet et coll., 2021; Ouellette et coll., 2007; Vézina et coll., 2018). Certaines études nomment l'importance que les actions de prévention intégrée soient adaptées au contexte dans lequel elles sont réalisées (p. ex., Calvet et al., 2021; Lamontagne et coll., 2007; Roquelaure, 2016), mais fournissent peu de détails sur les aspects contextuels à privilégier. En précisant qu'il importe que l'implantation de la prévention intégrée au travail s'inscrive dans un contexte qui valorise le maintien de la santé, tout en s'inscrivant dans un processus continu de changement et une approche paritaire de la prévention, nos résultats apportent précisions et spécificités à ce contexte. D'autres travaux de recherche sont toutefois nécessaires pour approfondir cette notion de contexte, notamment pour clarifier l'influence des différents contextes sur la mise en place des approches de prévention intégrée au travail (c.-à-d., contexte du milieu de

travail, contexte du système de santé, contexte sociétal, etc.). Dans le même sens, les antécédents que nous avons identifiés appuient bien l'importance du contexte. En effet, le développement des connaissances et la compréhension du contexte sont nécessaires pour mettre en place les attributs de la prévention intégrée au travail. Cette importance du contexte est également rapportée dans des écrits connexes liés à la santé au travail. Par exemple, les résultats d'une étude portant sur des programmes de retour au travail de travailleurs ayant reçu un diagnostic de cancer suggèrent que des éléments du contexte permettent d'expliquer le succès ou l'échec des programmes (Tamminga et coll., 2019). Le contexte apporte également une nuance importante aux attributs du concept. Bien que certains attributs puissent avoir une connotation individualiste et comportementale (p. ex., favoriser les comportements sains au travail), il est essentiel d'interpréter les attributs en considérant le contexte plus large de la prévention intégrée. En effet, les approches de prévention intégrée suggèrent d'aller au-delà du niveau individuel pour inclure les responsabilités organisationnelles et sociétales dans tout le processus (Kirsten, 2010; Memish et al., 2017). Notamment, l'approche paritaire de la prévention implique qu'il faut octroyer du pouvoir à toutes les parties prenantes impliquées dans la prévention intégrée au travail. Considérant que le contexte est essentiel à considérer pour les interventions en santé et sécurité du travail (Baril-Gingras et coll., 2004; St-Vincent et coll., 2011), les résultats obtenus apportent une contribution à l'avancement des connaissances.

5.4. Forces et limites

- 50 Cette étude comporte plusieurs forces. Tout d'abord, les participants proviennent de divers secteurs d'activités, types d'organisations et emplois, ce qui permet une conceptualisation englobant un large éventail de perspectives provenant des principaux acteurs impliqués dans la prévention intégrée au travail. Cette approche contribue à une représentativité accrue des différentes réalités et expériences des travailleurs et des organisations, renforçant ainsi la validité externe des résultats obtenus. Il importe toutefois de considérer une surreprésentation des ergothérapeutes dans l'échantillon, ce qui pourrait avoir apporté une orientation disciplinaire à nos résultats. En outre, le processus d'analyse a été mené de manière systématique par deux membres de l'équipe de recherche, qui ont réalisé l'intégralité des étapes d'analyse. Des rencontres périodiques ont également eu lieu avec les autres membres de l'équipe de recherche, permettant une révision collective des résultats et une validation croisée. Ces forces méthodologiques contribuent à la robustesse de l'étude et à sa valeur en tant que contribution significative à la recherche sur la prévention intégrée au travail.
- 51 Toutefois, l'étude se déroule dans le contexte spécifique du Québec (Canada). Or, les enjeux liés à la santé et à la sécurité au travail et les approches préventives varient d'une région à l'autre. La diversité des cultures organisationnelles, des politiques de santé et de sécurité, des législations du travail et des systèmes de protection sociale peut ainsi influencer la manière dont la prévention intégrée au travail est conceptualisée et mise en œuvre. Les résultats de l'étude doivent donc être transférés à d'autres contextes avec prudence.
- 52 Enfin, la définition de la prévention intégrée au travail produite dans cette étude est celle qui reflète les connaissances actuelles. Il est essentiel de reconnaître que les

concepts évoluent au fil du temps, et il est donc envisageable que cette définition requière des ajustements ultérieurs.

6. Conclusion

- 53 Cette étude a permis de raffiner une conceptualisation théorique de la prévention intégrée au travail à l'aide des perspectives des parties prenantes impliquées dans le continuum de prévention des lésions professionnelles et de l'incapacité prolongée au travail. À l'aide d'un devis descriptif interprétatif, l'information provenant des 12 entrevues auprès de différentes parties prenantes a fait l'objet d'une analyse thématique. Les résultats de l'étude présentent des attributs, antécédents, conséquents et éléments liés au contexte qui offrent une conceptualisation représentative de la réalité. Les résultats mettent en lumière l'importance de retrouver les cinq attributs qui sont complémentaires les uns aux autres, ainsi que le rôle important des antécédents pour avoir une base solide qui favorise la prévention intégrée. Pour ce qui est des conséquents, ceux-ci émergent des perceptions de nos participants de ce qu'on pourrait observer à la suite de l'implantation d'une approche de prévention intégrée au travail. Enfin, la communication et la collaboration apparaissent comme des éléments-clés pour mettre en œuvre une approche de prévention intégrée au travail. Or, la nature de l'interrelation entre ces deux attributs du concept, ainsi des clarifications sur les moyens pour les actualiser (p. ex., registres de communication à utiliser, mécanismes de collaborations) seraient à explorer prochainement pour poursuivre l'approfondissement des connaissances sur ce concept.

BIBLIOGRAPHIE

- Asgari, P., Jackson, A. C., et Bahramnezhad, F. (2021). Adjustment to a new heart: Concept analysis using a hybrid model. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(2), 89-96. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_9_20
- Bađun, M. (2017). Costs of occupational injuries and illnesses in Croatia. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 68(1), 66-73. <https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2899>
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., et Brun, J.-Baril-Gingras, G., Bellemare, M., et coll. Brun, J.-P. (2004). *Intervention externe en santé et en sécurité du travail : un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires* (publication n° 2551224799). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/R-367.pdf>
- Calvet, B., Vézina, N., Laberge, M., Nastasia, I., Sultan-Taïeb, H., Toulouse, G., Rubiano, P., et Durand, M. J. (2021). Integrative prevention and coordinated action toward primary, secondary and tertiary prevention in workplaces: A scoping review. *Work*, 70(3), 1-16. <https://doi.org/10.3233/WOR-213609>

- Calvet, B., Vézina, N., Nastasia, I., Laberge, M., Rubiano, P., Sultan-Taïeb, H., Toulouse, G., et Durand, M. J. (2014, 7-9 octobre). *Perspective sur l'intégration de la prévention et de la réadaptation : qu'en est-il sur la pratique en ergonomie?* Diversité des interventions, diversité des populations : quels enjeux, quels défis pour l'ergonomie ? : 45^{ème} congrès annuel de l'Association canadienne d'ergonomie / ACE, Montréal.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Sermeus, W., et Vanhaecht, K. (2019). Patients' experiential knowledge and expertise in health care: A hybrid concept analysis. *Social Theory & Health*, 17, 307-330.
- CNESST. (2022a). *La CNESST en bref 2021*. Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/cnesst-en-bref.pdf>
- CNESST. (2022b). *Politique 1.02 : l'admissibilité de la lésion professionnelle [format électronique]*. Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/admissibilite-1-02.pdf>
- CNESST. (2023). *Plan stratégique 2024-2027*. Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail Retrieved from https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/dc200-1591-3_planstrategique2024-2027-cnesst_2023-10v9.pdf
- Cooklin, A., Joss, N., Husser, E., et Oldenburg, B. (2017). Integrated Approaches to Occupational Health and Safety: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion*, 31(5), 401-412. <https://doi.org/10.4278/ajhp.141027-lit-542>
- Creswell, J. W., et Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE.
- Denzin, N. K. et Lincoln, Y. S. (2018). *The Sage handbook of qualitative research* (5th ed.). Sage.
- Diab-Bahman, R., et Al-Enzi, A. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on conventional work settings. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(9/10), 909-927. <https://doi.org/10.1108/ijssp-07-2020-0262>
- Duguay, P., Boucher, A., Prud'homme, P., Busque, M.-A., et Lebeau, M. (2017). *Lésions professionnelles indemnifiées au Québec en 2010-2012 : profil statistique par industrie : catégorie professionnelle (Rapport n° R-963)*. Montréal : IRSST.
- Eriksson, A., Orvik, A., Strandmark, M., Nordsteien, A., et Torp, S. (2017). Management and leadership approaches to health promotion and sustainable workplaces: A scoping review. *Societies*, 7(2), 14. <https://doi.org/10.3390/soc7020014>
- Feuerstein, M. (1991). A multidisciplinary approach to the prevention, evaluation, and management of work disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1(1), 5-12. <https://doi.org/10.1007/bf01073276>
- Franche, R. L., et Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: Conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(4), 233-256. <https://doi.org/10.1023/A:1020270407044>
- Gaboury, I., Bujold, M., Boon, H., et Moher, D. (2009). Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science & Medicine*, 69(5), 707-715. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.048>
- Gallagher, F., et Marceau, M. (2020). La recherche descriptive interprétative. In M. Corbière et N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e ed., p. 5-32). Presses de l'Université du Québec.

- Goetzl, R. Z., Ozminkowski, R. J., Bowen, J., et Tabrizi, M. J. (2008). Employer integration of health promotion and health protection programs. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(2), 109-122. <https://doi.org/10.1108/17538350810893900>
- Gouvernement du Québec. (2023). *Partie 2 - Lois et règlements*. Gazette Officielle du Québec Retrieved from https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/gazette/pdf_encrypte/gaz_entiere/2315-F.pdf
- Handran, J. (2013). *Trauma-informed organizational culture : The prevention, reduction, and treatment of compassion fatigue* (Publication Number 3565513) [Doctoral dissertation, Colorado State University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Hayes, E., et Saleeb, N. (2016). *The virtual interactive relationship between BIM project teams: effective communication to aid collaboration in the design process*. International Congress of Architectural Technology, Alicante.
- Hepworth, W., et Towler, A. (2004). The effects of individual differences and charismatic leadership on workplace aggression. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(2), 176. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.9.2.176>
- Hermanns, M., et Mastel-Smith, B. (2012). Caregiving: A qualitative concept analysis. *Qualitative Report*, 17(38), 1-18. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1727>
- Hertzog, J. L., Wright, D., et Beat, D. (2008). There's a policy for that: A comparison of the organizational culture of workplaces reporting incidents of sexual harassment. *Behavior and Social Issues*, 17, 169-181. <https://doi.org/10.5210/bsi.v17i2.2175>
- Hunt, M. R. (2009). Strengths and challenges in the use of interpretive description: Reflections arising from a study of the moral experience of health professionals in humanitarian work. *Qualitative Health Research*, 19(9), 1284-1292. <https://doi.org/10.1177/1049732309344612>
- Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., et Keogh, B. (2017). A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian journal of palliative care*, 23(1), 71.
- Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., et Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services - A study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 213-224. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S14900>
- Kirsten, W. (2010). Making the link between health and productivity at the workplace--a global perspective. *Industrial Health*, 48(3), 251-255. <https://doi.org/10.2486/indhealth.48.251>
- Kurtuluş, B. E. (2020). Toxic leadership and workplace bullying: The role of followers and possible coping strategies. In S. Dhiman (Ed.), *The Palgrave Handbook of Workplace Well-Being* (p. 1-20). Palgrave Macmillan.
- Lamontagne, A. D., Keegel, T., et Vallance, D. (2007). Protecting and promoting mental health in the workplace: Developing a systems approach to job stress. *Health Promotion Journal of Australia*, 18(3), 221-228. <https://doi.org/10.1071/he07221>
- LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., Keegel, T., Allisey, A., Papas, A., Witt, K., et Smith, P. M. (2019). Developing an integrated approach to workplace mental health. In H. L. Hudson, J. A. S. Nigam, S. L. Sauter, L. C. Chosewood, A. L. Schill, J. Howard (Eds.), *Total worker health* (p. 211-227). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000149-013>

- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). G. Morin.
- Larsson, A., et Gard, G. (2003). How can the rehabilitation planning process at the workplace be improved? A qualitative study from employers' perspective. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(3), 169-181. <https://doi.org/10.1023/A:1024953218252>
- Lebeau, M. (2015). *Coût des lésions professionnelles*. (DS-013). IRSST Retrieved from <http://statistiques.irsst.qc.ca/documents/cout-niv-3.pdf>
- Lebeau, M., Duguay, P., et Boucher, A. (2014). Costs of occupational injuries and diseases in Québec. *Journal of safety research*, 50, 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2014.04.002>
- Lecours, A., Gilbert, M.-H., Boucher, N., et Vincent, C. (2022). The effects of teleworking in a pandemic context on the well-being of people with disabilities: A canadian qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10080-5>
- Lecours, A., Major, M., Lederer, V., Vincent, C., Lamontagne, M., et Drolet, A. A. (2023). Integrative prevention at work: A concept analysis and meta-narrative review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33(2), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10073-4>
- Leigh, J. P. (2011). Economic burden of occupational injury and illness in the United States. *The Milbank Quarterly*, 89(4), 728-772.
- Loisel, P. P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., et Tremblay, C. (2001). Disability prevention : New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360. <https://doi.org/10.2165/00115677-200109070-00001>
- Memish, K., Martin, A., Bartlett, L., Dawkins, S., et Sanderson, K. (2017). Workplace mental health: An international review of guidelines. *Preventive Medicine*, 101, 213-222. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.017>
- Montreuil, S., et Lippel, K. (2003). Telework and occupational health: a Quebec empirical study and regulatory implications. *Safety Science*, 41(4), 339-358. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(02\)00042-5](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(02)00042-5)
- Morin, P., St-Cyr-Tribble, D., de Wals, P., et Payette, H. (2001). Concept Analysis of Pregnancy Planning Drawn from Women of Childbearing Age. *Health Promotion Practice*, 2(3), 212-221. <https://doi.org/10.1177/152483990100200305>
- Nelson, C. C., Allen, J. D., McLellan, D., Pronk, N., et Davis, K. L. (2015). Integrating health promotion and occupational safety and health in manufacturing worksites: Perspectives of leaders in small-to-medium sized businesses. *Work*, 52(1), 169-176. <https://doi.org/10.3233/WOR-152038>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., et Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Olive, P. (2003). The holistic nursing care of patients with minor injuries attending the A&E department. *Accident and Emergency Nursing*, 11(1), 27-32.
- OMS. (1948). *Constitution*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

- OMS. (2016). *Qu'est-ce que la promotion de la santé?* Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion>
- Ouellette, V., Badii, M., Lockhart, K., et Yassi, A. (2007). Worker satisfaction with a workplace injury prevention and return-to-work program in a large Canadian hospital: the importance of an integrated approach. *Work*, 28(2), 175-181. <https://content.iospress.com/articles/work/wor00608>
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4th ed.). Armand Colin.
- Park, S. H., Yang, D. J., Shin, J. I., Park, S. J., Oh, H. W., Choi, E. M., Park, Y. H., Park, B. R., Park, M. S., et Yang, Y. A. (2012). Workplace accident prevention and improvement of work ability in an aging society. *Journal of Physical Therapy Science*, 24(1), 143-148. <https://doi.org/10.1589/jpts.24.143>
- Patel, H., Pettitt, M., et Wilson, J. R. (2012). Factors of collaborative working: A framework for a collaboration model. *Applied Ergonomics*, 43(1), 1-26. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2011.04.009>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Sage Publications.
- Persoon, S., Buffart, L. M., Chinapaw, M. J. M., Nollet, F., Frings-Dresen, M. H., Koning, S., Kersten, M. J., et Tamminga, S. J. (2019). Return to work experiences of patients treated with stem cell transplantation for a hematologic malignancy. *Supportive Care in Cancer*, 27(8), 2987-2997. <https://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4596-0>
- Rafii, F., Alinejad-Naeini, M., et Peyrovi, H. (2020). Maternal role attainment in mothers with term neonate: A hybrid concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(4), 304.
- Roquelaure, Y. (2016). Promoting a shared representation of workers' activities to improve integrated prevention of work-related musculoskeletal disorders. *Safety and Health at Work*, 7(2), 171-174. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2016.02.001>
- Rudolph, L., Deitchman, S., et Dervin, K. (2001). Integrating occupational health services and occupational prevention services. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(3), 307-318. <https://doi.org/10.1002/ajim.1105>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., et Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Schwartz-Barcott, D. (2000). An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. *Concept development in nursing foundations, techniques, and applications*, 129-159.
- Schwarz, B., Claros-Salinas, D., et Streibelt, M. (2018). Meta-synthesis of qualitative research on facilitators and barriers of return to work after stroke. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 28-44. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2>
- Sherriff, N., Hall, V., et Panton, C. (2014). Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: A concept analysis. *Midwifery*, 30(6), 667-677.
- Sinkowitz-Cochran, R. L. M. P. H., Burkitt, K. H. P., Cuedon, T. P., Harrison, C. M., Gao, S. P., Obrosky, D. S. M. S., Jain, R. M. D., Fine, M. J. M. D., et Jernigan, J. A. M. D. (2012). The associations between organizational culture and knowledge, attitudes, and practices in a multicenter veterans affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *American Journal of Infection Control*, 40(2), 138-143. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.04.332>

- Sorensen, G., McLellan, D., Dennerlein, J. T., Pronk, N. P., Allen, J. D., Boden, L. I., Okechukwu, C. A., Hashimoto, D., Stoddard, A., et Wagner, G. R. (2013). Integration of Health Protection and Health Promotion. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(Supplement 12), S12-S18. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000000032>
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É., et Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Les éditions MultiMondes.
- Taleghani, F., Dehbozorgi, R., Babashahi, M., Monemian, S., et Masoumi, M. (2023). Analysis of the concept of nurses' autonomy in intensive care units: A hybrid model. *Investigación y Educación en Enfermería*, 41(2).
- Tamminga, S. J., Braspenning, A. M., Haste, A., Sharp, L., Frings-Dresen, M. H. W., et De Boer, A. G. E. M. (2019). Barriers to and facilitators of implementing programs for return to work (RTW) of cancer survivors in four european countries: A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(3), 550-559. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9818-2>
- Thepaksorn, P., et Pongpanich, S. (2014). Occupational injuries and illnesses and associated costs in Thailand. *Safety and Health at Work*, 5(2), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2014.04.001>
- Tompa, E., Mofidi, A., van den Heuvel, S., van Bree, T., Michaelsen, F., Jung, Y., Porsch, L., et van Emmerik, M. (2021). Economic burden of work injuries and diseases: A framework and application in five european union countries. *BMC Public Health*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10050-7>
- Tremblay-Boudreault, V., Vézina, N., Denis, D., et Tousignant-Laflamme, Y. (2011). La formation visant la prise en charge globale des troubles musculo-squelettiques par l'entreprise : une étude exploratoire. *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, (13-1). <https://doi.org/10.4000/pistes.1721>
- Tsimane, T. A., et Downing, C. (2020). A model to facilitate transformative learning in nursing education. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 269-276.
- Van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C., Franche, R. L., Schonstein, E., Loisel, P., van Mechelen, W., et Anema, J. R. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub2>
- Vézina, N., Calvet, B., et Roquelaure, Y. (2018). Vers des programmes de gestion intégrée de la prévention aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. In M.-J. Durand (Ed.), *Incapacité au travail au Québec : Éléments de réflexion et d'intervention quant aux nouveaux défis* (1 ed.). Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail.
- Walker, L. O., et Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing* (Fifth ed.). Prentice Hall.

RÉSUMÉS

Introduction. La prévention intégrée au travail est un concept qui gagne en popularité, mais la quantité limitée d'écrits sur le sujet rend sa définition incomplète. La perspective de personnes y étant exposées pourrait contribuer à l'élaboration d'une définition bonifiée. **Objectif.** Cette étude visait à raffiner la définition de la prévention intégrée au travail établie théoriquement, en considérant les perspectives des personnes exposées au concept. **Méthode.** Selon un devis de recherche descriptif interprétatif, des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de 12 parties prenantes impliquées dans le continuum de la prévention des lésions professionnelles et

de l'incapacité au travail. Une analyse thématique a été réalisée sur les données collectées. **Résultats.** Les résultats suggèrent que la prévention intégrée au travail se définit par cinq attributs : (1) vision holistique de la santé, (2) compréhension commune du but de la prévention intégrée, (3) communication entre les parties prenantes, (4) collaboration entre les parties prenantes, et (5) coordination des actions préventives. L'analyse a aussi permis de mettre en exergue les antécédents, ou prérequis à la mise en place du concept, de même que les conséquents, ou retombées qui en découlent. **Conclusion.** Cette étude offre une conceptualisation bonifiée et nuancée de la prévention intégrée au travail ainsi que des pistes d'application pratique.

Introduction. Integrative prevention in the workplace is a concept that is gaining popularity, but the limited amount of literature on the subject renders its definition incomplete. The perspective of individuals exposed to the concept could contribute to the development of an enhanced definition. **Objective.** The objective of this study is to refine the definition of integrative prevention at work established theoretically, by considering the perspectives of people exposed to the concept. **Method.** Using a descriptive-interpretive research design, individual interviews were conducted with 12 stakeholders involved in the continuum of work injury and disability prevention. A thematic analysis was performed on the data collected. **Results.** The results suggest that integrative prevention in the workplace is defined by five attributes: (1) a holistic vision of health, (2) a shared understanding of the purpose of integrative prevention, (3) communication between stakeholders, (4) collaboration between stakeholders, and (5) coordination of preventive actions. The analysis also highlighted the antecedents, or prerequisites for the implementation of the concept, as well as its consequences, or outcomes. **Conclusion.** This study provides an enhanced and nuanced conceptualization of integrated workplace prevention along with practical application guidelines.

Introducción. La prevención integrada al trabajo es un concepto que gana en popularidad, pero la cantidad limitada de escritos sobre el tema vuelve incompleta su definición. La perspectiva de personas involucradas podría contribuir a la elaboración de una definición mejorada. **Objetivo.** Este estudio aspira a clarificar la definición de la prevención integrada al trabajo establecida teóricamente, considerando las perspectivas de personas expuestas al concepto. **Método.** De acuerdo con un cuadro de investigación descriptivo e interpretativo, las entrevistas individuales fueron realizadas con 12 partes interesadas implicadas en el flujo de la prevención de las lesiones profesionales y de la incapacidad en el trabajo. Se llevó a cabo un análisis temático sobre los datos recolectados. **Resultados.** Los resultados sugieren que la prevención integrada al trabajo se define por cinco atributos: (1) Visión holística de la salud, (2) Comprensión común del objetivo de la prevención integrada, (3) Comunicación entre las partes interesadas, (4) Colaboración entre las partes interesadas y (5) Coordinación de las acciones preventivas. El análisis también permitió destacar los antecedentes o prerrequisitos a la implementación del concepto, así como las consecuencias o repercusiones que se desprenden. **Conclusión.** Este estudio ofrece una conceptualización mejorada y matizada de la prevención integrada al trabajo, así como las pistas para su aplicación práctica.

INDEX

Keywords : concept analysis, prevention, work, occupational health and safety

Mots-clés : analyse de concept, prévention, travail, santé et sécurité au travail

Palabras claves : análisis de concepto, prevención, trabajo, salud y seguridad en el trabajo

AUTEURS

LILY BELLEHUMEUR-BÉCHAMP

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada.

ANDRÉE-ANNE DROLET

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada.
Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada.

MARIE-ÈVE MAJOR

Département de kinanthropologie, Faculté des sciences de l'activité physique, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

VALÉRIE LEDERER

Département des relations industrielles, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Québec, Canada.

CLAUDE VINCENT

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada.
Département de réadaptation, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec, Québec, Canada.

ALEXANDRA LECOIRS

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada.
Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada ;
Alexandra.Lecours@uqtr.ca