

CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente un aperçu des accidents du travail et des conséquences socioéconomiques chez les travailleurs victimes de lésions professionnelles. Dans le but de mieux situer cette recherche dans son contexte légal et organisationnel, un bref survol de la CNESST et du processus de réadaptation est abordé. Ensuite, la problématique, à savoir la conception de l'invalidité au travail par les conseillers en réadaptation, sera illustrée. À la fin de ce chapitre la démonstration de la pertinence sociale et scientifique de la présente étude sera faite.

1.1 LA CONTEXTUALISATION

1.1.1 Un bref aperçu des accidents du travail

Au Québec, environ 228 travailleurs se blessent par jour, tous milieux de travail confondus (CSST, 2014). Les accidents du travail sont devenus un problème alarmant tant sur le plan socio-économique que sur le plan humain. Ils sont responsables de la majeure partie des coûts socio-économiques associés, par exemple, au système de santé, aux indemnités compensatoires, à l'absence du travail ou à la perte de productivité (Laisnée, 2007). Les accidents du travail qui engendrent des problèmes de santé psychologique et les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont parmi les deux principales causes d'incapacité au travail à court et à long termes générant des coûts sociaux et économiques importants (Coutu, Nastasia, Durand, Corbière, Loisel, Lemieux, Labrecque et Pettigrew, 2011).

Les problèmes de santé psychologique sont considérés comme l'une des principales causes d'invalidité en Amérique du Nord (Gouvernement du Québec, 2015). Les troubles mentaux communs liés au travail sont principalement la dépression majeure, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique avec agoraphobie et le trouble d'adaptation (couramment nommé « burnout » ou épuisement professionnel) (Coutu et al. 2011). Selon Coutu et al. (2011), Santé Canada estime qu'un travailleur sur cinq est susceptible de vivre un problème de santé psychologique au cours de sa carrière. Ce ratio équivaut à près de six millions de Canadiens. Les chercheurs ont conclu que la prévalence à vie de la dépression majeure dans la population générale varie entre 15 % et 20 %, celle des troubles anxieux varie de 10 % à 25 % alors que la prévalence du trouble d'adaptation varie de 5 % à 20 % (Coutu et al. 2011). « L'organisation mondiale de la santé estime que d'ici 2020, la dépression représentera la première cause d'invalidité partout dans le monde. » (Gouvernement du Québec, 2015, p.1). En comparatif, en 2013, la CNESST a répertorié un nombre de 1 000 personnes atteintes d'une lésion psychologique attribuable au stress en milieu de travail (CSST, 2014). En ce qui concerne la nature de la lésion, la prévalence du stress post-traumatique est la plus importante avec une proportion de 65,1 %. Le trouble d'adaptation est la seconde lésion en importance et sa proportion est de 18,1 %. Quant aux lésions liées à l'anxiété, au stress et aux troubles névrotiques, celles-ci représentent 12,6 % des cas. De ces 1 000 lésions

psychologiques, 4.2% sont liées à l'état dépressif. Finalement, aucune lésion psychologique n'est liée au syndrome d'épuisement professionnel.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) comptent aussi parmi les types de blessures professionnelles les plus répandus dans les pays industrialisés (Nastasia, Tcaciuc et Coutu, 2012). Plus de 30 000 Québécois (hommes et femmes) de tout âge, de toute condition physique et travaillant dans différents milieux souffrent de TMS chaque année (CSST, 2010). Ces troubles représentent 38 % des lésions professionnelles et ont atteint des proportions considérables dans plusieurs secteurs tels que le secteur industriel, le secteur administratif, les services médicaux, l'enseignement, etc. La prévalence de ces lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle est significative : « les lombalgies aspécifiques touchent à elles seules entre 49 et 84 % des adultes au cours de leur vie et leur prévalence instantanée et annuelle sont estimées respectivement à 6,8 % et 10 % de la population adulte » (Rivard et al., 2011, p.1). Laisné (2007) ajoute que « chaque année, entre 3-4% de la population environ vit une situation d'incapacité temporaire découlant d'un trouble musculo-squelettique et 1% serait en invalidité permanente » (p.1-2). En 2013, la CSST a reconnu un nombre de 24 490 TMS dont la première nature des lésions correspond à des cas d'entorses, foulures, déchirures (17 938 personnes) et la seconde nature à des cas de tendinite (2 433 personnes) (CSST, 2014). Le tableau 1 montre un portrait sommaire des diverses statistiques sur la CNESST.

Tableau 1 : Statistiques annuelles de la CNESST en 2013	
Informations générales	Nombre
Estimation du nombre total de travailleurs couverts par le régime de santé et de sécurité du travail	3 755 169
Nombres d'accidents du travail et maladies professionnelles	109 588
Nombre de décès à la suite d'un accident du travail	181
Nombre de lésions attribuables aux TMS	24 490
Nombre de lésions attribuables au stress en milieu de travail	2 945*

* 1000 des 2945 lésions attribuables au stress en milieu de travail ont été acceptés par la CSST. Source : CSST, 2014

Bien que ces statistiques soient importantes, elles ne révèlent pas les nombreuses conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques auxquelles doivent souvent faire face les travailleurs victimes d'une lésion professionnelle (voir le tableau 2 : Conséquences humaines et sociales d'une lésion professionnelle). À cet effet, plusieurs auteurs ont observé que l'expérience psychosociale de l'invalidité à la suite d'un accident du travail provoque une série de ruptures affectives, sociales et économiques avec une organisation, des collègues, une routine, des tâches à accomplir, un lieu d'appartenance. Lecomte et Savard (2006) affirment que « plus les personnes sont démunies affectivement, économiquement et culturellement, moins elles ont les ressources nécessaires pour résister aux mécanismes de rupture » (p.5). L'interaction des ressources personnelles, des facteurs environnementaux et la signification subjective accordée à l'expérience font en sorte que les personnes

ne réagissent pas de la même façon ni avec la même intensité à un accident de travail ou à la perte d'un emploi (Lecomte et Tremblay, 1987, dans Lecomte et Savard, 2006).

Tableau 2 : Conséquences humaines et sociales d'une lésion professionnelle		
Pour le travailleur	Pour sa famille	Pour ses collègues
<ul style="list-style-type: none"> • Souffrance physique • Souffrance morale • Inquiétude, anxiété • Détérioration de la qualité de vie • Interruption de la participation à la vie sociale • Atteinte à l'image de soi et à la perception sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Souffrance morale • Soucis, perturbations • Incertitude face à l'avenir • Troubles familiaux • Détérioration de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de culpabilité • Inquiétude, panique • Indisposition au travail • Traumatisme, crainte • Conflits, stress

Source : CSST (2013, p. 9-12)

Étant donné que le travail constitue un facteur essentiel d'identité et de santé mentale et sert à combler plusieurs besoins aux plans personnel, social, économique et d'actualisation de soi, sa perte ou son absence représente en soi une expérience déterminante de transition et une épreuve majeure dans la vie d'une personne (Lecomte et Savard, 2006). La perte du lien d'emploi peut donc mener à des impacts négatifs sur le bien-être de la personne : des complications de santé, la détresse psychologique, une plus faible estime de soi, la perte du réseau social, un sentiment d'impuissance, etc. En l'occurrence, il peut s'installer un processus dynamique où se jouent la perception de soi par soi et la perception de soi par les autres (Rivard et al, 2011). Par exemple, ces auteurs soulignent qu'un travailleur accidenté pourrait conclure de façon plus ou moins consciente que s'il ne peut plus être le travailleur qu'il était, il est donc préférable pour lui d'adopter le statut officiel de malade plutôt que d'affronter la perte engendrée par cette nouvelle perception de soi.

1.1.2 Le contexte légal et organisationnel de la CNESST : la réadaptation

La CNESST est l'organisme auquel le Gouvernement du Québec a confié l'administration du régime de santé et de sécurité du travail. À cette fin, elle voit notamment à l'application de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), qui a pour objet la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qui en découlent pour les travailleurs. Cette loi définit une lésion professionnelle comme une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation de la blessure ou de la maladie. À la suite d'un accident du travail, un travailleur qui est atteint de façon permanente dans son intégrité physique ou psychique en raison d'une lésion professionnelle a droit à une indemnisation (compensation financière) et à la réadaptation que requiert son état en vue de sa réintégration sociale. En matière de réadaptation spécifiquement, l'objectif général de la CNESST est de favoriser la réintégration des travailleurs à un emploi et de mettre en place les

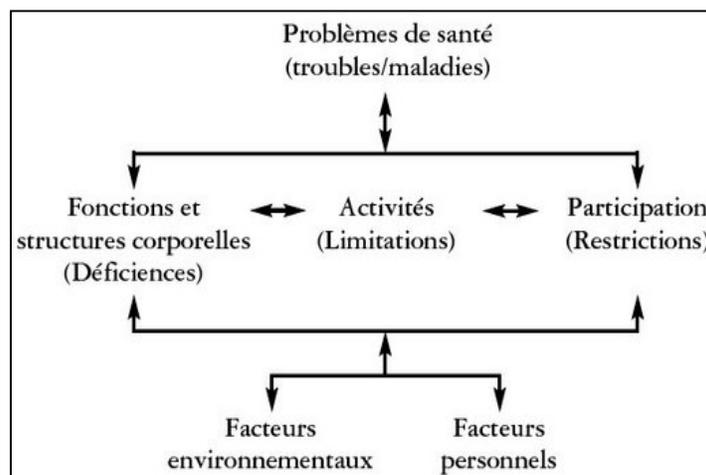
mesures de réadaptation appropriées aux besoins du travailleur. Le tableau 3 montre les trois types de mesures de réadaptation (physique, sociale ou professionnelle) que peut offrir la CNESST.

Tableau 3 : Mesures de réadaptation	
Réadaptation physique : La réadaptation physique a pour but 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.	Exemples : soins médicaux et infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, soins à domicile, etc.
Réadaptation sociale : La réadaptation sociale a pour but d'aider le travailleur à surmonter dans la mesure du possible les conséquences personnelles et sociales de sa lésion professionnelle, à s'adapter à la nouvelle situation qui découle de sa lésion et à redevenir autonome dans l'accomplissement de ses activités habituelles.	Exemples : adaptation du domicile ou du véhicule, aide personnelle, entretien du domicile, déménagement, psychothérapie, etc.
Réadaptation professionnelle : La réadaptation professionnelle a pour but de faciliter l'intégration du travailleur dans son emploi ou dans un emploi équivalent ou, si ce but ne peut être atteint, l'accès à un emploi convenable.	Exemples : recyclage professionnel, formation, soutien dans la recherche d'emploi, subvention à l'emploi, adaptation du poste de travail, etc.

Source : Marcoux (2007, p.44)

Selon Lecomte et Savard (2006), chercheurs à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRRSST), toutes ces mesures de réadaptation prétendent s'appuyer sur un modèle interactif personne-environnement qui prend sa source dans le cadre conceptuel de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (figure 1).

Figure 1 : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé



Source : Organisation mondiale de la santé, 2001, p.19

En considérant l'incapacité résultant de l'accident comme une problématique capacité-aptitude, cette approche

visent la restauration des aptitudes ou des capacités fonctionnelles (mentales et physiques) d'une personne en situation de handicap dont le but est de lui faire retrouver un maximum de potentiel d'autonomie et de lui permettre de fonctionner normalement ou de façon aussi normale que possible (Nastasia et al., 2012).

C'est le rôle des conseillers en réadaptation de la CNESST d'établir la mesure de réadaptation possible et d'élaborer un plan individualisé de réadaptation en s'appuyant sur les résultats d'une évaluation des besoins du travailleur en matière de réadaptation (Baril et Berthelette, 2000; Lapointe, 1991). Le conseiller en réadaptation évalue les besoins de réadaptation sociale, physique et professionnelle. Cette évaluation des besoins en réadaptation est réalisée à partir de l'évaluation des capacités fonctionnelles du travailleur (Lapointe, 1991). Le processus de réadaptation est alors établi selon ce qu'on appelle « l'approche concentrique » (voir l'Annexe A) c'est-à-dire en fonction des limitations fonctionnelles qui résultent de la lésion professionnelle du travailleur (voir l'Annexe B). Selon la LATMP, une limitation fonctionnelle correspond à une réduction ou une restriction de la capacité physique ou psychologique de réaliser des habitudes de vie (activités de la vie quotidienne, activités domestiques, loisirs, travail, etc.) ou le fait d'en subir certains effets. C'est une incapacité à exécuter certains mouvements, d'adopter certaines positions (assise, debout, accroupie) ou encore de subir certaines contraintes (éviter de subir des vibrations de basses fréquences). Elles sont décrites non seulement en fonction des tâches au travail, mais aussi en fonction de toutes les activités quotidiennes. C'est-à-dire que, bien qu'un travailleur puisse être apte à reprendre son emploi antérieur malgré les séquelles de la lésion professionnelle (par exemple, un travailleur devenu paraplégique pourrait reprendre son travail d'informaticien), il pourrait être incapable de réaliser certaines tâches en dehors de son travail, ce qui nécessiterait certaines mesures de réadaptation (par exemple, l'adaptation de son poste de travail et de son domicile, obtenir une allocation d'aide financière pour l'exécution des travaux d'entretien courant du domicile, etc.). Ces limitations fonctionnelles représentent la clé qui permet d'ouvrir ou de fermer la porte menant à la réadaptation.

Le plan individualisé de réadaptation est donc un outil de planification et de gestion de toutes les interventions de réadaptation qu'importe leur nature, soit physique, sociale et professionnelle (interventions médicales, physiques, psychiatriques, psychologiques, sociales, éducatives, professionnelles, économiques et financières) (Lapointe, 1991). Pour chacun des besoins déterminés, le conseiller en réadaptation décrit les objectifs poursuivis, les mesures ou moyens privilégiés, les échéanciers prévus, de même que la raison d'être de l'intervention. Le plan est élaboré et mis en œuvre en collaboration avec le travailleur concerné (Lapointe, 1991). Le plan d'intervention du conseiller ne constitue pas un simple exercice d'identification d'un emploi convenable respectant les critères prévus par la loi. Il doit impliquer un véritable processus de réadaptation comprenant un minimum de soutien au travailleur afin de l'aider à cheminer, à envisager un retour au travail ou à envisager son inemployabilité, notamment lorsqu'il se croit difficilement employable et que cette perception n'est pas

totalement fondée. L'objectif principal est d'aider le travailleur à développer une perception de contrôle sur sa vie, un sentiment d'efficacité personnelle et à améliorer sa qualité de vie.

Il est à noter qu' à la CNESST, les conseillers en réadaptation se répartissent en deux catégories en fonction de leur type d'intervention professionnelle ou sociale : 1) les conseillers en réadaptation professionnelle dont les bureaux se situent dans chacune des Directions régionales du Québec telles que la Capitale-Nationale, la Chaudière-Appalaches, l'Île de Montréal, etc. et 2) les conseillers en réadaptation sociale dont les bureaux se situent seulement à la Direction des activités centralisées dans la ville de Québec. Les conseillers en réadaptation dite professionnelle effectuent des interventions visant à aider un travailleur accidenté à retourner en emploi. Il s'agit plus particulièrement d'interventions portant sur la capacité de travail afin de déterminer une solution de retour au travail. Les autres conseillers en réadaptation dite sociale interviennent auprès de l'ensemble des travailleurs accidentés de la province du Québec qui sont déclarés invalides, c'est-à-dire qu'ils ont suivi le processus de réadaptation professionnelle mais qu'aucun retour au travail n'est envisageable. Ces conseillers axent leurs interventions vers deux types soit celui qui vise à assurer un soutien psychologique au travailleur et celui qui vise à compenser la perte d'autonomie dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (soins personnels, tâches domestiques, transport, etc.). La section 6.3.2.1 présentera davantage les connaissances scientifiques portant sur le rôle des conseillers en réadaptation.

1.2 LA PROBLÉMATIQUE

En réadaptation, les facteurs de risque sont des éléments appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement (social, physique ou culturel) susceptibles de constituer un obstacle à la réadaptation sociale et à la réinsertion (Côté, 2010 ; Fougeyrollas et al., 2010). Le tableau 4 expose certaines dimensions des facteurs de risques personnels, environnementaux et sociétaux liés à la réadaptation.

Tableau 4: Dimensions des facteurs de risques liés à la réadaptation		
Personnes	Environnement de travail	Dimension sociétale
<ul style="list-style-type: none"> - Paramètres sociodémographiques - Facteurs cognitifs et émotionnels - État de santé physique et psychologique - Antécédents médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du travail - Statut d'emploi - Taille de l'entreprise - Exigences du travail - Relations de travail - Santé psychologique au travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Système de régulation (système de santé et de compensation et système législatif) - Problèmes relatifs à un secteur spécifique - Régions géographiques (urbain, rural) - Légitimité sociale

Source : Côté (2010, p.6)

Plus particulièrement, Côté (2010) a relevé que la relation intervenant et client incluse dans le système de santé

et de compensation influence la qualité de l'intervention en réadaptation. Et cette relation peut être modulée par les représentations que les conseillers ont sur l'invalidité. Fougeyrollas et al. (2010) confirme que les représentations sociales sont des facteurs socioculturels qui peuvent faciliter la réadaptation, tout comme elles peuvent lui faire obstacle.

1.2.1 Les représentations sociales : facilitateurs ou obstacles à l'intervention

Étant moi-même conseillère en réadaptation à la CNESST, j'ai pu constater que la conception qu'un conseiller ou une conseillère se fait de l'invalidité influence nécessairement la manière dont il ou elle traite les personnes en réadaptation. La vision que l'on a du phénomène d'invalidité oriente en conséquence notre rapport avec les travailleurs accidentés victimes de lésions professionnelles. Les représentations sociales incluent des opinions préconçues, des attitudes et des comportements négatifs ou positifs à l'égard de l'invalidité des travailleurs accidentés. Mais, lorsque celles-ci sont négatives, certains travailleurs peuvent être en proie aux préjugés à l'égard de leur état (maladie, lésion professionnelle) de la part des intervenants et s'attirer des regards réprobateurs lorsqu'ils demandent et obtiennent des soins. Par exemple, un conseiller peut avoir des croyances rigides et porter des jugements en pensant que les travailleurs qui ne veulent pas retourner au travail, à la suite de leur accident, sont différents des autres, qu'ils sont les seuls responsables de leurs problèmes ou qu'ils adoptent le statut de « malade ». La légitimité du rôle d'accidenté ou du rôle de « malade » est un aspect important pour la création d'un climat social favorable à la réadaptation. Une lésion professionnelle qui laisse des séquelles apparentes (amputation, opération) serait un facteur qui facilite cette légitimité sociale. D'autant plus que le simple fait d'être indemnisé par la CSST pourrait être socialement préjudiciable. Cette légitimation sociale deviendrait un facteur marginalisant dans la société si elle provoque l'assimilation du travailleur accidenté ayant des limitations fonctionnelles permanentes à la catégorie sociale des « handicapés ».

Nous pouvons aussi supposer que la conception qu'un conseiller a de l'invalidité d'un travailleur devenu paraplégique à la suite d'un accident peut être totalement différente de celle d'un travailleur atteint d'entorse lombaire. Pourquoi ? Les conséquences de l'invalidité physique chez un travailleur paraplégique sont plus évidentes et compréhensibles aux yeux de tous : il ne peut plus marcher, il ne peut plus reprendre son métier de camionneur, son domicile n'est plus adapté à sa nouvelle situation, etc. Ses limitations fonctionnelles graves aident à analyser son admissibilité aux mesures de réadaptation (aide personnelle à domicile, adaptation de domicile, entretien courant du domicile). Par opposition, il peut être plus difficile pour le conseiller de comprendre et croire en l'invalidité d'un travailleur souffrant d'une entorse lombaire qui affirme ne plus être capable de s'alimenter seul, de se laver et de faire son entretien ménager lorsque ce dernier a des limitations fonctionnelles dites légères qui l'empêchent de réaliser ses tâches comparativement au travailleur paraplégique. La croyance à l'effet que le travailleur atteint d'une entorse lombaire est faible, paresseux ou qu'il présente une déficience

sur le plan de la personnalité peut être présente et il peut être alors difficile d'accepter d'offrir une mesure de réadaptation telle l'aide personnelle à domicile.

Somme toute, les représentations sociales en santé physique et psychologique dont celles de l'invalidité au travail sont tellement ancrées dans nos vies que nous pouvons avoir de la difficulté à les reconnaître. Il est cependant important d'identifier ces attitudes et ces comportements. Prendre conscience de ses opinions, ses attitudes, ses préjugés, ses sentiments et ses perceptions par rapport à un travailleur victime d'une lésion professionnelle et aux défis quotidiens auxquels il est confronté est un élément essentiel de l'intervention, à savoir une habilité fondamentale d'intervention. Ces représentations peuvent faciliter ou nuire au déroulement du processus de réadaptation et, même, à l'obtention d'une bonne alliance thérapeutique. Comme le mentionne Côté (2010), cette relation thérapeute/client constitue un facteur-clé qui favorise la participation active du client dans son processus de réadaptation. De nombreuses études ont d'ailleurs démontré que l'alliance thérapeutique est sans contredit le meilleur prédicteur du succès d'une intervention de counseling ou thérapeutique (Coutu et al., 2011). Toutefois, l'empêchement majeur à la formation de cette bonne alliance de travail est intimement lié aux perceptions et réactions subjectives du conseiller face aux travailleurs accidentés durant l'intervention (Coutu et al., 2011). Cette affirmation rejoint l'idée qu'il est important pour le conseiller de maîtriser les habilités d'intervention fondamentales et de réguler ses propres attitudes, réactions et sentiments en relation avec son client.

1.3 LA PERTINENCE DE LA RECHERCHE

1.3.1 La pertinence scientifique

En raison de l'augmentation constante du nombre d'accidents du travail et des coûts qui y sont reliés, un intérêt croissant s'est développé pour la recherche concernant la réadaptation et la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs accidentés (Lecomte et Savard, 2006). Nombreux sont les chercheurs qui se sont intéressés aux systèmes de représentation liés au travail (Cartaud et Labbé, 2010), aux déterminants psychosociaux de l'incapacité liée au travail et à l'instauration de programmes de réinsertion efficace (Rivard et al., 2011). Mais, au-delà de l'efficacité des interventions en réadaptation, de plus en plus de chercheurs tentent d'identifier les facteurs fondamentaux contribuant à l'obtention de résultats positifs dans une intervention.

L'analyse de la littérature scientifique dans le domaine de la réadaptation, nous a permis de relever que les perceptions subjectives des acteurs concernés par l'intervention ont une influence déterminante sur le processus de réadaptation (Coutu et al., 2011). Toute recherche sur le processus d'intervention devrait donc accorder une place centrale à cet aspect. À ce jour, certains chercheurs affirment que la perception et la signification subjectives qu'accorde un conseiller, d'une part aux travailleurs accidentés, à leurs lésions

professionnelles et à leur évolution dans le processus de réadaptation et, d'autre part, à ses propres émotions face à l'invalidité sont le point d'ancrage du travail du conseiller et conditionnent largement l'obtention de résultats dans un processus de réadaptation (Coutu et al., 2011). En effet, il a été confirmé que près de 92% de l'obtention d'un changement chez un travailleur dépend de facteurs communs comme l'évaluation et la perception subjectives, l'alliance de travail ainsi que les variables de l'intervenant et du client. Comme le mentionne Coutu et al. (2011), « il semble logique de conclure que ces facteurs devraient être prioritaires et incontournables dans toute recherche portant sur l'intervention. » (p.194). Ainsi, en s'appuyant sur ces considérations, cette recherche permettra de comprendre l'univers subjectif que représente l'invalidité au travail chez les conseillers en réadaptation.

1.3.2 La pertinence sociale

Tel que mentionné plus haut, l'accident du travail et la perte ou l'absence temporaire d'un emploi déclenchent souvent un enchaînement de ruptures qui mène à l'exclusion et à l'isolement des travailleurs accidentés. Pour plusieurs d'entre eux, le conseiller en réadaptation représente une source de soutien essentiel, voire le seul soutien en vue de la réadaptation et de la réinsertion professionnelles (Coutu et al., 2011). Or, dans les moments difficiles d'adaptation et de transition chez les travailleurs accidentés, les attitudes, les comportements et les réactions du conseiller sont des facteurs déterminants et influençant l'évolution d'une intervention en réadaptation. D'où l'importance pour le conseiller de réguler ses réactions émotives d'impuissance, de déception, d'impatience, de tristesse ou autres et de renforcer les attitudes non discriminatoires devant l'expérience du travailleur accidenté et l'évolution du processus de réadaptation.

Fort de mon expérience professionnelle, j'ai été à même de constater que les conseillers en réadaptation peuvent avoir des opinions, des préjugés et des attitudes favorables ou défavorables à l'égard de l'invalidité au sujet d'un travailleur accidenté. Cette recherche pourrait donc contribuer à sensibiliser davantage les décideurs et les différents intervenants et praticiens sur leurs représentations sociales de l'invalidité des travailleurs accidentés. Cela permettrait de nuancer, si nécessaire, leur système de représentation légal de la notion d'invalidité qui est parfois rigide et qui peut porter à conflit avec celle des travailleurs. Déconstruire des préjugés, des attitudes et des comportements solidement enracinés chez un intervenant contribue par la même occasion à favoriser le mieux-être des travailleurs accidentés. La présente recherche confirme l'importance de bonifier, d'enrichir et de soutenir le développement des compétences d'intervention, particulièrement les compétences de communication et d'alliance thérapeutique des conseillers en réadaptation.