

CHAPITRE 6 : DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce projet de recherche se voulait une étude exploratoire des représentations sociales de l'invalidité au travail. Cet objectif a été atteint puisqu'il a été possible de recueillir de l'information quant aux opinions et aux perceptions des conseillers en réadaptation à propos de la situation d'invalidité des travailleurs accidentés ainsi que leur façon d'interagir avec eux. Ainsi, ce dernier chapitre discute des résultats de cette recherche en fonction des cadres théoriques utilisés, la théorie des représentations sociales et le MDH-PPH2, et des différentes études recensées dans le cadre de ce mémoire. D'une part, le présent chapitre discute du contenu des représentations sociales de l'invalidité au travail (l'information, l'image et l'attitude) ainsi que leurs fonctions. D'autre part, les facteurs personnels et environnementaux qui favorisent ou font obstacle à l'intervention en réadaptation seront mis en relief. Par le fait même, une attention est également portée afin de bien faire ressortir les convergences et les divergences liées au contenu entre les deux groupes.

6.1 LE CONTENU DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'INVALIDITÉ AU TRAVAIL CHEZ LES CONSEILLERS EN RÉADAPTATION

Les individus ne se donnent pas seulement une représentation sociale de l'invalidité au travail. Ils prennent aussi position et ils expriment des idées et posent des jugements de valeurs sur ce phénomène. Ils forment des opinions et ils véhiculent des idées reçues sur l'invalidité au travail. La présente section fait état de l'analyse des trois éléments du contenu des représentations sociales de l'invalidité au travail chez les participants à l'étude, c'est-à-dire les informations, l'image et l'attitude.

6.1.1 Les connaissances du phénomène de l'invalidité au travail

Tel que le souligne Moscovici (1961), les informations issues des représentations sociales sont constituées des connaissances du sujet (les conseillers en réadaptation de la CNESST) à l'égard de l'objet (l'invalidité au travail des travailleurs accidentés). En repérant ces connaissances, il est plus facile de cerner leur influence sur les comportements privilégiés par les conseillers en réadaptation lors de leurs interventions. En effet, les connaissances que ces conseillers détiennent au sujet de l'invalidité au travail peuvent avoir une répercussion sur leurs manières de se comporter et d'agir avec un client lors d'un processus de réadaptation.

Selon Jodelet (1993), les informations associées à un objet de représentations sociales proviennent du savoir naïf et du savoir expérientiel. Le terme naïf renvoie aux savoirs communs ou quotidiens partagés socialement et aux connaissances spontanées mises en œuvre par les individus dans des situations particulières. Dans le cadre de cette

recherche, le savoir naïf réfère aux connaissances personnelles qu'ont les participants et qui leur permettent d'interpréter les divers sujets, situations ou événements, de gérer la réalité et de savoir comment ils vont se comporter vis-à-vis du phénomène de l'invalidité (objet de la représentation sociale) (Jodelet, 1993). Le savoir expérientiel est plutôt le produit d'expériences ou de connaissances fondées sur un contact direct avec la réalité et le phénomène de l'invalidité. Or, ce savoir expérientiel prédomine dans les propos des deux groupes de conseillers en réadaptation. En effet, le développement des connaissances des conseillers concernant l'invalidité au travail s'est effectué par le truchement de leur histoire personnelle où ils ont été en contact avec une situation d'invalidité dans leur entourage (ou leur propre vécu d'une invalidité), de leur formation universitaire respective, dans le cadre des discussions cliniques avec les différents professionnels de la santé ou lors de la participation à des formations à la CNESST (exemple: formation sur les troubles musculo-squelettiques, le traumatisme cranio-cérébral, etc.). Il ressort que les conseillers qui ont eu une formation en travail social et en psychoéducation utilisent davantage leurs connaissances personnelles sur le comportement humain et l'environnement social¹⁰ dans leur intervention. Ceux-ci semblent davantage avoir une représentation sociale de l'invalidité axée sur la notion de résilience et les capacités adaptatives de la personne comparativement aux autres conseillers formés dans les disciplines de relations industrielles ou de l'orientation. Comme le soulignent certains conseillers, il est important que leurs interventions se rattachent au fait que les travailleurs accidentés demeurent capables de réaliser certaines activités et de développer leurs intérêts. De plus, les résultats de l'étude ne semblent pas démontrer de façon significative que les conseillers qui ont déclaré avoir été en contact avec une personne en situation d'invalidité dans leur propre entourage (ou vécu eux-mêmes une situation d'invalidité) sont susceptibles d'avoir une représentation sociale distincte des situations d'invalidité. Toutefois, ceux-ci mettent l'accent sur le fait que l'invalidité au travail est relative à l'environnement familial et social. Il a aussi été constaté que le savoir obtenu par l'expérience professionnelle prend beaucoup plus de place dans les propos des conseillers en réadaptation que les connaissances personnelles. Le savoir professionnel provient, chez les conseillers, des expériences professionnelles réalisées dans les deux contextes de travail : le contexte d'intervention en réadaptation et le contexte organisationnel de la CNESST. En effet, les conseillers en réadaptation se réfèrent avant tout à ce type de savoir lorsqu'ils parlent de l'invalidité au travail. Cela n'est pas surprenant, car ils sont appelés à intervenir avec des personnes en situation d'invalidité (temporaire ou permanente) au travail depuis de nombreuses années. La majorité des participants travaillent depuis au moins 13 ans à la CNESST (voir le Tableau 7 de la section 5.1) et tous les conseillers sont confrontés aux diverses problématiques et enjeux que peuvent vivre ces personnes. Ils doivent aussi s'en remettre aux définitions, lois et politiques de la CNESST pour établir leurs types d'intervention. Leurs expériences de travail peuvent teinter leurs connaissances au sein de leurs organisations respectives.

¹⁰ L'environnement social dans lequel les individus et les collectivités évoluent influence leur santé physique, mentale et psychosociale. Les expériences vécues au sein de la famille, au travail, avec les amis et dans la communauté contribuent au développement global des individus (Gouvernement du Québec, 2015).

Ensuite, les résultats de ce mémoire révèlent que les conseillers en réadaptation détiennent peu d'information sur l'ampleur de l'invalidité au travail au Québec ou dans la région de la Capitale Nationale. Pourtant, pour les conseillers, il est facile d'avoir accès aux données statistiques émises par la CNESST afin de connaître l'étendue de ce phénomène d'invalidité. En effet, selon ces données, chaque jour, 224 personnes se sont blessées en 2015 en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle¹¹. Pour 2015, il a été recensé 110 558 dossiers ouverts à la CNESST pour un accident de travail ou une maladie professionnelle. Sur ce nombre, 87 765 travailleurs ont été victimes d'un accident du travail (ex : chute d'un échafaud, électrocution, etc.) et 5853 travailleurs ont subi une maladie professionnelle (ex : maladie pulmonaire obstructive chronique reliée à l'amiante, asthme professionnelle, surdité) et ont été acceptés par la CNESST (CNESST, 2016). La région de la Capitale Nationale est la deuxième région¹² totalisant le plus grand nombre de dossiers pour des lésions professionnelles ouverts et acceptés en 2015 avec 8725 dossiers (CNESST, 2016). Les conseillers en réadaptation savent que l'industrie de la construction fait partie des secteurs d'activité économique où l'on retrouve le plus d'accidents de travail, mais ne semblent pas considérer le secteur des services comme un secteur à risque d'accidents. « *C'est sûr qu'un travail de bureau ne crée pas [beaucoup] d'invalidité à moins de recevoir un ordinateur [sur la] tête mais ça me surprendrait [rire].* » [Participant 6]. Pourtant, ils reconnaissent que les lésions professionnelles les plus répandues sont les troubles musculo-squelettiques. Or, les secteurs d'activité économique qui connaissent le plus grand nombre d'accidents du travail sont les services, les industries manufacturières et le commerce, avec respectivement 36,5 %, 20% et 14,3 % des dossiers ouverts et acceptés en 2015. La majorité des secteurs montrent une baisse sur la période comprise entre 2011 et 2015. Les baisses les plus importantes se manifestent dans les industries manufacturières (-14,2 %), suivies du secteur du bâtiment et des travaux publics (-14,1 %) et celui des finances, assurances et affaires immobilières (-9,0 %) (CNESST, 2016). Chez les hommes, les accidents du travail surviennent surtout dans le secteur des industries manufacturières (26 %) alors que, chez les femmes, il s'agit du secteur des services (66 %) (CNESST, 2016). Il y a plus d'hommes souffrant de lésions de type TMS (59.6%) et de maladies professionnelles (91.3%) que de femmes (8.7% et 40,4%) (CNESST, 2016). Concernant ce dernier point, un seul des conseillers en réadaptation professionnelle a apporté cette distinction en affirmant qu'il existe une différence dans le nombre d'hommes et de femmes victimes d'un accident du travail et indemnisés par la CNESST. De plus, aucun conseiller ne fait mention de la proportion de jeunes travailleurs accidentés. De l'ensemble des lésions de 2015, les jeunes de 24 ans ou moins en subissent presque une sur huit, ce qui correspond à près de 10 500 lésions (CNESST, 2016). Le sous-groupe des 20 à 24 ans a subi plus des trois-quarts de ces lésions comparativement au sous-groupe des 15 à 19 ans (CNESST, 2016). Les emplois occupés par des jeunes se trouvent

¹¹ Une maladie professionnelle résulte de l'exposition à un risque auquel est exposée une personne à son travail (CNESST, 2016).

¹² À des fins administratives, la CNESST a subdivisé le territoire québécois en 21 régions administratives comportant chacune un bureau régional. Les dossiers inscrits à la Commission sont rattachés à une région administrative selon les municipalités où résident les travailleurs accidentés ou atteints d'une maladie professionnelle (CNESST, 2016).

principalement dans les secteurs du commerce, de l'hébergement et des services de restauration, de la fabrication, ainsi que dans le secteur des soins de santé et d'assistance sociale. C'est dans le secteur du commerce que les jeunes sont les plus nombreux à travailler, mais c'est dans la fabrication qu'ils se blessent le plus (CNESST, 2016). Ensuite, il convient de noter que le vieillissement de la population en général et de la population sur le marché du travail se répercute sur le nombre de lésions professionnelles acceptées à la CNESST. Selon les données statistiques de 2002 à 2011, le nombre de lésions chez les 55 ans et plus est en hausse de 29 % et celui des 54 ans et moins en baisse de 40 % (Centre de la statistique et de l'information de gestion, 2014). Ce sont les blessures traumatiques aux muscles, tendons, ligaments, articulations qui sont en nombre et en proportion plus élevés que ceux liés à toute autre nature de lésions chez les accidents du travail des 55 ans et plus (35 %) (Centre de la statistique et de l'information de gestion, 2014). De ce fait, les résultats de l'étude montrent que les conseillers en réadaptation sociale sont plus au fait de ce phénomène du vieillissement que les conseillers en réadaptation professionnelle. Les premiers ont à intervenir auprès des travailleurs accidentés jusqu'à leur décès, ce qui implique qu'ils doivent établir leurs interventions en prenant en considération le vieillissement de la personne. Finalement, il est à noter que le manque d'information sur l'ampleur de l'invalidité au travail, quoique facilement accessible sur le site de la CNESST, ne semble pas influencer négativement les interventions des conseillers en réadaptation ni la représentation qu'ils se font de l'invalidité. En effet, même en ne sachant pas l'étendue de l'invalidité, la majorité d'entre eux la perçoivent comme un problème social auquel il faut remédier.

Bien que les conseillers interrogés dans le cadre de la présente étude réfèrent à leurs expériences professionnelles lorsqu'ils abordent le phénomène de l'invalidité au travail, il semble exister un manque de connaissances du contexte d'intervention de leurs collègues de travail. En effet, de part et d'autre, les conseillers en réadaptation professionnelle et ceux en réadaptation sociale ont émis certains commentaires qui peuvent se traduire par un manque de connaissances entourant les démarches de la réadaptation, les interventions à privilégier ou les problématiques vécues par les travailleurs accidentés propres aux types d'intervention professionnelle ou sociale: « *Ce sont des demandes que vous avez à la DAC [Direction des activités centralisées¹³] j'imagine ?* » [Participant 8] ; « *C'est parce que, moi, j'ai toujours plus en référence ce qu'on a, ici, en réadaptation sociale et je ne sais pas si c'est nécessairement la même chose en réadaptation professionnelle.* » [Participant 2]. Par exemple, les résultats de l'étude tendent à démontrer que les conseillers en réadaptation sociale sont davantage à l'aise et en mesure d'œuvrer auprès de travailleurs ayant des problèmes de santé mentale que les conseillers en réadaptation professionnelle. Même en matière d'interprétation et

¹³ Rappelons que les conseillers qui travaillent au bureau régional de la Capitale-Nationale font davantage de la réadaptation professionnelle (recyclage professionnel, formation, soutien à la recherche d'emploi, subvention à l'emploi, adaptation du poste de travail, etc.) et que les conseillers qui travaillent à la direction des activités centralisées font de la réadaptation sociale (adaptation du domicile ou du véhicule, aide personnelle, entretien du domicile, psychothérapie, etc.) (voir la section 1.1.2).

d'application des lois, il existe un certain écart entre les deux contextes d'intervention. Cet élément doit être considéré comme une divergence dans les propos des conseillers en réadaptation sociale et en réadaptation professionnelle. Malheureusement, ce sont les travailleurs accidentés qui peuvent être pénalisés par ce manque de cohérence entre les interventions ou l'application (interprétation) des lois, ce qui peut engendrer des conflits et des mésententes.

Finalement, concernant les connaissances entourant le contexte organisationnel, les deux types de conseillers évoquent l'importance de connaître et de comprendre les mandats, les missions, les responsabilités et les services dédiés aux travailleurs accidentés. En ce sens, plus les conseillers possèdent de connaissances sur le système de santé public (ex : services offerts par les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux) ainsi que des différentes lois et mesures de réadaptation de la CNESST, plus ils sont en mesure de bien intervenir auprès de leur clientèle et mieux collaborer avec les différents professionnels de la santé, car ils connaissent davantage les procédures de référence et les spécificités de ces services. Par contre, les participants ont été en mesure de noter certains points qui faisaient obstacle à leur intervention et du fait même à la réadaptation des travailleurs accidentés. Ces éléments seront davantage expliqués à la section 6.3.

6.1.2 L'image de l'invalidité au travail

Les images des représentations sociales se rapportent à l'organisation des connaissances des individus à propos d'un objet (Moscovici, 1961). Les propos des participants ont ainsi pu être analysés avec l'objectif d'explorer et de connaître les propriétés qualitatives de l'invalidité au travail chez ces derniers. À ce sujet, les résultats de ce mémoire révèlent que, par leurs expériences professionnelles, les conseillers en réadaptation ont été en mesure de donner une définition de l'invalidité au travail qui converge avec les éléments recensés dans la littérature parmi les modèles théoriques de l'invalidité. Cette définition, tout comme celle recensée dans la littérature, est souvent confondue et interreliée à la définition de l'inaptitude ou de l'incapacité. Selon le MDH-PPH2, la capacité et l'incapacité constituent l'échelle de mesure de l'aptitude (une échelle allant de « capacité sans limite » à une « incapacité complète »). « Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. » (Réseau international sur le processus de production du handicap, 2017, p.4). L'incapacité est l'impossibilité partielle ou totale d'accomplir une activité de façon normale en raison d'une déficience qui modifie le comportement d'une personne ou sa manière d'interagir avec l'environnement (Fougeyrollas, 2010). L'inaptitude est donc l'impossibilité d'exécuter une activité physique ou mentale (ex : inaptitude reliée à aux activités motrices) (Fougeyrollas, 2010). Le MDH-PPH2 réfère plus à un certain type d'incapacité pour un certain type de travail, tandis que, pour le courant de pensée en réadaptation du travail, l'invalidité relève du domaine assurantiel et de la gestion des risques. Il s'agit des exigences physiques, mentales et sociales associées à la réalisation du travail (Durand et Loisel, 2001). Comme le suggèrent les propos des conseillers en réadaptation, « *que ce soit sur le plan physique ou psychologique, quand une personne est invalide en lien avec son*

travail, et bien l'un comme l'autre, ça veut dire qu'elle n'est pas en mesure d'exécuter ce qu'elle a à faire sur le plan professionnel. » [Participant 5]. Ainsi, tant les conseillers en réadaptation professionnelle que ceux en réadaptation sociale se représentent l'invalidité au travail comme une incapacité physique ou psychologique à effectuer certaines tâches ou activités et entraînant la perte d'un emploi de façon temporaire ou permanente. Les conseillers en réadaptation se rapportent aussi surtout au cadre légal de la CNESST qui considère l'invalidité comme étant l'impossibilité de déterminer un emploi convenable que le travailleur pourrait exercer à temps plein.

Par la suite, en analysant les données des cartes associatives, il est possible de constater que les termes associés à la catégorie concernant l'état de santé sont omniprésents dans le discours des conseillers en réadaptation. Il s'agit là d'un élément de convergence en ce qui concerne les propos des deux groupes de participants. En fait, cette catégorie se retrouve aussi dans les thèmes significatifs lors de l'association libre et de l'analyse thématique à propos de l'invalidité au travail. Ce résultat rejoint les propos de plusieurs auteurs travaillant sur les représentations sociales (Abric, 1994 ; Bonardi et Rousseau, 1999 ; Seca, 2001), à l'effet que l'état de santé constitue l'élément principal de l'univers sémantique de l'invalidité au travail. Cela n'est pas surprenant puisque l'invalidité au travail est associée à des problèmes de santé. L'analyse thématique réalisée à partir du discours des participants confirme généralement les représentations sociales des conseillers en réadaptation telles qu'elles ont été exprimées lors de l'activité d'association libre. Il semble que l'image évocatrice qui se dégage des représentations sociales de l'invalidité au travail concerne la nature physique et psychologique de l'invalidité.

D'une part, les incapacités physiques sont plus souvent citées par les conseillers en réadaptation pour décrire l'invalidité au travail. Cela peut être en lien avec le fait que les blessures physiques à la suite d'un accident de travail sont encore très nombreuses et que le changement des capacités physiques fonctionnelles peut affecter toutes les dimensions de la vie quotidienne (famille/responsabilités domestiques, loisirs, activités sociales, activités professionnelles, activités sexuelles, autonomie et activités de soutien vital). De plus, un des premiers objectifs d'intervention à la CNESST est la réadaptation physique. Le but d'un programme de réadaptation physique est « d'éliminer ou d'atténuer l'incapacité physique du travailleur et de lui permettre de développer sa capacité résiduelle afin de pallier les limitations fonctionnelles qui résultent de sa lésion professionnelle » (Marcoux, 2007, p.44). Ce programme concerne spécifiquement les conséquences physiques d'une lésion professionnelle, c'est-à-dire son impact sur le fonctionnement de l'une ou l'autre des parties du corps humain. Il s'agit de prévenir ou de compenser les dysfonctionnements ou limitations fonctionnelles engendrées par la lésion.

D'autre part, les conseillers en réadaptation considèrent que l'invalidité psychologique est moins reconnue par la CNESST. De facto, certains conseillers en réadaptation professionnelle semblent avoir une connaissance moins

étoffée de l'invalidité psychologique comparativement aux conseillers en réadaptation sociale. Pour les deux groupes de participants, l'invalidité psychologique a été décrite comme étant consécutive à un événement précis qui a créé un stress aigu tel qu'une surcharge de travail ou du harcèlement. Elle est aussi souvent perçue comme étant consécutive à une blessure physique. En effet, il n'est pas rare qu'un accident du travail ou qu'une maladie professionnelle entraîne, au départ, une lésion physique et, par la suite, une lésion psychologique. Par exemple, l'ampleur et les répercussions des blessures physiques peuvent entraîner un état dépressif chez certains travailleurs. Les conseillers en réadaptation voient aussi l'invalidité psychologique comme une fragilité psychologique qui a été exacerbée par l'accident de travail. Or, selon la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'existence d'une prédisposition psychologique personnelle (ex : passé dépressif, personnalité anxieuse) n'empêche pas la reconnaissance d'une lésion professionnelle dans la mesure où la preuve de la survenue d'un accident du travail est fournie. En effet, chaque individu réagit de façon unique en présence d'un élément stressant au travail. Certains, plus fragiles psychologiquement, développent une maladie en réaction à ce stress. Par analogie à la théorie du crâne fragile (*Thin skull rule*) tel qu'évoquée par les conseillers, la LATMP permet tout de même l'indemnisation d'un travailleur ayant développé une maladie psychologique liée au travail malgré le fait qu'il présente une prédisposition personnelle. Cependant, les deux groupes de conseillers notent qu'il est facile d'avoir un certain jugement sur ce point puisqu'il est de la responsabilité du travailleur de prouver l'existence d'une lésion psychologique. Par exemple, le harcèlement doit être prouvé par le travailleur qui désire que cette situation soit reconnue comme une lésion psychologique sous ce motif. Ainsi, le caractère subjectif (perceptions des événements, opinions ou impressions) de la preuve peut semer des doutes chez les intervenants.

Finalement, les conseillers en réadaptation associent aussi l'invalidité au travail (physique et psychologique) au travail à la notion de douleur, de souffrance et de chronicité. Ces propos convergent avec les résultats de recherche de Lecomte et Savard (2006) concernant les effets d'une intervention de counseling sur la réadaptation de travailleurs accidentés à risque de chronicité qui stipulent que plus la douleur persiste, plus elle semble prédire une chronicité qui elle, mènera à une invalidité permanente et à un échec de la réinsertion sociale ou professionnelle. Selon ces auteurs, la chronicité constitue un processus dynamique où se jouent en tension la perception de soi par soi et la perception de soi par les autres. Par exemple, un travailleur accidenté peut arriver à conclure, de façon plus ou moins consciente, que s'il ne peut plus être le travailleur qu'il était, il est préférable d'intérioriser le statut officiel de malade que de faire face à la perte engendrée par la nouvelle perception de soi. Or, l'adoption du statut de malade peut être vue comme la meilleure protection face à la honte (Yelin, 1986 cité dans Lecomte et Savard, 2006). De ce fait, les résultats de l'étude mettent en évidence la prépondérance du concept de perception de soi. La perception d'un travailleur sur sa lésion, ses capacités et ses incapacités, sur son rôle social de travailleur et l'importance qu'il accorde au travail sont déterminantes dans son processus d'adaptation. Pour les conseillers, c'est en acceptant d'accueillir et de reconnaître

les perceptions subjectives des travailleurs accidentés qu'il devient possible pour eux d'établir un travail de collaboration et d'obtenir progressivement un engagement actif de la part des travailleurs lors du processus de réadaptation. (Lecomte et Savard, 2002 cité dans Lecomte et Savard, 2006).

6.1.3 Les attitudes des conseillers

La dimension des attitudes fait davantage appel aux émotions et aux sentiments vécus par les conseillers en réadaptation lors de leurs interventions auprès des travailleurs accidentés. Telle que décrite par Moscovici (1972), l'attitude représente la position de l'individu par rapport à un objet donné. Cette position peut être soit positive ou négative, favorable ou défavorable. À la lumière des différentes expériences vécues et racontées par les conseillers en réadaptation, il est possible de constater que les conseillers adoptent différentes attitudes face aux comportements, aux enjeux ou aux défis que peuvent vivre les travailleurs en situation d'invalidité au travail selon qu'ils œuvrent dans l'un ou l'autre secteur d'intervention. Les résultats de ce mémoire montrent que, lors d'un contact positif, les conseillers en réadaptation adoptent une attitude positive et conciliante envers leurs clients et, à l'inverse, ces derniers ont tendance à adopter une attitude autoritaire lors de contacts jugés plus difficiles. Par contre, qu'ils soient engagés dans une situation positive ou négative, les conseillers essaient de garder une attitude d'ouverture et de respect envers les travailleurs accidentés. Ils tentent d'avoir une attitude non teintée de stéréotypes quant aux capacités des personnes ayant des limitations. En effet, les conseillers expriment généralement une attitude positive à l'égard des travailleurs accidentés qui ont la volonté et la motivation à s'adapter à leur nouvelle situation (en s'engageant dans leur réinsertion professionnelle et sociale) et à préserver leurs capacités résiduelles. Une attitude priorisant la santé et le soutien du travailleur, notamment en démontrant de l'ouverture et de la souplesse durant le processus de réadaptation, a été nommée par les conseillers comme favorisant la réadaptation. Bref, l'adoption d'une attitude compréhensive et empathique et le maintien du contact avec le travailleur durant le processus de réadaptation est une pratique privilégiée et promue par les conseillers en réadaptation. À l'opposé, ils vont adopter une attitude plus stricte et catégorique lorsqu'ils ont à intervenir auprès de clients qui ne veulent pas s'engager dans le processus de réadaptation (ex : suivre les traitements médicaux requis, se mobiliser pour un retour au travail, reprendre des activités quotidiennes) et qui sont exigeants et contestataires à leurs yeux. L'attitude de certains conseillers en réadaptation mettant en doute la véracité de la situation médicale d'un travailleur accidenté peut contribuer à rendre l'interaction difficile (Strunin et Boden, 2004). Ce type de relation semble engendrer des retards dans le processus de réadaptation, des problèmes financiers ainsi que de l'anxiété chez le travailleur (Strunin et Boden, 2004). Le commentaire du participant suivant résume bien cette attitude : *On est ouvert à quelqu'un qui a vraiment besoin. On va peut-être aller un peu plus au-delà de ce qu'il aurait droit parce qu'on sait que c'est correct. Mais, quelqu'un qui ne veut vraiment pas [travailler] parce qu'il ne veut juste vraiment pas, ça par contre on va devenir plus stricts. Dans ce temps, je ferme les livres. Et je vais être vraiment « by the book ». Tu as le droit, tu as le droit, mais le minimum. Tu n'as pas le droit, tu n'as pas le droit. C'est tout. Amène*

ton avocat si ça te tente, mais moi je vais rester sur mes principes. [...] Moi, le travail fait partie de mes valeurs. [Participant 6]. Les conseillers modifient leurs représentations et leurs interventions si le travailleur est collaborateur ou non dans son processus de réadaptation. Il peut donc exister un rapport de pouvoir « expert - client » qui prend place dans un contexte où les relations d'aide sont encadrées par une structure hiérarchique de pouvoir. À cet effet, on peut se poser la question suivante : « En ce qui concerne les relations avec les professions d'aide et de services, le client peut-il se placer en situation de demande d'aide [...] sans céder – en tout ou en partie – son pouvoir sur lui-même et sur sa vie ? » (McCubbin, Cohen et Dallaire, 2003 cités dans Lemay, 2007, p.176).

6.1.4 Les fonctions des représentations sociales de l'invalidité au travail des conseillers en réadaptation

Comme d'autres auteurs qui inscrivent leurs travaux dans le champ des représentations sociales, la présente étude révèle que l'image, les attitudes et l'information interagissent entre elles et qu'elles s'influencent mutuellement. De fait, l'information que les conseillers en réadaptation possèdent et l'image qu'ils se font de l'invalidité au travail se répercutent sur leurs attitudes à son égard. Cet enchaînement de ces trois éléments du contenu des représentations sociales de l'invalidité au travail chez les participants peut s'articuler de la manière suivante. Par exemple, un conseiller en réadaptation œuvrant auprès d'un travailleur accidenté souffrant d'un trouble musculo-squelettique qui possède de bonnes connaissances au sujet des contextes d'intervention (les manifestations des TMS, les interventions privilégiées en santé physique et les lois inhérentes à leurs interventions) et des contextes organisationnels de la CNESST et des différents établissements du CIUSSS (rôles, mandats, missions, programmes et services) sera davantage porté à entrer en communication avec les professionnels de la santé, à développer un bon lien de confiance avec le travailleur, à travailler en équipe avec les différents partenaires (médecin, ergothérapeute, psychologue, etc.), en plus d'adopter une attitude positive et favorable lors des interventions, car il reconnaîtra les avantages (pour lui-même, pour l'intervention et pour le travailleur) d'agir en concertation avec les autres acteurs et de garder une bonne alliance thérapeutique avec le travailleur. En effet, selon la littérature, la qualité de la relation qui se caractérise par des comportements interpersonnels d'ouverture, de confiance et de collaboration, a un impact significatif et contribue à l'obtention de résultats positifs (Lecomte et Savard, 2006).

6.2 LES FACTEURS PERSONNELS EN LIEN AVEC L'INVALIDITÉ AU TRAVAIL

Tel que mentionné plus haut, la présente étude a aussi permis de traiter les résultats en fonction du MDP-PPH2. Ce travail de recherche met donc en évidence de nombreux liens entre les facteurs personnels ayant une influence sur la situation d'invalidité et les besoins associés pour la réadaptation des travailleurs accidentés. Les facteurs personnels font appel aux caractéristiques propres à chaque individu. Dans ce mémoire, les exemples de facteurs personnels illustrent des contextes de réalisation ou non d'habitudes de vie (participation sociale). Les dimensions associées aux

facteurs personnels, selon le MDH-PPH2, sont les systèmes organiques, les aptitudes et les facteurs identitaires et ceux-ci seront examinés et commentés ci-dessous.

6.2.1 Le système organique et les aptitudes

Premièrement, en ce qui a trait aux systèmes organiques, on retrouve les déficiences et les problèmes de santé. Selon le modèle MDH-PPH2, les déficiences correspondent à des altérations légères, modérées ou considérables d'un système organique (Fougeyrollas, 2010). Ces atteintes peuvent nuire à la santé d'une personne. Par exemple, une blessure médullaire (moelle épinière) peut entraîner plusieurs dysfonctionnements sur le plan organique (système nerveux, circulatoire, etc.) d'un individu et être à la source de séquelles secondaires telles que la douleur, les spasmes musculaires, les plaies qui se manifesteront avec le temps. Les conseillers associent souvent les problèmes de santé à des répercussions négatives sur leur mode de vie, de même que sur la réalisation d'activités courantes et de rôles sociaux. La présence d'un état de santé plus fragile est considérée comme une source de nouveaux problèmes, de contraintes et d'enjeux pouvant nuire à la réintégration du travailleur accidenté dans la société.

Deuxièmement, les changements sur le plan des aptitudes peuvent avoir un impact important sur la vie d'une personne. En général, il s'agit de changements perçus négativement par les conseillers en réadaptation. Comme la notion d'aptitude se définit comme « [...] la possibilité pour un individu d'accomplir une activité physique ou mentale. » (Fougeyrollas 2010, p. 157), la notion d'incapacité renvoie alors à une diminution des aptitudes. À titre d'exemple, cela peut être représenté par l'incapacité à bouger les bras, à marcher, etc. « *Un travailleur qui est vraiment magané a de la misère à se lever de sa chaise, à s'asseoir, à se déplacer.* » [Participant 7]. À ce sujet, les conseillers en réadaptation ont souvent évoqué la gravité de la lésion. Ainsi, une personne ayant une blessure plus importante a généralement plus d'incapacités qu'une personne ayant une lésion moins grave. La perte ou la diminution significative et persistante des capacités motrices a été fréquemment notée par les conseillers en réadaptation comme un élément perturbant l'autonomie fonctionnelle d'un individu. Les conseillers précisent que la douleur et les effets secondaires de certaines médications affectant les capacités physiques et cognitives figurent parmi les éléments pouvant entraver la réadaptation physique et sociale d'un travailleur. Un élément important dans les propos des participants concerne les nombreux obstacles à surmonter en lien avec la diminution des capacités physiques. La présence d'incapacités rendrait plus difficile la réalisation de certaines activités et influencerait la prise de décision de plusieurs travailleurs accidentés concernant leur engagement dans le processus de réadaptation (retour à l'emploi, reprise des activités de la vie quotidienne, etc.).

Ainsi, les problèmes de santé, le degré d'autonomie et la gravité de la lésion sont souvent des facteurs considérés par les conseillers comme étant interreliés et pouvant avoir des impacts importants sur la réadaptation. Or, l'importance de

retrouver certaines capacités physiques et un degré d'autonomie est prédominante dans les propos des conseillers en réadaptation. Toutefois, la gravité de la lésion professionnelle n'explique qu'en partie les limitations sur la participation sociale des individus. Selon certains conseillers, l'interaction entre les facteurs personnels, environnementaux et temporels pourrait expliquer ce type de constat. Par exemple, sur le plan des facteurs personnels, la notion de résilience est souvent évoquée par les conseillers comme un élément facilitateur : *On peut trouver de beaux exemples de résilience, mais ce n'est pas la majeure partie des gens. Il y a vraiment de sérieux accidents qui font que la personne n'a peut-être pas la force de réapprendre à être une autre personne. Mais, on peut prendre l'exemple de quelqu'un qui s'en est sorti, qui est quadraplégique et qui est retourné en emploi. Ça pourrait être un modèle pour tout le monde.* [Participant 10]. En ce qui a trait à l'environnement, les besoins d'adaptation sont au cœur du discours des conseillers. Ainsi, une personne ayant des limitations plus importantes peut nécessiter, par exemple, l'adaptation de son domicile et de son lieu de travail, de même qu'à un moyen de transport adapté avec la manière dont il réalise ses habitudes de vie. Finalement, l'aspect temporel est important à considérer puisque la gravité d'une lésion peut évoluer ou se résorber avec le passage du temps.

6.2.2 Les facteurs identitaires

La dimension des facteurs identitaires occupe une place importante dans la catégorie des facteurs personnels puisqu'elle a comme caractéristique d'être constituée par une grande variété d'éléments comme : « [...] l'âge, le sexe, le diagnostic, l'appartenance culturelle significative pour la personne (ethnique, confessionnelle), les objectifs de vie, l'histoire de vie, les valeurs, les croyances, les compétences, le degré de scolarité, le statut d'emploi, le revenu [...] » (Fougeyrollas, 2010, p. 177). Ainsi, en ce qui concerne la dimension identitaire, les conseillers en réadaptation ont mentionné de nombreux facteurs pouvant être considérés comme des obstacles ou des facteurs facilitants dans une perspective de participation sociale. Plusieurs conseillers ont remarqué des changements sur le plan identitaire à la suite d'un accident de travail ou d'une situation d'invalidité au travail. Notamment, ils identifient le « deuil » à faire de la perte de capacités, de certains rôles sociaux (ex : identité de travailleur) et de responsabilités. Il s'agit souvent de nouvelles réalités qui impliquent un processus d'adaptation sur le plan psychologique, plus particulièrement, sur le plan de l'image de soi, des rôles, du statut social, etc. Les conseillers en réadaptation notent que l'adaptation à la situation d'invalidité peut être influencée positivement par la reprise des rôles sociaux, des responsabilités et d'activités valorisantes. La manière de réaliser les activités courantes ou d'adopter un rôle social a aussi un impact majeur dans la vie des travailleurs accidentés. Un des participants a évoqué l'importance : *d'avoir en tête, quand on rencontre nos travailleurs, qu'ils doivent garder un niveau d'activité [approprié] à leur condition : « Allez-vous marcher au moins à tous les jours? Faites-vous de quoi? Avez-vous une routine? Avez-vous des amis? Faites-vous des exercices? Faites-vous des loisirs? ». C'est important de continuer [à réaliser] les habitudes de vie.* [Participant 7]. En effet, ces éléments peuvent non seulement faciliter l'adaptation à la situation d'incapacité de l'individu, mais aussi créer une ouverture vers

le rétablissement et l'actualisation de soi. Par ailleurs, Fougeyrollas et Roy (1996) expliquent qu'un travailleur ayant une incapacité peut privilégier un rôle social en fonction de ses besoins et de son contexte de vie afin de prendre part à la société. Comme le soulignent les conseillers, la personne en situation d'incapacité peut parfois adopter un autre rôle social que celui de « travailleur ». Par exemple, lorsqu'une personne valorise le rôle de travailleur, cela semble faciliter son retour vers le travail. À l'opposé, un individu peut intérioriser le statut de malade puisqu'il se perçoit inapte ou invalide. Certains travailleurs accidentés qui étaient près de la retraite ou qui ont des enfants (d'âge scolaire) semblent parfois adopter un rôle différent de celui d'avant l'accident et valoriser des habitudes et des responsabilités d'autres sphères de vie que le travail. L'identité du travailleur vivant une situation d'incapacité peut évoluer positivement ou négativement (Coutu et al., 2010).

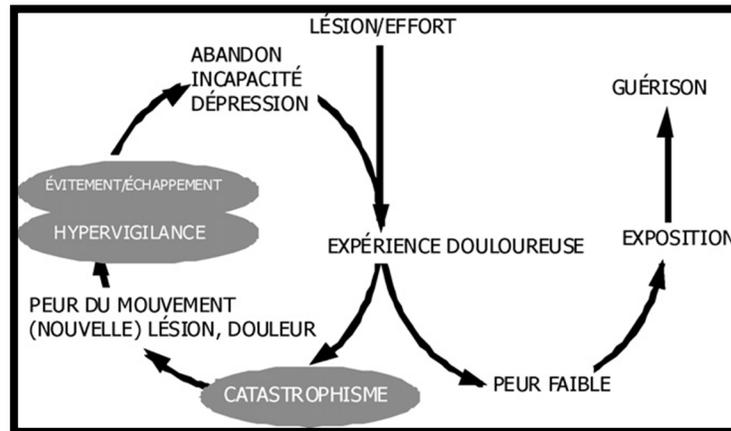
6.2.2.1 L'état psychologique

Par rapport aux changements sur le plan identitaire, l'état psychologique (les diverses réactions émotives et cognitives) du travailleur à l'égard de sa situation d'invalidité est perçu par les conseillers en réadaptation comme pouvant influencer positivement ou négativement le processus de réadaptation. : « *Il y a aussi la façon de se sortir du trou. Comment [le travailleur] réagit face à sa lésion. S'il commence à faire de l'apitoiement, s'il reste là et ne veut pas bouger, s'il ne veut pas accepter son état ou s'il ne veut pas gérer sa vie.* » [Participant 2]. À ce sujet, les résultats de l'étude montrent que les conseillers en réadaptation remarquent une baisse de l'estime de soi chez un bon nombre de travailleurs accidentés. Or, selon le rapport de recherche de Lecomte et Savard (2006), l'estime de soi est perçue comme une composante qui influence la vie et une grande partie des habitudes, des réactions et des actes de tout individu. En ce sens, cet élément apparaît comme un facteur pouvant avoir une influence sur le processus de réadaptation des travailleurs accidentés. À cet effet, des chercheurs ont soulevé que le concept de soi et l'estime de soi sont des variables modératrices qui ont une influence sur l'incapacité et, par ricochet, sur la réadaptation des personnes présentant des limitations (Chapin et Kewman, 2001; Dorvil, 2009; Lecomte et Savard, 2006). En effet, l'estime de soi peut influencer l'évaluation qu'une personne fait de sa situation et ainsi, avoir un impact sur ses comportements et ses attitudes face à sa réadaptation. Une estime de soi positive apparaît comme une ressource individuelle qui tend à favoriser la réadaptation et la réinsertion. Ainsi, il semble pertinent que les conseillers en réadaptation considèrent cette variable compte tenu que plusieurs recherches ont démontré que les pertes sur le plan de la condition physique de même que l'absence de travail entraînent bien souvent une baisse de l'estime de soi (Lecomte et Savard, 2006).

Par la suite, les conseillers ont noté qu'un état dépressif, anxieux ou un trouble d'adaptation, peut nuire à l'adaptation à la nouvelle situation. Plusieurs conseillers ont soulevé que les travailleurs accidentés peuvent connaître de tels épisodes à la suite de leur blessure. Pour certains, des difficultés sur ce plan sont ressenties au début du processus

de rétablissement, alors que, pour d'autres, ces difficultés évoluent ou persistent dans le temps. Selon plusieurs conseillers, le fait de présenter un trouble psychologique et une incapacité physique peut contribuer à ralentir le processus de réadaptation. Par exemple, les travailleurs qui ont développé un trouble d'adaptation à la suite d'une blessure physique peuvent avoir plus de difficultés à fonctionner dans les démarches médico-légales du système, à se mobiliser et à participer aux démarches nécessaires pour assurer leur rétablissement et favoriser leur retour au travail. La réaction face à la douleur ainsi que la perception de celle-ci sont perçues par les conseillers comme étant un obstacle à la réadaptation. En effet, les conseillers rapportent que les inquiétudes d'un travailleur à l'égard de sa lésion ou de sa douleur peuvent influencer le processus de réadaptation. Se focaliser sur la douleur, se percevoir en situation d'incapacité ou avoir peur de se blesser à nouveau ont été nommés par les conseillers comme étant des comportements qui nuisent à la réadaptation. Par exemple, certains conseillers rapportent qu'un travailleur peut surestimer la gravité de sa lésion, anticiper des conséquences graves ou ne pas comprendre certains aspects médicaux et cliniques de sa situation. La douleur est généralement accompagnée d'une expérience émotionnelle qui est particulièrement propice aux sentiments de désespoir, d'impuissance et de dépression (Vlaeyen et Crombez, 2009). En d'autres mots, la douleur persistante engendre une détresse qui conduit à l'inactivité et à l'incapacité, qui à leur tour, se répercutent sur l'expérience de douleur, qui se répercute sur la détresse et ainsi de suite (Lecomte et Savard, 2006). Ces réactions émotives peuvent entraver la capacité de l'individu à se mobiliser et à adhérer au processus de réadaptation, affectant négativement ses intentions de reprendre ses activités habituelles (travail, sport, loisirs, tâches domestiques, etc.) ainsi que les résultats de l'intervention (Lecomte et Savard, 2006). Les conseillers rapportent aussi que le processus de réadaptation est ralenti lorsque le travailleur évite de reprendre certaines activités par crainte d'aggraver la douleur et par conséquent sa lésion. Certains travailleurs peuvent ne pas penser à la possibilité de reprendre leurs activités habituelles avant que leur lésion ne soit guérie, ralentissant ainsi leur réadaptation. Ce constat se rapporte au modèle théorique comportemental « peur-évitement » utilisé par plusieurs chercheurs et illustré à la figure 3. Le concept central de ce modèle est que la peur de la douleur et l'évitement de certaines activités associées à l'apparition des douleurs peuvent mener au déconditionnement du travailleur (une diminution du niveau d'activité quotidienne qui est à l'origine d'une incapacité fonctionnelle) (Vlaeyen et Crombez, 2009). L'affrontement et l'évitement de la douleur sont les deux pôles de ce modèle : le premier favorisant la réadaptation et le second freinant la réadaptation. Si la douleur causée par une lésion (ou un effort) est interprétée comme une menaçante, la peur liée à la douleur croît. « Cela conduit à un évitement, suivi d'une incapacité, d'un abandon et d'un sentiment dépressif, responsables d'une persistance des expériences douloureuses et donc d'un cercle vicieux de peur et d'évitement croissants. » (Vlaeyen et Crombez, 2009, p. 512). En l'absence d'une interprétation (erronée) catastrophique de la douleur, il n'existe pas de peur liée à celle-ci et les individus affrontent rapidement les activités quotidiennes, ce qui les mène à une guérison plus rapide (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren et Van Eek, 1995).

Figure 3 : Modèle cognitivo-comportemental de la peur-évitement



Source : Vlaeyen et Crombez, 2009, p.512

« Les conduites d'évitement conduisent à une moindre possibilité de s'engager dans des activités valorisées comme le travail, les activités de loisirs ou les contacts sociaux, ce qui peut être à l'origine de troubles de l'humeur (l'irritabilité, la frustration et la dépression). » (Vlaeyen et Crombez, 2009, p.512). Ainsi, il est important pour les conseillers de reconnaître ce phénomène (ou ce modèle) et d'être attentifs à ce type de croyances chez les travailleurs pour les aider à apprendre à gérer, affronter ou dépasser la douleur et maintenir un certain nombre d'activités. Vivre avec la douleur et se réactiver sont des objectifs visés par les conseillers, mais souvent difficile à atteindre. « *Pour le travailleur, c'est de se réactiver et d'être sensibilisé à refaire les activités qu'il faisait auparavant et qu'il s'empêche de faire parce qu'il a eu un accident de travail et qu'il est sur la CSST.* » [Participant 8].

6.2.2.2 Les expériences de vie et les croyances

Tout d'abord, les expériences de vie antérieures ont aussi été nommées comme un facteur influençant la réadaptation. Un faible degré de scolarité a été soulevé par un participant comme ayant une influence négative sur la possibilité de réintégrer le marché du travail. Le type de métier exercé par une personne avant l'accident est aussi vu comme un obstacle pouvant entraver la possibilité de retourner à son emploi antérieur, et ce, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un travail de type manuel. De plus, un travailleur ayant vécu des expériences de vie négatives pourrait ne pas considérer sa réadaptation comme un objectif de vie important. Sur ce fait, un des conseillers a fait allusion aux antécédents familiaux. Selon lui, une personne dont les membres de la famille sont en situation d'invalidité risque de perpétuer l'histoire familiale : « *Quand tu sais que le beau-frère, la blonde et le père sont tous connus de la CSST et qu'ils ont tous le même modus operandi et qu'ils sont quatre [personnes] invalides dans la famille, on se bat pour quelque chose de pas mal plus grand que la personne.* » [Participant 10]. Ce constat semble évoquer les principes du phénomène de transmission intergénérationnelle. Ce concept fait allusion au lien de filiation entre les générations, entre les individus

d'une même lignée. C'est par ces voies de transmission que se perpétuent de génération en génération les valeurs, les rites familiaux, les façons de parler sans que les personnes remettent en question consciemment le sens. Plus particulièrement, selon Bourdieu (1979), les enfants s'imprègnent et développent des aptitudes, attitudes et des goûts associés à leur milieu social d'appartenance, tout en pensant que ceux-ci sont des dons qui leur ont été donnés à leur naissance et non le résultat d'un apprentissage. « En fait, chaque famille transmet aux enfants par des voies indirectes plutôt que directes, un certain capital culturel et un certain ethos, système de valeurs implicites et profondément intériorisées, qui contribue à définir entre autres choses les attitudes à l'égard du capital culturel. » (Bourdieu, 1979 p.388). La transmission intergénérationnelle s'effectue de manière subtile, implicite, indirecte et inconsciente. Elle est façonnée par des idées, des processus, des phénomènes et une histoire familiale qui passeraient d'une génération à une autre. Elle se construit par la manière dont les membres d'une famille parlent d'un évènement, par le récit qu'ils en font (Bourdieu, 1979). Bourdieu (1972) attire aussi la réflexion sur la notion d'habitus qui désigne, en sociologie, des dispositions constantes ou « manières d'être, de faire, de penser ou de sentir, qui forment une matrice de perceptions, d'appréciations et d'actions » (p. 178) communes à toutes les personnes d'un même groupe social. Ces dispositions sont acquises et intériorisées lors du processus de socialisation primaire (enfance, adolescence) et secondaire (âge adulte) d'un individu (surtout par l'éducation). L'habitus influence donc tous les domaines de la vie d'un individu (loisirs, culture, travail, éducation, etc.).

Également, selon certains conseillers, les problèmes familiaux vécus, tels qu'une séparation ou la maladie d'un membre de la famille, peuvent constituer un obstacle à la réadaptation. Par exemple, certains conseillers soulignent que la perte de capacité à la suite de la lésion peut engendrer des conséquences négatives sur la relation de couple et ainsi rendre plus difficile le processus de rétablissement. À l'opposé, il en est autrement pour ceux qui ont eu des expériences positives et pour lesquelles le travail est une valeur importante. Tant pour les conseillers en réadaptation professionnelle que sociale, le travail est perçu comme ayant des aspects bénéfiques sur le plan personnel, comme la réalisation de soi et l'indépendance financière. Toutefois, les conseillers perçoivent que la valeur du travail n'est pas toujours présente chez les travailleurs accidentés en situation d'invalidité. Ils soulignent qu'il est important qu'un travailleur ait des valeurs de travail et une identité de travailleur afin de favoriser le processus de réadaptation et le retour au travail. Selon les participants, l'importance du travail dans la vie du travailleur peut être mise en lien avec le concept de « sens du travail ». Selon Morin (2008), « le travail est avant tout une activité par laquelle une personne s'insère dans le monde, exerce ses talents, se définit, actualise son potentiel et crée de la valeur qui lui donne, en retour, le sentiment d'accomplissement et d'efficacité personnelle, voire peut-être un sens à sa vie. » (p.2). Cet auteur identifie trois composantes au concept de « sens du travail ». La première est la signification du travail (la valeur et la représentation du travail dans la vie d'un individu). À ce sujet, les conseillers soulignent que la signification du travail peut aller au-delà de l'aspect pécuniaire. Le travail peut toucher les valeurs et s'avérer un moyen d'arriver à la réalisation de soi ou

à l'actualisation de soi, de stimuler les relations interpersonnelles ou d'attribuer un statut professionnel et aussi une légitimité sociale aux individus. « *Je pense que travailler ce n'est pas juste gagner des sous. C'est se réaliser. C'est la réalisation de soi, l'estime de soi. C'est participer socialement. C'est donc de socialiser. C'est avoir une sécurité.* » [Participant 8]. Selon Dorvil (2009), « [...] le travail, support par excellence de l'estime de soi et facteur important de maîtrise de l'environnement social, constitue le véhicule principal de l'inclusion dans la société de toute personne, handicapée ou non. » (p.208). Selon la majorité des conseillers, lorsque le travail occupe une place importante et positive dans la vie du travailleur, il semble que cela peut favoriser le processus de réadaptation et le retour au travail. La deuxième composante est l'orientation de l'individu dans son travail, soit ce qu'il recherche à travers le travail. La troisième composante est la cohérence entre le travail accompli et ses attentes, ses aspirations et ses valeurs personnelles. Le fait d'aimer son travail a été soulevé par plusieurs conseillers comme un élément favorisant le retour au travail. À l'inverse, un travailleur qui manque d'intérêt envers l'emploi qu'il occupait au moment de l'accident est ressorti comme un élément pouvant nuire à la réadaptation dont le retour au travail. Certains conseillers remarquent que ce manque d'intérêt peut résulter de diverses situations : conditions de travail difficiles (travail monotone, peu valorisant, exigeant), conflit avec les collègues ou l'employeur, ou que l'emploi ne correspondait pas aux aspirations professionnelles du travailleur.

6.2.2.3 Les stratégies d'adaptation du travailleur

Tout d'abord, il faut se rappeler que le développement de chaque personne est influencé par d'innombrables phénomènes tant biologiques, psychologiques que sociaux. La façon de penser, d'agir, de réagir, de ressentir et d'être d'un individu est le résultat de ses nombreuses expériences de vie et des mécanismes d'adaptation qu'il a développés pour s'ajuster dans son environnement et avec lui-même. Pour garder un équilibre psychologique, la personne doit satisfaire, autant dans sa vie personnelle, professionnelle, que sociale, des besoins fondamentaux, tels la sécurité, le plaisir, l'autonomie, l'estime de soi, la compétence, etc. Tous les jours, elle doit composer avec des facteurs de risque au travail (ex : mesures de sécurité inadéquates, harcèlement psychologique, etc.) et des facteurs de risque personnels tels qu'une prise excessive d'alcool ou de substances toxiques, une conduite dangereusement, une mauvaise alimentation, etc. Tout besoin fondamental non satisfait et tout excès dans les facteurs de risque créent un déséquilibre. Pour faire face aux frustrations quotidiennes et aux souffrances, une personne a recours à des mécanismes de défense. Ce sont des stratégies multiples utilisées pour s'adapter continuellement aux événements, éliminer l'anxiété et garder un équilibre psychologique.

Les stratégies d'adaptation réfèrent donc à la manière dont le travailleur se mobilise en vue d'accomplir des actions visant un objectif, telles que le retour au travail, ainsi qu'à la manière dont il s'engage dans le processus de retour au travail. À ce sujet, les propos des conseillers amènent à poser un regard sur le rôle qu'adopte le travailleur pour faciliter

sa réadaptation. Pour eux, le fait qu'un travailleur adopte un rôle actif et proactif est perçu comme un facteur facilitant la réadaptation en opposition au travailleur décrit, par les conseillers en réadaptation, comme passif, centré sur sa lésion et qui intériorise le rôle de malade. En ce sens, les conseillers mentionnent que la réadaptation est facilitée lorsqu'un travailleur est motivé, adopte le rôle attendu par les intervenants et respecte les limites, les normes et les mesures en vigueur à la CNESST dont l'objectif recherché est la réadaptation professionnelle et sociale. Ce type de travailleur semble se positionner en quête d'une solution et il semble être conscient du pouvoir qu'il a sur sa situation. Selon Lecomte et Savard (2006), « un client qui manifeste une attitude positive, confiante et ouverte, en s'engageant de façon active dans le processus thérapeutique » (p.33), contribue aux progrès de l'intervention et de la réadaptation. À l'opposé, un travailleur inactif est perçu, par les conseillers, comme se laissant prendre en charge par les différents intervenants engagés dans sa réadaptation et s'impliquant peu dans les traitements. « *C'est comme s'il avait besoin que quelqu'un le prenne en charge parce qu'il n'avait pas de valorisation reliée au travail. Il s'est laissé aller. Il voulait qu'il y ait des solutions médicales. Il n'était pas capable de se mettre en action face à la prise en charge de sa condition.* » [Participant 3]. Ce type de travailleurs a plus de difficultés à exercer une influence sur les obstacles à sa réadaptation.

Dans la littérature, cette représentation du rôle du travailleur « proactif » s'apparente au concept du pouvoir d'agir. Il s'agit du processus par lequel un individu acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action (Bacqué, 2005). Selon Le Bossé (2003), le pouvoir d'agir « repose prioritairement sur la possibilité d'influencer la disponibilité et l'accessibilité des ressources du milieu et sur la volonté et la capacité des personnes à prendre leur destinée en main. » (p.34). Le but est d'aider une personne à développer « par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale qui sont importants pour elles » (Le Bossé et Lavallée, 1993 cité par Ninacs, 1995, p.71). Le pouvoir d'agir s'incarne dans une capacité à surmonter, voire à supprimer les obstacles qui empêchent l'individu de prendre sa place dans la société. D'ailleurs, le concept d'empowerment peut être associé au concept de sentiment d'efficacité personnelle de Bandura (2004). En effet, ce concept renvoie à la conviction de pouvoir entreprendre une série d'actions et atteindre avec succès les objectifs fixés. Plusieurs recherches ont démontré que le comportement et les efforts des individus pour faire face à une situation sont fortement influencés par leur confiance en leur capacité de manifester ce comportement. Ces études soulignent que cette variable est un prédicteur significatif de résultats dans la réadaptation de plusieurs conditions de santé (Bandura, 1997 cité par Lecomte et Savard, 2006). Par exemple, le degré de sentiment d'efficacité personnelle prédit l'habileté perçue à bien accomplir des tâches de travail spécifiques, malgré la douleur perçue. De plus, un haut degré de sentiment d'efficacité personnelle est associé à moins de détérioration de la capacité physique (Lecomte et Savard, 2006). Selon Lecomte et Savard (2006), le comportement et les efforts des individus pour faire face à une situation sont fortement influencés par leur confiance en leur capacité de manifester ce comportement. Les individus ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle abandonnent très souvent lorsqu'ils rencontrent des obstacles importants. Ces

auteurs affirment que les individus qui ont une perception d'efficacité personnelle limitée seraient moins aptes à se réadapter. Une perception d'efficacité personnelle limitée peut renforcer des comportements d'évitement et contribuer à encourager l'inactivité. Ainsi, « une telle perception semble participer à réduire les efforts et l'activité, à augmenter la détresse psychologique et de ce fait, peut même contribuer à l'apparition de nouvelles limitations physiques. » (Lecomte et Savard, 2006, p.13). La perception qu'a un travailleur des obstacles à sa réadaptation, ainsi que sa capacité à surmonter ces obstacles (sentiment d'efficacité personnelle) et le contrôle qu'il a sur la situation, sont des éléments qui influencent le processus de réadaptation puisque cette perception guide et oriente les comportements et les actions de ce travailleur dans sa réadaptation (Lecomte et Savard, 2006).

6.3 LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX EN LIEN AVEC L'INVALIDITÉ AU TRAVAIL

Les facteurs environnementaux peuvent être qualifiés à partir de leur nature qui se rapporte soit à un environnement social, soit à un environnement physique. Selon le modèle du MDH-PPH2 (Fougeyrollas, 2010), les facteurs environnementaux sont regroupés en trois grands systèmes : le macro-environnement décrivant le contexte sociétal dans lequel la personne vit (p. ex., lois, règlements, valeurs sociales, préjugés, allocations financières), le méso-environnement associé aux différents milieux sociaux de la personne (p. ex., quartier, services sociaux, milieu de travail) et le micro-environnement relié aux composantes de la dimension des relations personnelles (p. ex., climat familial, besoins familiaux, soutien du conjoint, présence d'amis). Les facteurs environnementaux peuvent constituer des facilitateurs ou des obstacles à la réalisation des habitudes de vie. L'analyse des résultats s'inspire de ce modèle conceptuel afin de mettre en évidence les facteurs entrant en interaction avec les représentations sociales des conseillers en réadaptation. Dans cette perspective, comme les facteurs environnementaux sont des éléments sur lesquels il y a possibilité d'agir, ils sont alors qualifiés soit de facilitateurs, soit d'obstacles à la réponse à ces besoins. À cet égard, un « facilitateur est un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (identité, système organique et aptitudes) et l'obstacle, son opposé, entrave de la même façon les habitudes de vie. » (Fougeyrollas, 2010, p. 159).

6.3.1 Macro-environnement

6.3.3.1 Le contexte organisationnel et légal de la CNESST

Rappelons que la CNESST est responsable de l'application de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. À ce titre, elle s'occupe de la compensation des lésions professionnelles et de leurs conséquences pour les travailleurs. En matière de réadaptation spécifiquement, l'objectif général de la CNESST, qui est de favoriser la réintégration des travailleurs à un emploi, correspond essentiellement à celui de la réadaptation professionnelle et sociale (Lapointe, 1991). L'intervention de la CNESST en réadaptation comporte deux dimensions : (1) l'identification et l'application de mesures de réadaptation appropriées aux besoins du travailleur et (2) la protection de ses acquis

professionnels et, si possible, de son emploi (Lapointe, 1991). La clientèle des services de réadaptation de la CNESST est constituée de travailleurs qui présentent des séquelles permanentes à la suite d'une lésion professionnelle et qui éprouvent des difficultés à réintégrer leur emploi. Le conseiller en réadaptation est responsable de l'intervention auprès de cette clientèle.

En premier lieu, l'étude révèle que la complexité du processus de réadaptation et d'indemnisation semble engendrer des conséquences sur le processus de réadaptation. À ce sujet, certains conseillers parlent de la complexité du régime ainsi que des notions légales qui sont parfois difficiles à comprendre. Pour les acteurs (ex. le travailleur, les professionnels de la santé, etc.), la complexité du processus découlant du régime d'indemnisation et de réadaptation peut engendrer une méconnaissance des mesures, des droits, des obligations et des interventions possibles. Aussi, selon certains conseillers, les travailleurs moins scolarisés ont plus de difficulté à comprendre le fonctionnement du régime public. Comme le souligne un des conseillers : *« pour quelqu'un qui est plus démuni, qui n'a pas beaucoup de scolarité ou pas beaucoup de réseau, c'est difficile d'arriver dans un système comme [la CNESST]. La plupart ne savent même pas quoi faire. Je trouve que c'est un gros régime. [...] Tu ne souhaites pas être là-dedans. Et même quand tu as toutes les capacités pour te débrouiller, ce n'est pas simple. Les gens n'ont pas nécessairement d'aide pour être accompagnés à travers le système. Même chose au niveau du système médical. »* [Participant 4].

Certains conseillers remarquent que la méconnaissance du système ainsi que la désinformation (ex : manque de diffusion d'informations aux travailleurs accidentés concernant les lois, les procédures ou les mesures d'indemnisation et de réadaptation) peuvent amener le travailleur à être inquiet et méfiant durant le processus ainsi qu'à avoir une perception négative du mandat de la CNESST. Cette incompréhension du processus par le travailleur peut aussi faire en sorte qu'il aura des attentes erronées par rapport à l'organisme (mandat de la CNESST, rôle des intervenants, mesures de réadaptation, objectifs d'intervention, etc.). Certains conseillers soulignent la difficulté d'intervenir sur le sentiment que peut ressentir un travailleur face à une situation qu'il juge injuste de la part de la CNESST. De plus, certains conseillers expliquent que les démarches médico-légales peuvent ralentir le processus de réadaptation. Les conseillers en réadaptation considèrent que les contestations ainsi que les demandes d'expertises médicales peuvent alourdir le processus en engendrant des retards, en dégradant les relations créant ainsi un climat conflictuel avec les conseillers pouvant affecter moralement le travailleur. Certains conseillers remarquent que les travailleurs semblent avoir moins d'ouverture à s'impliquer dans le processus de réadaptation à la suite des multiples démarches médico-légales.

Par la suite, relativement au système de santé, les conseillers en réadaptation perçoivent que le discours et les actions des professionnels de la santé peuvent être un élément important pour la réadaptation des travailleurs accidentés. À ce propos, plusieurs conseillers expliquent que certains professionnels de la santé dont le médecin traitant peuvent

parfois renforcer la perception d'incapacité chez le travailleur et ainsi freiner le processus de réadaptation. Comme l'explique certains conseillers, les médecins peuvent parfois renforcer la perception des travailleurs sur la douleur ou le fait d'être invalide et d'être blessé. Ce discours d'incapacité semble être un élément faisant obstacle au processus de réadaptation et sur lequel il est difficile d'intervenir pour les conseillers surtout lorsque l'objectif initial des interventions est de favoriser la réadaptation et la reprise des activités. En raison de la fréquence des contacts et des visites médicales, les travailleurs accidentés peuvent développer un lien plus fort avec le médecin traitant qu'avec les conseillers en réadaptation. Ainsi, lorsque l'approche du médecin va à l'opposé du plan de réadaptation proposé par le conseiller, ce lien entre le travailleur et le médecin peut contrecarrer les efforts des conseillers à convaincre le travailleur qu'il doit se réactiver ou retourner au travail. « *J'ai vu des situations complètement terribles où le travailleur pourrait très bien refaire la job qu'il faisait, mais son médecin ne consolide pas sa lésion.* » [Participant 7]. En contrepartie, un discours axé sur la capacité du travailleur semble faciliter la réadaptation. Il est donc important que tous les professionnels de la santé aient le même discours auprès du travailleur tant au sujet de sa capacité, des traitements que de la lésion. Finalement, la durée des traitements prescrits par les médecins est également pointée par certains conseillers comme pouvant freiner la réadaptation lorsque ces traitements se prolongent malgré l'absence d'amélioration de la situation du travailleur. « *La personne a peur et veut rester dans l'indemnité le plus possible alors son médecin continue, continue et continue d'ajuster les pilules, mais ça ne marche pas. Le médecin prescrit de la physiothérapie et ça ne marche pas. Il essaie tel ou tel traitement et ça ne marche pas. Il n'y a rien qui fonctionne et ça perdure indéfiniment.* » [Participant 7].

6.3.1.2 L'indemnisation

L'obtention de compensation financière à la suite d'un accident est souvent citée par les conseillers en réadaptation comme une variable psychosociale pouvant faciliter le retour au travail ou contribuer à l'incapacité chronique. En effet, les répercussions de l'indemnisation versée aux travailleurs accidentés peuvent comporter des aspects positifs et négatifs, directs et indirects, sur le processus de réadaptation. Premièrement, en permettant aux individus touchés de se concentrer sur leur convalescence et en limitant les contrecoups possibles d'une situation dramatique si cette période n'était pas soutenue par une assurance, l'indemnisation peut favoriser la réinsertion en emploi d'un grand nombre de victimes d'une lésion professionnelle (Lecomte et Savard, 2006). Deuxièmement, la situation de sous-indemnisation est mise de l'avant comme pouvant favoriser le retour au travail. Par exemple, un travailleur qui a un revenu annuel de 90 000\$, se voit sous-indemnisé par la Commission puisque le salaire maximum indemnisable est de 72 500\$ en 2017. Ainsi, cette situation financière semble influencer la motivation de certains travailleurs à retourner au travail. Troisièmement, selon les règles de calcul du montant d'indemnisation, certains travailleurs se retrouvent surindemnisés par rapport à leur revenu pré-lésionnel. Par exemple, si un travailleur occupait un emploi à temps partiel rémunéré au salaire minimum au moment de la lésion, il peut alors obtenir un montant d'indemnisation équivalent ou

supérieur au salaire pré-lésionnel. Plusieurs conseillers ont parlé de cette situation comme étant un obstacle au processus de réadaptation puisqu'elle semble ralentir le retour au travail. Ces éléments réfèrent aux règlements d'indemnisation en vigueur sous le régime d'indemnisation québécois. L'Annexe J indique le montant d'indemnisation accordé à chaque travailleur calculé en fonction de différents critères tels que la situation familiale, le revenu et le montant minimum et maximum assurable¹⁴ (CSST, 2014, 2015).

Par ailleurs, les propos des conseillers tendent à suggérer que les travailleurs peuvent « être en quelque sorte récompensés économiquement, physiquement ou émotionnellement d'être en situation d'incapacité » (Fishbain et al., 1995 dans Waddell & Waddell, 2000, p. 39). En effet, la situation d'incapacité peut impliquer des gains secondaires positifs (avoir le soutien des professionnels de la santé) ou négatifs (perte de revenu). Dans la présente recherche, certains conseillers soulignent que la tentative du travailleur à s'adapter à un événement difficile en recherchant les aspects positifs de sa situation d'incapacité peut nuire au processus de réadaptation. Plusieurs conseillers pensent que l'indemnisation peut contribuer chez les travailleurs accidentés à la rétention de l'aide et faciliter une installation dans la dépendance et la chronicisation. Néanmoins, les conseillers affirment que les travailleurs accidentés ne doivent pas tous être vus comme des exploités du système d'indemnisation. Ils soutiennent que ce n'est pas la majorité des travailleurs qui inventent des symptômes afin de se retrouver en situation d'incapacité. Ces propos sont corroborés par Waddell et Waddell (2000) qui mentionnent que la majorité des individus ne sont pas des « fraudeurs » d'un système d'indemnisation, mais ont de véritables symptômes avec lesquels ils peinent à s'adapter, penchant davantage vers l'adoption du rôle de malade. Finalement, les éléments soulevés par les conseillers invitent plutôt à remettre en question et à poser un regard critique sur le fonctionnement du système d'indemnisation, pouvant possiblement contribuer insidieusement, dans certains cas, et de manière paradoxale, à ralentir la réadaptation.

6.3.2 Méso-environnement

6.3.2.1 Le rôle du conseiller en réadaptation

Le conseiller en réadaptation est le principal intervenant de la CNESST dans le domaine de la réadaptation des travailleurs ayant une lésion professionnelle (Lapointe, 1991). Son rôle est d'évaluer les besoins du travailleur afin de déterminer les mesures de réadaptation (sociale, physique et professionnelle) appropriées à sa situation d'incapacité, et à élaborer et à appliquer le plan individualisé de réadaptation. Or, le rôle de conseiller en réadaptation peut paraître, à première vue, technique plutôt que clinique, orienté vers des objectifs administratifs plutôt que vers des objectifs thérapeutiques. Toutefois, si ce rôle était accompli sur la seule base de dispenser efficacement les multiples soins et des services à des personnes, il y aurait lieu de se questionner sur la pertinence de confier ce rôle à des professionnels

¹⁴ LATMP, art. 63 à 76

en sciences sociales (psychoéducation, travail social, orientation) (Ordre professionnelle des travailleurs sociaux du Québec 2006). Le rôle du conseiller en réadaptation a donc évolué au fil des années en devenant de plus en plus proactif dans la coordination du dossier au sein d'une équipe multidisciplinaire (médecin, ergothérapeute, psychologue, physiothérapeute, etc.) (Lecomte et Savard, 2006). Les conseillers en réadaptation sont appelés d'une part à jouer un rôle de coordination entre les intervenants, entre les intervenants et le travailleur accidenté, entre le travailleur accidenté et l'employeur ou le marché du travail et, d'autre part, à intervenir comme professionnel de la réadaptation (Lecomte et Savard, 2016).

Selon les résultats de la présente recherche, un conseiller en réadaptation adopte le rôle de « gestionnaire de cas ». Les principes à la base du rôle de gestionnaire de cas sont de favoriser l'autonomie des personnes, de soutenir leurs capacités à prendre des décisions pour elles-mêmes, de maintenir leur qualité de vie le plus longtemps possible dans le milieu et l'entourage qui leur est familier et de leur faciliter l'accès aux services auxquels elles ont droit (Ordre professionnelle des travailleurs sociaux du Québec 2006). Les conseillers en réadaptation rapportent devoir communiquer avec les différents acteurs (travailleur, professionnels de la santé, etc.), faciliter les relations entre ceux-ci et favoriser leur implication dans le processus de réadaptation des travailleurs accidentés. Ils doivent posséder de bonnes habiletés relationnelles et de direction (CSST, 2014). Le conseiller en réadaptation doit être capable d'adapter son discours, de communiquer de manière positive et d'avoir une bonne capacité d'écoute (Gardner, Pransky, Shaw, Hong, et Loisel, 2010). Les habiletés de communication ainsi que les capacités liées à la médiation et à la résolution de problèmes complexes sont au centre du rôle de conseiller (Shaw et al., 2008). En effet, une compétence qui ressort comme importante de certains écrits scientifiques est celle de résoudre des conflits interpersonnels (Lecomte et Savard, 2006; Gardner et al., 2010). Les conseillers en réadaptation mentionnent qu'il est nécessaire d'être neutre, capable de négocier et de faire de la médiation. Ce constat est soutenu par les auteurs Gardner et al. (2010) qui affirment que, face à la résolution de problèmes complexes, les conseillers en réadaptation se doivent d'avoir une attitude d'ouverture et de respect inconditionnel du client et de ses valeurs et ses limitations (physiques ou psychologiques) et être orienté vers des solutions réalistes plutôt que vers des solutions parfaites. De plus, Lecomte et Savard (2006) ont identifié des domaines de compétence auxquelles doit répondre le conseiller en réadaptation :

[...] 1) une connaissance approfondie du système de santé; 2) une connaissance des limitations fonctionnelles et de leurs implications médicales; 3) une connaissance des services et des ressources spécialisées de réadaptation; 4) une maîtrise des dossiers et de leur évolution; 5) des habiletés de coordination et de travail d'équipe; et 6) une connaissance et une maîtrise du counseling de réadaptation sur les plans théorique et pratique. (p. 25)

Finalement, une des principales motivations des intervenants en réadaptation est d'utiliser leurs connaissances ou leur expertise pour aider le travailleur accidenté à retrouver son potentiel maximal. Pour ce faire, ils adhèrent à l'importance

d'établir une alliance de travail avec le travailleur et de le considérer comme un partenaire dans l'intervention. Ce constat réfère au modèle de prise de décision partagée (PDP) élaboré par la psychologue Marie-France Coutu, professeure titulaire et directrice du microprogramme en gestion de l'invalidité à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, et ses collaborateurs (2015). Cette approche décisionnelle consensuelle, centrée sur le travailleur, permet d'agir sur les écarts de perceptions entre les principaux acteurs (le travailleur et les intervenants) face au processus de réadaptation. « Le processus de PDP est couramment défini par la relation entre le patient et l'intervenant où il y a échange d'information, expression et discussion des préférences ainsi que par un consensus sur les buts et le plan d'action à adopter. » (Coutu, Légaré, Durand, et al., 2015, p.3). Ce modèle a pour objectif de faciliter l'atteinte d'un but commun entre l'intervenant et le travailleur au sein d'un programme de réadaptation au travail en tenant compte des contraintes des partenaires impliqués (employeur, syndicat, assureur, etc.). Toutefois, les conseillers en réadaptation mentionnent qu'ils ne sont pas toujours en mesure d'établir et de maintenir une alliance, soit l'aspect relationnel avec le travailleur, et d'engager le processus de délibération pour soutenir le travailleur dans sa propre prise de décision. Ces conseillers soulèvent différentes raisons qui peuvent mener à l'absence d'objectifs communs. En effet, les résultats de l'étude révèlent qu'une surcharge de dossiers amène les conseillers à prioriser certains dossiers ce qui semble diminuer la qualité de la relation avec le travailleur. Cette surcharge limiterait notamment au minimum les contacts avec ce dernier ainsi que l'analyse approfondie du dossier. Également, la contradiction perçue par les conseillers en réadaptation quant aux divers rôles qu'ils doivent occuper serait une source de difficulté. En effet, ceux-ci considèrent qu'ils ne peuvent à la fois être ceux qui développent une relation de confiance avec le travailleur afin de l'aider efficacement dans ses démarches et, en même temps, ceux qui surveillent, jugent et sanctionnent les mesures (contestation, arrêt de paiement). Cela peut générer des émotions négatives tant chez le travailleur accidenté que chez les conseillers. D'une part, il peut arriver que le travailleur ne se sente pas compris ou respecté et risque de ressentir de l'insatisfaction à l'égard de l'intervention du conseiller et, d'autre part, le conseiller peut éprouver de la frustration lorsqu'il perçoit la résistance chez le travailleur qui n'a plus confiance en lui et au système.

6.4 LES LIMITES ET LES RETOMBÉES DE LA RECHERCHE

Cette recherche, en lien avec certains choix méthodologiques et sa réalisation, comprend certaines limites. Tout d'abord, l'approche exploratoire retenue dans la présente étude a pour but de cerner les diverses croyances, attitudes et opinions qui entourent la notion d'invalidité chez les conseillers en réadaptation de la CNESST. Elle ne permet pas la généralisation des résultats, bien que ce ne soit pas le but d'une recherche qualitative. En effet, il faut rappeler que la recherche qualitative permet la transférabilité des résultats et non leur généralisation. Or, les premières limites de cette étude concernent la transférabilité ou la réplication des résultats, soit l'application éventuelle des conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres milieux ou contextes similaires (Fortin, 2010; Padgett, 1998) et la composition de l'échantillon. En effet, la taille de l'échantillon (n=10) ne permet pas de saturer les données ni de

transférer les résultats à l'ensemble des conseillers en réadaptation de la région ni de la CNESST. De plus, l'échantillon composé davantage d'hommes que de femmes représente une limite au plan de la représentativité de la population. Par ailleurs, comme l'échantillonnage s'est fait de manière volontaire, il est possible de présumer que ce sont les conseillers qui se sentaient le plus concernés par l'étude ou le sujet de l'étude qui ont voulu participer à la recherche. Finalement, bien que l'avis des « experts » soit utile pour la compréhension du phénomène de l'invalidité dans le domaine de la réadaptation, le fait de recueillir uniquement leur point de vue constitue une limite importante. Il serait donc fort pertinent de continuer de réaliser d'autres études de ce type pour accroître les connaissances sur les représentations sociales de l'invalidité au travail et recueillir la perception des autres intervenants impliqués dans le processus de réadaptation tels que les agents d'indemnisation et d'élargir le territoire de la recherche en ce qui a trait à l'échantillon.

Par la suite, une autre des limites méthodologiques concerne la méthode d'analyse de données utilisée. Bien que l'analyse de contenu soit particulièrement adaptée pour l'étude des représentations sociales (Moliner, et al. 2002), il ne faut pas sous-estimer le caractère subjectif de ce type d'analyse. En effet, cette subjectivité peut biaiser les résultats en raison de l'implication du jugement du chercheur dans le codage, la catégorisation et l'interprétation des données. Il faut noter que cette subjectivité peut également s'appliquer dans l'interprétation et l'analyse des cartes associatives. La situation dans laquelle se déroule l'entrevue ainsi que la situation d'interaction sociale représentent un risque de biais de désirabilité sociale pouvant modifier les discours. Selon Pouliot et al. (2013), l'utilisation de l'entrevue semi-structurée « favorise, chez [les participants], l'utilisation de mécanismes psychologiques, cognitifs et sociaux (rationalisation, scotomisation, contrôle, obligation de cohérence, etc.) et influence [leurs discours] par le contexte, les objectifs perçus, le statut du chercheur et permet rarement d'accéder directement à l'organisation et à la structure interne de la représentation » (p. 19). En effet, ces auteures mentionnent que certains éléments de la représentation sociale échappent aux méthodes de collecte de données traditionnelles utilisées dans l'étude des représentations sociales. L'existence de la « zone muette » demeure difficilement accessible au chercheur (Chokier et Moliner, 2006).

Abrieu (2003) fait référence à ces éléments en parlant de la zone muette qui constitue la face cachée et non avouable de la représentation. Cette zone muette concerne surtout les éléments contre-normatifs, ces derniers n'étant pas produits par le répondant puisqu'ils marquent un écart par rapport aux normes. Cette pression normative trouve son origine dans deux éléments de la situation : le participant et son groupe de référence. (Pouliot et al., 2013, p.38)

L'analyse des représentations sociales laisse place à une interprétation du chercheur par rapport à l'interprétation des participants concernant le phénomène de l'invalidité. Ainsi, en recherche qualitative, la signification des données se doit d'être confrontée et vérifiée afin d'en assurer la confirmabilité (Fortin, 2010). La validation des données, lors de

l'analyse des données, a été effectuée avec l'équipe de direction de recherche afin d'assurer un degré d'objectivité aux données et à leur interprétation. Cette méthode a permis de diminuer le biais associé à la subjectivité de l'étudiante-chercheuse et de refléter le plus possible les données et non un point de vue. Un accord inter-juges à propos des thèmes attribués aux extraits des verbatim, lors de l'analyse thématique, a aussi été effectué avec les directeurs de recherche. L'accord inter-juges permet d'assurer une cohérence entre les divers thèmes. Cette stratégie, appelée triangulation du chercheur, a permis de confronter les significations dégagées par l'étudiante-chercheuse à celles des deux directeurs de recherche et augmenter leur fiabilité (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006). Cette étape permet à l'étudiante-chercheuse et aux superviseurs d'obtenir « une vision commune, non équivoque, de la signification des codes et de la meilleure correspondance entre blocs de données et codes. Les définitions claires [permettent] d'augmenter la fiabilité de la recherche. » (Huberman et Miles, 1991, p.103). De plus, les réunions avec les deux directeurs de mémoire ont permis à l'étudiante-chercheuse d'échanger sur les points positifs et négatifs (émotifs ou techniques) du processus de recherche et de garder une objectivité sur le travail. Cette méthode fait référence à la stratégie de « peer debriefing and support » évoquée par Padgett (1998) :

Assister à une réunion de groupe de pairs donne au chercheur une chance de partager les hauts et les bas émotionnels du travail sur le terrain et de l'analyse des données. Mais le rôle de ces groupes dans la recherche qualitative n'est pas simplement socio-émotionnel. Ils sont aussi un mécanisme de débriefing et de prévention des biais, pour garder le chercheur « honnête » tout au long de l'étude. À cette fin, ils contribuent à la rigueur de l'étude qualitative.¹⁵ (p.99)

D'autre part, comme Moliner et al. (2002) le précisent, une démarche associative peut être complémentaire à une entrevue semi-dirigée afin d'augmenter les propriétés qualitatives de la représentation sociale et refléter les relations qui unissent les idées des participants entre elles. Dans le cadre de cette recherche, plusieurs techniques ont donc été utilisées afin de compenser ou de réduire les limites associées à certaines techniques par l'utilisation de techniques complémentaires. Ainsi, l'utilisation d'entrevues semi-dirigées, une méthode jugée indispensable pour colliger le contenu de représentations sociales (Abric, 1994 ; Moliner et al. 2002), a été complétée par deux autres techniques : la carte associative et la vignette clinique. Ainsi, pour recueillir le contenu des représentations sociales d'une manière simple et spontanée, une carte associative a été complétée par les répondants. Cette technique, utilisée avant l'entrevue, a permis de conserver la spontanéité de l'expression du contenu sémantique de l'expression « invalidité au travail » (Abric, 1994 ; Bonardi et Roussiau, 1999 ; Seca, 2001). Toutefois, les conseillers en réadaptation affirment que cet exercice semble avoir été difficile à exécuter. De plus, le fait d'intégrer une vignette clinique à l'entrevue semi-

¹⁵ Traduction personnelle du texte original (Padgett, 1998, p.99): Attending a peer group meeting gives researcher a chance to share the emotional ups and downs of fieldwork and data analysis. But the role of these groups in qualitative research is not simply socioemotional. They are also a mechanism for debriefing and guarding against bias, for keeping the researcher « honest » throughout the study. To this end, they contribute to the rigor of qualitative study.

dirigée a permis d'approfondir les façons d'intervenir des conseillers en réadaptation lors d'une situation clinique fictive et de faire ressortir d'autres détails des éléments de contenu des représentations sociales de l'invalidité au travail. Cette technique permet de « recueillir des données riches et pertinentes puisque cet instrument est spécialement conçu pour répondre aux objectifs de la recherche. » (Pouliot et al., 2013, p. 22).

La dernière limite méthodologique se rapporte à l'aspect temporel des représentations sociales et leurs contenus. Puisque les représentations sociales peuvent être sujettes à des changements imprévisibles, la présente recherche a seulement permis d'explorer et de comprendre les représentations sociales de l'invalidité au travail dans un moment précis de la vie des conseillers en réadaptation soit en 2016. Or, le contexte de cette recherche s'est effectué à une période où plusieurs changements sont survenus à la CNESST dont la fusion avec la Commission de la santé et sécurité au travail et la Commission des normes du travail et de l'équité salariale, le moratoire sur l'embauche qui a créé une surcharge de travail, etc. Évidemment, il faut se rappeler que les représentations sociales sont issues d'un processus dynamique sociocognitif (Moliner, 2001). Par le fait même, les éléments du contenu des représentations sociales de l'invalidité au travail chez les conseillers en réadaptation peuvent être sujets à changer dans un avenir indéterminé. Ainsi, lors de l'interprétation des représentations sociales, il est important de tenir compte du rôle que peut jouer le contexte environnemental et temporel dans lequel les représentations prennent place. Un simple changement social, légal ou économique qui survient peut changer ou modifier le contenu d'une représentation sociale (Abric, 1994; Flick, 1994; Moliner, 2001).

En revanche, en ce qui a trait aux forces et aux retombées de cette recherche, l'une d'entre elles est majeure : elle permet de donner la voix à des acteurs importants : les conseillers en réadaptation. À ce jour, peu d'études qualitatives ont été réalisées auprès des conseillers en réadaptation de la CNESST. Aussi, le cadre des représentations sociales permet de traduire les propos des participants. Il permet également de donner une signification à ces propos, passant d'un savoir de sens commun sous la forme d'un savoir scientifique. Le choix d'une démarche qualitative permet de gagner en profondeur quant aux propos des conseillers en réadaptation et ainsi favoriser des retombées intéressantes dans la pratique. Cette étude a aussi permis aux conseillers de prendre conscience de leurs propres perceptions de l'invalidité au travail et des divers enjeux qui entourent le phénomène. La dernière question de l'entrevue permettait de connaître les impressions des conseillers concernant le sujet et le déroulement de l'étude. Les extraits suivants illustrent cette prise de conscience.

J'avais hâte de voir, parce que, je te dirais que, en travaillant ici, on finit un peu par être blasé. On a une clientèle difficile. On a des clients, comme je disais tout à l'heure dans l'entrevue, qui sont très exigeants et ce sont toujours les mêmes qui demandent. On essaie le plus possible d'être juste et équitable [...] mais, des fois, on part avec des préjugés. [...] Alors, en tout cas, je me dis que, par rapport aux questions et de la façon dont elles

sont formulées, c'est sûr qu'il y a des aspects qui vont probablement paraître négatifs, mais il y a des choses qui m'ont amenée à voir que je suis négatif mais pas tant que ça non plus. Je pense qu'il y a des solutions. C'est juste qu'il faut travailler sur les solutions. Alors, je m'attendais à ce que le questionnaire me remettre énormément en question dans ce sens. [Participant 3]

Je pense que ça permet de se faire une idée comment personnellement je perçois l'invalidité. Ce que [je] réalise c'est que, fondamentalement, l'invalidité, le travail, rien qu'avoir le choix, c'est facilement le travail. J'aurais l'opportunité actuellement de ne pas travailler et je suis au travail [rires]. Mais, je pense qu'il y a une question, une question de ce que l'on est comme personne, d'éducation reçue ou d'exemple de nos pairs et de nos parents qui va déterminer si pour toi le travail ça a une grande valeur. Donc la notion d'invalidité peut s'associer à une question d'intérêt au travail aussi. Je pense qu'une personne qui n'a aucun intérêt au travail va peut-être avoir facilement une tendance à requérir et obtenir un état d'invalidité par rapport à celui qui ne veut pas arrêter. C'est comme ça que je vois les choses. [Participant 5]

J'ai des commentaires plus sur moi et sur ma personnalité. C'est juste que les jeux d'association, ça bloqué. J'ai eu de la misère. Je ne suis pas content parce que j'ai essayé de faire des phrases. Et ce n'est pas ça qu'il faut faire. En tout cas, je suis insatisfait. Puis je vais sortir d'ici et je vais avoir d'autres idées et je vais me dire « pourquoi je n'ai pas dit ça ! ». Alors, c'est surtout ça l'enjeu. On pourrait avoir les questions avant, mais en même temps, il faut que ça sorte comme ça sort. C'est dur de répondre sans feeling de la personne. Souvent, il y a des gens dont certains collègues qui cherchent à classer « Es-tu pro-travailleur, pro-employeur ? ». Et moi, j'essaie de passer le message que moi, ça dépend de la situation. Je vais être plus pro-employeur selon ce que j'ai au dossier comme information. Je vais être plus pro-travailleur parce que je vais avoir certaines informations. Je ne suis pas là pour épargner l'argent de l'employeur. Je suis là pour retourner quelqu'un sur le marché du travail qui a été victime d'une blessure. Si je travaille juste à sauver des coûts à l'employeur, ce n'est pas ça la job. On n'a pas le mandat de sauver de l'argent à l'employeur, on a le mandat de réparer les conséquences d'une lésion et de retourner la personne au travail. Oui, faire attention aux sous, mais si tu mets ça au-devant de tout, tu ne fais pas ton travail. Ouin, je n'ai pas dit ça pendant l'entrevue, mais c'est une autre affaire. Bonne chance ! [Participant 10]

6.5 LES PERSPECTIVES DE RECHERCHES ET LES CONTRIBUTIONS

Cette étude permet de mieux comprendre les représentations sociales de l'invalidité au travail et cerner les éléments qui peuvent freiner ou faciliter le processus de réadaptation à partir de la perspective d'un acteur important qui a été peu étudié jusqu'à maintenant dans la littérature scientifique. Les résultats de cette étude s'ajoutent à ceux déjà présents dans les écrits scientifiques, notamment aux études qualitatives portant sur la perspective des différents acteurs impliqués dans le processus. De façon générale, cette étude permet d'ajouter aux écrits scientifiques la perspective des intervenants, soit les conseillers en réadaptation de la CNESST, sur ce qu'est le phénomène d'invalidité au travail. Elle soutient les nouvelles pratiques qui reconnaissent l'influence des facteurs psychosociaux, et vise l'amélioration de l'intervention en réadaptation auprès de travailleurs accidentés en situation de handicap (d'invalidité). Aussi, il serait pertinent d'effectuer des études plus approfondies pour documenter la perspective des autres acteurs impliqués dans le processus (employeurs, professionnels de la santé, familles, travailleurs, etc.). Ces études permettraient d'alimenter la réflexion sur les effets et les manifestations de l'invalidité au travail chez les travailleurs

accidentés. Cet exercice permettrait de comparer et d'analyser les différentes perspectives afin d'obtenir une vision plus précise de la dynamique entourant le processus de réadaptation, notamment à l'égard de ses aspects sociaux et systémiques. Comme l'une des limites de la présente étude concerne le petit nombre de participants, il serait intéressant, lors de futures recherches, de recueillir la perception d'un plus grand nombre d'acteurs dont les travailleurs accidentés, les conseillers en réadaptation et les professionnels de la santé afin de mieux comprendre et documenter le phénomène de l'invalidité au travail et déterminer ce qui influence le processus de réadaptation. En raison des limites logistiques et géographiques de la présente étude, il serait également intéressant d'élargir le bassin de recrutement des participants à d'autres régions afin d'y établir une comparaison plus exhaustive des points de vue des principaux intéressés.

Finalement, les résultats obtenus seront sans doute utiles pour renseigner les intervenants et les gestionnaires sur les conditions essentielles pour bâtir des relations saines, harmonieuses et durables avec les travailleurs accidentés. Cette étude permet d'actualiser les connaissances pour améliorer le processus de réadaptation et, éventuellement, de bonifier les formations offertes pour les conseillers en réadaptation de la CNESST. De plus, les conseillers peuvent saisir l'occasion de remettre en question leurs manières d'agir et de se comporter lors de leurs interventions auprès de leur clientèle. Comme l'affirme Moscovici (1994, p.2) : « les attitudes naissent, disparaissent et se transforment ». Les mentalités, la façon d'intervenir des conseillers en réadaptation professionnelle et sociale, se transforment, se modifient et évoluent dans le temps. Force est de constater à la lumière du présent mémoire, et bien que cela ne fût pas l'objectif de l'exercice, que peu d'études empiriques sont menées par des chercheurs issus des sciences sociales dans le champ de la réadaptation, qui semble dominé par les sciences de la santé, de l'orientation, de l'ergonomie et de la gestion. Pourtant, il ressort des résultats et, plus largement des études s'intéressant à ce qui influence le processus de réadaptation, que les sciences sociales gagnent à s'insérer davantage dans ce champ d'études et, réciproquement, que ce champ d'études s'enrichirait de la perspective unique des chercheurs issus des sciences sociales. À ce propos, ce mémoire contribue, dans une certaine mesure, à mettre de l'avant le regard porté par les sciences sociales dans le champ d'études de l'invalidité au travail et de la réadaptation à la suite d'une lésion professionnelle. En espérant que les recherches portant sur les perceptions de l'invalidité au travail dans les interventions continuent de se développer, et ce, dans le but de toujours veiller à améliorer les services destinés aux travailleurs.